



Análisis de Situación de Salud - ASIS con el modelo de los Determinantes Sociales en Salud

Actualización Año 2017

Oficina Asesora de Planeación Sectorial
Secretaría de Salud de Cundinamarca

Gobernación de Cundinamarca
Bogotá, D.C. 2017





JORGE EMILIO REY ANGEL
Gobernador de Cundinamarca

Ana Lucía Restrepo Escobar
Secretaria de Salud

Dumar Albeiro David Bonilla
Jefe Oficina Asesora de Planeación
Sectorial

Mauricio Molina Achury
Director de Salud Pública

Diana Yamile Ramos Castro
Directora de Vigilancia y Control

Mary Helena Hernández Najar
Directora de Aseguramiento

Tatiana Eugenia Díaz Hernández
Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública

Yurany Triana González
Directora Administrativa y Financiera

Alfonso Sánchez Silva
Jefe Oficina Asuntos Jurídicos

Doris Ercilia Rodríguez Pérez
Directora de Desarrollo de Servicios

Carlos Arturo María Julio
Director del Centro Regulador de
Urgencias y Emergencias - CRUE

Edison Huertas Bustos
Subdirector de Gestión y Promoción
de Acciones en Salud Pública

Amparo Leonor Genecco Rodríguez
Subdirectora de Laboratorios Salud





Análisis de Situación de Salud - ASIS con el modelo de los Determinantes Sociales en Salud

Actualización Año 2017

Elaboraron:

Mónica del Pilar Montero Pérez

Epidemióloga

Laura Cediél Galindo

Socióloga

Oficina Asesora de Planeación Sectorial

Elizabeth Barroso

Epidemióloga

Subdirección de Vigilancia en Salud Pública

Secretaría de Salud de Cundinamarca

Bogotá, diciembre de 2017



[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov) [@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Introducción.....	19
Metodología.....	20
SIGLAS.....	22
Capitulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico	24
1.1 Contexto territorial	24
1.1.1 Localización	24
Posición Astronómica	25
Límites	25
División político-administrativa	25
Distribución de las 15 provincias por extensión territorial y número de veredas.	25
1.1.2 Características físicas del territorio.....	32
Zonas de riesgo.....	48
Deslizamientos, inundaciones e incendios	48
Aumentos de temperatura y precipitación.....	49
1.1.3 Accesibilidad geográfica.....	53
Trasporte férreo	53
Transporte fluvial	53
Transporte aéreo.....	54
Sistema Vial de Cundinamarca	54
1.2 Contexto demográfico.....	67
Población total	67
Densidad poblacional por km2.....	70
Población por área de residencia	77
Grado de urbanización	77
Número de viviendas.....	79
Número de hogares.....	79
Población por pertenencia étnica.....	80
1.2.1 Estructura demográfica.....	81



Pirámide poblacional	81
Proporción de la población por ciclo vital	84
Cambio en la proporción de la población por grupo etarios	85
1.2.2 Dinámica demográfica	86
Población por sexo y grupo de edad	89
Otros indicadores de estructura demográfica	90
Otros indicadores	92
Tasa General de Fecundidad	92
Tasa Global de Fecundidad.....	92
Tasa de Reproducción Neta TRN	93
Tasas Específicas de Fecundidad 10 a 14, 15 a 19 y de 10 a 19 años.....	93
1.2.3 Movilidad forzada	97
Conclusiones del capítulo territorial y demográfico	98
Capítulo II. Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes	102
2.1 Análisis de la mortalidad	102
2.1.1 Mortalidad general por grandes causas:.....	109
Tasas ajustadas total	109
Tasas ajustadas hombres.....	111
Tasas ajustadas mujeres	113
Mortalidad por grandes causas y sexo.	115
Tabla 21. Mortalidad por grandes causas por sexo.	115
AVPP total	115
Total, Años de Vida Potencialmente Perdidos por grandes causas lista 6/67	116
Años de Vida Potencialmente Perdidos por grandes causas lista 6/67 en Hombres de Cundinamarca	117
Años de Vida Potencialmente Perdidos por grandes causas lista 6/67 en Mujeres de Cundinamarca	118
Tasas ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos – Total	119
Tasas ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos – Hombres.....	120
Tasas ajustadas de AVPP Mujeres	122



2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo:.....	124
.....	125
Tasas de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles en hombres	125
Tasas de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles en mujeres.....	126
Tasas de mortalidad ajustada por Neoplasias en la población general	127
Tasas ajustadas de mortalidad por Neoplasias en Hombres.	129
Tasas ajustadas mortalidad por Neoplasias en Mujeres.....	130
Tasas de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio en población general.	131
Tasas de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio en hombres	133
Tasas de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres	134
Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal.	136
Tasa de mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en Hombres.....	137
Tasa de mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en Mujeres	138
Proporción de defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal. Total.....	139
Tasa de mortalidad ajustada por causas externas en la población general.....	142
Tasa de mortalidad ajustada por causas externas en hombres.	143
Tasa de mortalidad ajustada por causas externas en Mujeres.	144
Tasa de mortalidad ajustada por todas las demás enfermedades en la población general	145
Tasa de mortalidad ajustada por todas las demás enfermedades en hombres.....	146
Tasa de mortalidad ajustada por todas las demás enfermedades las mujeres.	147
Tasas de mortalidad por causas específicas del departamento para seguimiento a PDSP.	148
2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	151
Tasas específicas de mortalidad infantil (menores de 1 año) 16 grandes grupos por sexo.	152
.....	152
24. Tasa específica de mortalidad en hombres menores de 1 año. Cundinamarca 2005-2015	153
.....	153





Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en niños de 1 a 4 años	156
Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años.....	159
Número de casos de mortalidad específica por subgrupos de los 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.	163
2.1.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	177
Razón de mortalidad materna.....	178
Figura 43. Razón de mortalidad materna.	179
Tasa de mortalidad neonatal.....	181
Tasa de mortalidad infantil.....	183
Tasa de mortalidad en la niñez.....	184
Tasa de mortalidad por EDA.....	186
Tasa de mortalidad por IRA.....	187
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	189
Determinantes intermedios	191
Determinantes estructurales.....	192
Indicadores de razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal por etnia.	192
Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia	193
Mortalidad específica por subgrupo.....	196
.....	196
.....	197
.....	198
Mortalidad materno infantil.....	199
Tabla 52. Priorización de la mortalidad materno-infantil.....	199
Las 10 principales causas de defunción en el mundo. OMS	201
Conclusiones del capítulo de mortalidad.....	203
2.2 Análisis de la morbilidad.....	213
2.2.1 Principales causas de morbilidad.....	213
Morbilidad atendida por grandes causas por ciclo vital general	213
2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo.....	219



2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo	225
.....	226
Enfermedad renal Crónica. ERC.....	226
2.2.4 Morbilidad de eventos precursores	228
Proceso de Autorizaciones de Tecnología NO POS en Cundinamarca.	230
2.2.5 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	238
Proporción De Notificación De Casos Del Evento	238
Eventos inmunoprevenibles	239
Sarampión - Rubeola	239
Infección Respiratoria Aguda IRA	240
Parotiditis	241
Síndrome de Rubeola Congénita (SRC).....	243
Parálisis Flácida Aguda En < de 15 Años (Casos Probables)	243
ESAVI	246
Tétanos accidental	247
Tosferina.....	248
Meningitis.....	249
Comportamiento de la vigilancia de los eventos de Infecciones de Transmisión Sexual.....	253
Sífilis Gestacional.....	253
Comportamiento de la Notificación	254
Sífilis congénita.....	257
Hepatitis B, C y Coinfección Hepatitis B-Delta	260
VIH/SIDA.....	263
Comportamiento de la vigilancia de los eventos de Enfermedades Transmitidas Por Vectores (ETV),.....	266
Dengue	267
Chikunguña.....	275
Zika	277
Leishmaniasis	281
Leishmania Visceral	285





Conclusiones	286
Enfermedad de Chagas.....	287
Malaria	289
Fiebre Amarilla	290
Comportamiento de la vigilancia del evento micobacterias.....	291
Comportamiento de la notificación.....	293
Eventos de Riesgo Ambiental	296
Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA)	296
Hepatitis A.....	300
Vigilancia Alimentaria y Nutricional.....	301
Bajo Peso Al Nacer A Término.....	302
Mortalidad por o Asociada a Desnutrición	307
Comportamiento de la Notificación	307
Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años	313
Indicadores.....	315
Incidencia de desnutrición aguda en menores de cinco años	315
Intento De Suicidio.	315
Notificación del evento.....	318
Semaforización de las enfermedades de notificación obligatoria Priorización de letalidades por ENOs	323
2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2009 a 2012.....	326
2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad	328
Conclusiones del capítulo de Morbilidad.....	331
2.2.8 Análisis de los determinantes sociales de la salud –DSS	334
2.2.8.1 Análisis de los determinantes intermedios de la salud	336
2.2.8.1.1 Condiciones de vida.....	336
2.2.8.2 Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud	348
2.2.8.2.1 Seguridad alimentaria	348
.....	352
2.2.8.1.3 Condiciones factores, psicológicos y culturales.....	357





2.2.8.1.4 Sistema sanitario	359
Otros indicadores de sistema sanitario	377
2.2.8.2 Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud	380
2.2.8.2.1 Educación	380
2.2.8.2.2 Indicadores de Pobreza	384
2.2.8.2.3 Ocupación y trabajo	393
Condiciones Laborales	396
Capítulo III. Priorización de los efectos de salud	398
3.1 Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente	398
3.2 Priorización de los problemas de salud	401
3.3 Estimación del Índice de Necesidades en Salud - INS	406

Lista de Figuras

Figura 1. Distribución de las 15 provincias por extensión territorial y número de veredas	26
Figura 2. Población por área de residencia. Cundinamarca 2017	77
Figura 3. Grado de urbanización al interior de cada provincia. Cundinamarca 2017.	78
Figura 4. Número de viviendas por área. Cundinamarca 2017	79
Figura 5. Pirámide poblacional de Cundinamarca 2005-2017-2020	83
Figura 6. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios. Cundinamarca 2005-2017-2020	85
Figura 7. Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad y migrantes	86
Figura 8. Tasa bruta de natalidad y tasa bruta de mortalidad por sexo.	88
Figura 9. Población por sexo y grupo de edad. Cundinamarca 2017	89
Figura 10. Tasas Específicas de Fecundidad 10 a 14, 15 a 19 y de 10 a 19 años.	94
Figura 11. Esperanza de vida al nacer por sexo y departamento, período de 2015 a 2020	96
Figura 12. Número de muertes por sexo y departamentos. Año 2015	103
Figura 13. Número de muertes por sexo y edad. Cundinamarca 2015.	104
Figura 14. Tasa total de mortalidad ajustada según grandes causas. 2005-2015	111
Figura 15. Tasa de Mortalidad ajustada en hombre según grandes causas.	113
Figura 16. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres según grandes causas.	114
Figura 17. Total, de AVPP. Cundinamarca periodo 2005-2015	117
Figura 18. AVPP por grandes causas en hombres de Cundinamarca	118



Figura 19. AVPP por grandes causas en Mujeres.....	119
Figura 20. Tasas ajustadas de AVPP Total en Cundinamarca.....	120
Figura 21. Tasa ajustada de AVPP en hombres.....	121
Figura 22. Tasas ajustadas por enfermedades Transmisibles, población general.	125
Figura 23. Tasas ajustadas de mortalidad por Enfermedades Transmisibles en hombres.....	126
Figura 24. Tasas ajustadas de mortalidad por Enfermedades Transmisibles en Mujeres.....	127
Figura 25. tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias en la población general de Cundinamarca.	128
Figura 26. Tasas ajustadas de mortalidad por Neoplasias en Hombres.....	130
Figura 27. Tasas ajustadas mortalidad por Neoplasias en Mujeres.....	131
Figura 28. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Total	132
Figura 29. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres.	134
Figura 30. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres.	135
Figura 31. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal. Total	136
Figura 32. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres.....	137
Figura 33. tasas ajustadas de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres.....	138
Figura 34. Proporción de afecciones originadas en el periodo perinatal. Total.....	139
Figura 35. Proporción de defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres.....	140
Figura 36. Proporción de defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres.....	141
Figura 37. Tasas ajustadas por Causas externas. Total.....	142
Figura 38. tasa ajustada de mortalidad por causas externas en hombres.....	143
Figura 39. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas en mujeres.....	144
Figura 40. Tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas.....	145
Figura 41. tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas en hombres.....	147
Figura 42. tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas en mujeres.....	148
Figura 43. Razón de mortalidad materna.....	179
Figura 44. Tasa de mortalidad neonatal.....	182
Figura 45. Tasa de mortalidad infantil.....	183
Figura 46. Tasa de mortalidad en la niñez. Menores de 5 años.....	186
Figura 47. Tasa de mortalidad por EDA.....	187
Figura 48. Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda IRA.....	189
Figura 49. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.....	191
Figura 50. 10 principales causas de defunción en el mundo 2015. OMS.....	202



Fuente: Tomado de página de la OMS. Centro de prensa. Las 10 principales causas de defunción en el mundo 2015. Figura 51. 10 principales causas de defunción en los países de ingresos medianos bajos en 2015.202

Figura 52. Progresión de la ERC según estadios. Número de personas.227

Figura 53. Número de casos notificados por eventos de interés en salud pública Cundinamarca año 2016238

Figura 54. Municipios con mayor número de casos notificados de Parotiditis, Cundinamarca 2016.242

Figura 55. Canal Endémico 2013 – 2016 Varicela y Número de casos por semana epidemiológica, Cundinamarca 2016245

Figura 56. Número de casos de ESAVI notificados según Municipio de Residencia, Cundinamarca 2016.247

Figura 57. Número de casos confirmados de Meningitis según Municipio de Residencia, Cundinamarca 2016.251

Figura 58. Agente Causal casos confirmados de Meningitis según Municipio de Residencia.251

Figura 59. Distribución de Casos de dengue diez primeros municipios de procedencia con mayor carga de enfermedad, Cundinamarca a semana epidemiológica 1 a 52 de 2016.....269

Figura 60. Comportamiento de los casos de mortalidad por o asociada a DNT, según zona de residencia. Cundinamarca, 2014 – 2016309

Figura 61. Comportamiento de los casos de mortalidad por o asociada a DNT según edad. Cundinamarca, 2014 – 2016.....309

Figura 62. Comportamiento de los casos de mortalidad por o asociada a DNT según sexo. Cundinamarca, 2014 – 2016.....310

Figura 63. Comportamiento de la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, Cundinamarca. 2014 - 2016311

Figura 64. Comportamiento de la notificación al SIVIGILA del evento desnutrición aguda en menores de 5 años. Cundinamarca, 2015 – 2016313

Figura 65. Distribución de eventos de Desnutrición aguda en menores de 5 años al SIVIGILA, según municipio de residencia. Cundinamarca, 2016.....314

Figura 66. Notificación de intentos de suicidio. Semana epidemiológica 52 Año 2016.....318

Figura 67. Número y porcentaje de intentos previos realizados. Periodo (XIII). Cundinamarca 2016.320

Figura 68. Factores relacionados al intento de suicidio, Cundinamarca. 2016.....321

Figura 69. Letalidad de Dengue grave en Cundinamarca y Nación. 2007-2015p.....325

Figura 70. Pirámide poblacional de la distribución de las alteraciones permanentes. Cundinamarca 2016.326

Figura 71. Condiciones de vida: Cobertura de servicios de electricidad, acueducto y alcantarillado.2015 Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y hogares con inadecuada eliminación de excretas 2005.337

Figura 72. Cobertura de electricidad - Colombia y Cundinamarca 2011 a 2015.....338

Figura 73. Cobertura de electricidad Cundinamarca zonas rural es y urbanas 2011 a 2015339





Figura 74. Dispersión de Cobertura de acueducto urbano – rural en Cundinamarca 2015	342
Figura 75. Dispersión de Cobertura de alcantarillado urbano – rural en Cundinamarca 2015	343
Figura 76. IRCA Colombia y Cundinamarca 2007 - 2016	344
Figura 77. Dispersión del Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses con lactancia exclusiva a nivel municipal en Cundinamarca para el año 2015	350
Figura 78. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Colombia y Cundinamarca 2005 a 2015	352
Figura 79. Desnutrición Global y Crónica en Cundinamarca. 2011 a 2016	353
Figura 80. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y total exceso de peso en Colombia y Cundinamarca. 2010	355
Figura 81. Obesidad abdominal por circunferencia de la cintura en hombre y mujeres entre los 18 y 64 años. Colombia y Cundinamarca. 2010	356
Figura 82. Problemáticas educativas Cundinamarca y Colombia. 2005	382
Figura 83. Problemáticas educativas por provincias.	383
Figura 84. Pobreza Multidimensional y NBI. Cundinamarca y Colombia por zona urbana, rural y total 2005	385
Figura 85. Dispersión de NBI urbano – rural en Cundinamarca	387
Figura 86. Dispersión del IPM urbano – rural en Cundinamarca	388
Figura 87. GINI Cundinamarca y Colombia 2003- 2016	389
Figura 88. Dependencia Económica y Miseria Colombia - Cundinamarca	391
Figura 89. Dispersión Miseria urbano – rural en Cundinamarca	391
Figura 90. Línea de Pobreza 2003 – 2016 Colombia - Cundinamarca	392
Figura 91. Estadísticas empleo en Cundinamarca 2001 a 2016	394
Figura 92. Condiciones Laborales en Cundinamarca, 2001 -2016	396

Lista de tablas

Tabla 1 de Distribución de los municipios por extensión territorial y número de veredas Tabla	27
Tabla 2. Distribución de los 10 municipios con mayor y menor extensión territorial en Cundinamarca.	31
Tabla 3. Escenarios de cambio climático por periodos	50
Tabla 4. Tiempo de traslado por transporte terrestre, trayecto y distancia en kilómetros a la capital	61
Tabla 5. Crecimiento poblacional departamentos de Colombia 2005-2017	68
Tabla 6. Porcentaje de población por departamentos 2005- 2017.	68
Tabla 7. Porcentaje de población por provincias de Cundinamarca 2017	69
Tabla 8. Densidad poblacional por provincias de Cundinamarca 2017	71
Tabla 9. densidad poblacional por Km ² por municipios de Cundinamarca 2017	72
Tabla 10. Número de hogares	80





Tabla 11. Población étnica en Cundinamarca.....	81
Tabla 12. Resguardos indígenas en Cundinamarca.	81
Tabla 13. Tabla de Proporción de la población por ciclo vital	84
Tabla 14. Otros indicadores de estructura demográfica. Cundinamarca 2005-2017-2020.	90
Tabla 15. Interpretación Indicadores demográficos. Cundinamarca 2005-2017.....	91
Tabla 16. Otros indicadores demográficos. Cundinamarca 2015-2020	92
Tabla 17. Comparación de tasas de fecundidad en adolescentes con otros departamentos y el total nacional.....	95
Tabla 18. Víctimas de desplazamiento forzado: hombres, mujeres y LGBTI.	98
Tabla 19. número de muertes por régimen de afiliación. Cundinamarca 2015.....	104
Tabla 20. Lista corta 6/67 OPS.....	107
Tabla 21. Mortalidad por grandes causas por sexo.	115
Tabla 22. Priorización por porcentaje y tasas ajustadas de AVPP en Cundinamarca. Año 2015	124
Tabla 23. Semaforización de mortalidad ajustada PDSP 2016-2015	151
Tabla 24. Tasa específica de mortalidad en hombres menores de 1 año. Cundinamarca 2005-2015	153
Tabla 25. Tasa específica de mortalidad en mujeres menores de 1 año. Cundinamarca 2005-2015	154
Tabla 26. Tasa específica de mortalidad total en menores de 1 año. Cundinamarca 2005-2015...155	155
Tabla 27. Tasa específica de mortalidad en hombres de 1 a 4 años. Cundinamarca 2005-2015....	156
Tabla 28. Tasa específica de mortalidad en mujeres de 1 a 4 años. Cundinamarca 2005-2015	157
Tabla 29. tasa específica de mortalidad total en menores de 1 a 4 años. Cundinamarca 2005-2015	158
Tabla 30. Tasa específica de mortalidad en hombres menores de 5 años. Cundinamarca 2005-2015	160
Tabla 31. Tasa específica de mortalidad en mujeres menores de 5 años. Cundinamarca 2005-2015	161
Tabla 32. Tasa específica de mortalidad ajustada en población menor de 5 años. Cundinamarca 2005-2015.	162
Tabla 33. Número de casos de mortalidad específica por Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.	164
Tabla 34. Número de casos de mortalidad específica por Neoplasias por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.....	165
Tabla 35. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005-2015.	166
Tabla 36. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades del sistema nervioso por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.	166
Tabla 37. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades del sistema circulatorio por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.	168
Tabla 38. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades del sistema respiratorio por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.....	169





Tabla 39. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades del sistema digestivo por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.	170
Tabla 40. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades del sistema genitourinario por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.....	171
Tabla 41. Número de casos de mortalidad específica por Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.	172
Tabla 42. Número de casos de mortalidad específica por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.	173
Tabla 43. Número de casos de mortalidad específica por Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.	174
Tabla 44. Número de casos de mortalidad específica por todas las demás enfermedades por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.	175
Tabla 45. Número de casos de mortalidad específica por Causas externas de morbilidad y mortalidad por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.	176
Tabla 46. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez.	178
Tabla 47. Indicadores Institucionales asociados a mortalidad materna	180
Tabla 48. Indicadores de razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por etnia.	193
Tabla 49. Razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por área de residencia ...	194
Tabla 50. Priorización de la mortalidad general por grandes causas.....	195
Tabla 51. Priorización de la mortalidad específica por subgrupo.	196
Tabla 52. Priorización de la mortalidad materno-infantil.....	199
Tabla 53. Priorización de mortalidad en hombres. Cundinamarca 2015	206
Tabla 54. Priorización de mortalidad en mujeres. Cundinamarca 2015	206
Tabla 55. Priorización de mortalidad Total. Cundinamarca 2015	208
Tabla 56. Morbilidad según grandes causas por ciclo vital. Población total o general	216
Tabla 57. Morbilidad según grandes causas por ciclo vital en hombres.....	217
Tabla 58. Morbilidad según grandes causas por ciclo vital en mujeres	217
Tabla 59. Morbilidad por Condiciones transmisibles y nutricionales.....	219
Tabla 60. Morbilidad por condiciones maternas perinatales.	220
Tabla 61. Morbilidad por Enfermedades No transmisibles según sexo.....	221
Tabla 62. Morbilidad por Lesiones, según sexo.	224
Tabla 63. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo.....	226
Tabla 64. Prevalencia de enfermedades precursoras.....	230
Tabla 65. Negaciones de autorizaciones. Cundinamarca 2016.....	231
Tabla 66. Autorizaciones a PPNA No POS según diagnóstico. Cundinamarca 2016.	234
Tabla 67. Autorizaciones a PPNA y No POS según servicio. Cundinamarca 2016.	235
Tabla 68. Autorizaciones a PPNA y No POS según tecnología y/o medicamento. Cundinamarca 2016	237





Tabla 69. Proporción de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y Neisseria meningitidis (Nm) Cundinamarca 2016.....	250
Tabla 70. Distribución de casos notificados Sífilis congénita por EPS, Cundinamarca, año 2016. ..	257
Tabla 71. Proporción de incidencia de casos notificados de Hepatitis B sexo. Cundinamarca. 2016.	261
Tabla 72. Prevalencia de casos de VIH/SIDA en mujeres embarazadas, Cundinamarca, hasta la semana epidemiológica 52 año 2016.	265
Tabla 73. Incidencia de casos de dengue por provincia de procedencia, Cundinamarca a semana epidemiológica 1 a 52 de 2016.....	268
Tabla 74. Proporción de incidencia de dengue en principales municipios hiperendémicos y mesoendemicos, Cundinamarca a semanas epidemiológicas 1 a 52, 2016.	271
Tabla 75. Distribución de casos Chikunguña según provincia, semana 1 a 52 Cundinamarca, 2016	275
Tabla 76. Incidencia de casos notificados de Zika por Municipio de Procedencia, semana epidemiológica No 1 a 52, Cundinamarca, 2016.	277
Tabla 77. Distribución de casos de Leishmaniasis, por provincia, Cundinamarca, semana 1 a 52 de 2016.	282
Tabla 78. Incidencia por forma clínica de Leishmaniasis Cundinamarca semana 1 a 52 de 2016 ..	283
Tabla 79. Casos de Chagas según provincia, Cundinamarca, 2016	287
Tabla 80. Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso. Periodo epidemiológico XII, Cundinamarca 2016.	293
Tabla 81. Número de casos de Tuberculosis Extrapulmonar de acuerdo con la localización anatómica. Periodo epidemiológico XII, Cundinamarca 2016.	294
Tabla 82. Distribución de casos de tuberculosis con condición final muerte por municipio de residencia. Periodo epidemiológico XII, Cundinamarca 2016.	295
Tabla 83. Comportamiento de la notificación individual de ETAS por semana epidemiológica. Cundinamarca, 2015 – 2016.....	296
Tabla 84. Número de brotes de ETA notificados en colectivo según municipio de ocurrencia. Cundinamarca. 2016.	297
Tabla 85. Porcentaje de brotes de ETA notificados según lugar de ocurrencia. Cundinamarca. 2016.	298
Tabla 86. Tasa de mortalidad por sustancias químicas. Cundinamarca. 2016.....	299
Tabla 87 Incidencia de Hepatitis A, por provincia de procedencia, Cundinamarca, 2016.	301
Tabla 88. Distribución de la notificación del evento de BPN a término, según UPGD. Cundinamarca, 2015 – 2016.....	303
Tabla 89. Distribución de eventos de BPN a término notificados al SIVIGILA, según municipio de residencia. Cundinamarca, 2015 – 2016	304
Tabla 90. Comportamiento de la notificación BPN a término residentes de Cundinamarca, según factores de riesgo de la madre. Cundinamarca, 2016	305
Tabla 91. Casos de mortalidad por o asociada a desnutrición en menores de 5 años, Cundinamarca. 2014 – 2016.....	308





Tabla 93. Número de casos y porcentaje del reporte de intento de suicidio comportamiento demográfico y social. Año 2016.	317
Tabla 94. Suicidio según método empleado y sexo. Cundinamarca. Semana epidemiológica Periodo (XIII).de 2016.	322
Tabla 95. Priorización de Letalidades. Cundinamarca 2015	324
Tabla 96. Distribución de las alteraciones permanentes. Cundinamarca 2016	328
Tabla 97. Identificación de prioridades en la morbilidad por grandes causas	328
Tabla 98. Condiciones de vida: Cobertura de servicios de electricidad, acueducto y alcantarillado 2015 -IRCA- 2016 - Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y hogares con inadecuada eliminación de excretas 2005. - Colombia y Cundinamarca	337
Tabla 99. Condiciones nutricionales Colombia, Cundinamarca.	349
Tabla 100. Factores psicológicos y culturales en Colombia y Cundinamarca	358
Tabla 101. Sistema Sanitario Colombia, Cundinamarca. Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios 2005, Cobertura de afiliación al SGSSS 2016, Coberturas administrativas de vacunación 2016 Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal 2015, Cobertura de parto institucional 2015. Porcentaje de partos atendidos por personal 2015	360
Tabla 102. Servicios habilitados. Cundinamarca 2015	361
Tabla 103. Tipos De Servicios Por Nivel Y Grado De Complejidad – I Nivel	370
Tabla 104. Tipos de servicios por nivel y grado de complejidad -II nivel	372
Tabla 105. Tipos de servicios por nivel y grado de complejidad - III nivel	375
Tabla 106. tipos de servicios por nivel y grado de complejidad - IV nivel	376
Tabla 107. Oferta Prestadores-Capacidad Instalada Cundinamarca 2015	377
Tabla 108. Capacidad instalada red Departamental	377
Tabla 109. Indicadores de Educación Colombia y Cundinamarca	380
Tabla 110. Indicadores de Pobreza Colombia y Cundinamarca	384
Tabla 111. Otros indicadores de pobreza Colombia - Cundinamarca 2005	390
Tabla 112. Estadísticas empleo en Cundinamarca y Colombia 2016	393
Tabla 113. Priorización de la mortalidad por tasa ajustadas y AVPP	401
Tabla 114. Priorización de la mortalidad por subcausas	402
Tabla 115. Priorización por causa de muerte infantil y la del niño	404
Tabla 116. Priorización morbilidad	405

Lista de mapas

Mapa 1. División Político-Administrativo, límites y provincias de Cundinamarca 2007	32
Mapa 2. Relieve, hidrografía y zonas de riesgo.	52
Mapa 3. Vías primarias de Cundinamarca	56
Mapa 4. Vías secundarias de Cundinamarca	58
Mapa 5. Vías terciarias de Cundinamarca	60
Mapa 6. Localización Probable PFA en el departamento de Cundinamarca, Periodo 13, 2016.	244





Mapa 7. Comportamiento evento VIH/SIDA, Cundinamarca, hasta semana epidemiológica 52 año 2016	266
Mapa 8. Situación epidemiológica de dengue por municipio de procedencia, Cundinamarca semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2016	271
Mapa 9. Relación Cobertura acueducto y Alcantarillado con Hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y con inadecuada eliminación de excretas. 2015	347

Lista de ilustraciones

Ilustración 1. Niveles y Grados de Complejidad IPS en Cundinamarca	368
Ilustración 2. Niveles y Grados de Complejidad IPS en Cundinamarca	379



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](#) [@CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co



Introducción

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS), es la primera de las once Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) enmarcadas en la iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, la cual busca alcanzar el objetivo central de la salud pública de mejorar las condiciones de las poblaciones, define “el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población.” Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los ASIS son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. El ASIS hace posible caracterizar, medir y explicar el perfil salud-enfermedad y las tendencias de una población incluyendo enfermedades, lesiones y otros problemas de salud y sus factores determinantes, ya sean responsabilidad del sector salud o de otros sectores. El ASIS facilita la identificación de necesidades y prioridades en la salud, así como la identificación de intervenciones, programas adecuados y la evaluación del impacto en la salud.

El ASIS se constituye en insumo fundamental para la planeación en el territorio, por cuanto es la línea de base y del análisis de tendencias para la planeación territorial de salud, según la resolución 1841 de 2013 y los artículos 8 a 11 de la resolución 1536 de 2015.

El proceso de Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en Colombia, normativamente ha avanzado para mejorar su racionalidad, a partir de los lineamientos institucionales establecidos en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, el Decreto 3039 de 2007 y en la Resolución 0425 de 2008 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población; a su vez, la Resolución 1841 de 2013 que adopta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 como una apuesta política por la equidad en salud y la Resolución 1536 de 2015, por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso integral de la salud y se establece la inclusión en el Plan Territorial de Salud de los siguientes contenidos: Análisis de Situación de Salud ASIS, utilizando el





modelo de Determinantes de la Salud, priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, demás EAPB y ARL, la priorización en salud pública, el Componente Estratégico y de inversión Plurianual del Plan Territorial de Salud; y la Resolución 0429 de 2016 por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, implementada a través del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, que atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud, según la ley estatutaria.

La expedición de normas que promueven los ASIS en Colombia, lo declaran instrumento fundamental según la ley estatutaria para la toma de decisiones en todas las escalas territoriales.

Metodología

En el documento del ASIS 2017 del departamento de Cundinamarca se realiza un análisis de la morbimortalidad de la población, los efectos en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales, permitiendo evidenciar las desigualdades en salud, el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y la generación de respuestas integrales dirigidas a promover y restaurar la salud de las personas y comunidades.

Para la actualización del ASIS 2017, la Secretaría de Salud de Cundinamarca, acoge, adecua y adapta los contenidos de la Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS, Colombia 2014, de acuerdo con las necesidades propias de departamento teniendo en cuenta su multidiversidad y su multiculturalidad.

Alcance de la actualización del año 2017:

- **Capítulo I - Contexto territorial y demográfico desde la mirada diferencial con un análisis del acceso y riesgo por provincias.** En este capítulo se actualizó la





información general población en el contexto general, y en el contexto demográfico la estructura de demográfica y dinámica demográfica, a partir de las estimaciones y proyección de la población del censo 2005 por edades, sexo, municipio, zona de residencia y los indicadores demográficos.

- **Capítulo II - Análisis de la mortalidad y morbilidad**, utilizando la información del período entre el 2005 al 2016 y 2009 a 2017 respectivamente, bases de datos de Estadísticas Vitales (nacimientos y defunciones) consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y procesadas en la Bodega de datos Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- **Para el análisis de las desigualdades en salud y sociales en salud**, se estimaron las diferencias relativas, tales como el cociente de tasas extremas, cociente ponderado de tasas extremas, el riesgo atribuible poblacional, el riesgo atribuible poblacional relativo (%) y las diferencias absolutas a través de la diferencia de tasas extremas, diferencia ponderada de tasas extremas, según el caso empleando el paquete estadístico Epidat versión 4.1, con los intervalos de confianza según la información disponible.

Capítulo III: Para la realización de la priorización de los efectos de salud, se tuvo en cuenta el reconocimiento de los principales efectos de salud identificados en el segundo capítulo, como: mortalidad y morbilidad, por grandes causas y subgrupos, según lista corta CIE10 de la OMS; a su vez, se realizó priorización por ciclos vitales. Posteriormente se estableció la priorización de los problemas de salud, por las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública y para finalizar se estimó el Índice de Necesidades en Salud, INS utilizando el programa estadístico Epidat 3.1.





SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores

HTA: Hipertensión Arterial

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

INS: Instituto Nacional de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

LI: Límite inferior

LS: Límite superior

MEF: Mujeres en edad fértil

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas





No.: Número

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud

RLCPD: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano





Capítulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico



1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización

El departamento está ubicado en el centro del país, sobre la cordillera Oriental, en la región Andina. Presenta un relieve variado de planicies, montañas, colinas, con alturas que van desde los 300 a los 3.500 msnm. Se extiende desde la margen oriental del río Magdalena hasta el piedemonte Llanero. El territorio inicia en la Cordillera Oriental que penetra por el sur formando el complejo de los páramos de Sumapaz y de Cruz Verde; en su parte media presenta la altiplanicie de la Sabana de Bogotá; y más al norte el valle de Ubaté y Simijaca. Los sectores planos y cálidos del departamento corresponden al valle del Magdalena y la parte de los Llanos Orientales¹.

¹ Complejo Cruz Verde - Sumapaz» (en español). Paramo.org



Posición Astronómica

Cundinamarca se localiza entre las siguientes coordenadas geográficas:

- El extremo meridional a 3°42' de latitud norte, en el páramo de Sumapaz.
- El extremo septentrional a 5°51' de latitud norte, en el río Guataquí.
- El extremo occidental a los 74°54' de longitud oeste, en la ribera oriental del río Magdalena.
- El extremo oriental a los 73°03' de longitud oeste, en la ribera del río Guavio.

Límites

Cundinamarca limita con cinco (5) departamentos: al norte con Boyacá (franja de territorio en litigio); al oriente con Boyacá y Meta; por el sur con Meta, Huila y Tolima, y por el occidente con Tolima y Caldas, separados por el río Magdalena. Las diferentes líneas limítrofes que Cundinamarca comparte con los otros departamentos son: Boyacá 379,16 Km, Caldas 78,75 Km, Huila 24,87 Km, Meta 325,15 Km y Tolima 257,61 Km, para un total de 1.065,54 Km².

División político-administrativa

El departamento de Cundinamarca está conformado por 116 municipios agrupados en 15 provincias y el Distrito Capital de Bogotá. Las provincias se han constituido y delimitado con el fin de integrar el territorio por las características sociales, espaciales y de proximidad consideradas homogéneas. Este nivel corresponde al intermedio entre los municipios y el departamento y, de esta manera, se persigue fortalecer el desarrollo regional.³

Distribución de las 15 provincias por extensión territorial y número de veredas.

La extensión total del departamento es de 22.779,21 km², de los cuales 99,16% están en zona rural.

² Ibis, Atlas de Cundinamarca, ATLAS C-MARCA Final 23-10-2007.i2 2 Pagina 9

³ Ordenanza 023 de 1998 modificada por la Ordenanza 07 del 9 de abril de 2001.

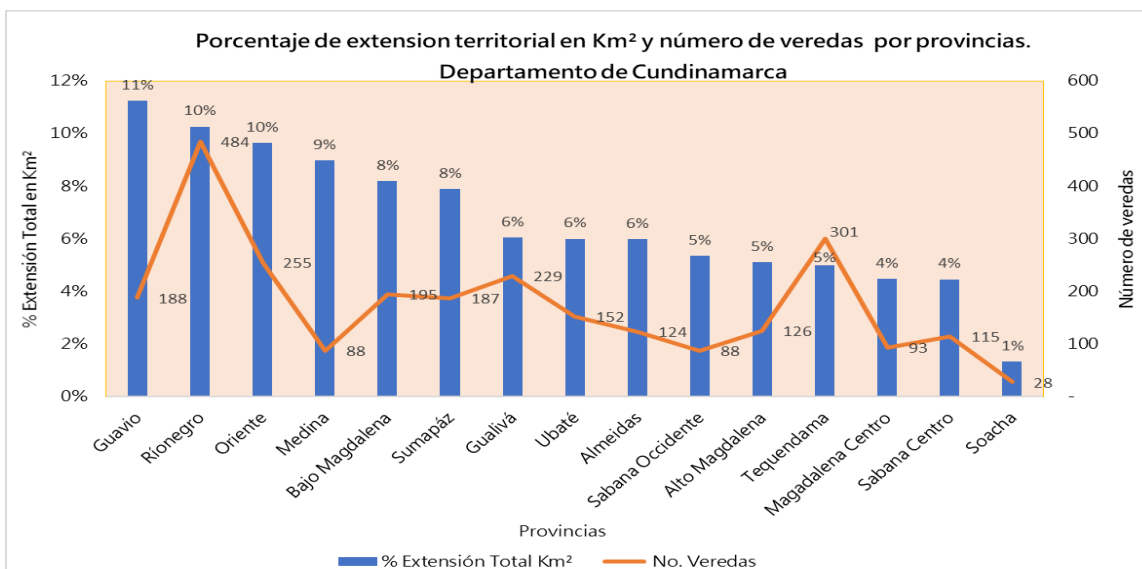




En relación con la extensión territorial por provincias, la del Guavio es la que mayor extensión agrupa en el departamento con 2.563 Km² y 188 veredas en 8 municipios; le sigue la provincia de Rionegro con 2.338 Km² y 484 veredas, siendo esta la provincia con más veredas en los 8 municipios que la integran. Llama la atención la provincia del Tequendama que ocupando la posición 12 en extensión territorial es la segunda con más veredas en sus 10 municipios, con un total de 301 veredas en los 1.138 Km².

Las provincias de Sumapaz, Sabana Occidente, Alto Magdalena, Tequendama, Sabana Centro y Soacha son las que menor área rural en relación con la urbana poseen en el todo el departamento, con el 28,78%. ⁴ Ver figura 1.

Figura 1. Distribución de las 15 provincias por extensión territorial y número de veredas.



Fuente: Territorio y estadísticas catastrales de Cundinamarca. Instituto Geográfico Agustín Codazzi IGAC 2012. Elaboración Oficina Asesora de Planeación Sectorial.

⁴ Territorio y Estadísticas Catastrales de Cundinamarca - <file:///C:/Users/monic/Documents/ASIS%20PC1/Territorio%20y%20estadisticas%20catastrales%20Cundinamarca.pdf>





Tabla 1 de Distribución de los municipios por extensión territorial y número de veredas Tabla

Provincia	Municipio	Área Rural Km ²	Área Urbana Km ²	Extensión Total Km ²	No. Veredas	% de No. Veredas
1. Guavio	Gachalá	388,26	0,29	388,55	32	1%
	Gachetá	255,57	1,03	256,60	14	1%
	Gama	104,78	0,21	104,99	8	0%
	Guasca	378,44	0,93	379,37	14	1%
	Guatavita	252,97	0,53	253,50	15	1%
	Junín	353,50	0,30	353,80	25	1%
	La calera	318,30	1,17	319,47	30	1%
	Ubalá	505,98	1,11	507,09	50	2%
Total Provincia Guavio		2.557,80	5,57	2.563,37	188	7%
2. Rionegro	El peñon	145,29	0,22	145,51	34	1%
	La palma	189,65	0,66	190,31	56	2%
	Pacho	399,33	2,81	402,14	74	3%
	Paíme	166,35	0,12	166,47	38	1%
	San cayetano	295,63	0,13	295,76	31	1%
	Topaipí	150,17	0,26	150,43	41	2%
	Villagómez	62,94	0,19	63,13	12	0%
	Yacopí	923,92	0,34	924,26	198	7%
Total Provincia Ríonegro		2.333,28	4,73	2.338,01	484	18%
3. Oriente	Cáqueza	113,04	0,59	113,63	35	1%
	Chipaque	138,59	0,22	138,81	23	1%
	Choachí	210,96	0,85	211,81	34	1%
	Fomeque	467,00	0,66	467,66	32	1%
	Fosca	111,85	0,19	112,04	24	1%
	Guayabetal	225,55	0,17	225,72	24	1%
	Gutiérrez	444	0,13	443,97	22	1%
	Quetame	141,61	0,17	141,78	24	1%
	Ubaque	106,04	0,18	106,22	20	1%
	Une	234,50	0,34	234,84	17	1%
Total Provincia Oriente		2.192,98	3,50	2.196,48	255	10%



Provincia	Municipio	Área Rural Km ²	Área Urbana Km ²	Extensión Total Km ²	No. Veredas	% de No. Veredas
4. Medina	Medina	1.205,49	1,29	1.206,78	53	2%
	Paratebueno	835,78	0,57	836,35	35	1%
Total Provincia Medina		2.041,27	1,86	2.043,13	88	3%
5. Bajo Magdalena	Caparrapi	610,98	2,22	613,20	119	4%
	Guaduas	755,91	6,44	762,35	54	2%
	Puerto salgar	488,98	1,30	490,28	22	1%
Total Provincia Bajo Magdalena		1.855,87	9,96	1.865,83	195	7%
6. Sumapaz	Arbeláez	146,99	0,77	147,76	10	0%
	Cabrera	442,42	0,12	442,54	16	1%
	Fusagasugá	178,11	12,32	190,43	34	1%
	Granada	62,02	0,24	62,26	13	0%
	Pandi	67,63	0,19	67,82	12	0%
	Pasca	269,93	0,40	270,33	28	1%
	San Bernardo	243,68	0,52	244,20	23	1%
	Silvania	158,86	4,05	162,91	13	0%
	Tibacuy	82,40	0,28	82,68	20	1%
	Venecia	127,39	0,19	127,58	18	1%
Total Provincia Sumapáz		1.779,43	19,08	1.798,51	187	7%
7. Gualiva	Albán	51,92	0,19	52,11	13	0%
	La peña	131,72	0,13	131,85	23	1%
	La vega	153,46	1,48	154,94	27	1%
	Nimaima	58,83	0,15	58,98	13	0%
	Nocaima	68,14	0,57	68,71	21	1%
	Quebradanegra	79,44	0,20	79,64	15	1%
	San francisco	118,32	0,59	118,91	11	0%
	Sasaima	110,88	0,80	111,68	24	1%
	Supatá	226,90	0,40	227,30	18	1%
	Útica	90,29	1,94	92,23	14	1%
	Vergara	146,28	0,16	146,44	29	1%
	Villeta	133,80	2,29	136,09	21	1%
	Total Provincia Gualivá		1.369,98	8,90	1.378,88	229





Provincia	Municipio	Área Rural Km ²	Área Urbana Km ²	Extensión Total Km ²	No. Veredas	% de No. Veredas
8. Ubate	Cármén de Carupa	306,20	0,37	306,57	26	1%
	Cucunubá	108,13	0,23	108,36	18	1%
	Fúquene	58,63	0,28	58,91	4	0%
	Guachetá	174,19	0,64	174,83	20	1%
	Lenguazaque	155,78	0,43	156,21	21	1%
	Simijaca	95,07	0,99	96,06	13	0%
	Susa	97,14	0,46	97,60	13	0%
	Sutatausa	65,17	0,12	65,29	13	0%
	Tausa	204,03	0,14	204,17	15	1%
Ubate	96,58	3,07	99,65	9	0%	
Total Provincia Ubaté		1.360,92	6,73	1.367,65	152	6%
9. Almeidas	Chocontá	296,39	1,22	297,61	22	1%
	Macheta	227,86	0,27	228,13	23	1%
	Manta	107,58	0,32	107,90	18	1%
	Sesquilé	142,09	0,85	142,94	11	0%
	Suesca	301,63	0,91	302,54	19	1%
	Tibirita	57,35	0,20	57,55	14	1%
	Villapinzón	226,10	0,88	226,98	17	1%
Total Provincia Almeidas		1.359,00	4,65	1.363,65	124	5%
10. Sabana occidente	Bojacá	100,92	0,54	101,46	9	0%
	El Rosal	84,15	0,57	84,72	13	0%
	Facatativá	153,94	5,75	159,69	14	1%
	Funza	61,19	7,71	68,90	5	0%
	Madrid	431,32	6,22	437,54	16	1%
	Mosquera	93,65	8,31	101,96	8	0%
	Subachoque	210,86	0,77	211,63	17	1%
	Zipacón	52,43	0,94	53,37	6	0%
Total Provincia Sabana Occidente		1.188,46	30,81	1.219,27	88	3%
11. Alto Magdalena	Agua de Dios	81,37	2,22	83,59	14	1%
	Girardot	109,16	16,31	125,47	11	0%
	Guataquí	87,33	0,53	87,86	9	0%
	Jerusalén	219,27	0,22	219,49	17	1%
	Nariño	52,43	0,83	53,26	5	0%
	Nilo	222,87	0,75	223,62	19	1%
	Ricaurte	114,61	11,03	125,64	14	1%
	Tocaima	244,15	3,03	247,18	37	1%
Total Provincia Alto Magdalena		1.131,19	34,92	1.166,11	126	5%





Provincia	Municipio	Área Rural Km ²	Area Urbana Km ²	Extensión Total Km ²	No. Veredas	% de No. Veredas
12. Tequendama	Anapoima	115,86	3,23	119,09	28	1%
	Anolaima	118,00	1,11	119,11	32	1%
	Apulo	118,12	0,95	119,07	10	0%
	Cachipay	54,20	0,54	54,74	22	1%
	El Colegio	113,76	1,29	115,05	40	2%
	La Mesa	144,00	3,60	147,60	42	2%
	Quipile	127,28	0,30	127,58	34	1%
	San Antonio del Tequendama	82,88	0,28	83,16	24	1%
	Tena	51,03	0,32	51,35	11	0%
	Viotá	200,03	1,43	201,46	58	2%
Total Provincia Tequendama		1.125,16	13,05	1.138,21	301	11%
13. Magdalena Centro	Beltrán	160,75	0,59	161,34	5	0%
	Bituima	60,37	0,12	60,49	16	1%
	Chaguaní	170,38	0,13	170,51	14	1%
	Guayabal de Siquima	60,73	0,19	60,92	11	0%
	Pulí	189,76	0,34	190,10	22	1%
	San Juan de Rioseco	306,94	0,69	307,63	13	0%
	Vianí	67,67	0,22	67,89	12	0%
Total Provincia Magdalena Centro		1.016,60	2,28	1.018,88	93	4%
14. Sabana centro	Cajicá	46,90	2,00	48,90	4	0%
	Chía	69,26	5,00	74,26	9	0%
	Cogua	131,75	0,51	132,26	15	1%
	Cota	51,68	1,24	52,92	8	0%
	Gachancipá	42,19	0,44	42,63	7	0%
	Nemocón	100,23	0,54	100,77	11	0%
	Sopó	107,28	1,27	108,55	17	1%
	Tabio	77,19	1,01	78,20	9	0%
	Tenjo	112,96	0,56	113,52	16	1%
	Tocancipá	70,21	2,31	72,52	7	0%
	Zipaquirá	185,87	6,97	192,84	12	0%
Total Provincia Sabana Centro		995,52	21,85	1.017,37	115	4%
15. Soacha	Sibaté	125,21	1,40	126,61	14	1%
	Soacha	155,30	21,95	177,25	14	1%
Total Provincia Soacha		280,51	23,35	303,86	28	1%
Total General		22.587,97	191	22.779,21	2.653	100%





Fuente: Territorio y estadísticas catastrales de Cundinamarca. Instituto Geográfico Agustín Codazzi IGAC 2012. Elaboración Oficina Asesora de Planeación Sectorial-OAPS.

Tabla 2. Distribución de los 10 municipios con mayor y menor extensión territorial en Cundinamarca.

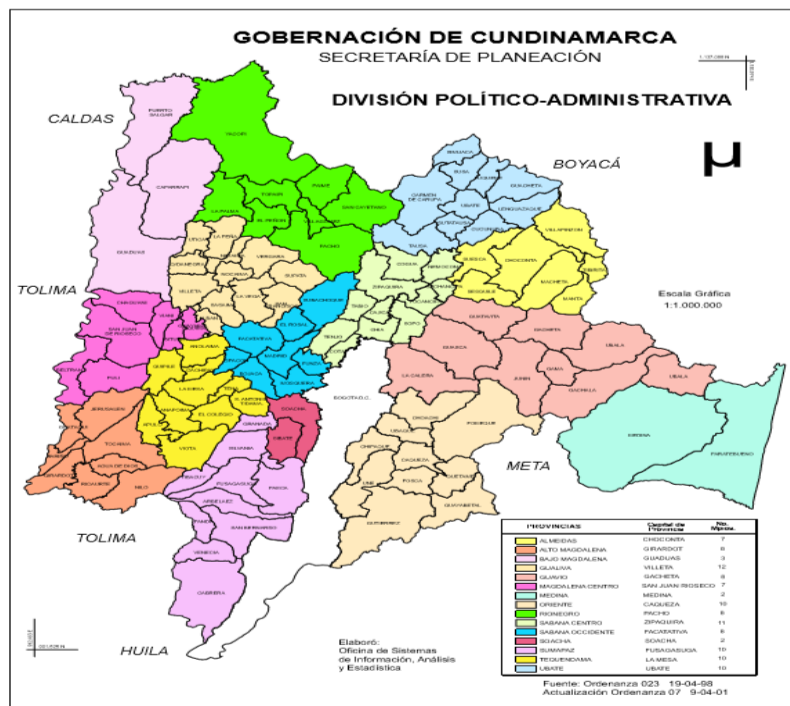
10 Municipios con > extensión territorial			
Provincia	Municipio	Extensión Total Km ²	% Extensión Total Km ²
Medina	Medina	1.206,78	5,30%
Rionegro	Yacopí	924,26	4,06%
Medina	Paratebueno	836,35	3,67%
Bajo Magdalena	Guaduas	762,35	3,35%
Bajo Magdalena	Caparrapi	613,20	2,69%
Guavio	Ubalá	507,09	2,23%
Bajo Magdalena	Puerto salgar	490,28	2,15%
Oriente	Fomeque	467,66	2,05%
Oriente	Gutiérrez	443,97	1,95%
Sumapaz	Cabrera	442,54	1,94%
10 Municipios con < extensión territorial			
Provincia	Municipio	Extensión Total Km ²	% Extensión Total Km ²
Ubate	Fúquene	58,91	0,26%
Almeidas	Tibirita	57,55	0,25%
Tequendama	Cachipay	54,74	0,24%
Sabana occidente	Zipacón	53,37	0,23%
Alto Magdalena	Nariño	53,26	0,23%
Sabana centro	Cota	52,92	0,23%
Gualiva	Albán	52,11	0,23%
Tequendama	Tena	51,35	0,23%
Sabana centro	Cajicá	48,90	0,21%
Sabana centro	Gachancipá	42,63	0,19%

Fuente: Territorio y estadísticas catastrales de Cundinamarca. Instituto Geográfico Agustín Codazzi IGAC 2012. Elaboración Oficina Asesora de Planeación Sectorial-OAPS.





Mapa 1. División Político-Administrativo, límites y provincias de Cundinamarca 2007



Fuente: Mapa división político- administrativo, atlas de Cundinamarca, Secretaría de Planeación 2007

1.1.2 Características físicas del territorio

Enseguida, mediante una ficha territorial se describe las características físicas de cada una de las provincias, con la problemática ambiental y la situación de transporte y movilidad

Provincia del Guavio





Provincia	GUAVIO
Municipio Cabecera	Gachetá
Población DANE año 2017	90.496
*Población área rural	61.825
*Población área urbana	28.671
*% población con respecto al total dptal	3%
Temperatura media anual	18°C
Cuencas	Río Bogotá, Río Gachetá, Río Machetá y Río Suárez
Áreas protegidas	De conformidad con Corpoguavio, las siguientes son las áreas protegidas de la provincia:

Reservas Forestales Protectoras Nacionales

Reserva Forestal Protectora Páramo Grande: Guasca **Reserva Forestal Protectora Ríos Chorreras y Concepción:** Junín y Guasca **Reserva Forestal Protectora Ríos Blanco y Negro:** Guasca y Fómeque **Reserva Forestal Protectora La Bolsa:** Junín **Reserva Forestal Protectora Río Rucío:** Gachalá

Reserva Forestal Protectora Cerros Pionono y las Águilas – Guasca **Reserva Forestal Protectora Cuenca Alta de los ríos Salinero y Moquentiva – Gachetá** **Reserva Forestal Protectora Cuenca Alta del río Zaque – Gachetá y Junín** **Reserva Forestal Protectora Regional Pozo Azul – Gachalá** **Reserva Forestal Protectora Regional La Siberia – Gachalá** **Reserva Forestal Protectora Regional Porvenir - El Guadual – Gachalá** **Reserva Forestal Protectora Regional Santa María de Las Lagunas – Guasca**

Reservas Forestales Protectoras Regionales

Reserva Forestal Protectora Regional Cárpatos – Guasca **Reserva Forestal Protectora Regional Jericó, Libano y Sebastopol – Gachalá** **Reserva Forestal Protectora Regional Montebello – Junín** **Reserva Forestal Protectora Regional Hoya Hernando – Fómeque** **Reserva Forestal Protectora Regional Vitilia La Palma – Gachalá** **Reserva Forestal Protectora Regional Palosqui – Gachalá** **Reserva Forestal Protectora Regional Tolima – Gachalá** **Reserva Forestal Protectora Regional Romeral – Gachalá** **Reserva Forestal Protectora Regional El Espino Corcovado – Guasca** **Reserva Forestal Protectora Regional Colombia – Junín** **Reserva Forestal Protectora Regional Desierto - Patio Bonito – Junín** **Reserva Forestal Protectora Regional Marruecos – Junín** **Reserva Forestal Protectora Regional Manantial del Jagua – Medina** **Reserva Forestal Protectora Regional Concepción – Ubalá** **Reserva Forestal Protectora Regional Sabana de Las Delicias – Ubalá** **Reserva Forestal Protectora los Laureles, Maracaibo y las Delicias – Medina**

Problemáticas ambientales

De estas áreas protegidas dieciséis (16) cuentan con Plan de Manejo Ambiental; una (01) del orden Nacional (RFPN Páramo Grande) y quince (15) del orden regional. Proceso de ampliación de la frontera agrícola sobre áreas de páramo y reservas forestales, procesos de remoción en masa, deslizamientos, minería ilegal, tala indiscriminada.

Situación de transporte y movilidad

Se conecta con Bogotá por la vía Patios-La Calera- Guasca, de orden Departamental, antes de llegar a Guasca, existe un desvío hacia Guatavita en buenas condiciones, De Guasca, por la vía del páramo, se llega a Gachetá, es transitada por vehículos de carga pesada y volquetas, lo que ha ocasionado su deterioro y la vía que conduce a Junín se encuentra en regular estado.

De Gachetá se parte para los municipios de Gama y Ubalá por dos vías diferentes: la que conduce a Gama, se encuentra sin pavimentar y la de Ubalá, del orden departamental, aunque está pavimentada, presenta tramos muy deteriorados y en algunas partes con casi nula visibilidad por las curvas. La vía que de Gachetá conduce a Gachalá está en pésimas condiciones, sin que haya un responsable de su pavimentación; no hay presencia de terminales de transporte público en ninguno de los municipios; sólo Gachetá tiene definida una zona, sobre la vía que conduce a Gama, sin ningún tipo de infraestructura

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".



[f/CundinamarcaGob](https://www.facebook.com/CundinamarcaGob) [@CundinamarcaGob](https://www.twitter.com/CundinamarcaGob)
www.cundinamarca.gov.co



Provincia de Rionegro

Provincia	RIONEGRO
Municipio Cabecera	Pacho
Población DANE año 2017	76.709
*Población área rural	49.681
*Población área urbana	27.028
*% población con respecto al total dptal	3%
Temperatura media anual	21°C
Cuencas	Río Negro y Río Minero.
Áreas protegidas	DMI Nacimiento Quebradas Los Tiestos, La Chorrera y Hoya Fría (La Palma)

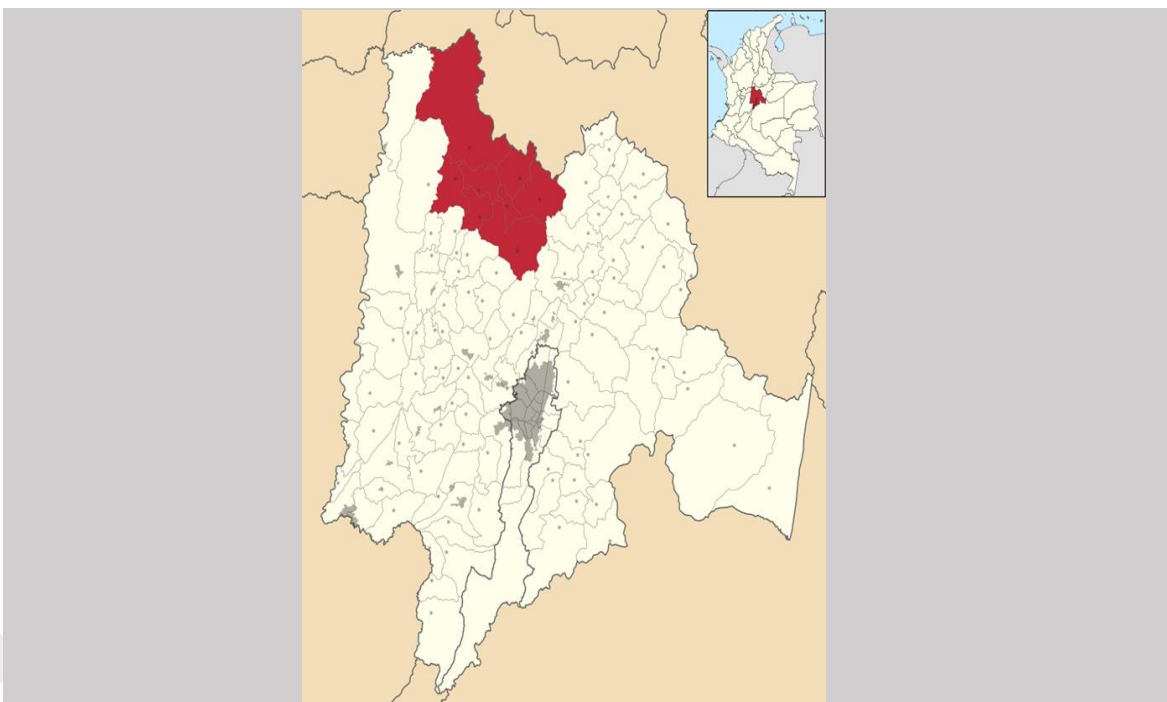
Problemáticas ambientales

Fenómenos de remoción en masa, ocasionados por pendientes, reforestación y pastoreo, deterioro de fuentes hídricas, inexistencia de plantas de tratamiento de aguas residuales, por lo cual existen vertimientos directos a las fuentes hídricas sin tratamiento alguno.

Situación de transporte y movilidad

La red de carreteras es limitada y su estado de mantenimiento es deficiente. Esto hace que las distancias geográficas se amplíen por los largos tiempos de recorrido que se deben hacer para llegar a destinos frecuentes como Bogotá.

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".



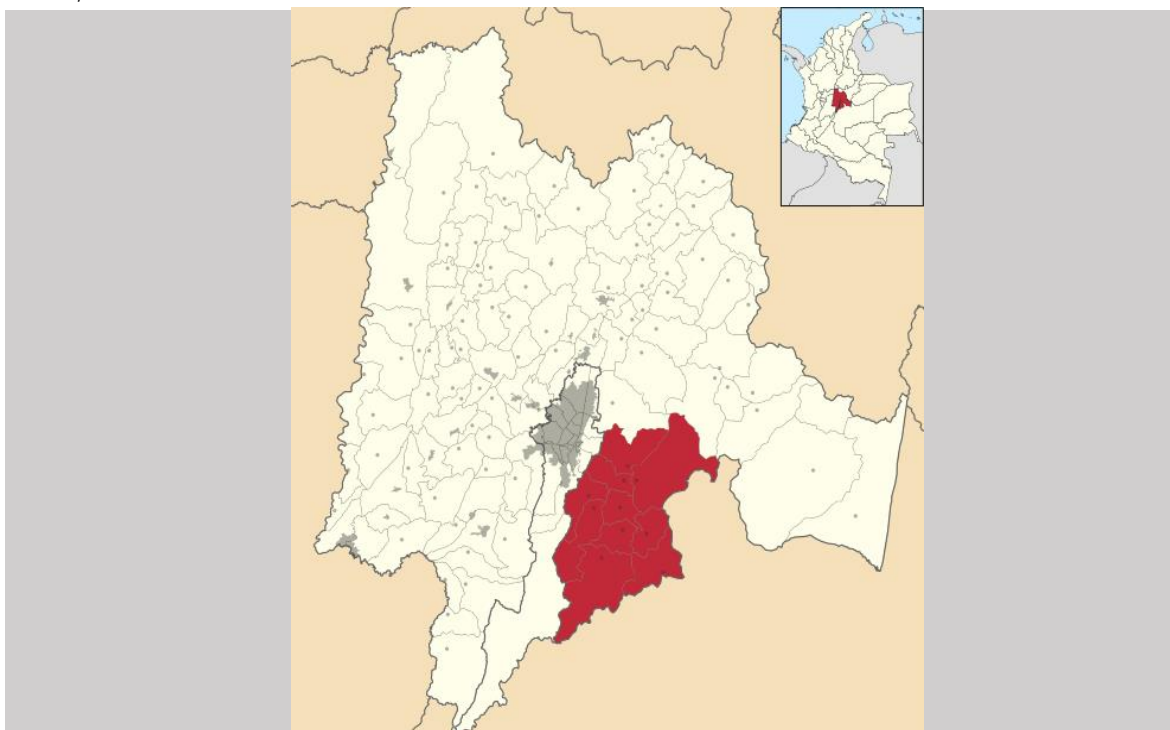
[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov)
[@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Provincia de Oriente

Provincia	ORIENTE
Municipio Cabecera	Cáqueza
Población DANE año 2017	88.138
*Población área rural	57.775
*Población área urbana	30.363
*% población con respecto al total dptal	3%
Temperatura media anual	20°C
Cuencas	Río Blanco, Negro y Guayuriba.
Áreas protegidas	Páramos de Sumapáz y Cruz Verde.
Problemáticas ambientales	Contaminación de fuentes hídricas, deforestación, expansión de fronteras agrícolas hacia los páramos, disposición final inadecuada de residuos sólidos y líquidos.
Situación de transporte y movilidad	La Provincia Oriente dispone de un importante eje vial la autopista al Llano, que forma parte del anillo externo del departamento y comunica a Bogotá – Cáqueza – Quetame – Guayabetal y a la capital del departamento del Meta, presenta dificultades de movilidad y alto índice de accidentalidad.

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".





Provincia de Medina

Provincia	MEDINA
Municipio Cabecera	Paratebueno
Población DANE año 2017	17.944
*Población área rural	11.568
*Población área urbana	6.376
*% población con respecto al total dptal	1%
Temperatura media anual	20°C
Cuencas	Guacavía, Humea y Guavio
Áreas protegidas	Páramo de Chingaza.
Problemáticas ambientales	Erosión de suelos por actividad ganadera, contaminación de fuentes hídricas, deforestación, expansión de fronteras agrícolas hacia los páramos, disposición final inadecuada de residuos sólidos y líquidos.
Situación de transporte y movilidad	El estado de las Vía Guayabetal – Medina, esta pavimentada, pero bastante quebrada y con muy poco movimiento vehicular. Para llegar a Medina se debe pasar por Villavicencio y tomar la vía hacia Yopal, entre Guayabetal y Villavicencio, recorriendo una distancia de 122 kilómetros.

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".





Provincia de Bajo Magdalena

Provincia	BAJO MAGDALENA
Municipio Cabecera	Guaduas
Población DANE año 2017	75.805
*Población área rural	38.102
*Población área urbana	37.703
*% población con respecto al total dptal	3%
Temperatura media anual	25 a 30°C
Cuencas	Río Magdalena y Negro.
Áreas protegidas	RFP Cuenca hidrográfica del río San Francisco (Guaduas), en proceso Laguna del Coco en Puerto Salgar.

Problemáticas ambientales
 Deforestación en la parte norte de la provincia, procesos de remoción en masa, deficiencia en la prestación de servicios en centros poblados, presencia de actividad petrolera, que trae consigo migración en especial al municipio de Guaduas.

Los municipios de Puerto Salgar y Guaduas tienen acceso a corredores estratégicos del orden nacional para el movimiento de carga y pasajeros, específicamente al que conecta a Bogotá con los puertos del Caribe en el Norte del país, así como con los departamentos de Caldas, Antioquia, Santander y Tolima. El municipio de Caparrapí se encuentra más alejado de dichos corredores lo que explica las condiciones de vida más difíciles que enfrenta el municipio. De igual forma, también se debe resaltar la evidente debilidad asociada al mal estado de las vías de acceso a municipios como Caparrapí.

Situación de transporte y movilidad
 Por otro lado, se espera que el futuro desarrollo del proyecto vial de la "Ruta del Sol, permita desencadenar dinámicas productivas vinculadas a los crecientes volúmenes de tránsito de carga que se dará en la región, así como reducir los costos asociados al transporte de la producción regional hacia los centros de consumo en Bogotá y del norte del país, como consecuencia de una eventual articulación de los municipios de la región al proyecto. De igual forma, se espera que la puesta en funcionamiento del puerto multimodal disminuya los costos de transporte y tiempos al utilizar el modo fluvial y el férreo desde los puertos en la región Caribe hasta el centro del país. (Plan de Competitividad y Desarrollo Económico Provincia de Bajo Magdalena 45 de la Cámara de Comercio de Bogotá 2011). Proyecto vial que ya está al servicio.

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".



[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov) [@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Provincia de Sumapaz

Provincia	SUMAPAZ
Municipio Cabecera	Fusagasugá
Población DANE año 2017	225.475
*Población área rural	88.161
*Población área urbana	137.314
*% población con respecto al total dptal	8%
Temperatura media anual	15 a 20°C
Cuencas	Río Bogotá, Sumapáz y Blanco
Áreas protegidas	PNN Sumapaz, RFP La Mistela (Silvania), RFP Quinini (Tibacuy), RFP Cuchilla de Peñas Blancas (Tibacuy).
Problemáticas ambientales	Fenómenos de remoción en masa, socavamiento, ampliación de frontera agrícola sobre áreas protegidas, urbanización en suelo rural bajo el esquema de condominios que trae consigo inadecuada disposición de aguas residuales domésticas y residuos sólidos.
Situación de transporte y movilidad	Las vías secundarias de la provincia están en buen estado. Sin embargo, los actores consultados identifican como una debilidad de Sumapaz el estado de las vías terciarias, es decir, aquellas cuya función es la de vincular pequeños y medianos caseríos, veredas o parajes con los centros urbanos y que normalmente confluyen a la red secundaria o primaria. (Plan de Competitividad de la provincia de Sumapaz, Cámara de Comercio de Bogotá)

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".

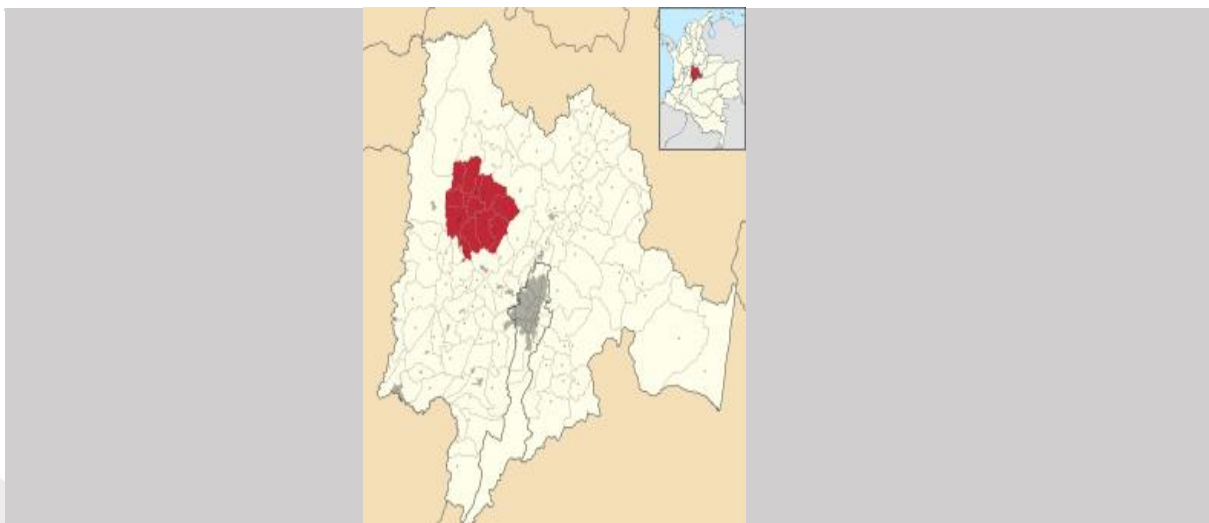




Provincia de Gualivá

Provincia	GUALIVÁ
Municipio Cabecera	Villeta
Población DANE año 2017	111.011
*Población área rural	41.522
*Población área urbana	69.489
*% población con respecto al total dptal	4%
Temperatura promedio	23°C
Cuencas	Río Bogotá. Río Negro
Áreas protegidas	DMI Sector Salto de Tequendama-Cerro Manjui (Albán), DMI Cuchilla El Chuscal (La Vega), RFPF Peñas del Aserradero (Sasaima))
Problemáticas ambientales	Fenómenos de remoción en masa ocasionado por inadecuadas técnicas de cultivo, deforestación, pastoreo, sedimentación de cursos hídricos y vertimientos directos a las fuentes hídricas.
Situación de transporte y movilidad	Tiene acceso a corredores estratégicos que conecta a Bogotá con los puertos del Caribe en el Norte del país, y los departamentos de Caldas, Antioquia, Santander y Tolima. Sin embargo, es evidente el mal estado de las vías de acceso a municipios como Útica, Quebradanegra, La Peña y Nocaima, así como de la red secundaria que los comunica.

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".





Provincia de Ubaté

Provincia	UBATÉ
Municipio Cabecera	Ubaté
Población DANE año 2017	124.611
*Población área rural	71.648
*Población área urbana	52.963
*% población con respecto al total dptal	5%
Temperatura media anual	14,5°C
Cuencas	Río Ubaté y Suárez, Río Negro, Río Bogotá.
Áreas protegidas	DMI Juaitoque (Cucunubá), RFP Páramo de Rabanal (Guachetá y
Problemáticas ambientales	Actividades no compatibles con las capacidades agrológicas de los suelos, en especial ganadería extensiva, minería ilegal, expansión del frontera agrícola y presencia de explotaciones de carbón en áreas de páramo.
Situación de transporte y movilidad	Dispone de un importante eje vial conformado por la troncal Carbonera, la cual comunica a los municipios de Tausa, Sutatausa, Cucunubá, Lenguaque, Guachetá, Ubaté, Suesca y Nemocón. También cuenta con el anillo vial externo que comunica a los municipios de Carmen de Carupa, Susa y Guachetá con el departamento de Boyacá. De igual forma dispone de la vía Bogotá – Zipaquirá – Ubaté – Chiquinquirá. Con dificultades de movilidad y transitabilidad.

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".





Provincia de Almeidas

Provincia	ALMEIDAS
Municipio Cabecera	Chocontá
Población DANE año 2017	93.799
*Población área rural	57.464
*Población área urbana	36.335
*% población con respecto al total dptal	3%
Temperatura media anual	13°C
Cuencas	Río Bogotá, Río Gachetá, Río Machetá y Río Suárez
Áreas protegidas	RFP Cuchilla El Choque (Chocontá), RFP El Frailejonal (Machetá), RFP El Hortigal (Chocontá y Machetá), RFP Nacimiento Río Bogotá (Villapinzón), RFPP Cuenca alta del río Bogotá, RFPP Laguna del Cacique de Guatavita y Cuchilla de Peña Blanca (Sesquilé y Guatavita), Laguna de Suesca (Suesca).
Problemáticas ambientales	Contaminación de fuentes hídricas por disposición inadecuada y sin previo tratamiento de aguas residuales domésticas e industriales PRINCIPALMENTE EN SOBRE EL RÍO Bogotá, ocasionado por la industria de las curtiembres en los municipios de Chocontá y Villapinzón, ampliación de frontera agrícola en zona de páramos para cultivo de papa.
Situación de transporte y movilidad	Las vías de acceso a la mayor parte de los municipios están en buenas condiciones. Destaca además, su articulación directa con el corredor Bogotá-Tunja, que comunica con los Santanderes, Venezuela y los puertos del Caribe

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".





Provincia de Sabana de Occidente

Provincia	SABANA OCCIDENTE
Municipio Cabecera	Facatativá
Población DANE año 2017	435.302
*Población área rural	53.152
*Población área urbana	382.150
*% población con respecto al total dptal	16%
Temperatura media anual	13,5°C
Cuencas	Río Bogotá, Río Negro,
Áreas protegidas	Zipacón)

Problemáticas ambientales

Contaminación de fuentes hídricas por disposición inadecuada y sin previo tratamiento de aguas residuales domésticas e industriales, conflictos de usos del suelo en áreas urbanas y rurales, sobre explotación por actividades agroindustriales no acorde a la vocación de los mismos, impactos por crecimiento urbano sobre suelos de alta productividad y la disponibilidad de agua, contaminación visual y auditiva.

Situación de transporte y movilidad

Los municipios de Mosquera, Madrid, Funza y Facatativá están ubicados sobre el corredor vial de la Calle 13 que conecta a Bogotá con el centro y el occidente del país. Por su parte, los municipios de El Rosal, Zipacón, Bojacá y Subachoque si bien no se encuentran directamente sobre los corredores de la Calle 80 y la Calle 13, tienen vías en condiciones relativamente buenas que permiten una rápida articulación con estos corredores que conectan con Bogotá y el centro y occidente del país. Presenta dificultades de movilidad y transitabilidad.

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".





Alto Magdalena

Provincia	ALTO MAGDALENA
Municipio Cabecera	Girardot
Población DANE año 2017	172.320
*Población área rural	37.117
*Población área urbana	135.203
*% población con respecto al total dptal	6%
Temperatura media anual	28 a 30°C
Cuencas	Ríos Bogotá, Magdalena y Sumapáz.
Áreas protegidas	RFP Quinini (Nilo), Humedal El Yulo (Ricaurte).
Problemáticas ambientales	Contaminación de fuentes hídricas, minería ilegal, proceso de ocupación de suelos por actividades recreativas, hoteleras y vivienda campestre que ocasionan proliferación de sistemas individuales de disposición de aguas residuales domésticas y por tanto en algunas zonas proceso contaminantes debido al inadecuado manejo de estas infraestructuras.
Situación de transporte y movilidad	<p>Conformada por ocho (8) municipios, de los cuales los municipios de Agua de Dios, Girardot, Guataquí, Ricaurte, Nariño, Tocaima tienen acceso a corredores que conecta a Bogotá con los departamentos del sur oriente del país (Tolima y Huila) y el puerto de Buenaventura.</p> <p>El municipio de Jerusalén se encuentra más alejado de dichos corredores lo que explica las condiciones de vida más difíciles que enfrenta su población.</p>

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".





Provincia del Tequendama

Provincia	TEQUENDAMA
Municipio Cabecera	La Mesa
Población DANE año 2017	141.704
*Población área rural	92.306
*Población área urbana	49.398
*% población con respecto al total dptal	5%
Temperatura media anual	20°C
Cuencas	Río Bogotá, Río Negro, Río Sumapaz, Río Magdalena. Cuchilla de Peñas Blancas y Subia (Viotá, San Antonio, El Colegio), DMI Sector Salto de Tequendama-Cerro Manjui (Anolaima, Cachipay, Tena, San Antonio), RFPP Laguna de Pedro Palo (Tena, La Mesa), RFP Quinini (Viotá).
Áreas protegidas	

Problemáticas ambientales
 Proceso de deforestación, afectación de zonas de nacimientos de fuentes hídricas, presión de urbanización para vivienda campestre, déficit de recurso hídrico para abastecimiento humano y de actividades productivas.

Situación de transporte y movilidad
 Cuenta con un corredor principal de una calzada en buen estado, que beneficia particularmente a La Mesa, Anapoima, Apulo y Viotá. Sin embargo, las vías de acceso al resto de municipios, no se encuentran en buenas condiciones en algunos tramos afectando la movilidad, los tiempos de viaje y los costos de transporte. Presentan dificultades de movilidad y transitabilidad

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".

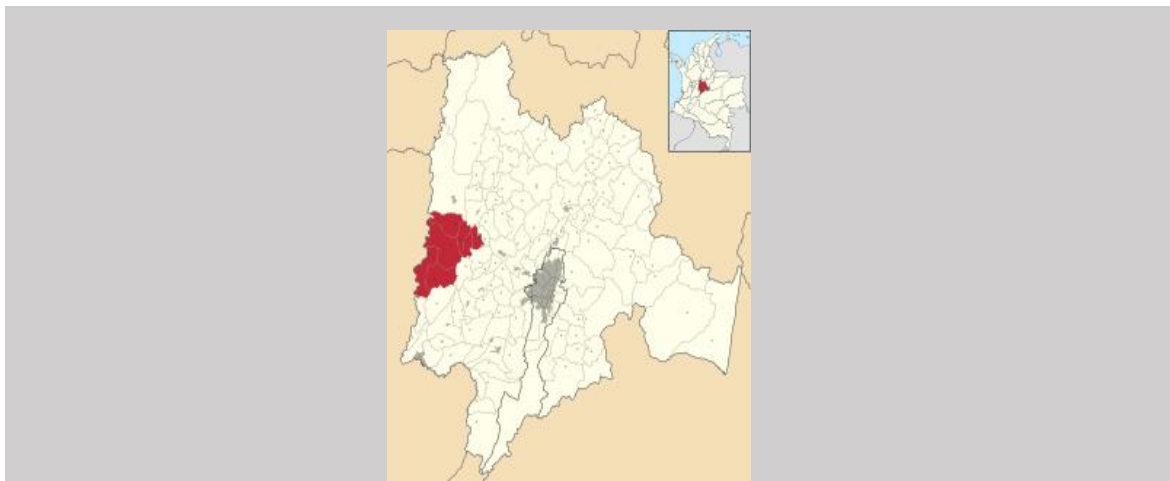




Provincia de Magdalena Centro

Provincia	MAGDALENA CENTRO
Municipio Cabecera	San Juan de Río seco
Población DANE año 2017	29.281
*Población área rural	21.817
*Población área urbana	7.464
*% población con respecto al total dptal	1%
Temperatura media anual	22°C
Cuencas	Ríos Magdalena, Bogotá y Negro.
Áreas protegidas	RFPP Cerro El Tabor (Pulí, San Juan de Río seco y Beltrán)
Problemáticas ambientales	Presencia de procesos erosivos y de remoción en masa, inadecuadas prácticas de cultivo en zonas de alta pendiente, y conflicto por actividad ganadera, carencia de sistemas de tratamiento y disposición de aguas residuales de algunos cascos urbanos y centros poblados.
Situación de transporte y movilidad	Tiene acceso a un corredor vial de buenas especificaciones que comunica a Bogotá con el norte del Tolima, y con alto potencial hacia departamentos como Caldas, Antioquia y Tolima. También se evidencian debilidades asociadas al mal estado de las vías de acceso a los municipios de Chaguaní y Pulí.

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".





Provincia de Sabana Centro

Provincia	SABANA CENTRO
Municipio Cabecera	Zipaquirá
Población DANE año 2017	506.654
*Población área rural	161.157
*Población área urbana	345.497
*% población con respecto al total dptal	18%
Temperatura media anual	13,5°C
Cuencas	Río Bogotá, Río Negro
Áreas protegidas	DMI Cerro de Juaiqa (Tenjo), DMI Páramo de Guerrero (Cogua y Zipaquirá), RFP Nacimiento Quebrada Honda y Calderitas (Cogua) RFP Pantano Redondo y Nacimiento del río susagua, RFP Pionono (Sopo).
Problemáticas ambientales	Contaminación de fuentes hídricas por disposición inadecuada y sin previo tratamiento de aguas residuales domésticas e industriales, conflictos de usos del suelo en áreas urbanas y rurales, conflictos de usos del suelo en áreas urbanas y rurales, sobre explotación por actividades agroindustriales no acorde a la vocación de los mismos, impactos por crecimiento urbano y proliferación de vivienda campestre sobre suelos de alta productividad y la disponibilidad de agua, contaminación visual y auditiva.
Situación de transporte y movilidad	Mantiene el buen estado general de las vías y pavimentadas, cuenta con las vía Bogotá – Tenjo con algunos tramos en regular estado de conservación, Tenjo - Tabio – Cajicá- Chía- Cota en buen estado, la vía Bogotá – Sopó en buen estado aunque cuenta con tramos en mal estado, angosto y bastante quebrados, Sopó – Tocancipá – Gachancipá en buen estado y la malla vial de Tausa – Cogua – Nemocón – Zipaquirá se encuentran pavimentada y en buen estado sin obstáculos entre los municipios para la accesibilidad, con serias dificultades en cuanto a la movilidad y transitabilidad.

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".





Provincia de Soacha

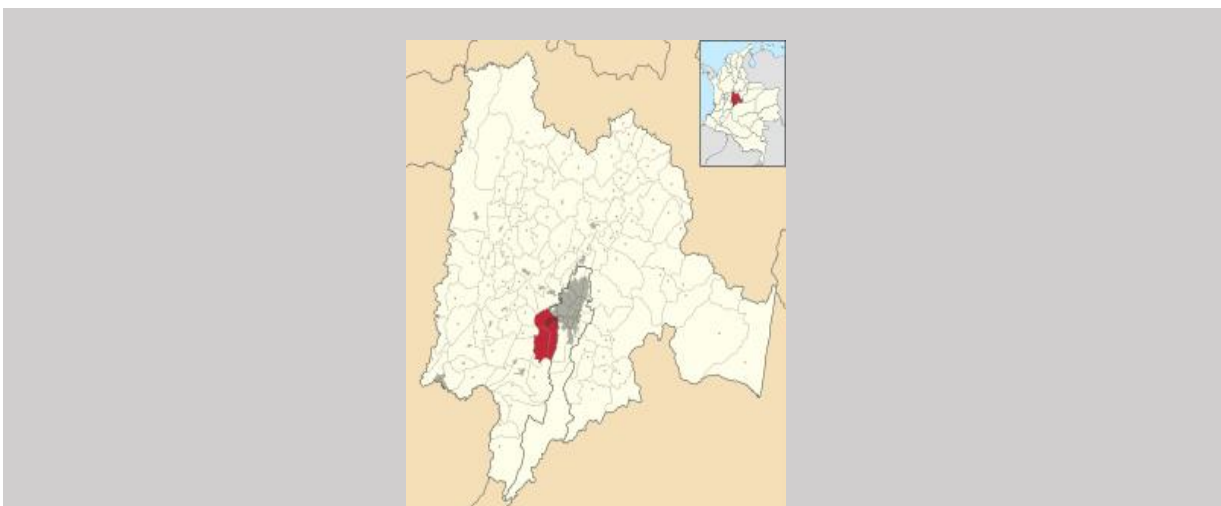
Provincia	SOACHA
Municipio Cabecera	Soacha
Población DANE año 2017	533.718
*Población área rural	12.940
*Población área urbana	527.644
*% población con respecto al total dptal	19%
Temperatura media anual	13,5°C
Cuencas	Río Bogotá, Río Sumapáz

Áreas protegidas Cuenca Alta río Bogotá, DMI Sector Salto de Tequendama-Cerro Manjui (Soacha) RFP Futuras generaciones de Sibate I y II, Humedal Tierra Blanca (Soacha), Humedal de Neuta (Soacha).

Problemáticas ambientales Presión creciente de la urbanización sobre suelos de alta capacidad agrológica y ubicación en zonas de alto riesgo, carencia en el sur del municipio de redes de servicios públicos, desecación de humedales, inexistencia de Planta de Tratamiento para el casco urbano y zonas de expansión, presencia de minería ilegal.

Situación de transporte y movilidad Tiene un buen estado en las vías, sin embargo los problemas están asociados a la movilidad dado el gran volumen de vehículos que utilizan las vías para el ingreso a Bogotá, cuenta con Vía panamericana autopista Bogotá-Ibagué que conecta a Bogotá con el sur del país, Vía Bogotá-Soacha, Vía Soacha-Sibaté. Presenta serias dificultades de movilidad y transitabilidad.

Fuente: Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca. Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más".





Zonas de riesgo

Según las estadísticas de eventos en Cundinamarca, por sus condiciones naturales y sociales Cundinamarca es un Departamento en el cual están presentes múltiples riesgos asociados a diversos fenómenos naturales y antrópicos.

Estos riesgos están asociados a fenómenos climáticos (inundaciones, crecientes súbitos, vendavales, deslizamientos, sequías y heladas), a fenómenos tectónicos (sismos), a una mezcla de factores naturales y humanos (incendios forestales) y a factores estrictamente humanos (contaminación, explosiones, derrames de materias peligrosas).

El 93% de los eventos registrados en los últimos 42 años están asociados a factores naturales o socio naturales y el 7% tienen un origen antrópico. En el primer grupo son más relevantes las inundaciones, los deslizamientos y los incendios forestales; en el segundo las explosiones, los incendios y los accidentes de tránsito.⁵

Deslizamientos, inundaciones e incendios

El cambio climático tiene impactos en el aumento y la frecuencia de las amenazas de origen hidrometeorológico, lo cual tiene relación con los elementos expuestos, la vulnerabilidad y la sensibilidad. De acuerdo con el PRICC (Plan Regional Integral de Cambio Climático de Cundinamarca del IDEAM) "(...) *La mayor vulnerabilidad a inundaciones la tienen los municipios con el más alto PIB del Departamento, donde hay menores niveles de pobreza y donde se concentra la producción industrial: Nemocón, Zipaquirá, Cogua, Chía, Funza, Mosquera y Soacha. Así mismo, en estos municipios y los demás que se encuentran sobre las áreas inundables se presenta la*

⁵ Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más". Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca.





mayor vulnerabilidad sobre la infraestructura (...) Frente a otras amenazas como las remociones en masa y la degradación del suelo, se observa alta vulnerabilidad en la mayor parte de Cundinamarca, mientras que para incendios forestales, la vulnerabilidad se concentra en los municipios de la sabana de Bogotá y el occidente del departamento, principalmente por la abundancia de especies pirófilas y pirogénicas introducidas y las condiciones de bosques secos y subxerofíticos.”⁶

En el departamento de Cundinamarca tan solo el 0,3% de las hectáreas son inundables y de alto riesgo, con un total de 7.802 hectáreas. 47 municipios han realizado estudio de zonificación de amenazas en Cundinamarca. El 100% del territorio cuenta con estudios de amenazas y el total de los eventos naturales fueron atendidos durante el 2015 con un total de 808. Sin embargo, no se atendieron 207 eventos no naturales. El 100% de las familias afectadas fueron apoyados con ayuda humanitaria entregada por el departamento con un total de 1.530 familias.⁷

Aumentos de temperatura y precipitación

Para el Departamento de Cundinamarca, la Tercera Comunicación Nacional de Cambio Climático ya señala que a final del siglo XXI los incrementos de temperatura serán significativos (en promedio 2,3°C como se observa en la tabla 4 con impactos superiores en algunas provincias de Alto, Centro y Bajo Magdalena, y en la Provincia de Medina. Ver tabla 3.

⁶ Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más". Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca.

⁷ Idem





Tabla 3. Escenarios de cambio climático por periodos

2011-2040		2041-2070		2071-2100	
Cambio de temperatura media °C	Cambio de precipitación (%)	Cambio de temperatura media °C	Cambio de precipitación (%)	Cambio de temperatura media °C	Cambio de precipitación (%)
0,8	7,99	1,5	9	2,3	8,21

Fuente: Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más" - Fuente: IDEAM, PNUD, MADS, DNP, CANCELLERÍA. 2015. Nuevos Escenarios de Cambio Climático para Colombia 2011- 2100 Herramientas Científicas para la Toma de Decisiones – Enfoque Nacional – Departamental: Tercera Comunicación Nacional de Cambio Climático.

En cuanto a la precipitación, según el PRICC los principales aumentos de precipitación se podrían presentar en las provincias de Sabana Centro, Sabana Occidente, Norte de Bogotá, Ubaté y Almeidas con valores de entre 10% y 30% adicionales a los valores actuales. En relación con disminuciones en precipitación, estas podrán presentarse en la Provincia de Medina con valores de hasta un 20% menor sobre el valor actual de referencia. El PRICC señala que, en el caso de áreas estratégicas para el Departamento por su papel en el suministro y regulación hídrica, como los páramos (Sumapaz, Cruz Verde, Chingaza, Guerrero, Guacheneque) y bosques altoandinos, el aumento de la temperatura a final del siglo podría alcanzar y en algunos sectores hasta superar los 3°C. Las zonas del departamento de Cundinamarca que podrían tener mayores aumentos en las temperaturas promedio son los municipios ubicados en las zonas altas y más secas.⁸

Aumentos y variaciones como las proyectadas, según los modelos utilizados en términos de precipitación y temperatura podrían ocasionar, entre otros efectos:⁹

- Incremento considerable de temperatura en los páramos.

⁸ Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más". Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca.

⁹ Idem anterior



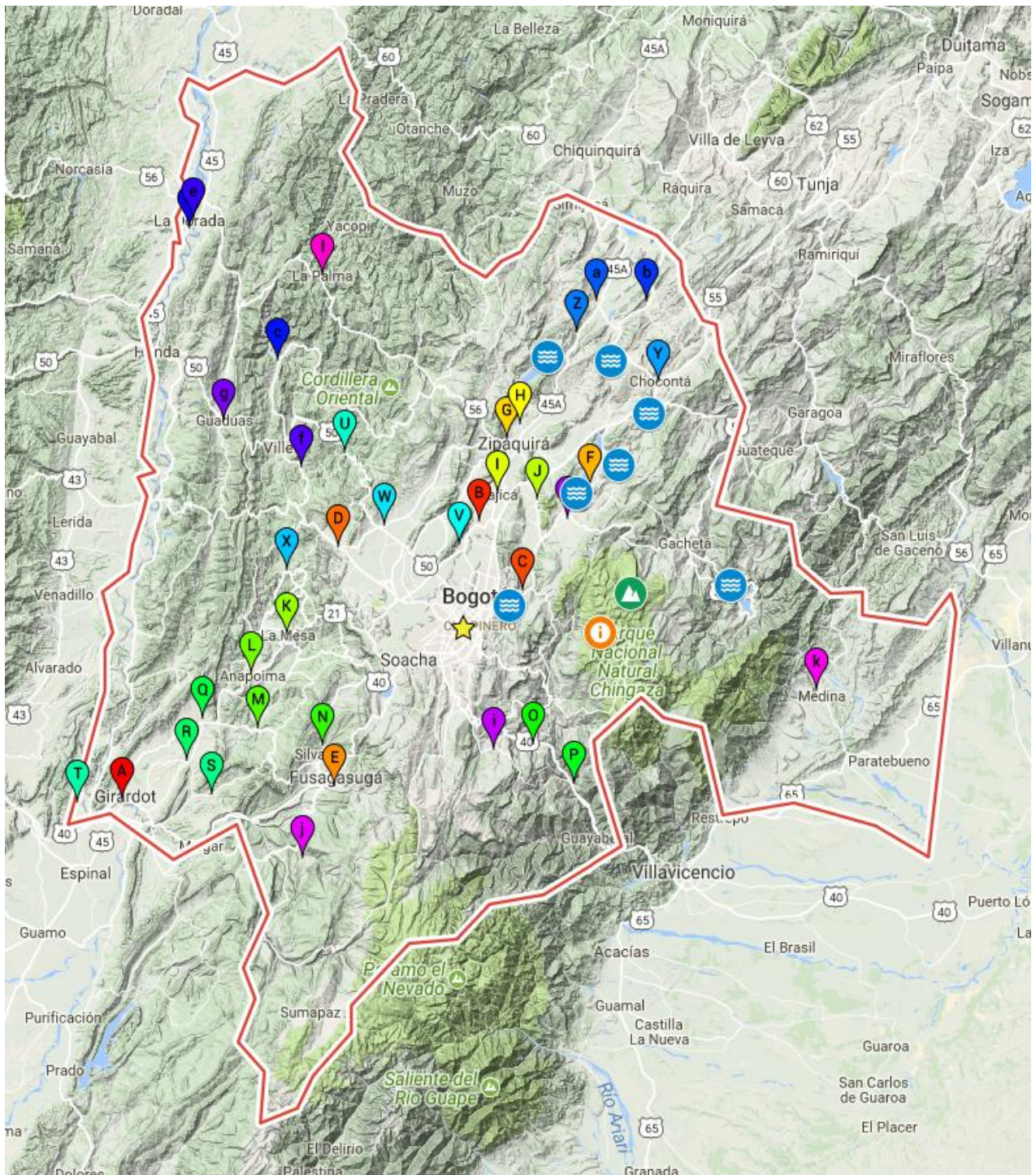


- Reducción del 54,6% de las áreas de páramos y del 70,5% de los bosques, afectándose los procesos de regulación hídrica.
- Reducción de las áreas de distribución potencial de las especies amenazadas, endémicas y migratorias
- Probable reducción de la disponibilidad de agua en municipios que contienen complejos de páramos
- Alta vulnerabilidad respecto a escenarios de disponibilidad hídrica en terrenos dedicados a la producción agrícola
- En caso de que aumente el nivel de precipitaciones, el mayor riesgo se identifica en áreas con niveles de amenaza de inundación ocupada por población vulnerable.
- Afectaciones a la biodiversidad, pérdida de infraestructura de servicios públicos, edificaciones y de la funcionalidad de la prestación de dichos servicios y movilidad, así como la presentación de efectos secundarios paralelos (avalanchas, erosiones, socavaciones, remociones en masa, desestabilización de excavaciones).
- Pérdidas importantes de biodiversidad
- Disminución del agua en los suelos - Puede existir una reducción en la disponibilidad de despacho de energía proveniente de las represas de Chivor y Guavio. - Hay posibilidad de afectaciones a cuencas hidrográficas si no se da una evaluación de contexto al momento de intervenir el territorio para construir represas por la inundación de territorios potencialmente importantes para el sector agrícola.
- Reducción en la productividad de algunos cultivos importantes como la caña panelera y la papa, los cuales se localizan en municipios donde se estiman las mayores disminuciones en la disponibilidad hídrica como consecuencia del cambio climático.





Mapa 2. Relieve, hidrografía y zonas de riesgo.



Fuente: <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1mN7klcZrG2A89njVtNpkhlyo9Pw&usp=sharing>



[f/CundinamarcaGob](https://www.facebook.com/CundinamarcaGob) [@CundinamarcaGob](https://www.twitter.com/CundinamarcaGob)
www.cundinamarca.gov.co



1.1.3 Accesibilidad geográfica

Trasporte férreo

En virtud de convenios celebrados con la ANI a partir de la Ley 105 de 1993, el Departamento de Cundinamarca tiene a su cargo algunos corredores férreos, que en total comprenden 554 km, distribuida así:¹⁰

- Facatativá y Girardot con 132 km
- Red Atlántica de 397 km (Bogotá-Puerto Salgar, Bogotá- Lenguaque y BogotáVillapinzón)
- Sibaté – Soacha-El Salto, con 25 km de longitud.
- Parte de la red férrea del Atlántico está concesionada a Ferrocarriles del Norte de Colombia S.A. (Fenoco S.A.), entidad que se encarga de la rehabilitaciónreconstrucción, conservación, operación y explotación siendo utilizado para transporte de pasajeros y para el transporte de productos agrícolas granos (cebada, maíz, soya), le siguen el acero y los contenedores, todos productos de importación, Mientras que la ruta Boyacá-Bogotá-Costa Atlántica transporta casi el 100% de carbón y cemento.¹¹

Transporte fluvial

La vía de comunicación fluvial más importante en el Departamento es el río Magdalena, que cuenta con tres puertos principales: Girardot, Gramalotal en el municipio de Beltrán y Puerto Salgar, como segunda vía fluvial, pero de menor jerarquía e importancia se encuentra la Represa del Guavio, que cuenta con puertos menores y rutas frecuentes para intercomunicar las veredas de los municipios de

¹⁰ Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más". Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca

¹¹ Idem anterior





Gachalá, Gama y Ubalá. En general, el transporte por vía fluvial no ha aumentado en los últimos años, básicamente porque este medio de transporte ha sido desplazado por las carreteras, pero también porque el río Magdalena no es navegable en periodos de baja precipitación, lo que también contribuyó a su decadencia.

Transporte aéreo

El Departamento cuenta con el aeropuerto internacional, El Dorado ubicado en Bogotá, es el principal puerto de transporte aéreo de carga y pasajeros del país y nueve aeropuertos ubicados en cinco municipios, los cuales son: En Cajicá: el aeropuerto la libélula, en Beltrán; aeropuerto Colombiana, en Medina; el aeropuerto de Medina, el Municipio de Paratebuena cuenta con cuatro pistas La aurora, Primero de Mayo, La paz, La Ponderosa y en Puerto salgar con las pistas de aterrizaje de La esperanza y Palanquero.

Adicionalmente, el Gobierno Nacional, está adelantando el proyecto de Aeropuerto alterno El Dorado 2 en el Municipio de Facatativá, adicionalmente existe el Aeropuerto de Flandes, que beneficia el transporte de carga y de pasajeros de los Departamentos de Cundinamarca y Tolima. ¹²

Sistema Vial de Cundinamarca

La red vial está conformada de la siguiente manera:

Carreteras Primarias o Nacionales: La conservación de estas carreteras es responsabilidad del Gobierno Nacional. Dentro de las principales vías que atraviesan al Departamento se encuentran: ¹³

¹² Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más". Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca.

¹³ Idem anterior





- **La Doble calzada Bogotá – Tunja - Sogamoso**, que comunica el departamento con el Norte del país, forma parte de la red básica nacional y hace parte de la Ruta 55, ha permitido reducir en gran parte el tiempo de viaje entre el Norte del país y Venezuela con la capital del país, lo cual minimizó los costos de transporte, mejorando con ello la competitividad a nivel de transporte de las importaciones y exportaciones, así como de los productos agrícolas y ganaderos. Igualmente se incrementan las actividades turísticas desde y hacia el departamento.
- **La Doble Calzada Girardot – Bogotá** por la cual se moviliza toda la carga proveniente y con destino al puerto marítimo sobre el océano pacífico en Buenaventura, genera un polo de desarrollo muy importante en el suroeste del Departamento como resultado del tráfico atraído que esta vía tan importante genera. Igualmente es una vía sobre la cual se moviliza un volumen alto de pasajeros con fines turísticos.
- **La Autopista al Llano** comunica el departamento de Cundinamarca con los llanos orientales y la Orinoquia y por la cual se moviliza toda la producción agropecuaria y ganadera de la despensa agrícola llanera.
- **La Vía Honda – Bogotá** corresponde a una vía transversal por la cual se moviliza la carga proveniente y con destino a Antioquia y Departamentos circunvecinos, además es utilizada por la red de camiones proveniente con carga desde los puertos ubicados sobre el océano Atlántico. Como en el caso de las anteriores vías también es un eje de movilización del turismo también proveniente de la Costa Atlántica como de Antioquia; asunto que genera polos de desarrollo importantes en Cundinamarca.
- **La Vía Briceño – Ubaté – Chiquinquirá** es un ramal muy importante de la vía Bogotá – Tunja – Sogamoso, ya que es utilizada por el transporte de carga y pasajeros proveniente del norte del país y de Venezuela.





Mapa 3. Vías primarias de Cundinamarca



Fuente: Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más", elaboración propia del equipo formulador del Plan Departamental de Desarrollo (2016) a partir de Secretaría de Planeación (2015).

Carreteras Secundarias: las constituyen aproximadamente 6.937 Km. Estas son carreteras de integración regional e intermunicipal. La administración del





mantenimiento vial está a cargo del ICCU. Del total de km de la red vial secundaria, el 5% se encuentra en buen estado, el 85% se clasifica como regular y se estima que el 10% restante está en mal estado de conservación.¹⁴

Como resultado del alto porcentaje de Kms de la red vial departamental en afirmado se está afectando la integración, conectividad, productividad y agroturismo en aquellas provincias donde se concentran estos tramos viales, a las cuales se les realiza mantenimiento rutinario esporádicamente especialmente en épocas de verano. Esta dificultad que presenta la red vial origina incomunicación entre los municipios del departamento y de estos con las arterias principales. La red secundaria favorece el desarrollo económico en aquellos municipios donde no se tiene acceso directo a las carreteras principales, pero que generan un gran porcentaje de la producción agrícola del departamento, tal es el caso de los municipios ubicados en las provincias especialmente de Sumapaz, Medina y Rionegro.¹⁵

¹⁴ Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más". Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca.

¹⁵ Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más". Secretaría de Planeación, Gobernación de Cundinamarca.





Mapa 4. Vías secundarias de Cundinamarca



Fuente: Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más", elaboración propia del equipo formulador del Plan Departamental de Desarrollo (2016) a partir de Secretaría de Planeación (2015).

Carreteras Terciarias: son las vías municipales o caminos de vereda. Representan 11.578 km, equivalentes al 58% del total de la red vial departamental, de estos solo 254 kms se hallan a nivel de pavimento. A nivel municipal intervienen las Administraciones Municipales cofinanciando proyectos de rehabilitación y mantenimiento de las vías de su jurisdicción, en ocasiones atienden las emergencias viales que se presentan y participan en la cofinanciación de proyectos del Plan de Desarrollo Departamental. Por lo general cada municipio cuenta, dentro de su estructura orgánica, con una Secretaría





de Planeación y una de Obras o al menos con un funcionario municipal que se encarga de la gestión vial.

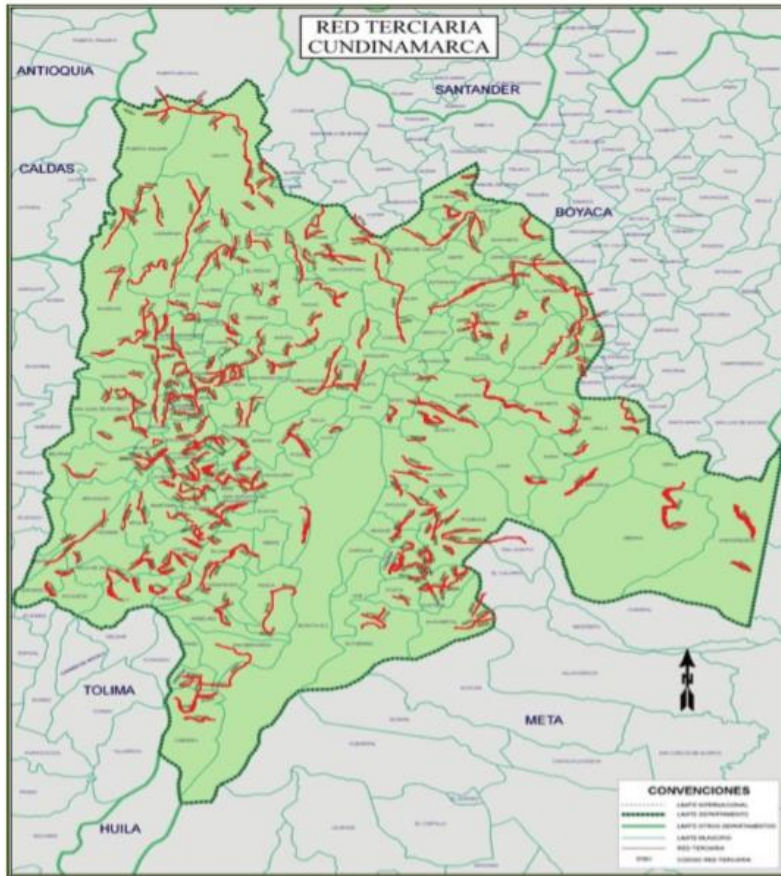
Del total de la red vial Departamental solo el 13% se encuentra pavimentado y el 87% en afirmado. De la malla vial el 40% se encuentra en mal estado, el 30% presenta un regular estado y el 30% restante en buen estado principalmente en las vías de la sabana de Bogotá. Así las cosas, la actual malla vial es insuficiente para atender la demanda de carga y pasajeros que deben movilizarse por territorio Cundinamarqués.

Las provincias de Rionegro (11%), Sumapaz (10.6%), Guavio (9.1%), Tequendama (8.3%), Ubaté (8.1%), Gualivá (7.1%) y Oriente (7,4%) cuentan con el mayor número de kilómetros de red secundaria y son los que registran los problemas de movilidad por el mal estado de su red.





Mapa 5. Vías terciarias de Cundinamarca



Fuente: Anexo 3-3.3. Diagnóstico del Departamento. Plan de Desarrollo 2016-2020 "Unidos podemos más", elaboración propia del equipo formulador del Plan Departamental de Desarrollo (2016) a partir de Secretaría de Planeación (2015).

Concesiones Viales: Cundinamarca cuenta con tres grandes proyectos de concesiones viales al sector privado, Chía-Mosquera-Girardot (Devisab), Troncal del Tequendama y la Panamericana, por 20 años en promedio, para mantener en buen estado a 348 km de la red vial departamental. Las tres concesiones se encuentran en etapa de operación. El ICCU tiene a su cargo la administración de los programas de concesiones viales.





Tabla 4. Tiempo de traslado por transporte terrestre, trayecto y distancia en kilómetros a la capital.

Provincia	Municipio	Distancia terrestre en Km a la capital Bogotá, D.C. Gobernación de Cundinamarca	Trayecto-Ruta	Tiempo de llegada del municipio a la capital Bogotá, D.C. - Gobernación de Cundinamarca	Toma del dato
1. Guavio	Gachalá	143,6	Por carretera 50	3 h 39 min	nov 23/2017 11:00 am
	Gachetá	107,2	Por carretera 50	2 h 24 min	
		91,6	Por La Calera-Guasca y Carretera 50	2 h 29 min	
	Gama	121,8	Por carretera 50	2 h 54 min	
		113,8	Bogotá-Guatavita y carretera 50	3 h 26 min	
	Guasca	58,5	Por Autopista Norte	1 h 17 min	
		42,8	Por Autopista norte	1 h 21 min	
		50,5	Bogotá-La Calera y Bogotá -Guatavita	1 h 49 min	
	Guatavita	72,8	Por carretera 55	1 h 17 min	
		51,1	Bogota-Guatavita/La Calera-Guasca/La Calera-Sopo/Carretera 50	1 h 30 min	
		58,7	Por Bogotá-Guatavita	1 h 59 min	
	Junín	112,3	Por carretera 50	2 h 38 min	
		104,3	por Bogota-Guatavita y Carretera 50	3 h 9 min	
	La Calera	24,3	Por Autopista norte y Bogotá - La Calera	1h 6 min	
24,5		Por Bogotá - La Calera	1 h 6 min		
Ubalá	131,2	Por carretera 50	3 h 16 min		
	123,2	Por Bogota-Guatavita y Carretera 50	3 h 43 min		
2. Rionegro	El Peñón	108,9	Por carretera 56	2 h 44 min	nov 23/2017 1:30 pm
	La Palma	136	Por carretera 56	3 h 43 min	
	Pacho	78,9	Por carretera 56	1h 49 min	
	Paime	125,6	Por carretera 56	3 h 42 min	
	San Cayetano	121,3	Por carretera 56	3 h 18 min	
	Topaipí	126,9	Por carretera 56	3 h 34 min	
	Villagómez	108,5	Por carretera 56	2 h 56 min	
	Yacopí	161,9	Por carretera 56	4 h 28 min	
3. Oriente	Cáqueza	61,4	Por Av. Boyacá y Carrera 40	1 h 57 min	nov 23/2017 1:40 p. m.
		61,3	Por carretera 40	2 h 11 min	
	Chipaque	45,7	Por Av. Boyacá y Carrera 40	1h 35 min	
		45,5	Por Carretera 40	1 h 48 min	
	Choachí	53,7	Por Choachí	1 h 48 min	
	Fomeque	69,5	Por Choachí	2 h 24 min	
	Fosca	77,6	Por Av. Boyacá	2 h 32 min	
	Guayabetal	92,7	Por Vía Bogotá-Villavicencio	2 h 32 min	
	Gutiérrez	92,2	Por Av. Boyacá	3 h 25 min	
	Quetame	79	Por Av. Boyacá y Vía Bogotá- Villavicencio	2 h 20 min	
	Ubaque	63,4	Por Choachí - Bogotá	2 h 6 min	
Une	60,6	Por Av. Boyacá y carretera 40	2 h 3 min		



Provincia	Municipio	Distancia terrestre en Km a la capital Bogotá, D.C. Gobernación de Cundinamarca	Trayecto-Ruta	Tiempo de llegada del municipio a la capital Bogotá, D.C. - Gobernación de Cundinamarca	Toma del dato	
4. Medina	Medina	197,8	Por via Bgotá - Villavencio	4 h 46 min	23 nov/2017 1:55 pm	
	Paratebueno	224,5	Por Santa maría - Medina	6 h 10 mn		
5. Bajo Magdalena	Caparrapi	170,2	Por Carretera 50	3 h 45 min	nov 23/2017 2:00 pm	
	Guaduas	121,9	Por Bogotá-La Vega y Carretera 50	2 h 48 min		
	Puerto Salgar	188,1	Por Carretera 50	3h 45 min		
6. Sumapaz	Arbeláez	89,8	Por Granada - Soacha	2 h 35 min	nov 23/2017 2:05 pm	
	Cabrera	149,4	Por Granada - Soacha	4 h 3 min		
	Fusagasugá	76,4	Por Granada - Soacha	2 h 13 min		
	Granada	47,7	por Av. Boyacá y Granada-Soacha	1 h 40 min	nov 24 /2017 7:40 am	
	Pandi	112,5	Por Granada - Soacha	2 h 53 min		
	Pasca	86,9	Por Granada - Soacha	2 h 21 min		
	Pasca	106,5	Por Granada-Socaha- y Sylvania-Granada	2 h 44 min		
	San Bernardo		108,7	Por Granada - Soacha		2 h 59 min
			128,7	Por Granada-Soacha y San Bernardo-Arbeláez		3 h 24 min
	Silvania		67,6	Por Granada - Soacha		1 h 47 min
			87,3	Por Granada-Socaha- y Sylvania-Granada		2 h 11 min
	Tibacuy		78,7	Por Granada - Soacha		2 h 10 min
			98,3	Por Granada-Socaha- y Sylvania-Granada		2 h 33 min
Venecia	132,2	Por Granada - Soacha	3 h 15 min			
7. Gualiva	Albán	62,4	Por Alban-Facatativá	1 h 40 min	nov 24 /2017 8:0 am	
		70	Por Facatativa-Madrid y Albán-Facatativá	1 h 46 min		
		60,8	Por Carretera 50 y Albán-Facatativá	1 h 42 min		
	La Peña	107,1	Por Bogotá-La Vega	2 h 45 min		
	La Vega	64,8		1 h 29 min		
		80	Por Ac. 17 y Bogotá-La Vega	2 h 5 min		
	Nimaima	84,7	Por Bogotá-La Vega	2 h 6 min		
	Nocaima	75,5	Por Bogotá-La Vega	1 h 45 min		
		90,7	Por Ac. 17 y Bogotá-La Vega	2 h 22 min		
	Quebradanegra	102,6	Por Bogotá-La Vega	2 h 20 min		
	San Francisco	60,2	Por Bogotá-La Vega	1 h 25 min		
		74,3	Por Ac. 17 y Bogotá-La Vega	2 h 4 min		
	Sasaima	78,6	Por Sasaima-Albám	2 h 6 min		
		80,2	Por Albán-Facatativá y Sasaima-Albán	2 h 10 min		
		87,7	Por Facatativá-Madrid, Albám-Facatativá y Sasaima-Albán	2 h 14 min		
	Supatá	78,7	Por Bogotá-La Vega	1 h 58 min		
		93,8	Por Bogotá-La Vega y La Vega-Supatá	2 h 36 min		
101,1		Por Carretera 56	2 h 53 min			
Útica	112,9	Por Bogotá-La Vega	2 h 34 min			
Vergara	88,2	Por Bogotá-La Vega	2 h 7 min			
Villeta	90,1	Por Bogotá-La Vega	1 h 52 min			





Provincia	Municipio	Distancia terrestre en Km a la capital Bogotá. D.C. Gobernación de Cundinamarca	Trayecto-Ruta	Tiempo de llegada del municipio a la capital Bogotá, D.C. - Gobernación de Cundinamarca	Toma del dato
8. Ubate	Cármén de Carupa	96,9	Por Zipaquirá-Ubaté	2 h 6 min	nov 24/2017 8:35 am
		118,6	Por Bogotá-Guatavita y Zipaquirá-Ubaté	3 h 45 min	
	Cucunubá	89,8	Por Zipaquirá-Ubaté	1 h 50 min	
		99,8	Por Bogotá - Tunja y Carretera 56	2 h 6 mn	
		111,5	Por Bogotá-Guatavita y Zipaquirá-Ubaté	3 h 32 min	
	Fúquene	100,1	Por Zipaquirá-Ubaté	1 h 57 min	
		121,8	Por Bogotá-Guatavita y Zipaquirá-Ubaté	3 h 41 min	
	Guachetá	111,7	Por Zipaquirá-Ubaté	2 h 17 min	
		129,2	Por Bogotá-Tunja	2 h 47 min	
		133,4	Por Bogotá- Guatavita y Zipaquirá-Ubaté	4 h 2 min	
	Lenguazaque	99,7	Por Zipaquirá-Ubaté	2 h 15 min	
		120,1	Por Bogotá-Tunja	2 h 20 min	
		121,4	Por Bogotá- Guatavita y Zipaquirá-Ubaté	4 h 1 min	
	Simijaca	121,5	Por Zipaquirá-Ubaté	2 h 16 min	
		143,2	Por Zipaquirá-Ubaté y Ubaté-Chiquinquirá	4 h 1 min	
	Susa	114,1	Por Zipaquirá-Ubaté	2 h 9 min	
		135,8	Por Zipaquirá-Ubaté y Ubaté-Chiquinquirá	3 h 53 min	
	Sutatausa	73,8	Por Zipaquirá-Ubaté	1 h 30 min	
		98,2	Por Carretera 55 y Zipaquirá-Ubaté	2 h 9 min	
		87,6	Por Carretera 21 y Zipaquirá-Ubaté	2 h 20 min	
	Tausa	67,2	Por Zipaquirá-Ubaté	1 h 24 min	
		80,9	Por Carretera 21 y Zipaquirá-Ubaté	2 h 15 min	
	Ubate	83,1	Por Zipaquirá-Ubaté	1 h 46 min	
104,9		Por Bogotá-Guatavita y Zipaquirá-Ubaté	3 h 32 min		
9. Almeidas	Chocontá	73,5	Por Carretera 55 y Bogotá - Tunja	1 h 8 min	nov 24/2017 9:30 am
		90,9	Por Bogotá-Tunja	2 h 8 min	
	Macheta	83,1	Por Carretera 55	1 h 27 min	
	Manta	104,3	Por Carretera 55	2h 5 min	
	Sesquilé	57,1	Por Autopista norte y Carretera 55	58 min	
		66,3	por Bogota-Guatavita/La Calera-Guasca/Carretera 50	1 h 52 min	
		74,4	Por Carretera 55	2 h 3 min	
	Suesca	62,3	Por Autopista norte y Carretera 55	1 h 11 min	
		74,8	La Calera-Sopó	2 h 6 min	
		79,6	Por Carretera 55	2 h 15 min	
	Tibirita	100,5	Por Carretera 55	2 h 3 min	
Villapinzón	86,5	Por Bogotá - Tunja	1 h 21 min		





Provincia	Municipio	Distancia terrestre en Km a la capital Bogotá. D.C. Gobernación de Cundinamarca	Trayecto-Ruta	Tiempo de llegada del municipio a la capital Bogotá, D.C. - Gobernación de Cundinamarca	Toma del dato
10. Sabana occidente	Bojacá	45	Por Ac. 17	1 h 42 min	nov 24/2017 10:00 am
		45,3	Por Funza-Cota	1 h 43 min	
	El Rosal	32	Por Carretera 50	55 min	
	Facatativá	43,6	Por Carretera 50	1 h 17 min	
		45,5	Por Facatativá-Madrid.	1 h 24 min	
	Funza	22,7	Por Funza-Cota	53 min	
		30	Por Carretera 21	55 mn	
		24	Por Av. Boyacá y Ac. 17	1 h 3 min	
	Madrid	30,1	Por Ac.17	1 h 9 min	
		30,3	Por Funza-Cota	1 h 10 min	
		31,7	Por Cra 68 y Ac. 17	1 h 22 min	
	Mosquera	24,9	Por Funza-Cota	59 min	
		25,6	Por Av Boyacá y Ac. 17	1 h 1 min	
		27,3	Por Ac. 17	1 h 12 min	
	Subachoque	39,1	Por Carretera 50	1 h 9 min	
		46,5	Por Bogotá-La Vega / El Rosal-Bogotá	1 h 9 min	
50,5		Por Autopista norte y Subachoque-Tabio	1 h 21 min		
Zipacón	50,9	Por Facatativá-Madrid/Carretera 50	1 h 29 min		
	51,1	Por Funza-Cota	1 h 32 min		
11. Alto Magdalena	Agua de Dios	127,1	La Mesa- Mosquera	3 h 23 min	nov 24/2017 10:15 am
		150,7	Por AP Bogotá - Girardot	3 h 23 min	
	Girardot	140,5	AP Bogotá-Girardot	3 h 1 min	
	Guataquí	148	La Mesa- Mosquera	4 h 2 min	
		183,2	AP Bogotá-Girardot	4 h 5 min	
	Jerusalén	133,8	La Mesa- Mosquera	3 h 31 min	
		125	El Colegio - El Charquillo	3 h 39 min	
	Nariño	166,5	AP Bogotá-Girardot	3 h 39 min	
		203,8	Cambao - Guataquí	5 h 10 min	
	Nilo	143,5	AP Bogotá-Girardot	3 h 9 min	
Ricaurte	136,3	AP Bogotá-Girardot	3h		
Tocaima	116,1	La Mesa- Mosquera	3 h 7 min		





Provincia	Municipio	Distancia terrestre en Km a la capital Bogotá, D.C. Gobernación de Cundinamarca	Trayecto-Ruta	Tiempo de llegada del municipio a la capital Bogotá, D.C. - Gobernación de Cundinamarca	Toma del dato
12. Tequendama	Anapoima	84,6	Por El Colegio-El Charquito	2 h 50 min	nov 24/2017 10:40 am
		92,4	Por La Mesa-Mosquera	2 h 47 min	
	Anolaima	75,4	Por Cachipay-Zipacon		
		75,2	Por Facatativá-Madrid/Carretera 50 y Cachipay-Zipacón	2 h 13 min	
		103,6	Por La Mesa-Mosquera	2 h 58 min	
	Apulo	102,5	Por El Colegio-El Charquito	3 h 5 min	
		155,3	Por Carretera 50	3 h 14 min	
	Cachipay	66,4	Por Av. Cdad. de Quito y El Colegio - El Charquito	1 h 47 min	
	El Colegio	76	Por La Mesa-Mosquera	2 h 23 min	
	La Mesa	91,6	Por Albán-Corrales	2 h 50 min	
	Quipile	62,1	Por La Mesa-Mosquera	2 h 1 min	
	San Antonio del Tequendama	57,2	Por El Colegio-El Charquito	2 h 5 min	
		59,1	Por Av. Cdad. de Quito y El Colegio - El Charquito	2 h 14 min	
		64,8	Por La Mesa-Mosquera	2 h 3 min	
	Tena	64,5	Por Ac. y La Mesa-Mosquera	2 h 4 min	
		63,7	Por Carretera 21	2 h 17 min	
90,4		Por El Colegio-El Charquito	2 h 49 min		
Viotá	110	Por El Colegio - El Charquito y Apulo - Viotá - El Colegio/Viotá-El Colegio	3 h 8 min		
	149	Por Cambao-Viani	3 h 51 min		
13. Magdalena Centro	Beltrán	150,6	Por Alban-Facatativa y Cambao-Viani	3 h 56 min	nov 24/2017 11.00 am
		94,7	Por Albán-Facatativa	2 h 23 min	
	Bituima	85,5	Por Alban-Facatativa y Guayabal De Siquima-Bituima	2 h 25 min	
		87,1	Por Facatativá-Madrid, Alban-Facatativa y Guayabal De Siquima-Bituima	2 h 29 min	
		111,1	Por Viani-Chaguaní	3 h 14 min	
	Chaguaní	112,7	Por Alban-Facatativa y Viani-Chaguaní	3 h 18 min	
		80,9	Por Albán-Facatativa	2 h 4 min	
	Guayabal de Siquima	71,8	por Carretera 50 y Alban-Facatativa	2 h 3 min	
		73,4	Por Facatativá-Madrid y Alban-Facatativa	2 h 7 min	
		133,5	Por San Juan de Rioseco-Pulí	3 h 47 min	
	Pulí	135,1	Por San Juan de Rioseco-Pulí	3 h 50 min	
		107,1	Por Albán-Facatativa	2 h 57 min	
	San Juan de Rioseco	108,7	Por Alban-Facatativa y Guayabal De Siquima-Bituima	3 h	
		90,7	Por Albán-Facatativa	2 h 31 min	
	Viani	92,3	por Alban-Facatativa y Guayabal De Siquima-Bituima	2 h 31 min	





Provincia	Municipio	Distancia terrestre en Km a la capital Bogotá. D.C. Gobernación de Cundinamarca	Trayecto-Ruta	Tiempo de llegada del municipio a la capital Bogotá, D.C. - Gobernación de Cundinamarca	Toma del dato
14. Sabana centro	Cajicá	27,6	Por Autopista norte	1 h 5 min	nov 24/2017 3:00 p. m.
		31,3	Por Carretera 21	1 h 44 min	
	Chía	23	Por Autopista norte	1 h 4 min	
		23	Por Carretera 21	1 h 15 min	
	Cogua	47,7	Por Autopista norte	1 h 26 min	
		61,4	Por Carretera 21	2 h 12 min	
	Cota	14,1	por Av. Boyacá y Av. la Conejera	46 min	
		18,5	Por Av. La Conejera	59 min	
		22,6	Por Carretera 21	1 h 1 min	
	Gachancipá	44,5	por Autopista Nte. y Carretera 55	1 h 10 min	
	Nemocón	56,1	Por Autopista norte	1 h 38 min	
		69,8	Por carretera 21	2 h 26 min	
	Sopó	36,8	por Autopista Nte. y Bogotá - Tunja/La Caro-Tocancipa/Carretera 55	1 h 10 min	
		40,2	Por Cra 7 y carretera 55	1 h 22 min	
		41	Por La Calera-Sopó	1 h 38 min	
	Tabio	36,9	Por Tenjo-Bogotá	1 h 17 min	
		36,6	Por Autopista norte y Cajicá-Tabio	1 h 25 min	
	Tenjo	29,6	Por Carretera 21	1 h 31 min	
		29	Por Tenjo-Bogotá	59 min	
		30,7	Por Av. Tv. De Suba y Tenjo - Bogotá	1 h 7 min	
Tocancipá	35,2	Por Carretera 21 y Tenjo - Bogotá	1 h 16 min		
	38,8	por Autopista Nte. y Bogotá - Tunja/La Caro-Tocancipa	1 h 15 min		
Zipaquirá	51,3	Por La Calera-Sopó	1 h 47 min		
	42,4	Por Autopista norte	1 h 21 min		
	56,1	Por Carretera 21	2 h 6 min		
15. Soacha	Sibaté	38,4	Por Av. Boyacá	1 h 24 min	nov 24/2017 3:15 pm
		37,8	Por Cra 68	1 h 33 min	
		40,2	Por Av. Ciudad de Quito	1 h 34 min	
	Soacha	24,7	por Av. Boyacá y Autopista Sur	58 min	
		24,1	Por Cra 68 y Autopista Sur	1 h 7 min	
		26,6	Por Av. Ciudad de Quito y Autopista Sur	1 h 8 min	

Fuente: <https://www.google.com/maps/@?force=lite>





1.2 Contexto demográfico

La dinámica demográfica es entendida como el movimiento, cambio y transformación de una población que tiene ciclos de expansión, contracción, estacionamiento o agotamiento. Ante la consciente organización social y de sostenibilidad de la especie humana, los procesos demográficos están influenciados por factores biológicos y sociales.¹⁶ Según el Departamento Nacional de Planeación DANE, la información demográfica cobra mayor protagonismo en el siglo XXI, acorde con la evolución de teorías en las cuales, las personas son el fin y el medio de los procesos de desarrollo de las naciones, razón por la que los gobiernos, principales responsables de la política social, requieren información de los volúmenes y características de sus habitantes para la puesta en marcha de planes, programas y proyectos orientados a la consecución del desarrollo humano de sus regiones.

Población total

Según las proyecciones del Departamento Nacional de Estadísticas DANE, en el año 2005 los departamentos con mayor población incluida Bogotá D.C., son precisamente 1. Bogotá D.C., 2. Antioquia, 3. Valle del Cauca, 4. Cundinamarca y 5. Atlántico, con una población superior a 2.000.000 de habitantes. Para el año 2017 se mantienen estos 5 departamentos como los que concentran más población, sin embargo, se suman Atlántico y Bolívar con más de 2.000.000 de habitantes.

En relación con el crecimiento poblacional entre los años 2005 y 2017, el departamento que más crece es Guajira, seguido de Vichada y Meta. Cundinamarca en el año 2005 contaba con 2.280.158 habitantes, para el año 2017 muestra un crecimiento

¹⁶Fondo de Población de las Naciones Unidas





poblacional del 17% en relación con el 2005, siendo el sexto departamento en hacerlo, mientras que el total nacional de la población creció en un 13%. Ver tabla 5.

Tabla 5. Crecimiento poblacional departamentos de Colombia 2005-2017.

Departamento	2005	2017	Diferencia	% de crecimiento
La Guajira	681.534	1.012.926	331.392	33%
Vichada	55.872	75.468	19.596	26%
Meta	783.285	998.162	214.877	22%
Casanare	295.276	368.989	73.713	20%
Guainía	35.230	42.777	7.547	18%
Cundinamarca	2.280.158	2.762.784	482.626	17%
Córdoba	1.467.906	1.762.530	294.624	17%
Guaviare	95.551	114.207	18.656	16%
Bogotá, D.C.	6.840.116	8.080.734	1.240.618	15%
Huila	1.011.405	1.182.944	171.539	15%
Colombia	42.888.592	49.291.609	6.403.017	13%

Fuente: Estimaciones DANE de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área.

El departamento de Cundinamarca es el cuarto en concentrar población con el 6% de la población colombiana. Ver tabla 6.

Tabla 6. Porcentaje de población por departamentos 2005- 2017.

Departamento	2005	2017	% sobre la población total
Bogotá, D.C.	6.840.116	8.080.734	16%
Antioquia	5.682.310	6.613.118	13%
Valle del Cauca	4.161.470	4.708.262	10%
Cundinamarca	2.280.158	2.762.784	6%
Atlántico	2.166.020	2.517.897	5%
Bolívar ⁽¹⁾⁽³⁾	1.879.480	2.146.696	4%
Santander	1.957.775	2.080.938	4%

Fuente: Estimaciones DANE de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área.



Es evidente que las provincias con mayor población son las de los municipios que guardan más cercanía a la capital; concentran mayor población Soacha y Sabana centro siendo las de menor extensión territorial, mientras que Medina que es la cuarta provincia con mayor extensión es la que menor habitantes tiene en el departamento. Son las provincias de Soacha (2 municipios), Sabana Centro (11 municipios) y Sabana Occidente (8 municipios) las que aportan el 55% de la población en Cundinamarca con un total de 1.515.491 habitantes, en su mayoría (85%) residentes en la zona urbana de los municipios. Ver tabla 7.

Tabla 7. Porcentaje de población por provincias de Cundinamarca 2017.

Provincia	Cabecera 2017	Resto 2017	Total 2017	% población departamental
15. Soacha	554.521	19.014	573.535	21%
14. Sabana Centro	345.497	161.157	506.654	18%
10. Sabana Occidente	382.150	53.152	435.302	16%
6. Sumapáz	137.314	88.161	225.475	8%
11. Alto Magdalena	135.203	37.117	172.320	6%
12. Tequendama	49.398	92.306	141.704	5%
8. Ubaté	52.963	71.648	124.611	5%
7. Gualivá	41.522	69.489	111.011	4%
9. Almeidas	36.335	57.464	93.799	3%
1. Guavio	28.671	61.825	90.496	3%
3. Oriente	30.363	57.775	88.138	3%
2. Rionegro	27.028	49.681	76.709	3%
5. Bajo Magdalena	37.703	38.102	75.805	3%
13. Magdalena Centro	7.464	21.817	29.281	1%
4. Medina	6.376	11.568	17.944	1%
Población Total	1.872.508	890.276	2.762.784	100%

*Los números iniciales del nombre de la provincia recuerdan su posición según extensión territorial de más a menos Km² en el departamento.

Fuente: Estimaciones DANE de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total municipios por área.





Densidad poblacional por km²

La densidad de población se define como la población a mitad de año dividida por la superficie territorial en kilómetros cuadrados. El departamento de Cundinamarca cuenta con una densidad poblacional de 121 personas por Km², en una extensión territorial de 22.779,21 km². Llama la atención la provincia de Soacha, integrada por los municipios de Soacha y Sibaté, dado que es la provincia que menor extensión posee, 303,86 km², pero la que mayor población concentra con 1.887 personas por km², denotando un aumento si se revisa la cifra del año 2016, que registró una densidad poblacional de 1.829 personas por Km². La provincia del Guavio tiene la mayor extensión en km² y densidad poblacional de 35 habitantes, mientras que la provincia que menos concentra habitantes por km² es la de Medina, con una extensión total de 2.043 km² y densidad poblacional de 9 habitantes.

Según las Estimaciones de población de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y del Banco Mundial, para el 2016, Colombia contaba con 44 personas por km² y la tendencia es en aumento partiendo desde el año 1961¹⁷, cifra superada por el Departamento de Cundinamarca en 2,8 veces. Ver tabla 8.

La densidad poblacional por municipios evidencia a Soacha con 3.011 habitantes por km², seguido de Chía, Cajicá (Provincia de Sabana Centro), Funza, Facatativá y Mosquera (Provincia de Sabana Occidente), Girardot (Provincia de Alto Magdalena) y Fusagasugá (Provincia de Sumapaz), municipios entre 1.787 y 734 habitantes por Km² del departamento. Los municipios con menor densidad poblacional son los de la provincia de Medina (Paratebueno con 9 y Medina con 8). Ver tabla 8.

¹⁷ <http://wdi.worldbank.org/table/WV.1>





Tabla 8. Densidad poblacional por provincias de Cundinamarca 2017

Provincia	Extensión Total Km ²	Total 2017	Densidad poblacional
15. Soacha	303,86	573.535	1.887
14. Sabana Centro	1.017,37	506.654	498
10. Sabana Occidente	1.219,27	435.302	357
6. Sumapáz	1.798,51	225.475	125
11. Alto Magdalena	1.166,11	172.320	148
12. Tequendama	1.138,21	141.704	124
8. Ubaté	1.367,65	124.611	91
7. Gualivá	1.378,88	111.011	81
9. Almeidas	1.363,65	93.799	69
1. Guavio	2.563,37	90.496	35
3. Oriente	2.196,48	88.138	40
2. Ríonegro	2.338,01	76.709	33
5. Bajo Magdalena	1.865,83	75.805	41
13. Magdalena Centro	1.018,88	29.281	29
4. Medina	2.043,13	17.944	9
Población Total	22.779,21	2.762.784	121

*Los números iniciales del nombre de la provincia recuerdan su posición según extensión territorial de más a menos Km² en el departamento.

Fuente: Territorio y estadísticas catastrales de Cundinamarca. Instituto Geográfico Agustín Codazzi IGAC 2012 y Estimaciones DANE de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total municipios por área. Elaboración Oficina Asesora de Planeación Sectorial-OAPS





Tabla 9. densidad poblacional por Km² por municipios de Cundinamarca 2017.

Provincia	Municipio	Extensión Total Km ²	Población Total 2017	Densidad poblacional
15. Soacha	Soacha	177,25	533.718	3.011
14. Sabana centro	Chía	74,26	132.691	1.787
	Cajicá	48,90	59.198	1.211
	Funza	68,90	78.146	1.134
10. Sabana occidente	Facatativá	159,69	136.950	858
	Mosquera	101,96	86.954	853
11. Alto Magdalena	Girardot	125,47	106.283	847
6. Sumapaz	Fusagasugá	190,43	139.805	734
	Zipaquirá	192,84	126.409	656
14. Sabana centro	Cota	52,92	25.945	490
	Tocancipá	72,52	33.677	464





Provincia	Municipio	Extensión Total Km²	Población Total 2017	Densidad poblacional
8. Ubate	Ubate	99,65	39.205	393
14. Sabana centro	Tabio	78,20	28.373	363
	Gachancipá	42,63	15.223	357
15. Soacha	Sibaté	126,61	39.817	314
14. Sabana centro	Sopó	108,55	27.932	257
12. Tequendama	La Mesa	147,60	32.300	219
10. Sabana occidente	El Rosal	84,72	18.045	213
12. Tequendama	El Colegio	115,05	22.060	192
7. Gualiva	Villeta	136,09	25.381	187
10. Sabana occidente	Madrid	437,54	80.622	184
12. Tequendama	Tena	51,35	9.223	180
	Cachipay	54,74	9.788	179
14. Sabana centro	Tenjo	113,52	20.070	177
	Cogua	132,26	23.214	176
12. Tequendama	San Antonio del Tequendama	83,16	13.209	159
3. Oriente	Cáqueza	113,63	17.214	151
6. Sumapaz	Granada	62,26	9.059	146
8. Ubate	Simijaca	96,06	13.516	141
14. Sabana centro	Nemocón	100,77	13.922	138
6. Sumapaz	Silvania	162,91	22.052	135
8. Ubate	Susa	97,60	12.887	132
11. Alto Magdalena	Agua de Dios	83,59	10.823	129
10. Sabana occidente	Bojacá	101,46	12.140	120
	Nocaima	68,71	8.111	118
7. Gualiva	Nimaima	58,98	6.947	118
12. Tequendama	Anapoima	119,09	13.713	115
7. Gualiva	Albán	52,11	5.956	114
10. Sabana occidente	Zipacón	53,37	5.695	107
9. Almeidas	Sesquilé	142,94	14.912	104
12. Tequendama	Anolaima	119,11	12.110	102





Provincia	Municipio	Extensión Total Km ²	Población Total 2017	Densidad poblacional
8. Ubate	Fúquene	58,91	5.723	97
7. Gualiva	Sasaima	111,68	10.778	97
	La Vega	154,94	14.413	93
9. Almeidas	Villapinzón	226,98	20.391	90
	Chocontá	297,61	26.562	89
1. Guavio	La Calera	319,47	28.225	88
8. Ubate	Sutatausa	65,29	5.725	88
11. Alto Magdalena	Nilo	223,62	19.328	86
	Pandi	67,82	5.697	84
6. Sumapaz	Arbeláez	147,76	12.374	84
7. Gualiva	San Francisco	118,91	9.872	83
10. Sabana occidente	Subachoque	211,63	16.750	79
	Ricaurte	125,64	9.711	77
11. Alto Magdalena	Tocaima	247,18	18.601	75
	Cucunubá	108,36	7.561	70
8. Ubate	Cucunubá	108,36	7.561	70
3. Oriente	Fosca	112,04	7.740	69
2. Rionegro	Pacho	402,14	27.584	69
8. Ubate	Lenguazaque	156,21	10.352	66
12. Tequendama	Viotá	201,46	13.339	66
	Apulo	119,07	7.812	66
8. Ubate	Guachetá	174,83	11.360	65
12. Tequendama	Quipile	127,58	8.150	64
13. Magdalena Centro	Vianí	67,89	4.214	62
3. Oriente	Chipaque	138,81	8.401	61
13. Magdalena Centro	Guayabal de Síquima	60,92	3.651	60
7. Gualiva	Quebradanegra	79,64	4.759	60
9. Almeidas	Suesca	302,54	18.011	60





Provincia	Municipio	Extensión Total Km²	Población Total 2017	Densidad poblacional
6. Sumapaz	Tibacuy	82,68	4.822	58
2. Rionegro	La Palma	190,31	10.912	57
3. Oriente	Ubaque	106,22	6.036	57
	Útica	92,23	5.023	54
7. Gualiva	La Peña	131,85	7.040	53
	Vergara	146,44	7.704	53
5. Bajo Magdalena	Guaduas	762,35	39.748	52
9. Almeidas	Tibirita	57,55	2.943	51
3. Oriente	Quetame	141,78	7.241	51
3. Oriente	Choachí	211,81	10.614	50
6. Sumapaz	Pasca	270,33	12.378	46
8. Ubate	Tausa	204,17	9.006	44
9. Almeidas	Manta	107,90	4.754	44
6. Sumapaz	San Bernardo	244,20	10.745	44
1. Guavio	Gachetá	256,60	11.236	44
11. Alto Magdalena	Nariño	53,26	2.233	42
13. Magdalena Centro	Bituima	60,49	2.500	41
1. Guavio	Guasca	379,37	15.246	40
3. Oriente	Une	234,84	9.435	40
5. Bajo Magdalena	Puerto Salgar	490,28	19.337	39
1. Guavio	Gama	104,99	4.028	38
2. Rionegro	Villagómez	63,13	2.166	34
	El Peñón	145,51	4.786	33
6. Sumapaz	Venecia	127,58	4.087	32
13. Magdalena Centro	San Juan de Rioseco	307,63	9.668	31
11. Alto Magdalena	Guataqui	87,86	2.669	30
8. Ubate	Cármén de Carupa	306,57	9.276	30
2. Rionegro	Topaipí	150,43	4.504	30





Provincia	Municipio	Extensión Total Km ²	Población Total 2017	Densidad poblacional
1. Guavio	Guatavita	253,50	6.935	27
9. Almeidas	Machetá	228,13	6.226	27
5. Bajo Magdalena	Caparrapi	613,20	16.720	27
3. Oriente	Fomeque	467,66	12.231	26
2. Rionegro	Paimé	166,47	4.339	26
1. Guavio	Junín	353,80	8.672	25
13. Magdalena Centro	Chaguaní	170,51	3.968	23
7. Gualiva	Supatá	227,30	5.027	22
3. Oriente	Guayabetal	225,72	4.984	22
1. Guavio	Ubalá	507,09	10.467	21
2. Rionegro	Yacopí	924,26	17.067	18
2. Rionegro	San Cayetano	295,76	5.351	18
13. Magdalena Centro	Pulí	190,10	3.024	16
1. Guavio	Gachalá	388,55	5.687	15
13. Magdalena Centro	Beltrán	161,34	2.256	14
11. Alto Magdalena	Jerusalén	219,49	2.672	12
6. Sumapaz	Cabrera	442,54	4.456	10
3. Oriente	Gutiérrez	443,97	4.242	10
4. Medina	Paratebuena	836,35	7.782	9
	Medina	1.206,78	10.162	8
Cundinamarca		22.779,21	2.762.784	121

*Los números iniciales del nombre de la provincia recuerdan su posición según extensión territorial de más a menos Km² en el departamento.

Fuente: Territorio y estadísticas catastrales de Cundinamarca. Instituto Geográfico Agustín Codazzi IGAC 2012 y Estimaciones DANE de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total municipios por área. Elaboración Oficina Asesora de Planeación Sectorial-OAPS

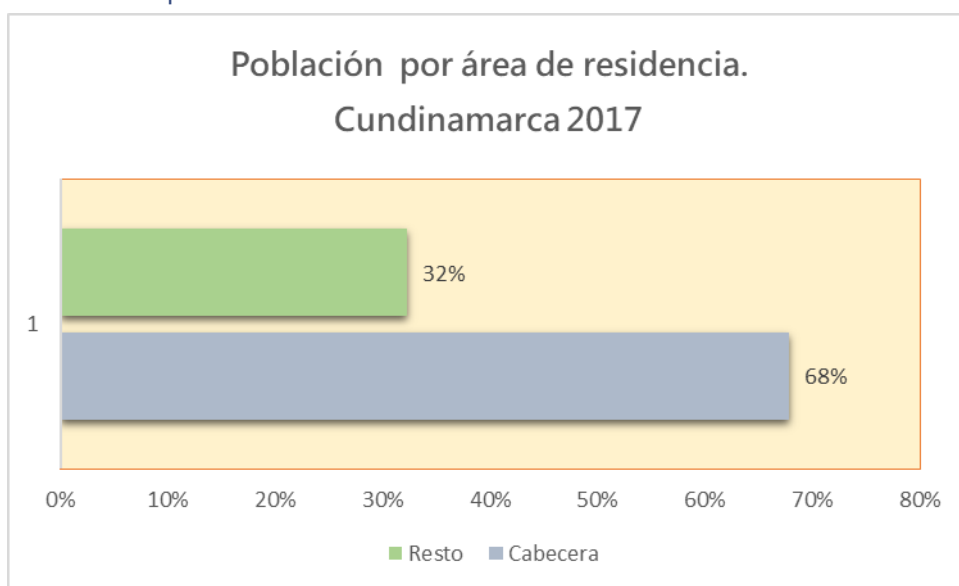




Población por área de residencia

La distribución de la población en el espacio es una variable demográfica de la dinámica demográfica que contribuye a explicar y/o comprender los modos de construcción del territorio, según la ubicación geográfica de la población y el poblamiento, y en específico la interacción de la población con dinámica social en la construcción social de la salud. Esta dinámica social está estrechamente relacionada con los modos de vida rural o urbana y con el comportamiento de los componentes demográficos de la población (fecundidad, mortalidad y migración). Para el caso de Cundinamarca, un poco más de las dos terceras partes de la población residen en las zonas urbanas de sus municipios. Ver figura 2.

Figura 2. Población por área de residencia. Cundinamarca 2017



Fuente: Estimaciones DANE de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total municipios por área.

Grado de urbanización

El grado de urbanización en el departamento de Cundinamarca es del 68%; la provincia de Soacha concentra el 30% del total de la población departamental en la zona urbana,

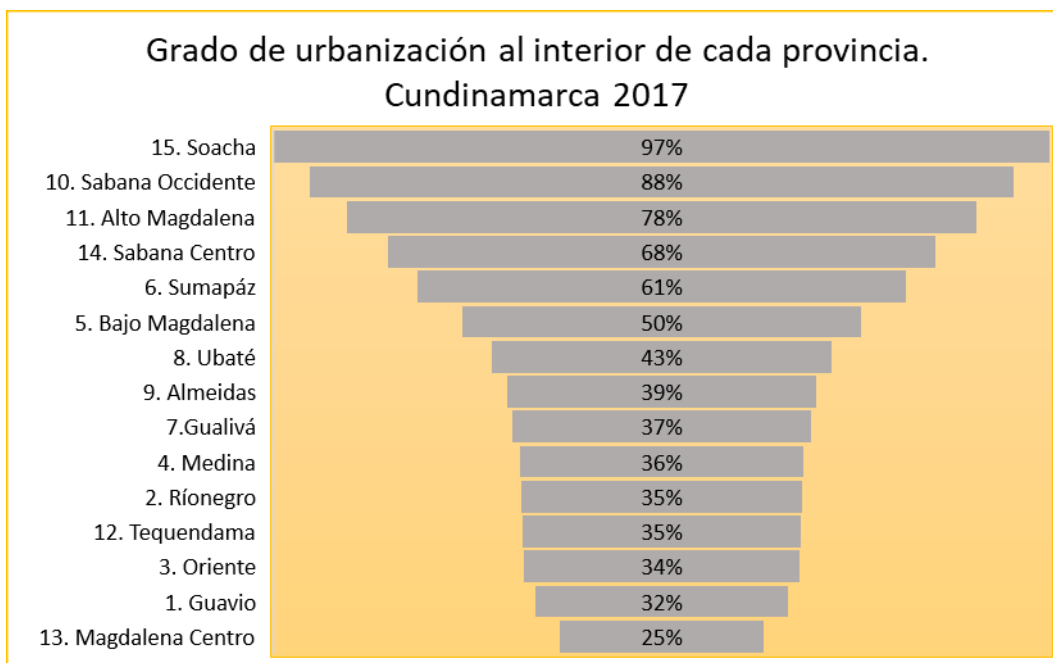




Sabana Occidente el 20%, Sabana Centro el 18%, Alto Magdalena y Sumapaz cada una el 7%, concentrando estas 5 provincias el 83% de la población urbana del departamento. La provincia que más concentra población urbana en su interior es Soacha con el 97% y la que lo hace en menor proporción en la provincia del Magdalena Centro con el 25% de grado de urbanización. Ver figura 3.

En relación con el número de población urbana del departamento, el 5,2% de los municipios (seis municipios) concentran el 57,8% de población en la zona urbana del departamento, a saber: Soacha 28,2%, Facatativá 6,6%, Fusagasugá 6%, Zipaquirá 5,9% y Chía y Girardot con un 5,6% y 5,5% respectivamente. Ver figura 3.

Figura 3. Grado de urbanización al interior de cada provincia. Cundinamarca 2017.



*Los números iniciales del nombre de la provincia recuerdan su posición según extensión territorial de más a menos Km² en el departamento.

Fuente: Estimaciones DANE de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total municipios por área. Elaboración oficina Asesora de Planeación Sectorial

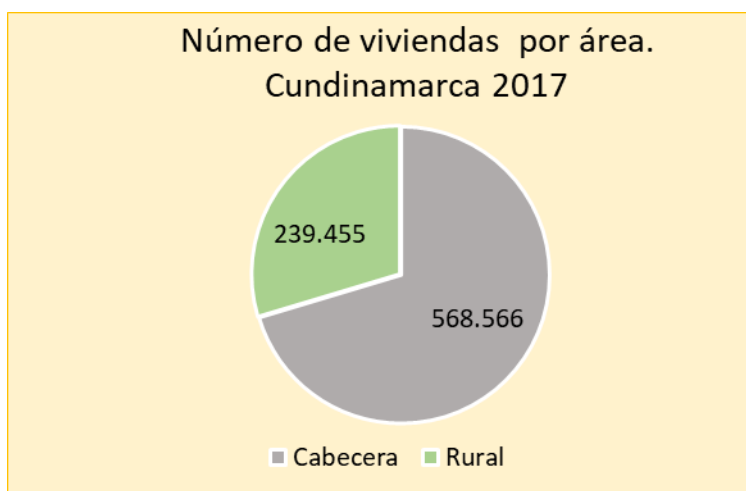




Número de viviendas

Las cifras de número de viviendas muestran que en el departamento de Cundinamarca hubo un incremento del 26% del 2005 con la proyección de viviendas al 2017 (208.332 viviendas más). El incremento de viviendas del área urbana corresponde al 34% y del área rural del 6%; para el área urbana se proyectaron 194.662 viviendas más en las 2017 y 13.670 viviendas más en el área rural o resto. Ver figura 4.

Figura 4. Número de viviendas por área. Cundinamarca 2017



Fuente: Estimaciones 1993-2005 y proyecciones 2005-2020 de viviendas nacional y departamental por área. DANE

Número de hogares

Del total de hogares proyectados para el 2017 (810.595 hogares), los ubicados en el área urbana del departamento, corresponde al 72% (580.693 hogares). Asimismo, según las proyecciones DANE, se observa un aumento del 12, % de hogares rurales en el 2017 respecto al 2005. La diferencia de hogares entre los dos años relacionados es de 205.069 hogares más en el año 2017 correspondiente a un incremento del 25%. Ver tabla 10.





Tabla 10. Número de hogares

Hogares	2005	2017
Cabecera	402.751	580.693
Resto	202.775	229.902
Total	605.526	810.595

Fuente: Estimaciones 1993-2005 y proyecciones 2005-2020 de hogares nacional y departamental por área. DANE

Población por pertenencia étnica

De acuerdo con el censo de 2005 (única información disponible a la fecha) de etnias reconocidas en Colombia, la indígena, afrocolombiana, negra, palanquera, raizal, ROM o gitana, el 14% de la población colombiana (5.709.237 personas) pertenecen a algún grupo étnico específico. El departamento de Cundinamarca es uno de los departamentos con menos población pertenecientes a grupos étnicos con un total de 81.082 personas que representa el 1.4 % de esta población en Colombia, manteniendo cifras porcentuales similares a Tolima 1.3%, Risaralda 1.2% Santander 1.1% y Caldas 1.1%, a diferencia de Valle del Cauca que es el departamento con mayor población étnica del país con un total de 1.115.199 de personas y representa el 19.5% y Antioquia con el 10.9% Ver tablas 11 y 12





Tabla 11. Población étnica en Cundinamarca.

Población étnica	
Total población indígena	7.401
Total población negro, mulato o afrocolombiana	73.517
Población Rom	30
Población Raizal	134
Población palenquera o de basilio	-

Fuente: DANE, con corte a junio 30

Tabla 12. Resguardos indígenas en Cundinamarca.

Resguardos indígenas	
Resguardos indígenas en el departamento	1
Población en resguardo indígenas	908

Fuente: DANE, con corte a junio 30

1.2.1 Estructura demográfica

Pirámide poblacional

La pirámide poblacional permite observar fácilmente los fenómenos básicos de la dinámica demográfica como son: la natalidad, la mortalidad y la migración, pues cada uno de ellos interviene de manera distinta en los cambios estructurales de una población.¹⁸ La estructura de la población por sexo y edad, en Cundinamarca se

¹⁸ Boletín Epidemiológico / MSPS, VOL 3, No. 5 (2015)



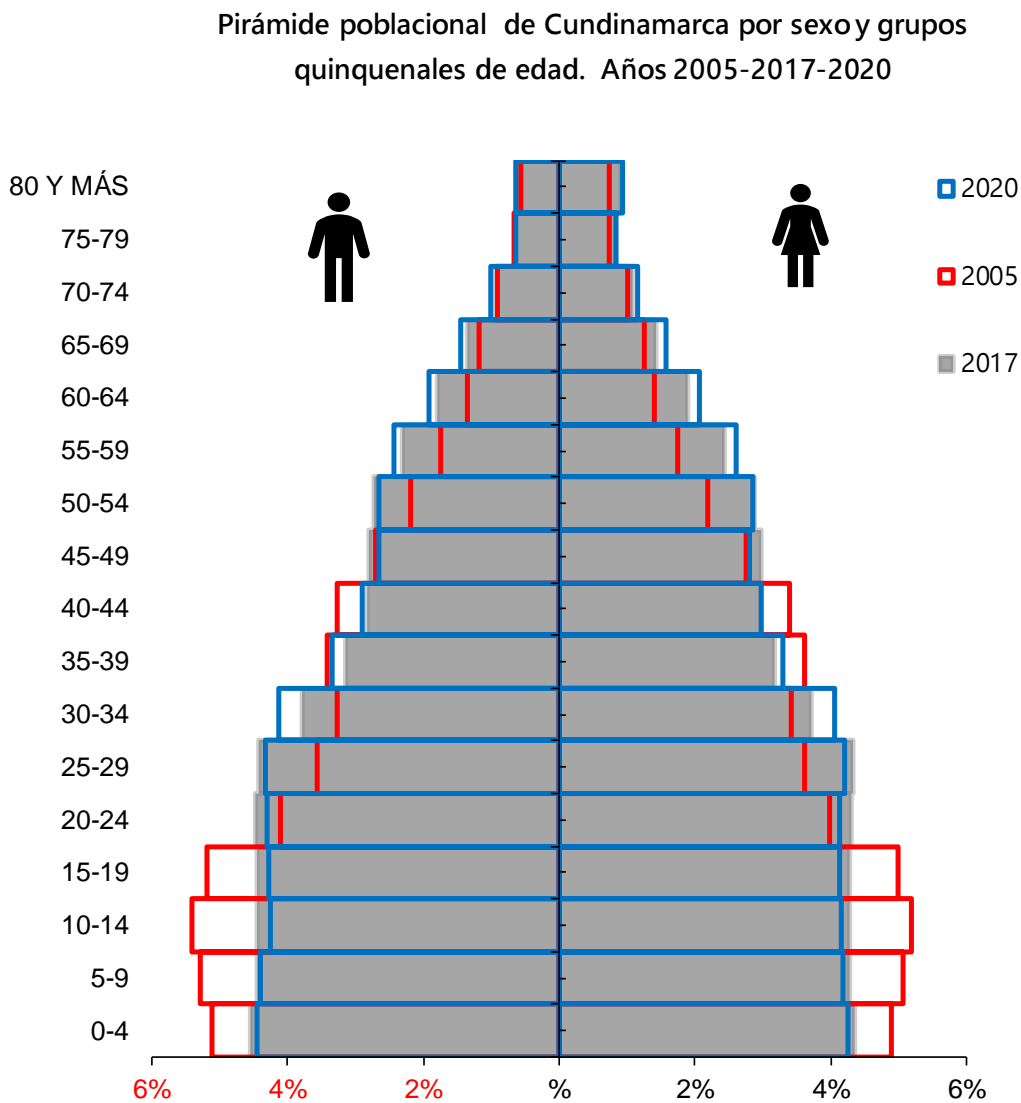
caracteriza por tener una forma transicional entre progresiva y estacionaria, dado que en el año 2005 se observa una base ancha con decrecimiento leve en el cuerpo de la estructura y una cúspide apuntalada, situación que está asociada a un estadio de alta fecundidad y mortalidad moderada. Para el año 2017 se evidencia la tendencia a una pirámide estacionaria con una base ancha de los 0 a los 29 años, representando esto una disminución de la mortalidad en la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud. La población entre 15 y 64 años corresponde a un 66% (1.816.702 personas) presentando el fenómeno de bono demográfico referido al aumento de la población en edades de trabajar y económicamente activa en relación con las personas en edades dependientes, período que también se conoce como “ventana demográfica de oportunidades” por las posibilidades que tiene esta población de aumentar las tasas de crecimiento económico y por ende los niveles de bienestar de una población.

Según sexo, se observa que a partir de los 35 años hasta los 80 y más años, la población de hombres empieza a disminuir en un 7% con relación al de las mujeres, a tal punto que de los 75 años en adelante las mujeres son un 24% (12.156 mujeres más) más que los hombres. Ver figura 5.

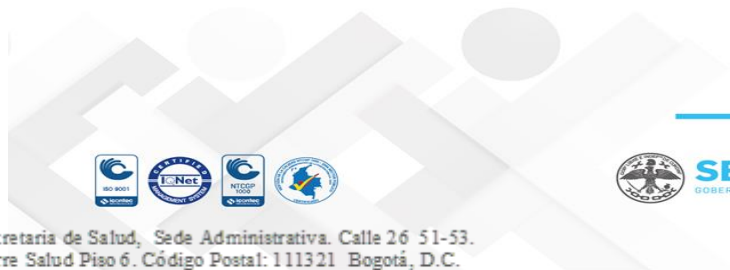




Figura 5. Pirámide poblacional de Cundinamarca 2005-2017-2020



Fuente: Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Departamento de Cundinamarca. Plantilla Minsalud.





Proporción de la población por ciclo vital

El Ciclo de vida aborda las etapas del ciclo vital en términos de la vulnerabilidad producida por la condición etérea; las situaciones de vulnerabilidad (temporales) como por ejemplo el desplazamiento, la pobreza, la enfermedad, afectan a las personas a cualquier edad.¹⁹

Es evidente como la población en edad de trabajar de 14 a 59 años para el 2005 representó el 61% del total de la población, y aumenta al 64% para cada uno de los años 2017 y la proyección a 2020. Las edades entre los 0 y 18 años en el 2005 representaron el 39%, mientras que para el 2017 el 33%, disminuyendo al 32% en la proyección a 2020; para el caso de la población de 60 y más años, pasa del 10% en el 2005 al 12% para 2017 y 2020. Ver tabla 13.

Tabla 13. Tabla de Proporción de la población por ciclo vital

Etapa de Ciclo Vital	2005		2017		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	275.144	11%	294.839	10%	301.201	10%
Infancia (6 a 11 años)	286.064	11%	289.756	10%	295.340	9%
Adolescencia (12 a 18 años)	334.120	13%	337.440	11%	339.062	11%
Juventud (14 a 26 años)	532.093	21%	630.621	21%	632.321	20%
Adultez (27 a 59 años)	865.972	34%	1.132.278	38%	1.207.889	39%
Persona mayor (60 años o más)	224.021	9%	318.757	11%	353.486	11%
Total	2.517.414	100%	3.003.691	100	3.129.299	100

*Los ciclos vitales adolescencia y juventud, traslapan las edades de 14 a 18 años.

Fuente: Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad, VisorCertificaPPO_Oct11 DANE. Departamento de Cundinamarca.

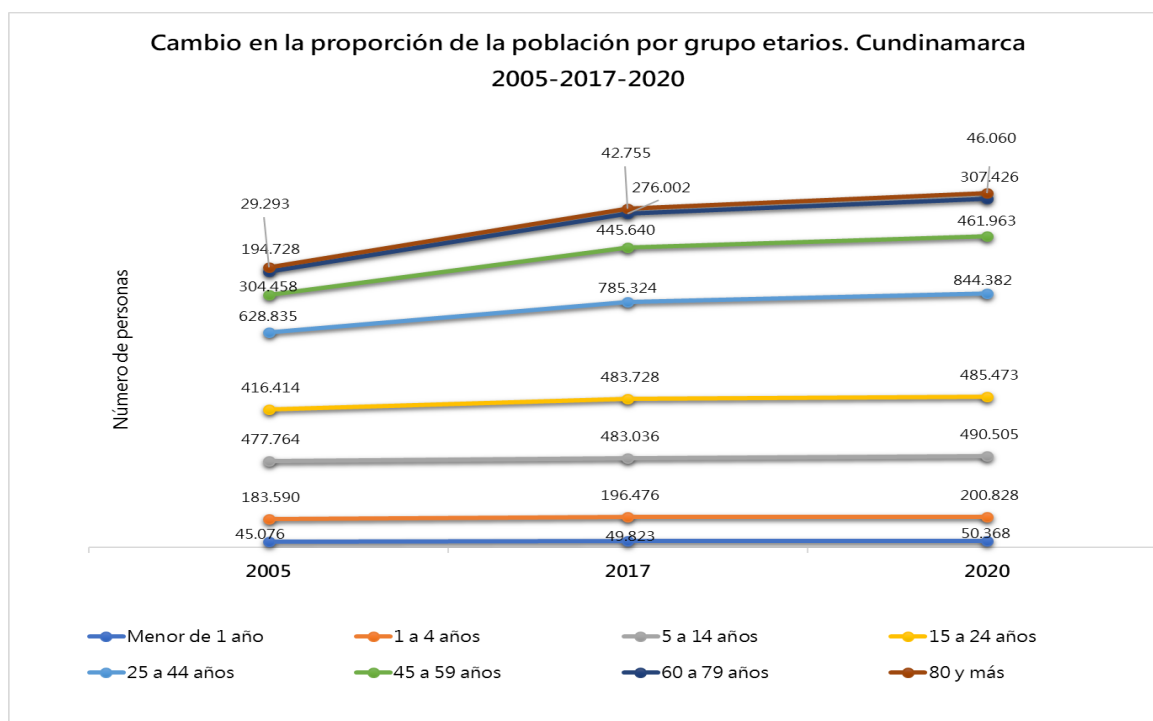
¹⁹ <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>



Cambio en la proporción de la población por grupo etarios

El grupo etario que más aumentó su población entre el 2005 y 2017 es el de 45 a 49 años con el 31,68% (141.182 personas), le siguen el de 80 y más años, creciendo el 31% (13.461 personas), de 60 a 79 años que aumenta el 29% (81.274 personas), y el grupo etario de 25 a 44 años creció el 20 % (156.489 personas,) demostrando que la población cundinamarquesa ha elevado su esperanza de vida y que se requiere implementar políticas para el sostenimiento económico y social de una población que está en envejecimiento, dado que según la proyección de la población al 2020, el grupo etario que más crecerá es el de 60 a 79 años (10,22%) mientras que el de 25 a 44 años crecerá en un 7% con respecto al 2017. Ver figura 6.

Figura 6. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios. Cundinamarca 2005-2017-2020



Fuente: Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples. DANE. Departamento de Cundinamarca.

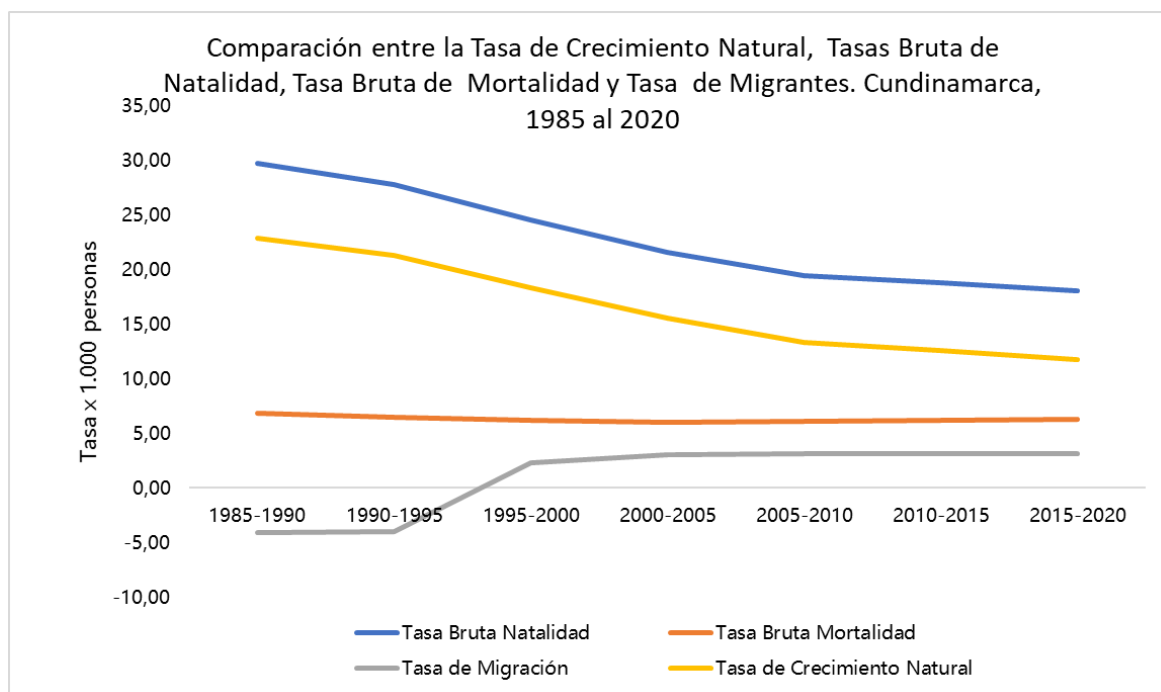




1.2.2 Dinámica demográfica

Según proyecciones DANE, para las proyecciones de series de años 1985-2020, el comportamiento de la dinámica demográfica del departamento de Cundinamarca muestra disminución en las tasas de brutas de natalidad y de crecimiento natural dado porque las tasas de mortalidad y migración se mantienen. Ver figura 7.

Figura 7. Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad y migrantes



Fuente: Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020. DANE. Departamento de Cundinamarca

La tasa bruta de natalidad en el periodo 2005-2014 ha venido disminuyendo, no ocurre lo mismo en la tasa bruta de mortalidad, (en la que la mortalidad de hombres





es mayor a la de las mujeres), lo que ocasiona que la tasa de crecimiento natural tenga un comportamiento decreciente. Ver figura 8.

Tasa Bruta de Natalidad

La tendencia de los nacimientos en el departamento de Cundinamarca es de disminución, evidenciando una reducción sostenida de la natalidad, que puede conllevar al envejecimiento de la población del departamento, pasando de una tasa de 15.74 nacimientos por cada 1.000 habitantes en el año 2005 a 13.24 nacimientos por 1.000 habitante en el 2014.

Tasa Bruta de Mortalidad

El riesgo de morir de la población en el departamento ha disminuido pasando de tasa de 4.61 muertes por cada 1.000 habitantes en el 2005 a 4,44 muertes por cada 1.000 habitantes en el 2014.

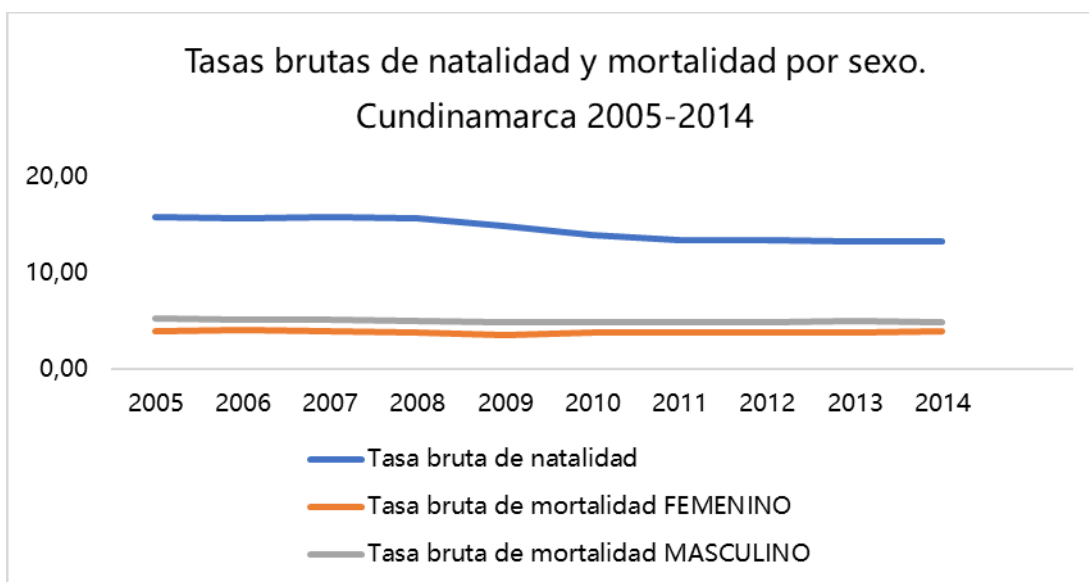
Tasa de Crecimiento Natural

En el departamento, la tendencia de crecimiento poblacional durante los últimos años es de disminución, evidenciado en la diferencia positiva entre los nacimientos y las defunciones que de 11,13% en el 2005, pasa a 8,80% en el 2014.





Figura 8. Tasa bruta de natalidad y tasa bruta de mortalidad por sexo.



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO. Reportes tasa bruta de natalidad y de mortalidad por sexo, departamento de Cundinamarca. Cubo de Indicadores bases datos externas actualización ASIS 2017. Dato noviembre 30 de 2017.



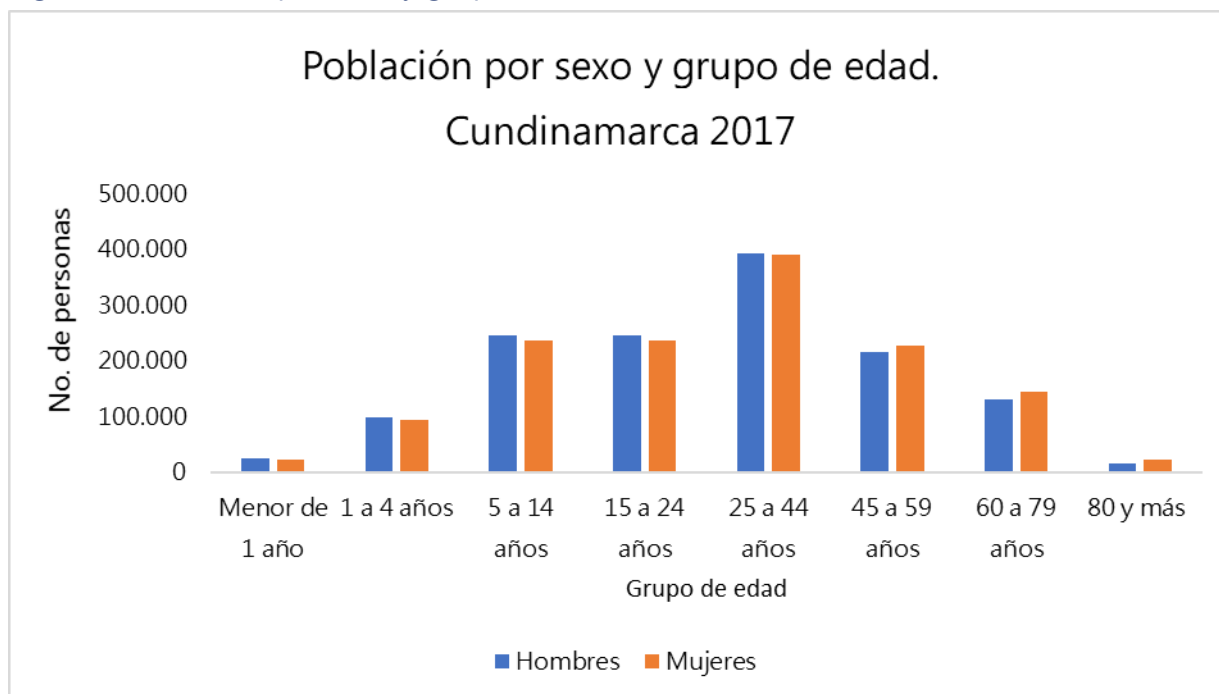


Población por sexo y grupo de edad

En cuanto al proceso de envejecimiento en el 2017, la proporción de población menor de 15 años es del 26,40%, población de 15 a 59 años es del 62,06% y la población mayor de 60 años es del 11,54%, lo que demuestra que Cundinamarca cuenta con una población en transición.

En la distribución de la población según sexo y grupos de edad, se observan proporciones similares entre hombre y mujeres, aunque llama la atención que en los grupos de edades jóvenes hasta los 24 años predomina la población masculina y posterior a los 25 años es más representativa la participación femenina. Este comportamiento es secundario a diferentes factores o determinantes relacionados con actividades laborales, perfil epidemiológico por sexo, de desplazamiento libre o forzado, situaciones post conflicto entre otras causas. Ver figura 9.

Figura 9. Población por sexo y grupo de edad. Cundinamarca 2017



Fuente: Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples. DANE. Departamento de Cundinamarca 2017.





Otros indicadores de estructura demográfica

Tabla 14. Otros indicadores de estructura demográfica. Cundinamarca 2005-2017-2020.

Índice Demográfico	Año		
	2005	2017	2020
Poblacion total	2.280.158	2.762.784	2.887.005
Poblacion Masculina	1.138.644	1.377.073	1.437.797
Poblacion femenina	1.141.514	1.385.711	1.449.208
Relación hombres:mujer	99,7	99,4	99,2
Razón niños:mujer	38,9	34,6	34,0
Indice de infancia	31,0	26,4	25,7
Indice de juventud	25,4	26,3	25,3
Indice de vejez	9,8	11,5	12,2
Indice de envejecimiento	31,7	43,7	47,7
Indice demografico de dependencia	61,4	52,1	51,4
Indice de dependencia infantil	50,0	40,1	38,9
Indice de dependencia mayores	11,4	11,9	12,5
Indice de Friz	159,1	138,1	130,2

Fuente: Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples. DANE.
Departamento de Cundinamarca





Tabla 15. Interpretación Indicadores demográficos. Cundinamarca 2005-2017.

Índices demográficos	Interpretación Indicadores demográficos. Cundinamarca 2005-2017
Relación hombres/mujer	En el año 2005 por cada 100 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2017 por cada 99 hombres, había 100 mujeres.
Razón niños mujer	En el año 2005 por cada 39 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2017 por cada 35 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil.
Índice de infancia	En el año 2005 de 100 personas, 31 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2017 este grupo poblacional fue de 26 personas.
Índice de juventud	En el año 2005 de 100 personas, 25 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2017 este grupo poblacional fue de 26 personas.
Índice de vejez	En el año 2005 de 100 personas, 10 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2017 este grupo poblacional fue de 12 personas.
Índice de envejecimiento	En el año 2005 de 100 personas menores de 15 años, 32 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2017 este grupo poblacional fue de 44 personas.
Índice demográfico de dependencia	En el año 2005 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 61 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2017 este grupo poblacional fue de 52 personas.
Índice de dependencia infantil	En el año 2005, 50 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2017 fue de 40 personas.
Índice de dependencia mayores	En el año 2005, 11 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2017 fue de 12 personas.
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. Para el caso de Cundinamarca en el 2005 este índice era de 159,1 y para el 2017 es de 138,1, disminución que muestra una población en transición tendiente a envejecer.

Fuente: Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples. DANE. Departamento de Cundinamarca 2005-2017





Otros indicadores

Tasa General de Fecundidad

En Cundinamarca durante el periodo de 2015 a 2020 por cada 1.000 mujeres en edad fértil, ocurrieron 70,90 nacimientos, presenta una tasa superior a la de la nación que registra 69,60 nacimientos. Cundinamarca se ubica en el veinteavo departamento con mayor tasa general de fecundidad, seguido de Colombia que ocupa el puesto 21. Vale anotar que Bogotá según proyecciones DANE, registra la menor tasa general de fecundidad con 56,10 nacimientos para ese periodo de tiempo. Los departamentos con mayores tasas generales de fecundidad son el grupo de Amazonía con tasas de 117,70 y Chocó con 112,40.

Tabla 16. Otros indicadores demográficos. Cundinamarca 2015-2020

Indicador Cundinamarca	2015 - 2020
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada 2015 – 2020)	70,90 x mil
Tasa global de fecundidad - TGLF, (estimada 2015 – 2020)	2,24 x mujer
Edad media de fecundidad -EMF (estimada 2015 – 2020)	26,49 años
Tasa de reproducción neta (estimada 2015 – 2020)	1,05 x mujer

Fuente: Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020. DANE. Departamento de Cundinamarca

Tasa Global de Fecundidad.

La Tasa Global de Fecundidad, se refiere al número de hijos que nacerían por mujer en todos sus años reproductivos y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. Según proyecciones DANE, en Cundinamarca durante el periodo de 2015 a 2020, una mujer a lo largo de su periodo en edad fértil (15 – 49 años) tendrá 2,24 hijos o hijas, tasa inferior a la de Colombia que reporta 2.29, ocupando las ubicaciones diez y once con menores tasas globales de





fecundidad. Bogotá ocupa el último puesto once con una tasa de 1,90, llamando la atención que su tasa se proyecta por debajo de la tasa mínima de 2.1 niños por mujer en edad fértil para que una población no se extinga.

Los departamentos que registran una tasa mayor a 3, en su orden son: Grupo Amazonas (3,38), la Guajira (3,33), Chocó (3,30) y Arauca (3,27).

Tasa de Reproducción Neta TRN

En Cundinamarca para el quinquenio 2015 - 2020, se proyecta una tasa de reproducción neta de 1.05 promedio de hijas mujeres que tendrá una mujer durante su vida, cifra similar a la de Colombia que es de 1.09 hijas mujeres para el mismo periodo. Bogotá proyecta una TRN de 0.91, siendo la más baja del país. Grupo Amazonas, Guajira, Arauca y Chocó registras las mayores TRN.

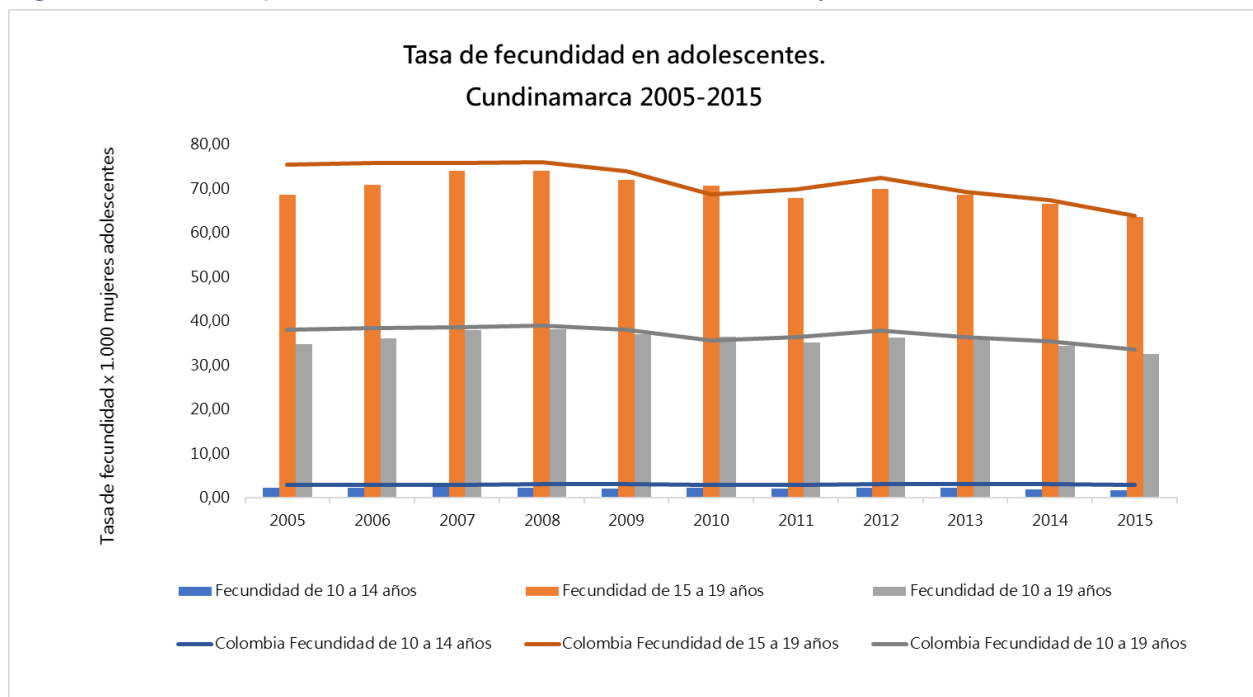
Tasas Específicas de Fecundidad 10 a 14, 15 a 19 y de 10 a 19 años.

En el periodo 2005 – 2015 se evidencia la disminución d la fecundidad de las adolescentes en el departamento de Cundinamarca, asimismo se comporta el indicador a nivel país, precisando que las tasas del departamento son levemente inferiores a las del total nacional. Ver figura 10.





Figura 10. Tasas Específicas de Fecundidad 10 a 14, 15 a 19 y de 10 a 19 años.



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO. Cubo de Indicadores Cundinamarca. Dato noviembre 16 de 2017.

Como se observa en la tabla 16, en el año 2015 la fecundidad de 10 a 14 años, Boyacá y Cundinamarca son los departamentos que menor tasa tiene, inclusive por debajo de la cifra nacional. Para la fecundidad de 15 a 19 años poseen mejor indicador los departamentos de Valle, Boyacá y Antioquia, sin embargo, Cundinamarca está por debajo del indicador nacional; y para la fecundidad de 10 a 19 años a Cundinamarca le anteceden Boyacá, Valle, pero tiene mejor indicador que Antioquia, el total nacional y Santander.





Tabla 17. Comparación de tasas de fecundidad en adolescentes con otros departamentos y el total nacional

Comparación con otros departamentos y total nacional de tasas de fecundidad en adolescentes 2015			
Indicador	Fecundidad de 10 a 14 años	Fecundidad de 15 a 19 años	Fecundidad de 10 a 19 años
Boyacá	1,42	53,17	26,51
Valle	2,51	50,97	27,54
Cundinamarca	1,68	63,57	32,56
Antioquia	3,52	60,82	32,91
COLOMBIA	2,89	63,95	33,64
Santander	2,01	64,19	34,09

Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO. Cubo de Indicadores Cundinamarca. Dato noviembre 16 de 2017.

Esperanza de Vida Total, Hombre y Mujer.

La esperanza de vida es un indicador de cómo una generación de nacidos vivos en el mismo año va desapareciendo en el tiempo por efecto de la mortalidad, por tanto, estima la duración promedio restante de vida, sea al momento de nacer o en cualquier momento de la vida. Además, se considera como un buen indicador del nivel de desarrollo de una población, es así como el índice de desarrollo humano (IDH), incluye la esperanza de vida al nacer, en conjunto con la educación promedio y el producto bruto per cápita en su cálculo.

La esperanza de vida sana es una variable estadística relacionada, que estima el número equivalente de años de buena salud que una persona puede prever que vivirá teniendo

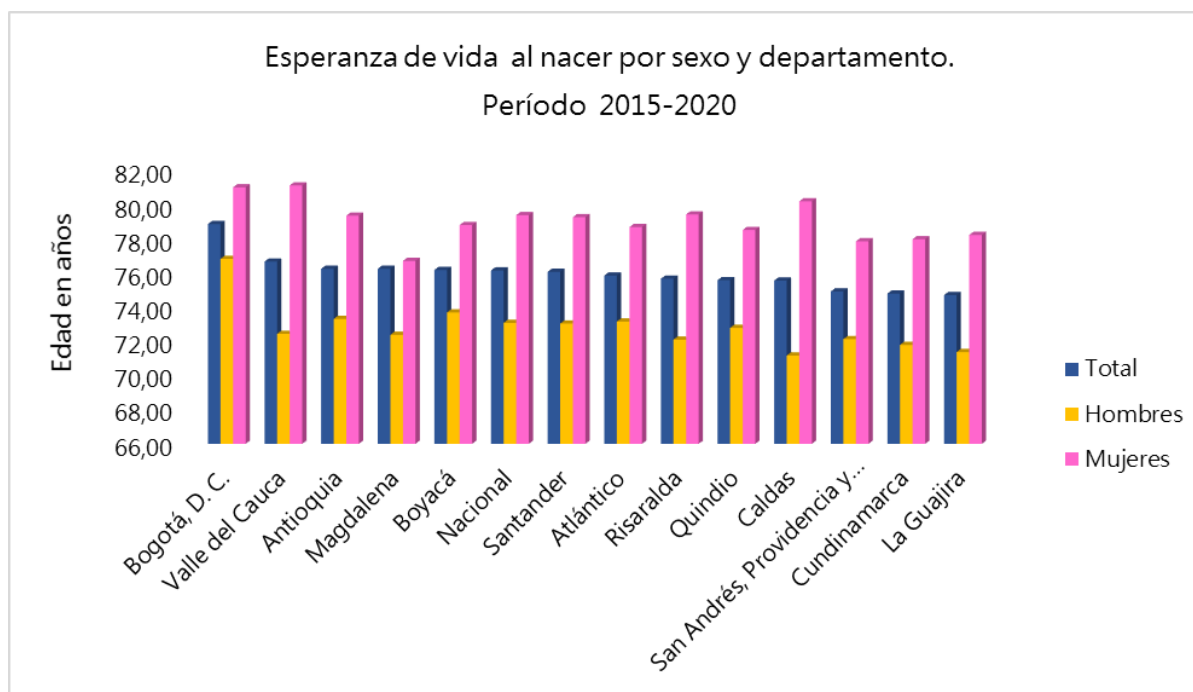




en cuenta las tasas de mortalidad y la distribución de la prevalencia de los problemas de salud en la población en ese momento.

En Cundinamarca la esperanza de vida al nacer para el período 2015 a 2020 es de 74,80 años, siendo mayor en mujeres con 77,98 años potenciales de vida y en hombres se proyecta en 71,79. Para el mismo período de tiempo, Bogotá proyecta la mayor EVN total, con 78,87 años de vida al nacer, Colombia ocupa el puesto seis con 76,15 y Cundinamarca la ubicación trece entre las 30 entidades proyectadas (28 departamentos, Bogotá D.C. y Total Nacional). Ver figura 11.

Figura 11. Esperanza de vida al nacer por sexo y departamento, período de 2015 a 2020



Fuente: Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020. DANE. Esperanza de vida al nacer hombres, mujeres y total por departamentos, incluye Bogotá y Total Nacional.





1.2.3 Movilidad forzada

El desplazamiento de población por diversos factores en los últimos 20 años en el departamento de Cundinamarca muestra como ha pasado de ser expulsor de población a ser departamento receptor, afectando principalmente al municipio de Soacha, que por su cercanía a Bogotá se convierte en un polo de atracción para la población en busca de mejores condiciones de vida y la cercanía a la capital del país.

La movilidad forzada es una condición de desarraigo cultural debido a la pérdida de relación con el territorio, así entonces es importante la identificación, apoyo y generación de estrategias y/o programas para el retorno de las personas que realizan movilidad forzada.



La mayor población víctima de desplazamiento registrada en Cundinamarca se encuentra en los quinquenios 20 a 24, 15 a 19 y de 10 a 14 años, siendo mayor en los hombres, aunque el comportamiento de desplazamiento forzado en las mujeres en estos quinquenios es muy similar. En relación con el número total de desplazamiento forzado por sexo, llama la atención que las mujeres lo han padecido en un 5% más que los hombres (3.331 mujeres más).





Tabla 18. Víctimas de desplazamiento forzado: hombres, mujeres y LGBTI.

Edad	Masculino		Femenino		No definido		No reportado		Total Número de personas	%
	Número de personas	%	Número de personas	%	Número de personas	%	Número de personas	%		
De 0 a 4 años	2.896	5%	2.727	4%					5.623	4%
De 05 a 09 años	6.524	10%	6.119	9%	3	25%	64	2%	12.710	10%
De 10 a 14 años	7.125	11%	6.689	10%	4	33%	1.380	45%	15.198	12%
De 15 a 19 años	8.076	13%	7.651	12%	2	17%	1.140	37%	16.869	13%
De 20 a 24 años	9.801	16%	9.599	15%			288	9%	19.688	15%
De 25 a 29 años	6.183	10%	6.621	10%			51	2%	12.855	10%
De 30 a 34 años	3.939	6%	4.917	7%			1	0,03%	8.857	7%
De 35 a 39 años	3.299	5%	4.330	7%					7.629	6%
De 40 a 44 años	2.627	4%	3.673	6%					6.300	5%
De 45 a 49 años	2.546	4%	3.260	5%					5.806	4%
De 50 a 54 años	2.203	4%	2.594	4%					4.797	4%
De 55 a 59 años	1.941	3%	2.205	3%					4.146	3%
De 60 a 64 años	1.573	3%	1.670	3%					3.243	2%
De 65 a 69 años	1.193	2%	1.171	2%					2.364	2%
De 70 a 74 años	934	1%	914	1%					1.848	1%
De 75 a 79 años	709	1%	712	1%					1.421	1%
De 80 años o más	1.135	2%	1.190	2%	1	8%			2.326	2%
No Definido			3	#####	2	17%			5	0,004%
No Reportado	28	0%	18	0,03%			143	5%	189	0,14%
Total	62.732	100	66.063	100%	12	###	3.067	100%	131.874	100%

Fuente: RUV-SISPRO-MINSALUD-Cubo Víctimas - base de datos externas actualización ASIS 2017. Fecha de corte: 01 de noviembre de 2017

Conclusiones del capítulo territorial y demográfico

Una población en el contexto de las dinámicas económica, social, ambiental y demográfica, el uso de la naturaleza y los productos que se derivan de ella, en forma de bienes y servicios, debe buscar ser sostenible y sustentable, para las generaciones venideras, por lo cual los diseños de políticas para el desarrollo de la población deben ser en función de la población y no al contrario. Para este diseño se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos del departamento.





El departamento cuenta con una densidad poblacional de 121 personas por Km², en una extensión territorial de 22.779 km². Es de resaltar que la provincia de Soacha, integrada por los municipios de Soacha y Sibaté, es la provincia que menor extensión posee, 303,86 km², pero la que mayor población concentra con 1.887 personas por km², comparado con la provincia del Guavio que tiene la mayor extensión (2.563,37 km²) y densidad poblacional de 35 habitantes, mientras que la provincia que menos concentra habitantes por km² es la de Medina, con una extensión total de 2.043 km² y densidad poblacional de 9 habitantes. La densidad poblacional por municipios evidencia a Soacha con 3.011 habitantes por km², seguido de Chía, Cajicá (Provincia de Sabana Centro), Funza, Facatativá y Mosquera (Provincia de Sabana Occidente), Girardot (Provincia de Alto Magdalena) y Fusagasugá (Provincia de Sumapaz), municipios entre 1.787 y 734 habitantes por Km² del departamento. Los municipios con menor densidad poblacional son los de la provincia de Medina (Paratebuena con 9 y Medina con 8).

El departamento de Cundinamarca según las proyecciones DANE, en el año 2005 contaba con 2.280.258 habitantes. Para el año 2017 muestra un crecimiento poblacional del 17% en relación con el 2005, equivalente a 482.626 personas, siendo después de Bogotá, el departamento que crece con el mayor número de personas; sin embargo, es el sexto en concentrar población con el 6% de la población colombiana.

Son las provincias de Soacha (2 municipios), Sabana Centro (11 municipios) y Sabana Occidente (8 municipios) las que aportan el 55% de la población en Cundinamarca con un total de 1.515.491 habitantes, en su mayoría (85%) residentes en la zona urbana de los municipios.

El grado de urbanización en el departamento de Cundinamarca es del 68%; la provincia de Soacha concentra el 30% del total de la población departamental en la zona urbana, Sabana Occidente el 20%, Sabana Centro el 18%, Alto Magdalena y Sumapaz cada una





el 7%, concentrando estas 5 provincias el 83% de la población urbana del departamento.

Los hogares por vivienda en el año 2017 presentan una relación de 1:1 para el departamento, aun sin tener información detallada para cada municipio, si se indagara sobre la distribución de hogares por vivienda en los lugares más poblados, la relación puede ser de más de un hogar por vivienda.

El departamento de Cundinamarca es uno de los departamentos con menos población pertenecientes a grupos étnicos con un total de 81.082 personas que representa el 1,4 % de esta población en Colombia.

Cundinamarca presenta una estructura de población por sexo y edad que es congruente con la etapa de transición demográfica denominada “en plena transición” , situación que se refleja en la disminución de la fecundidad y estabilización de la mortalidad, produciendo así una disminución moderada del crecimiento vegetativo.

Este proceso de transición demográfica incrementa la necesidad de fuentes de empleo, la demanda de la escolaridad, la inmersión de la mujer al mercado laboral y el espaciamiento en la fecundidad, factores que se presentan en la segunda transición demográfica, que son característico de países en vías de crecimiento económico, y que por el mecanismo conocido como el “bono demográfico” , hay un incremento del producto interno bruto por el aumento de la población en edad de trabajar, la disminución de los nacimientos y poco envejecimiento, siendo que para Cundinamarca este bono demográfico se calcularía que durará hasta el periodo del año 2030 al 2040.

Cuando se contrasta esta distribución por ciclo vital con la estructura de la población por grupos quinquenales de edad y sexo, se identifica una disminución marcada de la población cundinamarquesa a partir de los 25 años, esta situación puede estar asicada a la migración clásica (migración de tipo laboral), sin embargo, no se observa disminución de la población infantil o adolescente, por lo cual se puede afirmar que los





adultos jóvenes emigrarían en condición de soltería. Por lo anterior es importante contar con un desarrollo departamental para la atracción de la población en edad de trabajar.

Al revisar la relación entre la cantidad de hombres y mujeres y edades en Cundinamarca, las mujeres perduran más que los hombres, siendo esto una de las consecuencias del proceso de transición demográfica y epidemiológica, (transición poblacional), las variaciones en lo que respecta a la composición de la población según edad y sexo, escolaridad y desarrollo social y educativo, se refleja en: la disminución de la natalidad y aumento de la esperanza de vida, con la característica de la disminución en la proporción de población masculina con relación a la femenina debido a dos fenómenos demográficos; mayor natalidad de varones, en cualquier país del mundo por una cuestión natural (aproximadamente nacen 103 - 104 varones por cada 100 mujeres) y la mayor esperanza de vida de las mujeres con relación a los hombres.

El índice de dependencia en Cundinamarca es de 2:1, es decir que hay dos personas en edad de trabajar por una en edad de no trabajar, situación que está relacionada con la estructura de población joven que tiene el departamento, y que se convierte en una ventaja económica dado el “bono demográfico” con que cuentan los Cundinamarqueses y en un momento de plantear políticas que proyecten programas para una población cada vez más madura en el departamento.

El crecimiento de la población en Cundinamarca está en disminución, y está dado preponderantemente por la disminución del crecimiento vegetativo a expensas de disminución de la natalidad, situación que puede estar relacionada con los cambios en la fecundidad de la población que ha llegado a las urbes, dado que debido a los costos económicos de vivir en la ciudad se tiende a disminuir el número de hijos por hogar. Esto se corrobora con la disminución de la tasa global de fecundidad que es inferior a la nacional para el periodo 2015 – 2020, pero es superior a 2,1 que es la tasa mínima para que una población no se extinga.





El nivel de la esperanza de vida de la población está relacionado con el nivel de desarrollo, así entonces en el agregado departamental está estrechamente cercana al nivel del valor nacional, que corresponde a la esperanza de vida de una nación en proceso de desarrollo dado que dista entre tres a síes años de la esperanza de vida de países desarrollados, por ejemplo, Japón en el año 2013, tenía una esperanza de vida de 84 años, en comparación con Colombia la diferencia es de 10 años.

Capítulo II. Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes

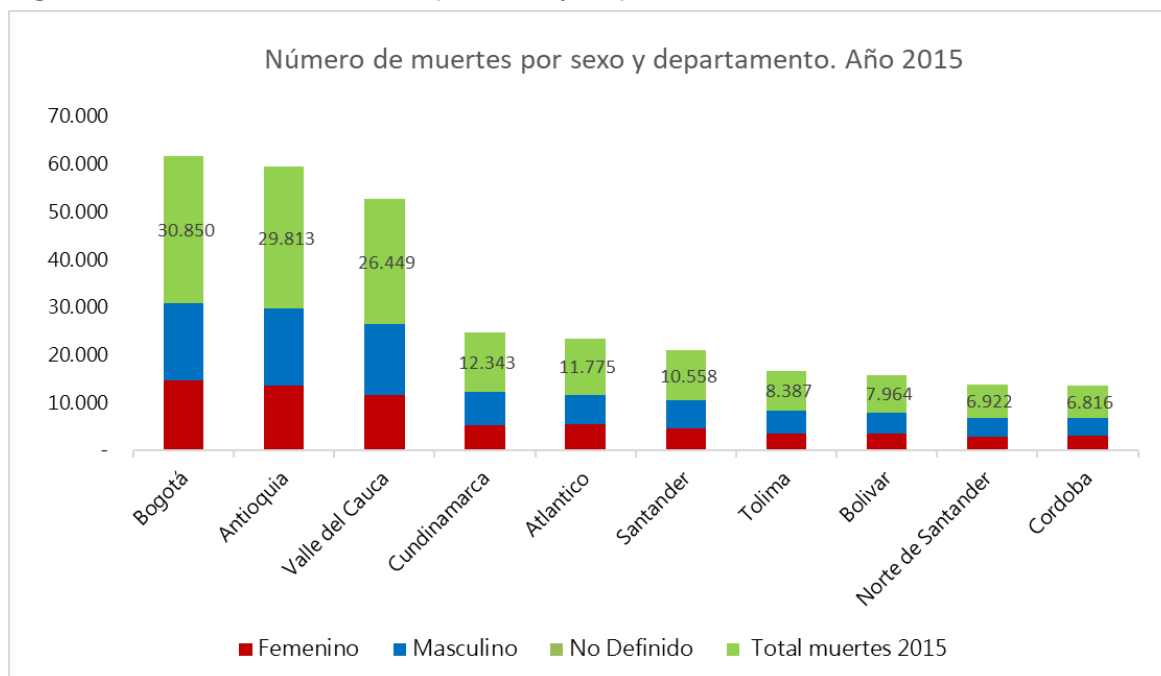
2.1 Análisis de la mortalidad

Cundinamarca en el año 2015 aportó a la carga de mortalidad en bruto del país, 12.343 muertes, de este total, 6.931 (56%) ocurrió en hombres y 5.410 (44%) en mujeres; del total de muertes en Colombia (218.283) ocurridas en el 2015, Cundinamarca ocupa el cuarto lugar en el país con el 6%, antecedido de Bogotá (14%), Antioquia (14%) y Valle del Cauca (12%). Ver figura 12.





Figura 12. Número de muertes por sexo y departamentos. Año 2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2015. Reporte 27. Mortalidad ASIS Sexo Edad, datos descargados el 04 de diciembre de 2017.

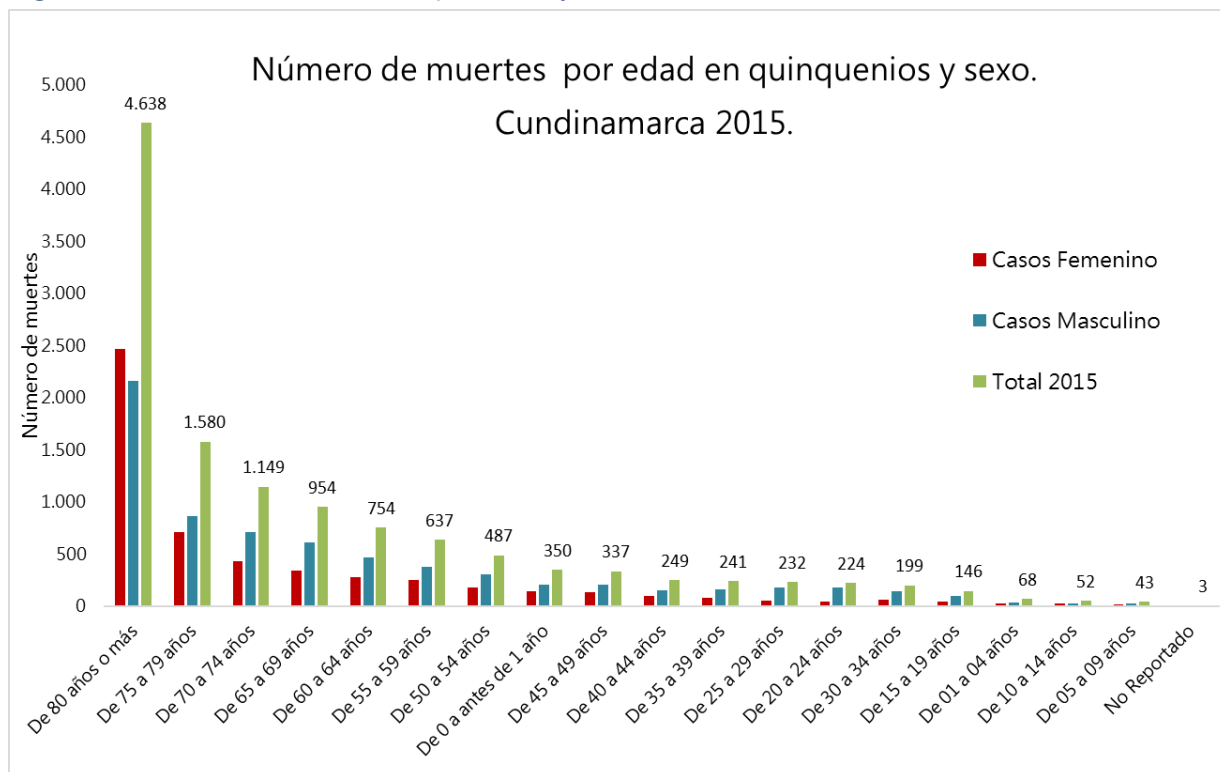
Del total de muertes ocurridas en Cundinamarca en el 2015, el 38% (4.638 muertes) sucedió sólo en el quinquenio de los 80 años y más, mientras que el 36% ocurrió entre los 60 y 79 años (4.437 muertes), es decir el 74% se presenta en las personas mayores de 60 años. 1.124 muertes ocurren entre los 50 y 59 años (9%). Las muertes infantiles (0 a antes de 1 año) representaron el 3% del total con 350 fallecimientos. Ver figura 13.

En números absolutos los quinquenios que menos carga de mortalidad presentan son el de 5 a 9 años con 43 muertes, de 10 a 14 años con 52 muertes, de 1 a 4 años con 68 muertes. En las edades entre los 15 y 49 años ocurrieron 1.628 fallecimientos que representan el 13% sobre el total de muertes ocurridas en el año 2015 en el departamento de Cundinamarca.





Figura 13. Número de muertes por sexo y edad. Cundinamarca 2015.



Fuente: Bodega de datos SISPRO Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2015. Reporte 27. Mortalidad ASIS Sexo Edad, datos descargados el 03 de diciembre de 2017.

De acuerdo con la cobertura de afiliación por los regímenes vigentes en el país, en el año 2015 se registró que, del total de afiliaciones, el régimen contributivo afilió el 55,4%, el régimen subsidiado el 43,4% y el de excepción afilió el 1,13%. En relación con el total de las muertes sucedidas en el mismo año, en el departamento de Cundinamarca el régimen que más aportó a la mortalidad general fue el régimen subsidiado con el 52%, lo que podría llegar a denotar las dificultades que se generan a la hora de la prestación de servicios en la red pública. Ver tabla 19.

Tabla 19. número de muertes por régimen de afiliación. Cundinamarca 2015





Número de muertes por régimen de afiliación. Cundinamarca 2015

Régimen de afiliación	Casos 2015	%
Subsidiado	6.496	52,63
Contributivo	4.565	36,98
No reportado	916	7,42
Excepción o especial	366	2,97
Total	12.343	1

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015.
Reporte asis 23. Mortalidad por sexo, Regimen, y Departamento- Gran Causa.

Seguidamente, como la mortalidad también se analiza por probabilidad de riesgo, es por eso, por la probabilidad de riesgo de morir por cada 100.000 habitantes en el departamento de Cundinamarca que en esta parte se incluyen las tasas ajustadas de mortalidad, que quiere decir, cuántas personas por cada 100.000 habitantes mueren en Cundinamarca si no media una medida de intervención de salud pública. De igual manera se va a mostrar cuantos años de vida prematura evitables perdidas aportan los hombres y las mujeres a partir del año 2005.

Para facilitar el análisis de la mortalidad, usualmente los países emplean listas cortas que agrupan los diagnósticos de mortalidad, para ello, la Organización Panamericana





de la Salud (OPS) propone el uso de la lista corta 6/67 que agrupa los diagnósticos de la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) en seis grandes grupos y en 67 subgrupos de causas de muerte.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud OPS:

- Las listas cortas permiten concentrar todas las defunciones en grupos de causas cuyo número es sensiblemente menor (desde 10 hasta unas 400)
- Una lista corta puede ser difundida más fácilmente para dar a conocer el comportamiento de los eventos bajo estudio.
- Una lista corta permite comparar más fácilmente la distribución de los eventos en el tiempo, entre países, regiones, edades, sexos, etc.
- De ellas pueden obtenerse listas más cortas para presentar las 10 o 20 principales, muy usadas en los niveles de dirección.²⁰

Se propone que para el análisis de la mortalidad en Colombia por grandes causas y por causas específicas según subgrupos, se haga uso de la lista corta 6/67. Asimismo, se plantea el uso de dos métodos de análisis que permitirán obtener resultados de impacto: ajuste de tasas mediante el método directo y análisis de carga de la mortalidad mediante el uso de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).

Enseguida se muestra la clasificación diagnóstica para el análisis de la mortalidad en Cundinamarca. Ver tabla 20.

²⁰ Listas especiales para la tabulación de la mortalidad. Página de la OPS/OMS



Tabla 20. Lista corta 6/67 OPS

No.	Descripción
0	Signos, síntomas y afecciones mal definidas
1	Enfermedades transmisibles
1,1	Enfermedades infecciosas intestinales
1,2	Tuberculosis
1,3	Ciertas enfermedades transmisibles por vectores y rabia
1,4	Ciertas enfermedades inmunoprevenibles
1,5	Meningitis
1,6	Septicemia, excepto neonatal
1,7	Enfermedad por el VIH (SIDA)
1,8	Infecciones respiratorias agudas
1,9	Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
2	Neoplasias (Tumores)
2,1	Tumor maligno del estómago
2,2	Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea
2,3	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon
2,4	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón
2,5	Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón
2,6	Tumor maligno de la mama de la mujer
2,7	Tumor maligno del cuello del útero
2,8	Tumor maligno del cuerpo del útero
2,9	Tumor maligno del útero, parte no especificada
2,10	Tumor maligno de la próstata
2,11	Tumor maligno de otros órganos genitourinarios
2,12	Leucemia
2,13	Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines
2,14	Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas
2,15	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido
3	Enfermedades del sistema circulatorio
3,1	Fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas
3,2	Enfermedades hipertensivas
3,3	Enfermedades isquémicas del corazón
3,4	Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón
3,5	Paro cardíaco
3,6	Insuficiencia cardíaca
3,7	Enfermedades cerebrovasculares
3,8	Aterosclerosis
3,9	Las demás enfermedades del sistema circulatorio



No.	Descripción
4	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
4,1	Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas
4,2	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento
4,3	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer
4,4	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal
4,5	Sepsis bacteriana del recién nacido
4,6	Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal
5	Causas externas
5,1	Accidentes de transporte terrestre
5,2	Los demás accidentes de transporte y los no especificados
5,3	Caídas
5,4	Accidentes por disparo de arma de fuego
5,5	Ahogamiento y sumersión accidentales
5,6	Accidentes que obstruyen la respiración
5,7	Exposición a la corriente eléctrica
5,8	Exposición al humo, fuego y llamas
5,9	Los demás accidentes
5,11	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)
5,12	Agresiones (homicidios)
5,13	Eventos de intención no determinada
5,14	Las demás causas externas
6	Todas las demás enfermedades
6,1	Diabetes mellitus
6,2	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales
6,3	Trastornos mentales y del comportamiento
6,4	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis
6,5	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
6,6	Resto de enfermedades del sistema respiratorio
6,7	Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal
6,8	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado
6,9	Resto de enfermedades del sistema digestivo
6,10	Enfermedades del sistema urinario
6,11	Hiperplasia de la próstata
6,12	Embarazo, parto y puerperio
6,13	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
6,14	Resto de las enfermedades
7	Síntomas, signos y afecciones mal definidas





2.1.1 Mortalidad general por grandes causas:

En el año 2015 por sexo y edad, se evidencia un aumento del número de muertes por grandes causas del 14,8% respecto al total de muertes presentadas en el año 2005. Por número de muertes las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar con un 32%, (3.778 muertes) seguido de las demás causas con un 22% (2.579 muertes), las muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 22% (2.035 muertes), neoplasias con un 11% (1.258 muertes), causas externas con un 10% (1.150 muertes), las enfermedades transmisibles aportaron un 5% (536 muertes) y los síntomas, signos y afecciones mal definidas el 3% con 292 muertes.²¹

Tasas ajustadas total

Las tasas de mortalidad específicas por grupo de grandes causas, en el departamento de Cundinamarca, entre los años 2005 a 2015 muestran que las **enfermedades de sistema circulatorio siguen siendo la principal causa de muerte, (3.778 casos)** aun observándose un descenso entre los años 2006 a 2009, pasando de una tasa de 202,37 muertes por 100.000 habitantes a una tasa de 155,61. Posteriormente inicia un ascenso que termina en el 2015, con una tasa de 170,61 muertes x 100.000 habitantes equivalente a 687 muertes más por esa causa respecto al año 2005.

La segunda causa de muerte en el Departamento en los años 2005 a 2015, ha sido las **demás causas**, este grupo de causas se consolida como el de diagnósticos residuales conformado por 14 subgrupos (diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, cirrosis entre otras) pasando de una tasa de 131,98 muertes por 100.000 habitantes en el 2005, a 129,26 en el 2015, (564 muertes más) tasa más alta que la del año inmediatamente anterior.

En el año 2015 estos dos grupos de causas de muertes han aportado el 54% de las muertes totales, correspondiente a 6.357 muertes por gran causa. Respecto al año 2005, se evidencian 1.315 muertes más es decir un aumento del 11%.

²¹ Cubo SISPRO, número de defunciones.



Las **neoplasias** ocupan el tercer lugar de causa de muertes en los años 2005 a 2015, mostrando una tendencia que se mantiene en ese periodo en ese periodo de tiempo, pasa de una tasa de 84,68 muertes por 100.000 habitantes en el 2005 a 84,66 en el año 2015 con 1258 muertes. Se ve una leve disminución en los años 2008 y 2011 con unas tasas de 79,92 y 78,71 respectivamente.

Como cuarta causa de muerte en el departamento de Cundinamarca aparecen las **causas externas**, que pasó de 1.525 muertes en el 2005 a 1.150 en el 2015, representando una disminución del 25%. Las tasas ajustadas pasaron de 64,54 muertes por 100.000 habitantes a una tasa de muertes por esta causa de 45,10, tendencia de disminución que se marcó desde el año 2008.

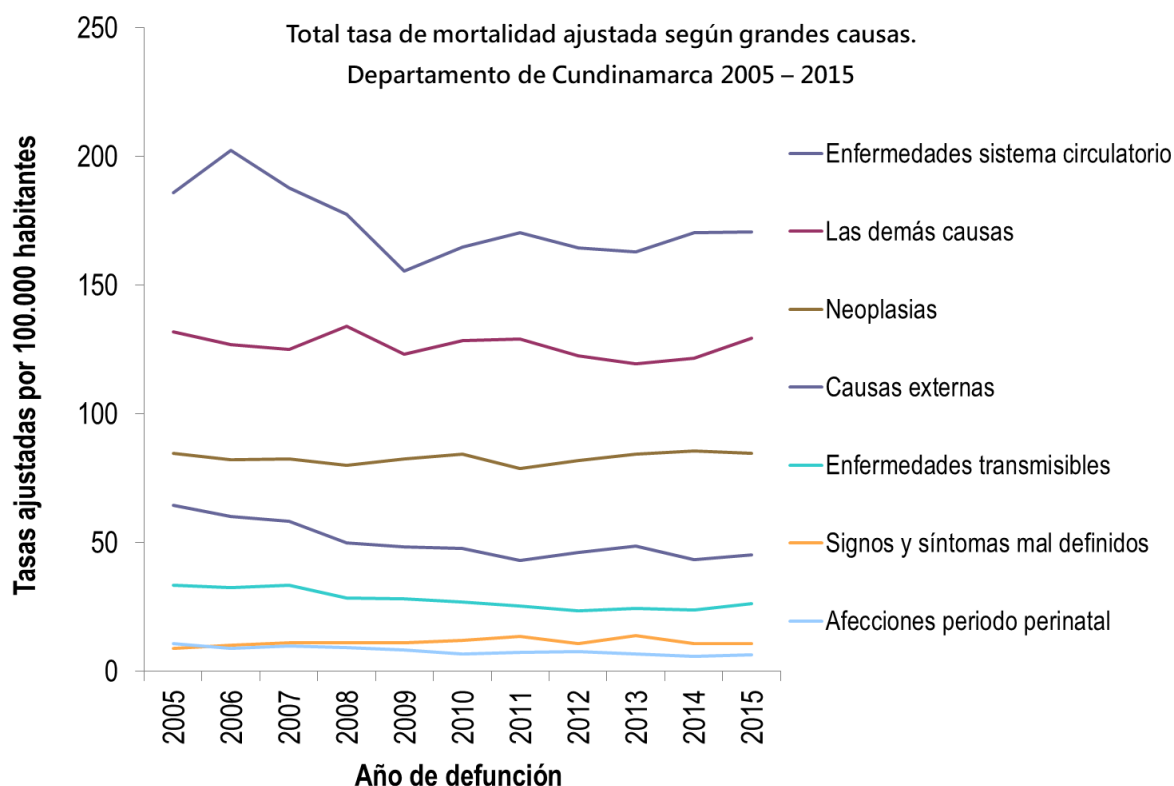
Le siguen las enfermedades **transmisibles** pasaron de una tasa ajustada de 33,58 en el 2005 a 26,41 por 100.000 habitantes en el 2015. Esta gran causa representó el 5% del total de muertes en el 2015 y un aumento de muertes en relación con el 2005 de 41.

Los **signos y síntomas mal definidos** mostraron un aumento en las tasas en el periodo 2005-2015 al pasar de 8,87 a 10,79 muertes por 100.000 habitantes y las **afecciones originadas en el periodo perinatal** pasar de una tasa de 10,89 muertes por 100.000 habitantes a 6,55 en el 2015. Para el año 2005, estas dos causas aportaron 1.875 muertes y para el 2015 sumaron 2.327 muertes, siendo el 21% de las muertes en Cundinamarca sucedidas en el año 2015. Pese a que por tasa las afecciones originadas en el periodo perinatal ocupan el séptimo lugar, es la tercera en aportar muertes en Cundinamarca (2.035 casos). Ver figura 14.





Figura 14. Tasa total de mortalidad ajustada según grandes causas. 2005-2015



Fuente: Bodega de datos SISPRO, tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Tasa total.

Tasas ajustadas hombres

El comportamiento de las tasas ajustadas en el periodo 2005-2015, para los hombres es similar a las tasas totales de muertes por grandes causas.

Como primera causa aparecen las enfermedades del sistema circulatorio, pasando de una tasa en el 2005 de 206,06 muertes por 100.000 hombres a 202,16 en el 2015,





mostrando leve disminución de la tendencia desde el 2008. Por curso de vida de los 2.350 casos registrados por residencia en hombres, 2.029 (86%) se presentaron en la persona mayor.

Las **demás causas** inician en el periodo 2005 con una tasa de 149,44 muertes por 100.000, tasa similar a la del 2015, (149,99). Por número de casos, es el curso de vida de persona mayor la que también presenta mayor número de defunciones, 1420 (80%) de 1773 casos de hombres. Esta gran causa representa la segunda causa de muerte en los hombres de Cundinamarca.

Las **neoplasias** como tercera causa de muerte en hombres se mantienen en tasas específicas entre 92 y 95 muertes por 100.000 hombres en el periodo 2005-2015. Del total de muertes en hombres 1.138, 837 (73%) casos ocurren en persona mayor.

Es notable como la tendencia de las **causas externas** ha disminuido en el periodo 2005-2014, pasando de 106,99 muertes por 100.000 hombres a 76,63 en el 2015. De los 1.002 casos en hombres, 347 (35%) ocurren en el adulto joven

Las **enfermedades transmisibles** como quinta causa de muerte por gran causa en los hombres para el 2015, esta pasó de una tasa de 40,84 en el 2005 a 34,51 en el 2015; de los 407 casos registrados en el 2015, 299 (73%) se presentaron en la persona mayor. Ver figura 15.

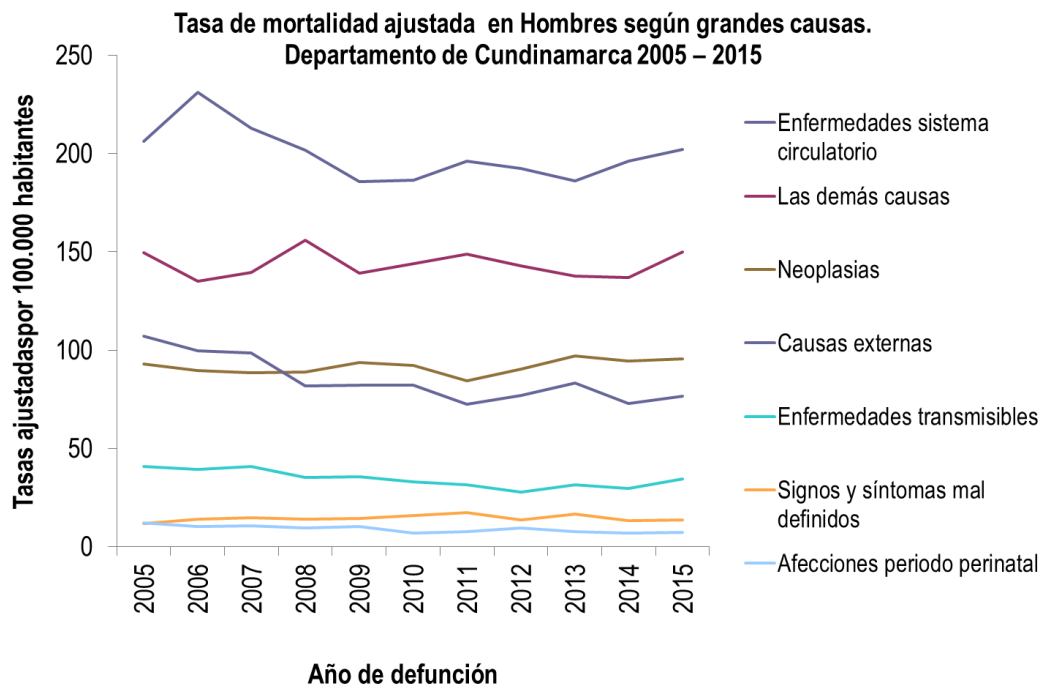


SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGov](#) [@CundinamarcaGov](#)
www.cundinamarca.gov.co



Figura 15. Tasa de Mortalidad ajustada en hombre según grandes causas.



Fuente: Bodega de datos SISPRO, tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Tasa hombres.

Tasas ajustadas mujeres

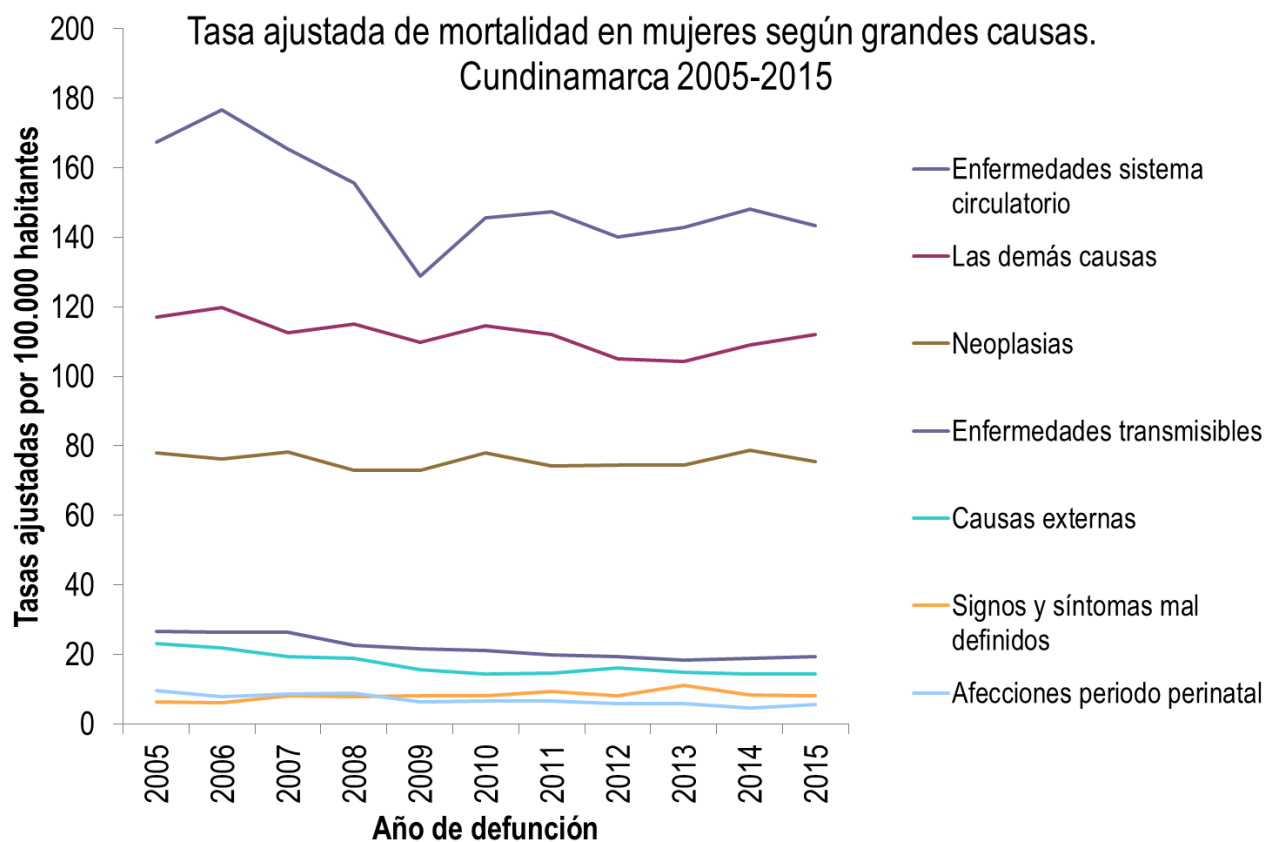
Al igual que las tasas ajustadas total y para hombres las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte según grandes causas., observándose que las tasas desde el año 2009 han venido en descenso con relación al año 2005. Asimismo, le siguen las demás causas y las neoplasias; se evidencia que las mujeres a diferencia de los hombres mueren más por enfermedades transmisibles que por causas externas, dado que en los hombres se cuenta con una tasa en el 2015 de 76,63 de casos por cada 100.000 hombres, mientras que en las mujeres es de 14,46 muertes por cada 100.000 mujeres.

En el curso de vida persona mayor, es donde más número de muertes ocurren en las mujeres, por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres de los 2.087 casos, ocurren 1874 (90%), el 80% en este mismo curso de vida por las demás causas (1.311



defunciones de 1.628), muertes en mujeres por neoplasias de 1.042 el 69% (717 muertes), por enfermedades transmisibles ocurren en mujeres mayores de 407 defunciones ocurren 279 (68%) en el mismo curso de vida, muertes por síntomas, signos y afecciones mal definidas ocurren 70 (60%) casos de 116 en persona mayor. En el caso de muertes por causas externas el 26% (51 casos de 196) ocurren en las mujeres adultas jóvenes y el 26,5 en personas mayores. Ver figura 16.

Figura 16. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres según grandes causas.



Fuente: Bodega de datos SISPRO, tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Tasa mujeres.



Mortalidad por grandes causas y sexo.

Comparando las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, son los hombres los que mayor riesgo tienen de morir lo que en gran medida explica el comportamiento de la esperanza de vida de la población. Las tasas de mortalidad por causas externas en hombres supera en el 81% al riesgo de las mujeres de Cundinamarca. Ver tabla 21.

Tabla 21. Mortalidad por grandes causas por sexo.

Cundinamarca año 2015		
Mortalidad grandes causas	hombres	mujeres
Enfermedades sistema circulatorio	202,16	143,35
Las demás causas	149,99	112,06
Neoplasias	95,74	75,37
Causas externas	76,63	14,46
Enfermedades transmisibles	34,51	19,38
Signos y síntomas mal definidos	13,71	8,16
Afecciones periodo perinatal	7,44	5,62

AVPP total

En complemento con las tasas de mortalidad ajustada por edad para hombres y mujeres, se estiman los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) de la población del departamento de Cundinamarca, esta descripción permite identificar los grupos de población y las causas que tiene mayor incidencia sobre la mortalidad prematura, siendo un parámetro importante en la medición del estado de salud de una población





y de gran utilidad para la planificación de los servicios de salud, pues permiten identificar prioridades, programas de intervención, y tendencias según las causas de muerte que mayor cantidad de AVPP ocasionan. A continuación, se analizan los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) según las seis grandes causas de la lista 6/67.

Total, Años de Vida Potencialmente Perdidos por grandes causas lista 6/67

Los años potencialmente perdidos en la población total de Cundinamarca en el periodo 2005-2015, se presenta en mayor proporción en para quienes padecen **las demás causas** del grupo de grandes causas, con una cifra que se ha mantenido en esta serie de años entre el 21,5 y 23,6%.

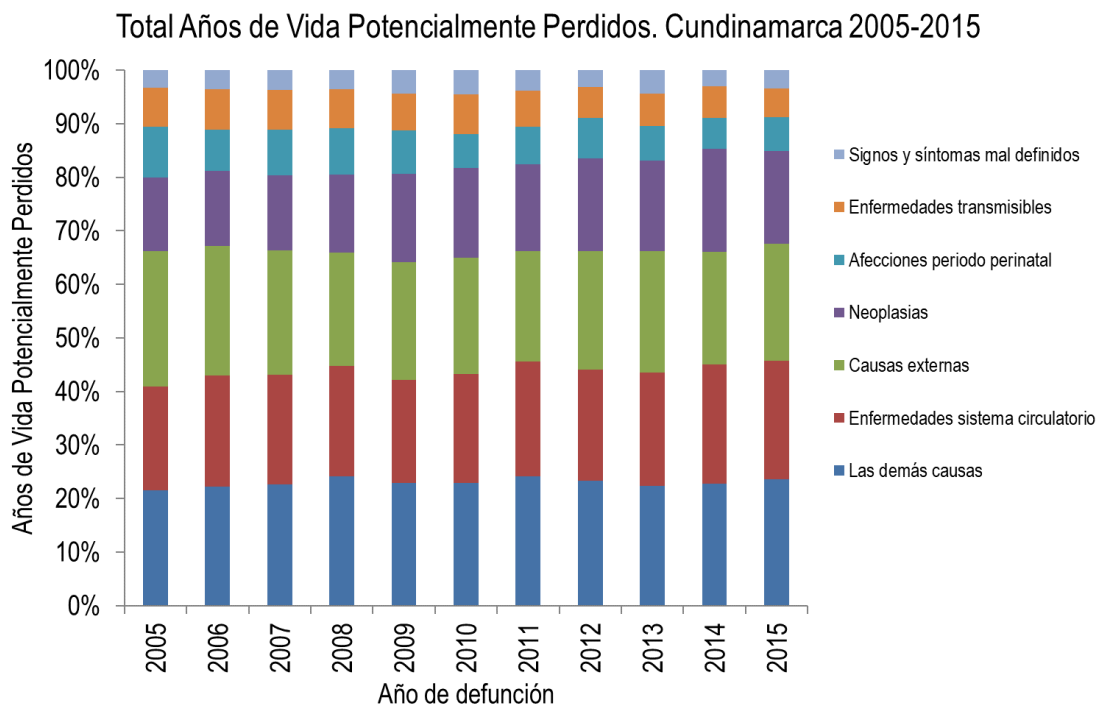
Le siguen las **enfermedades del sistema circulatorio** que presenta un aumento al 2015, en el 2005 se presentaban en un porcentaje del 19,3% y para el 2015 incrementa al 22,2% de las AVPP por esa causa. De manera general las **causas externas** han disminuido, pasando del 25,4% de AVPP en el 2005 a 21,8% de AVPP en el 2015; para el caso de los AVPP **por neoplasias**, en el año 2005 cobró 33.393 años, equivalente al 13,7% del total perdidos, y se observa cómo para el 2015 por esta misma causa asciende al 17,4% (40.016 AVPP).

Los AVPP por afecciones en el periodo perinatal, enfermedades transmisibles, y los signos y síntomas mal definidos, han venido en descenso presentado una proporción menor al 6% en el 2015 de AVPP. Ver figura 17.





Figura 17. Total, de AVPP. Cundinamarca periodo 2005-2015.



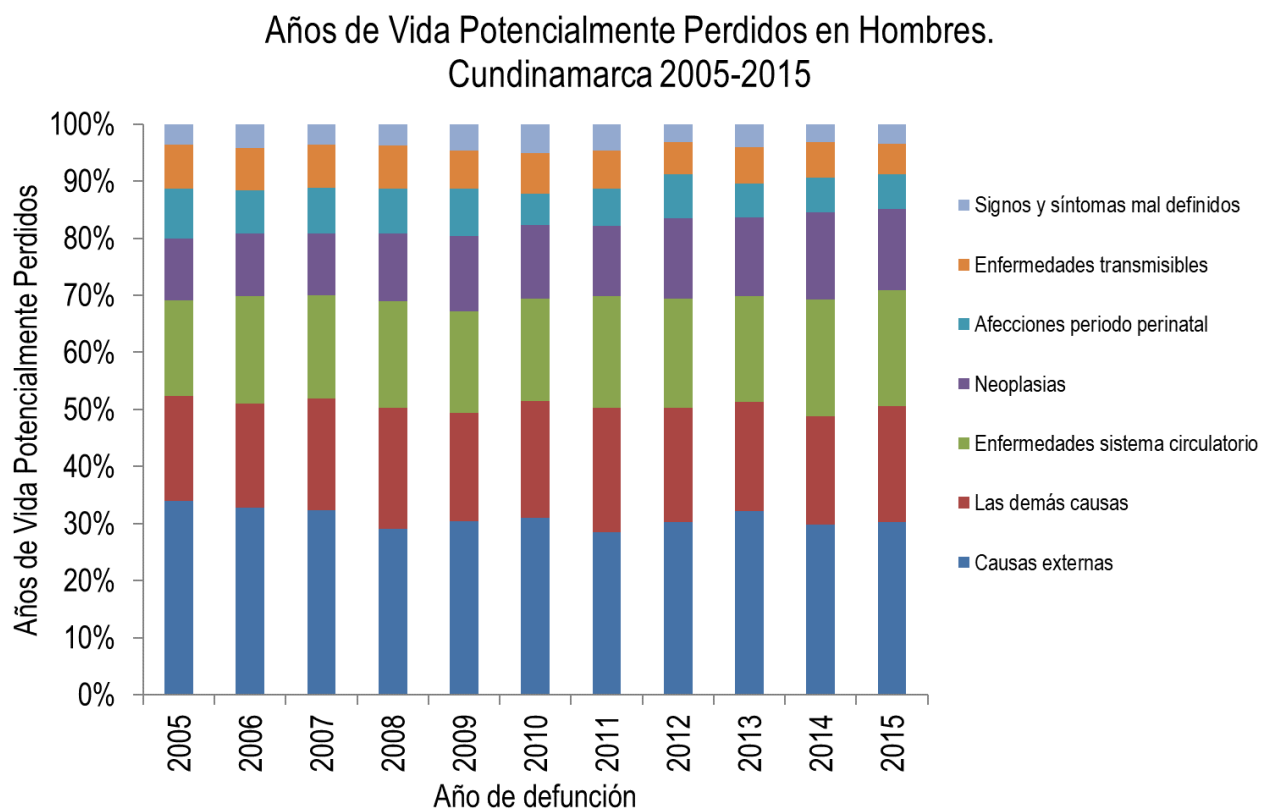
Fuente: SISPRO. Reporte Caracterización Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos (grupos lista 6/67) por Municipio: Todos, 25 – Cundinamarca. Total

Años de Vida Potencialmente Perdidos por grandes causas lista 6/67 en Hombres de Cundinamarca

Los hombres de Cundinamarca a diferencia de la población general del departamento presentan mayor AVPP por las **causas externas**, aunque para la serie de años 2005-2015 la proporción ha venido disminuyendo pasando de un 34,00% (49.173 AVPP) de AVPP a un 30,2% (41.750 AVPP) en el 2015. El porcentaje de AVPP por las demás causas ha venido en aumento pasando de 26.487 AVPP a 28.155 en el 2015, igualmente por enfermedades del **sistema circulatorio** para ese periodo de tiempo pasando de un 16,78% a un 20,3% de AVPP, por **neoplasias** también se han ido aumentando los AVPP pasando de 15.718 a 19.694 AVPP en los hombres de Cundinamarca. Pasa lo contrario en las afecciones del periodo perinatal, las enfermedades transmisibles y los signos y síntomas mal definidos, que representan menos del 6% de AVPP en el 2015 en los hombres de Cundinamarca. Ver figura 18.



Figura 18. AVPP por grandes causas en hombres de Cundinamarca



Fuente: SISPRO. Reporte Caracterización Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos (grupos lista 6/67) por Municipio: Todos, 25 – Cundinamarca. Hombres

Años de Vida Potencialmente Perdidos por grandes causas lista 6/67 en Mujeres de Cundinamarca

Las demás causas, las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias en las mujeres de Cundinamarca en el 2015, representan el 75,6% de AVPP. En relación con la población general y los hombres del departamento las neoplasias ocupan un cuarto lugar de AVPP, mientras que en las mujeres el tercero, aumentando su proporción de un 18% en el 2005 a un 22,1% de AVPP en el 2015. Con relación a los AVPP por causas externas a diferencia de los hombres que ocupan el primer lugar en AVPP (30,2%), en las mujeres representaron en el 2005 el 12,65% y disminuye en el 2015 al 9,1% de AVPP.

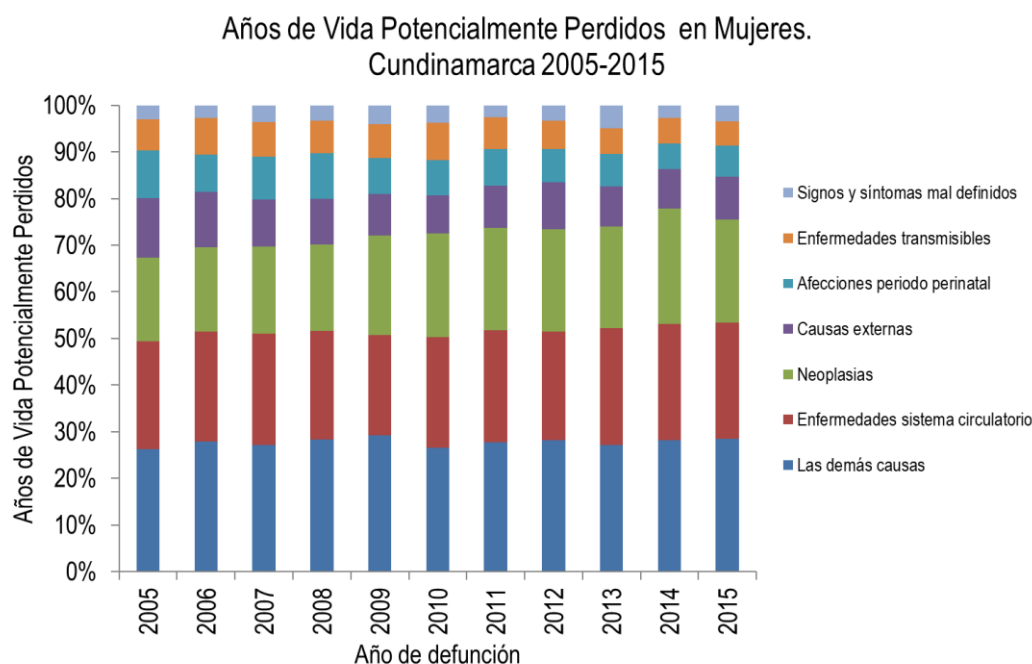




Se evidencia como en el departamento el porcentaje de AVPP en las mujeres por las afecciones del periodo perinatal han disminuido su número pasando de 10.057 a 6.173 AVPP.

Las enfermedades transmisibles y los signos y síntomas mal definidos representan el 8,7% de los AVPP en las mujeres de Cundinamarca. Ver figura 19.

Figura 19. AVPP por grandes causas en Mujeres



Fuente: SISPRO. Reporte Caracterización Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos (grupos lista 6/67) por Municipio: Todos, 25 – Cundinamarca. Mujeres

Tasas ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos – Total

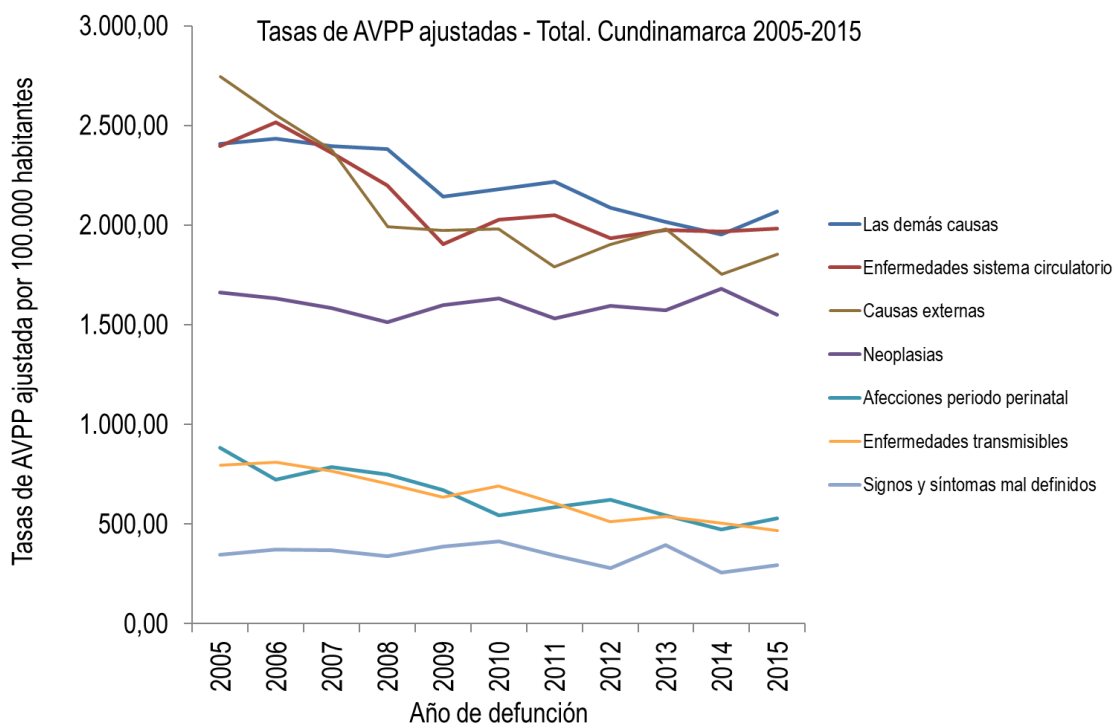
Se evidencia como las tasas ajustadas por AVPP en la población general de Cundinamarca por las **demás causas** para el mismo periodo de tiempo también disminuyen de una tasa de 2.407 a 2.067,01 AVPP por cada 100.000 habitantes del departamento; le siguen las **enfermedades del sistema circulatorio** como segunda causa de AVPP (que para el 2014 fue la primera) viene en disminución en el periodo





2005-2015, inicia en 2.397 AVPP por cada 100.000 habitantes y culmina en el 2015 con 1984. El comportamiento con relación al año 2014 es similar para las tasas de los AVPP por **causas externas**, decrecen pasando de 2.744 a 1.752 AVPP por 100.000 habitantes. Las **neoplasias**, las tasas de AVPP por las afecciones del periodo perinatal, enfermedades transmisibles, y los signos y síntomas mal definidos. Ver figura 20.

Figura 20. Tasas ajustadas de AVPP Total en Cundinamarca.



Fuente: SISPRO. Reporte 41. Caracterización Tasas de años de vida potencialmente perdidos (grupos lista 6/67) por Municipio: Todos, 25 – Cundinamarca. Total

Tasas ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos – Hombres

Las tasas ajustadas de AVPP en los hombres de Cundinamarca, muestran como las **causas externas** son la principal causa de AVPP en ellos, aun cuando la tendencia se comporta de manera decreciente, sigue siendo la primera causa; en el 2005 presentó



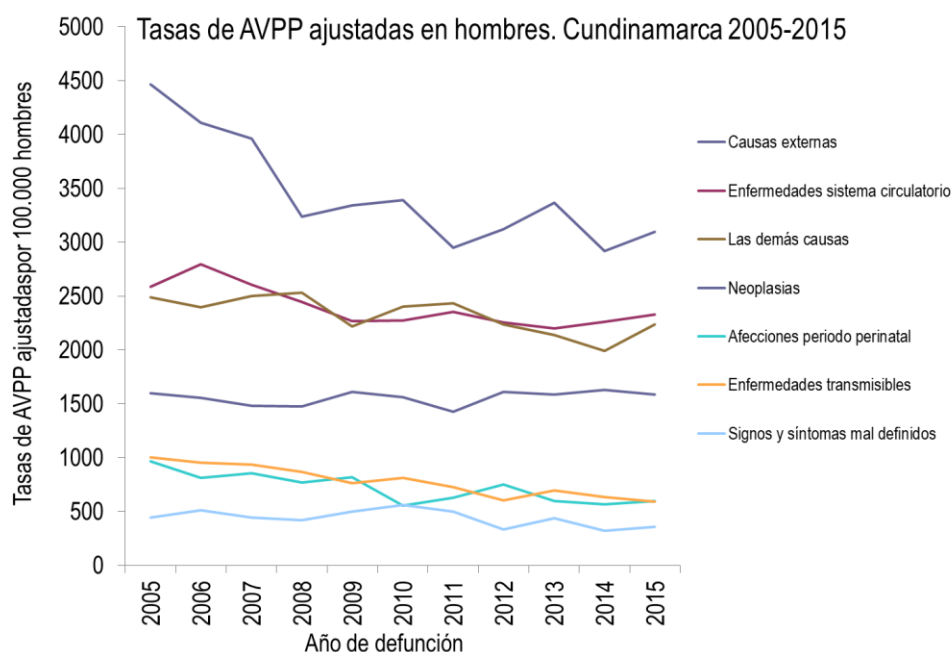


una tasa de 4.4462, en el 2015 disminuye a 3.094 AVPP sin embargo es mayor que la tasa registrada en el 2014 por cada 100.00 hombres del departamento.

Las tasas de AVPP por **enfermedades del sistema circulatorio** presentan una tendencia que se mantiene del 2005 al 2015, con tasas que oscilan entre 2.589 en el 2005 y 2.330 de AVPP por cada 100.000 hombres en el 2015. Los AVPP por **las demás causas**, presentan tasas que también se mantienen al pasar de 2.490 a 2.2337 AVPP por cada 100.000 hombres del departamento. Las **neoplasias** se mantienen a lo largo del periodo de años 2005-2015, con tasas que oscilan entre 1.598 y 1.584 AVPP por 100.00 hombres.

Las tasas ajustadas de AVPP para las afecciones del periodo perinatal, enfermedades transmisibles, y los signos y síntomas mal definidos han mostrado su tendencia a disminuir en la serie de año 2005 a 2015, representando tasas inferiores a 600 AVPP por cada 100.00 hombres del departamento. Ver figura 21.

Figura 21. Tasa ajustada de AVPP en hombres





Fuente: SISPRO. Reporte 41. Caracterización Tasas de años de vida potencialmente perdidos (grupos lista 6/67) por Municipio: Todos, 25 – Cundinamarca. Hombres.

Tasas ajustadas de AVPP Mujeres

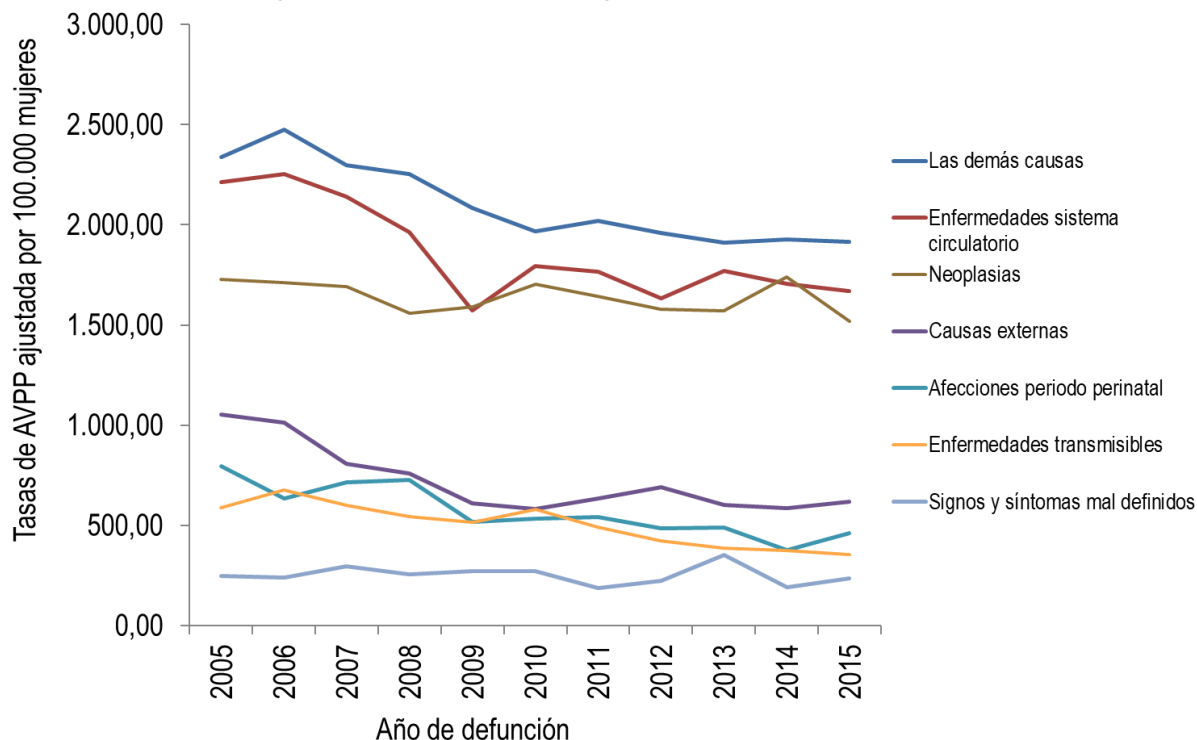
Las tasas ajustadas de AVPP por grandes causas en las mujeres de Cundinamarca mantienen su tendencia de disminución en el periodo 2005 a 2015. Em primer lugar están las **demás causas**, que de una tasa de 2.336 bajó a 1,917 en 2015.

Las causas externas, las afecciones del periodo perinatal, las enfermedades transmisibles y los signos y síntomas mal definidos vienen disminuyendo su tendencia de riesgo de morir por AVPP, con tasas menos a 8.000 AVPP por cada 100.000 mujeres del departamento.





Tasas ajustadas de AVPP en Mujeres. Cundinamarca 2005-2015



Fuente: SISPRO. Reporte 41. Caracterización Tasas de años de vida potencialmente perdidos (grupos lista 6/67) por Municipio: Todos, 25 – Cundinamarca. Mujeres

En general en el departamento de Cundinamarca, las tasas ajustadas de AVPP y los AVPP en la población total, hombre y mujeres por cada 100.000 personas según las grandes causas de la lista 6/67 se comportan de la siguiente manera: Tabla 22.





Tabla 22. Priorización por porcentaje y tasas ajustadas de AVPP en Cundinamarca. Año 2015

Priorización de mortalidad AVPP según grandes causas por porcentaje de AVPP y tasas ajustadas de AVPP en población total, hombres y mujeres. Cundinamarca año 2015

Gran Causa 6/67	Total		Hombres		Mujeres	
	% AVPF	Tasa ajustada de AVPP	% AVPF	Tasa ajustada de AVPP	% AVPF	Tasa ajustada de AVPP
Las demás causas	1	1	2	3	1	1
Enfermedades sistema circulatorio	2	2	3	2	2	2
Causas externas	3	3	1	1	4	4
Neoplasias	4	4	4	4	3	3
Afecciones periodo perinatal	5	5	5	5	5	5
Enfermedades transmisibles	6	6	6	6	6	6
Signos y síntomas mal definidos	7	7	7	7	7	7

Fuente: SISPRO. Reporte 3. Caracterización Tasas de años de vida potencialmente perdidos (grupos lista 6/67) por Municipio: Todos, 25 – Cundinamarca, y reporte 3 número de AVPP. Hombres, mujeres y total.
*Los numeros indican el orden en que ocurre la mortalidad por grandes causas.

2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo:

Con el análisis específico por su causa, se podrá identificar los diagnósticos que posicionan las grandes causas ya descritas, determinando las que mayor peso tienen y su tendencia través del tiempo.

Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades transmisibles en la población total de Cundinamarca. Años 2005 a 2015.

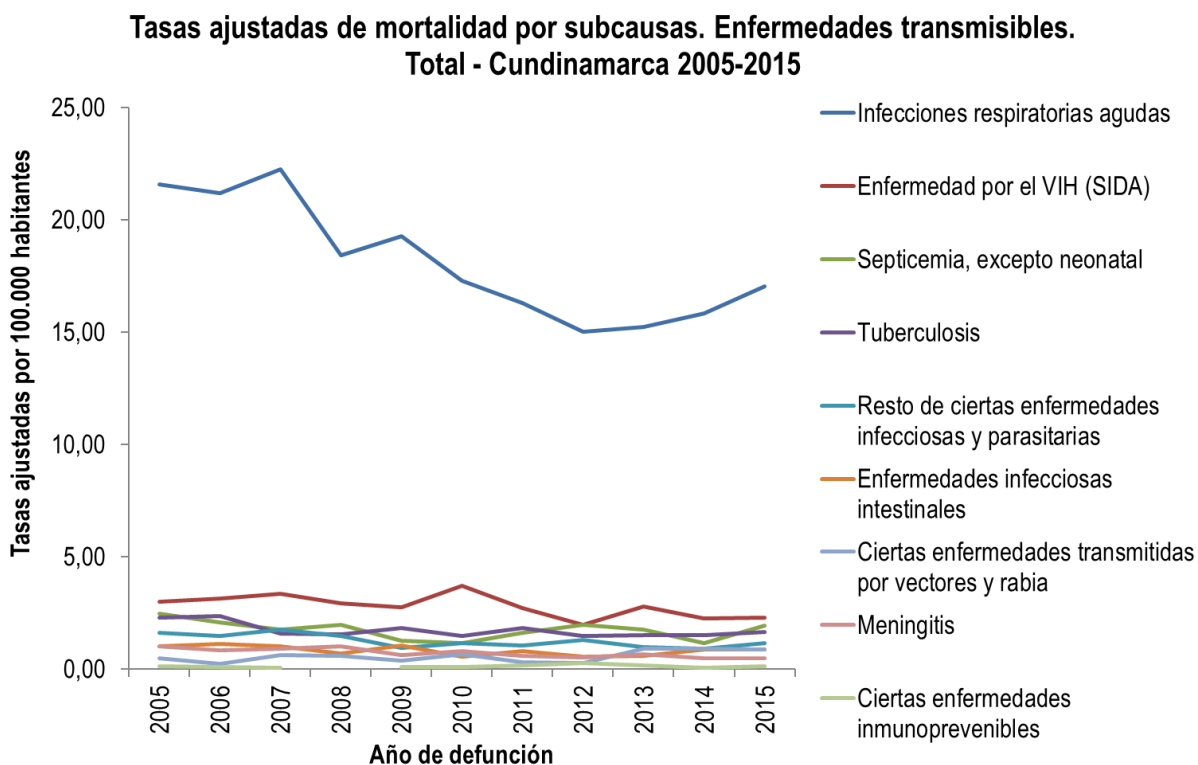
En este grupo, la principal subcausa de mortalidad en la población total del departamento son las **infecciones respiratorias agudas** con tasas de 21,58 casos de mortalidad en el 2005 a 17,03 muertes por cada 100.000 habitantes en el 2015, evidenciándose el descenso en la tendencia, pero sin dejar de ser la primera causa de muerte las enfermedades transmisibles.

La Enfermedad por el VIH (SIDA) como segunda subcausa, en el periodo 2005 a 2015 pasa de una tasa de 3,01 a 2,27 muertes por cada 100.000 cundinamarqueses. Ver figura 22.





Figura 22. Tasas ajustadas por enfermedades Transmisibles, población general.



Fuente Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Total.

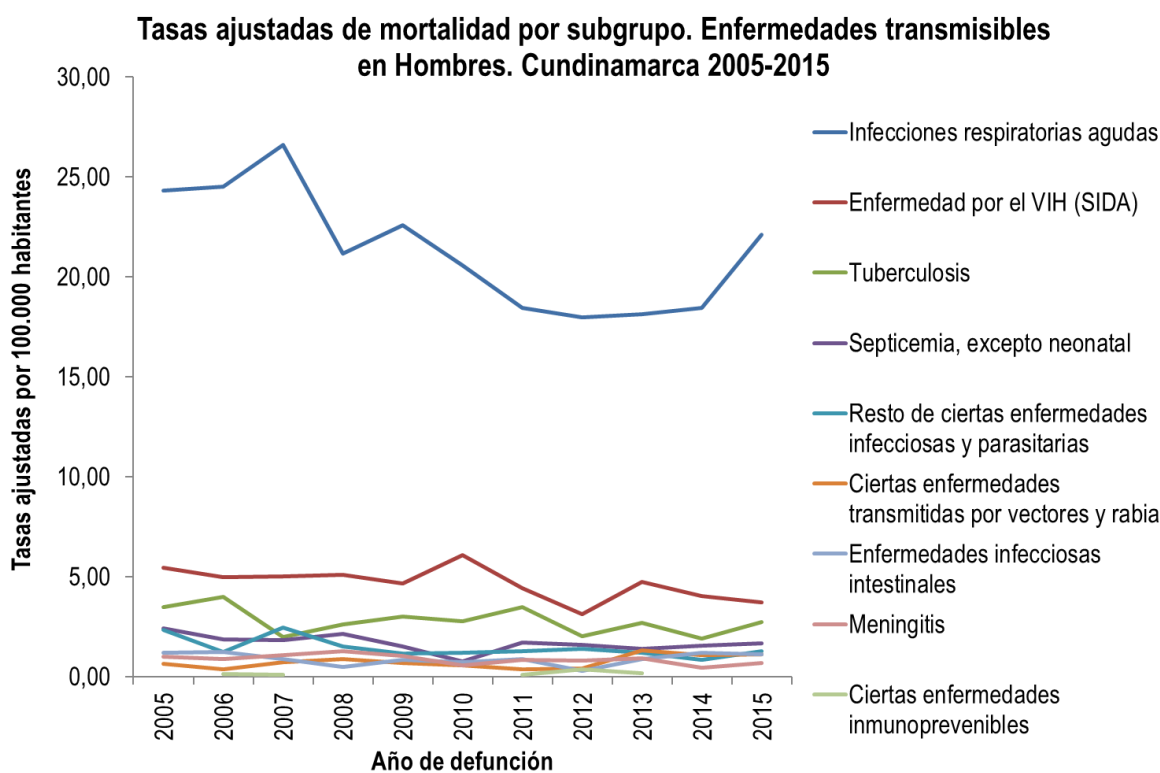
Tasas de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles en hombres

Las **infecciones respiratorias agudas**, con tendencia de descenso, al pasar de 24,33 a 22,10 muertes por cada 100.000 hombres en el 2015, tasa que supera la tendencia de los años 2010 a 2014. De manera distante le sigue la **enfermedad por VIH (SIDA)** que presentó una tasa de 5,46 en el 2005 y pasó a 3,70 en el 2015, mostrando tendencia de disminución en el periodo de tiempo. En tercer lugar, las **tuberculosis** con tasas de 3,48 muertes por cada 100.000 hombres cundinamarqueses en el 2005 llegando a 2,72 muertes por 100.000 hombres en el 2015, superando la tasa del 2014. Ver figura 23.





Figura 23. Tasas ajustadas de mortalidad por Enfermedades Transmisibles en hombres.



Fuente Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Hombres

Tasas de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles en mujeres

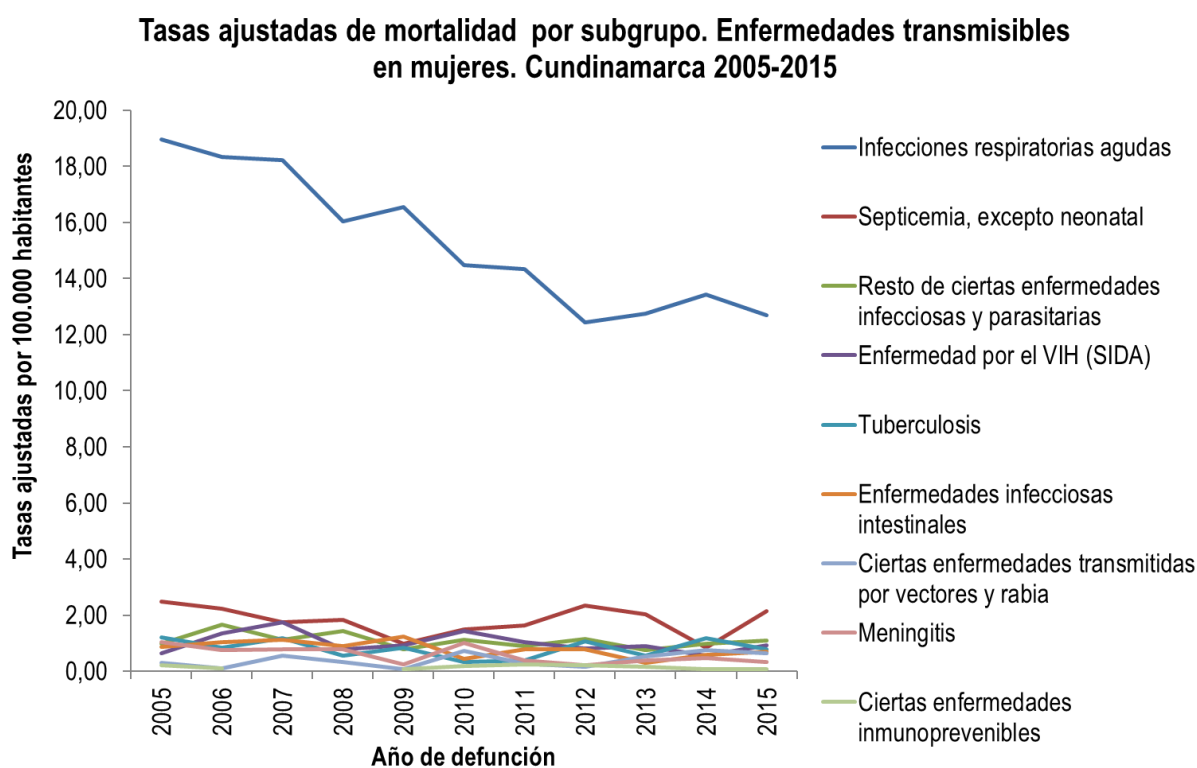
Igual que para la población general de Cundinamarca y los hombres, las **infecciones respiratorias agudas** ocupan el primer lugar en las tasas ajustadas por 100.00 habitantes. Para el periodo 2005-2015 ésta subcausa presenta una tendencia decreciente pasando de 18,97 muertes a 12,68 muertes por cada 100.000 mujeres del departamento. Como segunda subcausa se encuentra la **septicemia, excepto neonatal** con una tasa de 2,15. Llama la atención como la enfermedad por el VIH (SIDA) pasa de





un segundo lugar en la población general y en hombres a un séptimo lugar de las subcausas en las mujeres en el año 2014 y en el año 2015 asciende a la cuarta subcausa de mortalidad en este grupo, con tasas que no alcanzan a 1 muerte por cada 100.000 mujeres. Como segunda subcausa en el 2014 se encontraba la tuberculosis y para el 2015 con una tasa de 0,77 por cada 100.000 mujeres del departamento. Ver figura 24.

Figura 24. Tasas ajustadas de mortalidad por Enfermedades Transmisibles en Mujeres.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Mujeres

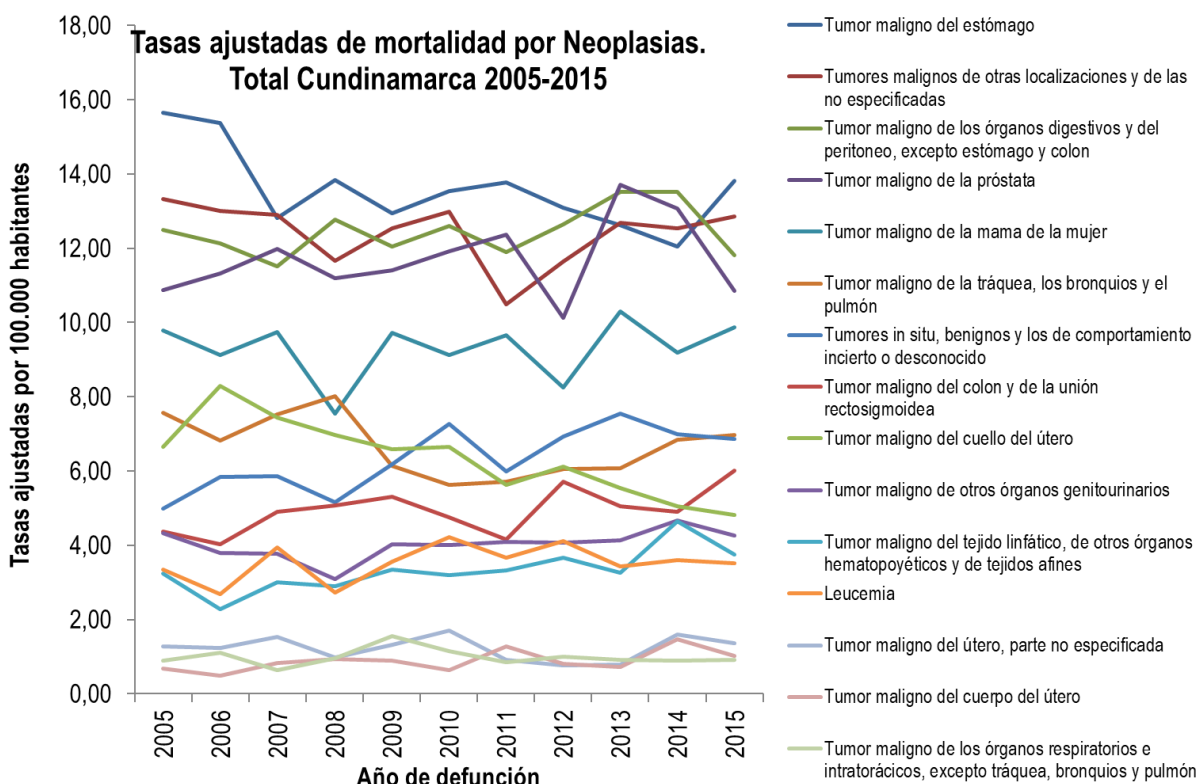
Tasas de mortalidad ajustada por Neoplasias en la población general

Llama la atención que para el año 2014, el tumor maligno de estómago se ubicaba en la cuarta subcausa de neoplasias en la población total de Cundinamarca, y que para el año 2015 pase al primer lugar, de similar forma se observa que los tumores **malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, van en ascenso respecto al 2014.**



En la población de Cundinamarca se identifica que el tumor **maligno de próstata** (desciende en relación con el 2014) y el **tumor maligno de la mama de la mujer** (asciende en relación al 2014) ocupan el cuarto y quinto lugar respectivamente dentro de las subcausas de este grupo. Ver figura 25.

Figura 25. tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias en la población general de Cundinamarca.



Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Gráfica: Neoplasias H y M



[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov) [@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Tasas ajustadas de mortalidad por Neoplasias en Hombres.

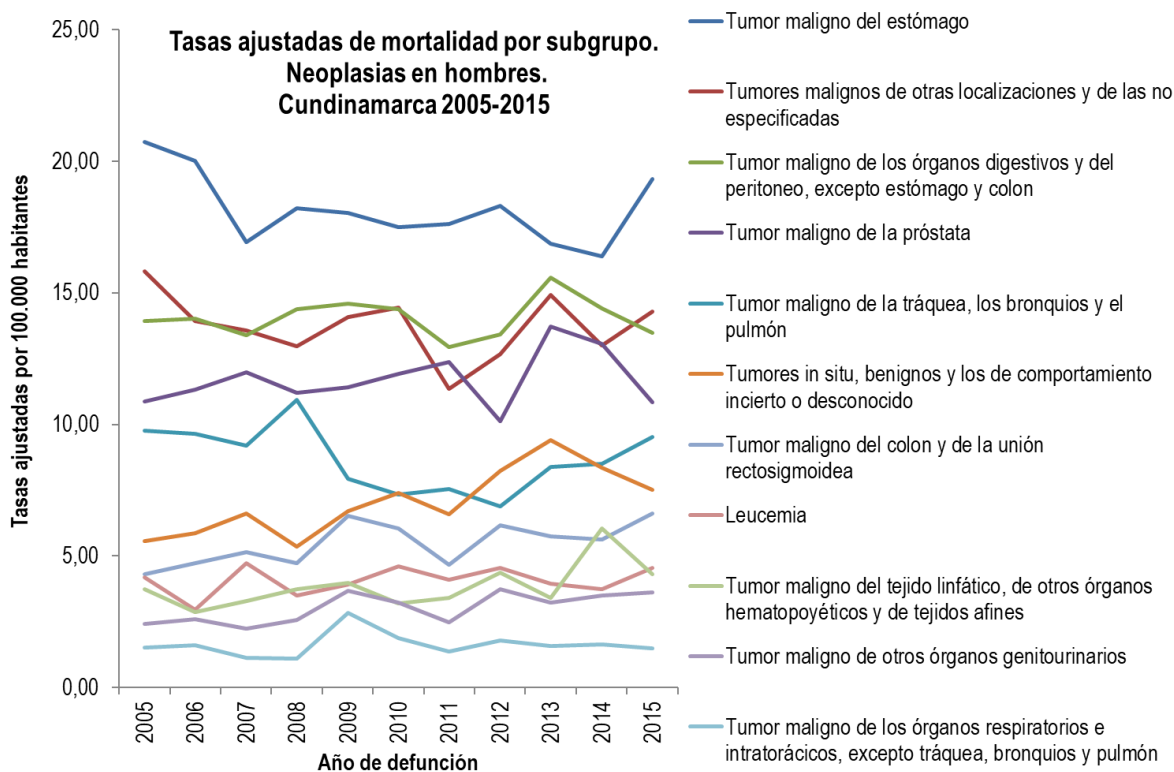
De las cinco primeras subcausas de neoplasias por las tasas de mortalidad en los hombres se identifica el tumor **maligno de estómago** tasas fluctúa 20,74 muertes a 19,33 por cada 100.000 habitantes durante el transcurso del año 2005 a 2015, aumentando la tendencia respecto al periodo 2007- 2014.

El tumor de próstata en el año 2015 presenta la tasa más baja durante el periodo 2005-2015, muy similar a la del 2005, 10,86 y termina con 10,84 muertes por cada 100.000 habitantes, mientras que el **tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón** se ve una clara tendencia de ascenso, también en incremento se muestran los tumores malignos de colon y de la unión rectosigmoidea, leucemia y tumor maligno de otros órganos genitourinarios. Ver figura 26.





Figura 26. Tasas ajustadas de mortalidad por Neoplasias en Hombres.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Hombres

Tasas ajustadas mortalidad por Neoplasias en Mujeres

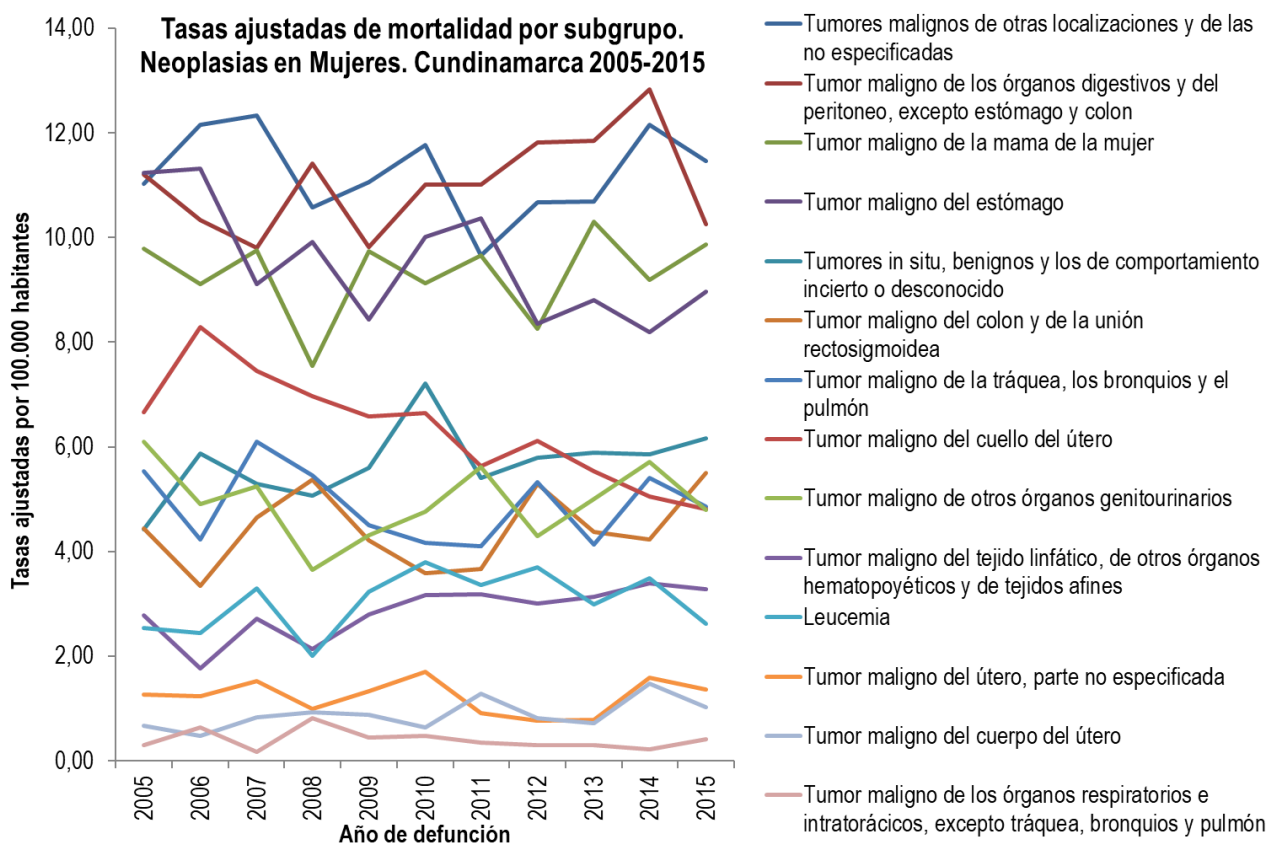
En el 2015, las tasas ajustadas de mortalidad en las Mujeres, por neoplasias presentan cuatro grupos con aportes significativos en la mortalidad, la primera subcausa son los **tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas** (segunda subcausa en el 2014), **tumor maligno de órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon**, en tercer lugar, se encuentra el **tumor maligno de la mama de la mujer** manteniendo una tasa de 9 muertes por cada 100.000 mujeres en la serie de años 2005 a 2015. Le sigue el **tumor maligno de estómago** que presenta una tendencia de disminución pasando de una tasa en el 2005 de 11,23 a 8,97 muertes por 100.000 mujeres en el 2015. El **tumor maligno de cuello uterino** se mantiene en la posición





octava según las tasas que se observan en el periodo 2005 a 2015, con tasas que pasan de 6,66 a 4,81 muertes por cada 100.000 mujeres (inclusive menor que la tasa del año 2014). Ver figura 27.

Figura 27. Tasas ajustadas mortalidad por Neoplasias en Mujeres.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Mujeres

Tasas de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio en población general.

Las **enfermedades isquémicas del corazón** son la principal causa de muerte en la población de Cundinamarca en el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, observándose una tendencia fluctuante de tasas por 100.000 habitantes, que bordea



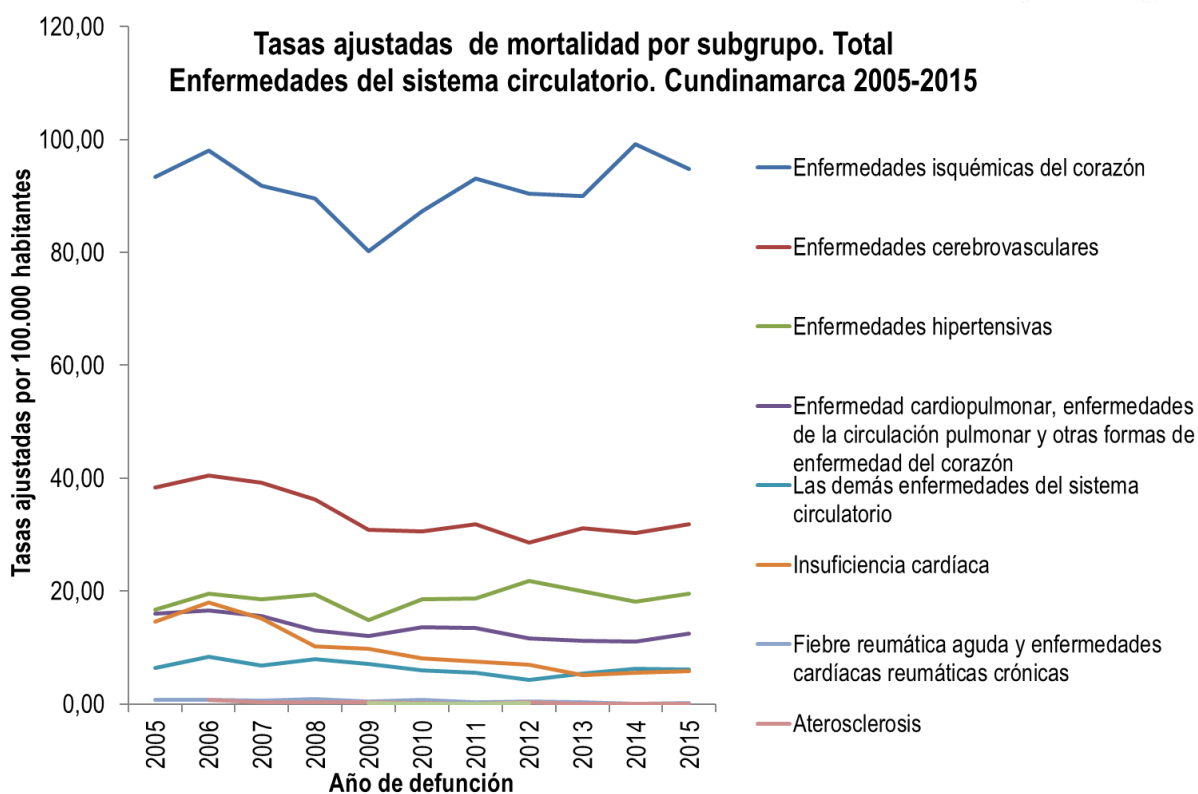


las 90 muertes por esta causa en los diferentes años el periodo 2005 a 2015, registrando en el último año una tasa de 94,75 muertes por cada 100.000 personas. En segundo lugar, están las **enfermedades cerebrovasculares** con tendencia a la disminución en el periodo año 2005 – 2015, con tasas de 38 a 30 muertes por cada 100.000 cundinamarqueses, el 2015 cerró con una tasa de 31,78. Como tercera causa aparecen las **enfermedades hipertensivas**, con tasas que oscilan entre 16,74 en el 2005 a 19,54 muertes por cada 100.000 habitantes en el 2015. Ver figura 28.



Figura 28. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Total





Fuente Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Total.

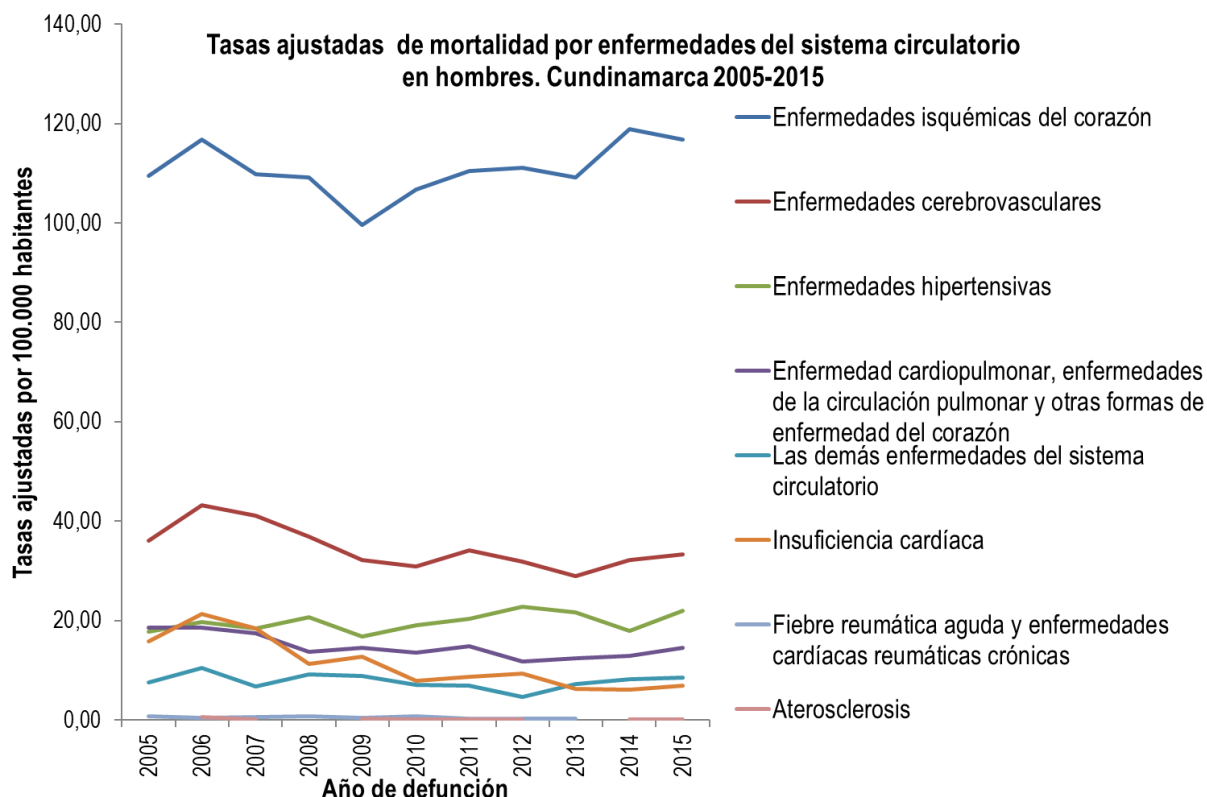
Tasas de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio en hombres

En los hombres, las tasas de mortalidad ajustadas mantienen un comportamiento similar al de la población general, donde predominan las **enfermedades isquémicas del corazón** con tasas que oscilan entre 109,43 en el 2005 y 116,78 en el 2015 y con tendencia a aumentar, siendo mayores las tasas en los hombres que en la población total. Le sigue las **enfermedades cerebrovasculares** con tasas que pasa de 36,16 a 33,35 entre los años 2005 y 2015, con tendencia a la disminución; llama la atención que todas las subcausas en el año 2015, excepto la enfermedad isquémica del corazón, presenta tasas más altas que el año inmediatamente anterior. Ver figura 29.





Figura 29. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Hombres.

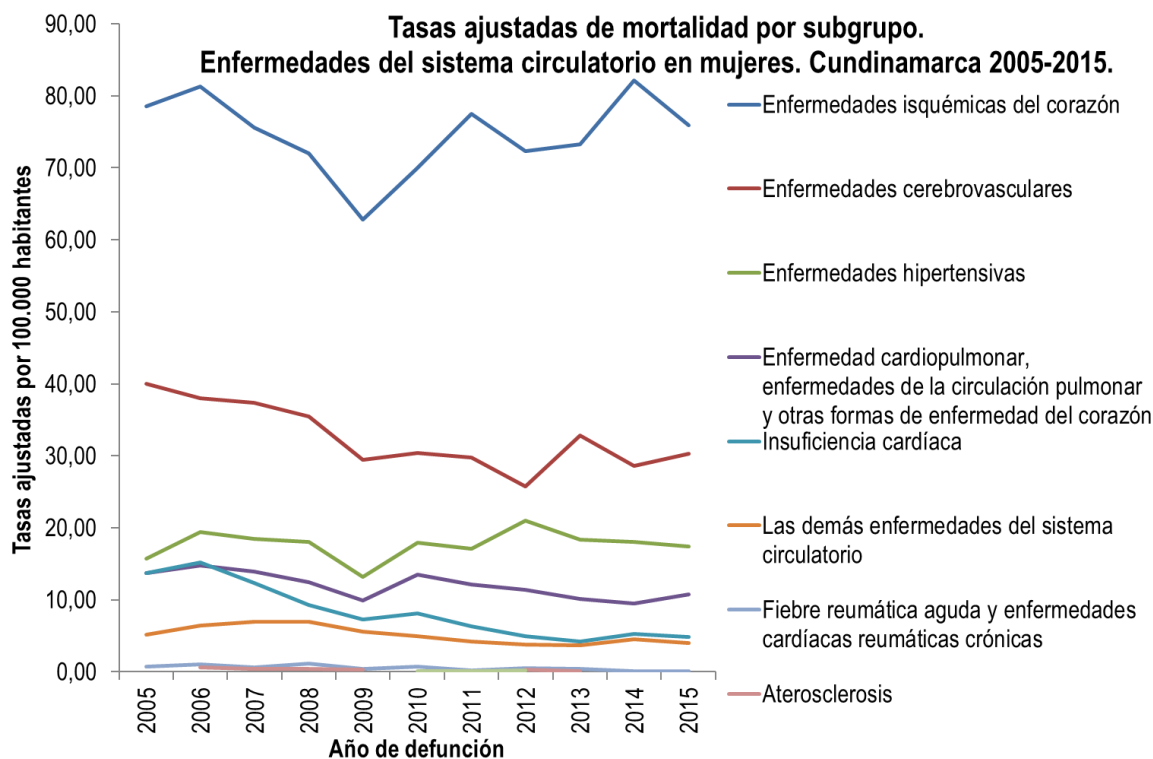
Tasas de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres

En las mujeres, predominan también el grupo de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, principalmente **por enfermedades isquémicas del corazón** con una tendencia fluctuante pasando de 78,52 a 75,93 muertes por cada 100.000 habitantes, el único año que se reportan tasas menores fue en 2009 donde se presenta una tasa de mortalidad de 62,84 casos por cada 100.000. En segundo lugar, las **enfermedades cerebrovasculares** con tendencia a disminuir al pasar de 39,96 a 30,24 muertes por cada 100.000 en los años 2005 a 2015, mientras que las mortalidades por



enfermedades hipertensivas tienden a aumentar durante estos años, al pasar de 15,76 a 17,38,05 casos por cada 100.000 habitantes. Ver figura 30.

Figura 30. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres.



Fuente Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Mujeres.

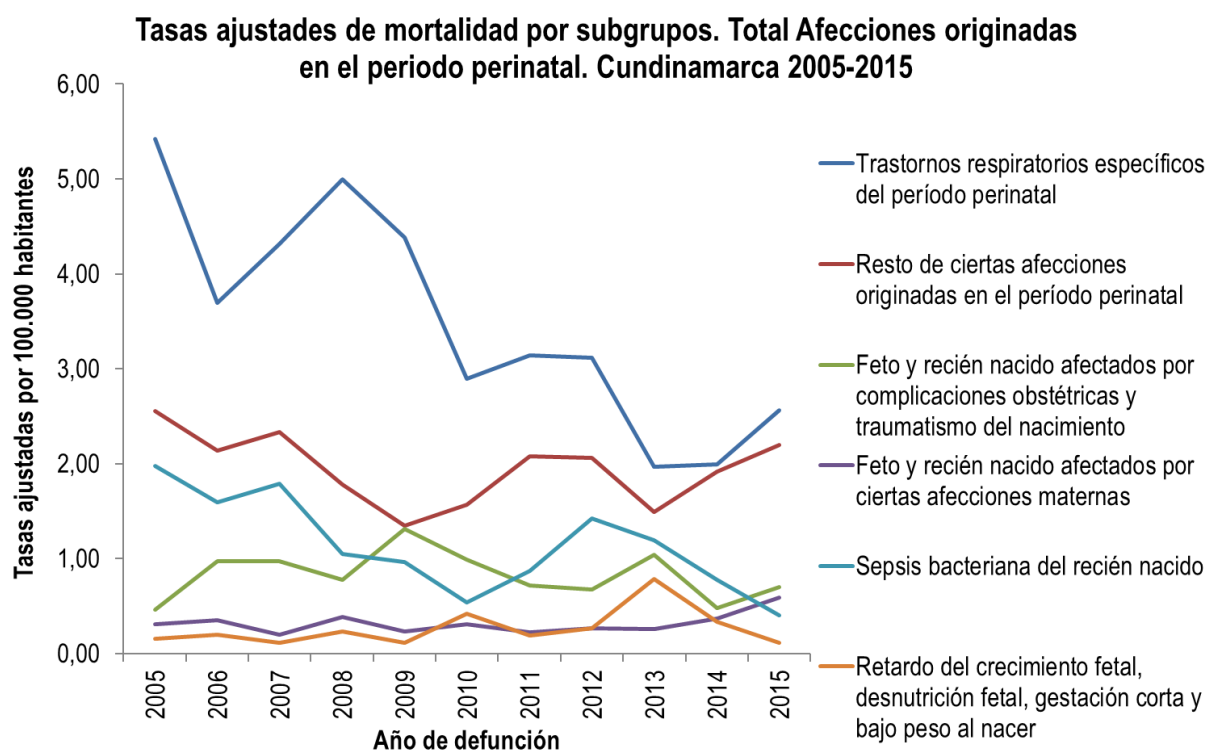




Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal.

En general las principales subcausas originadas con las afecciones del periodo perinatal, son **trastornos respiratorios específicos del período perinatal** que disminuye a la mitad durante estos años, al pasar de 5,42 a 2,56 muertes por cada 100.000, en segundo lugar, se encuentran el resto **de ciertas afecciones originadas en el período perinatal**. Ver figura 31.

Figura 31. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal. Total



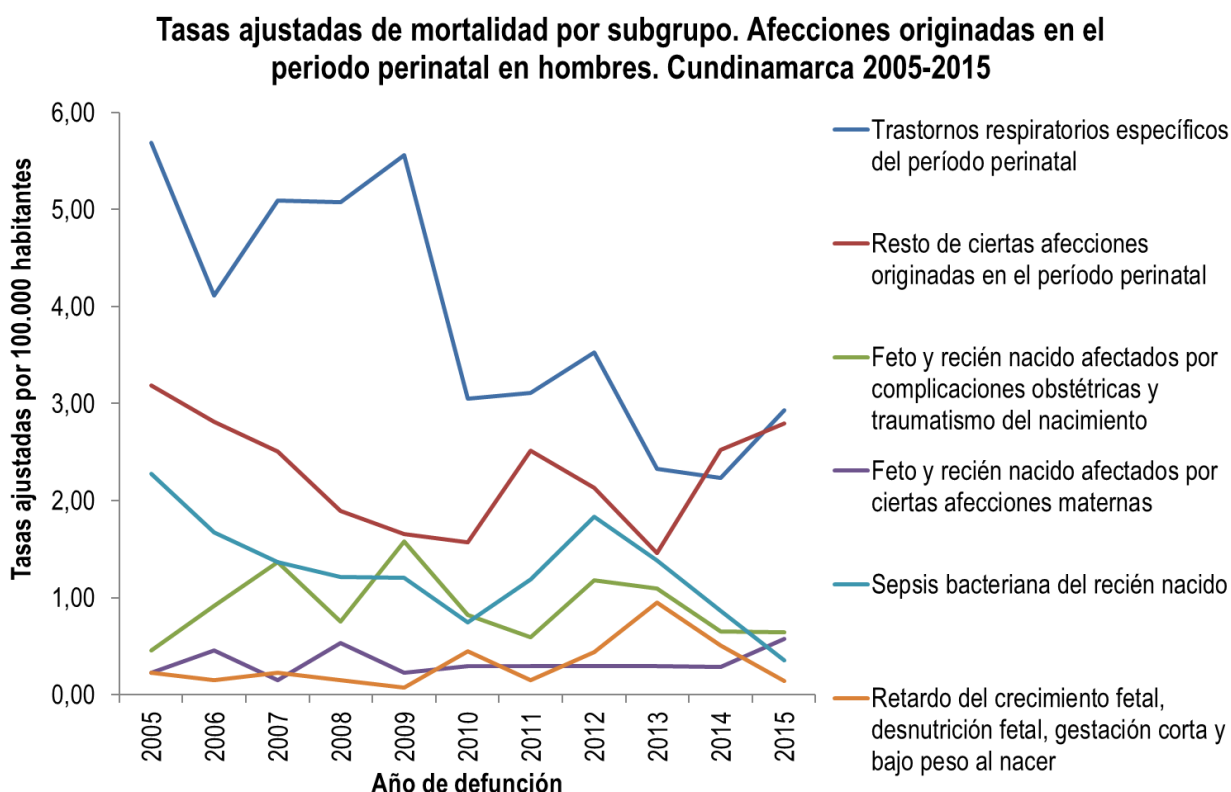
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Total



Tasa de mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en Hombres

En el periodo 2005-2015 en los hombres de Cundinamarca, la principal causa son los **trastornos respiratorios específicos del período perinatal**, tiene tasas con tendencia a la disminución de 5,69 a 3,05 del 2005 al 2010, y en el 2011 vuelve a tener tasas de 3,11 muertes y baja a 2,93 en el 2015 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, le sigue **el resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal**, con tasas de 3,18 a 2,79 de muertes por cada 100.000 menores de 5 años. Ver figura 32.

Figura 32. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres.



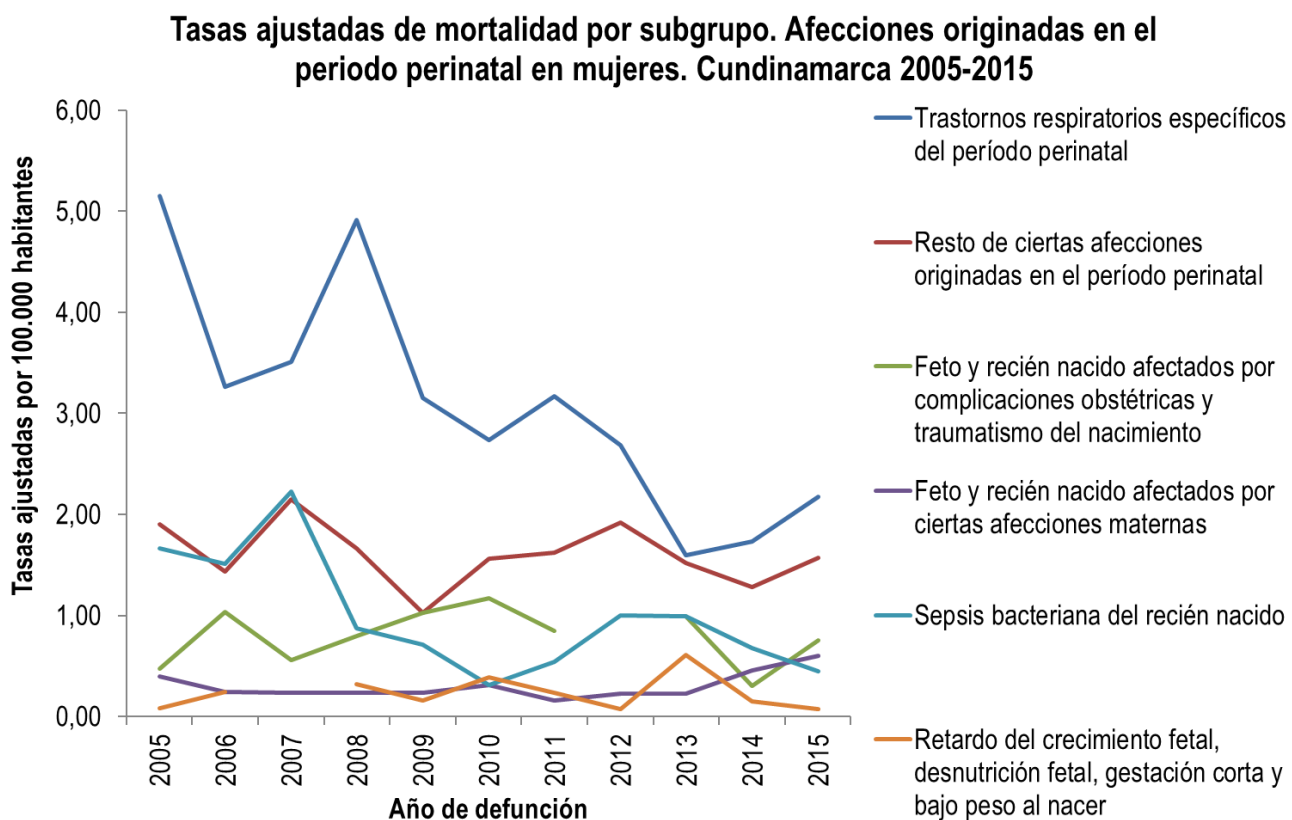
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Hombres.



Tasa de mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en Mujeres

El comportamiento de estas subcausas es similar al de los hombres. Ver figura 33.

Figura 33. tasas ajustadas de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Mujeres.

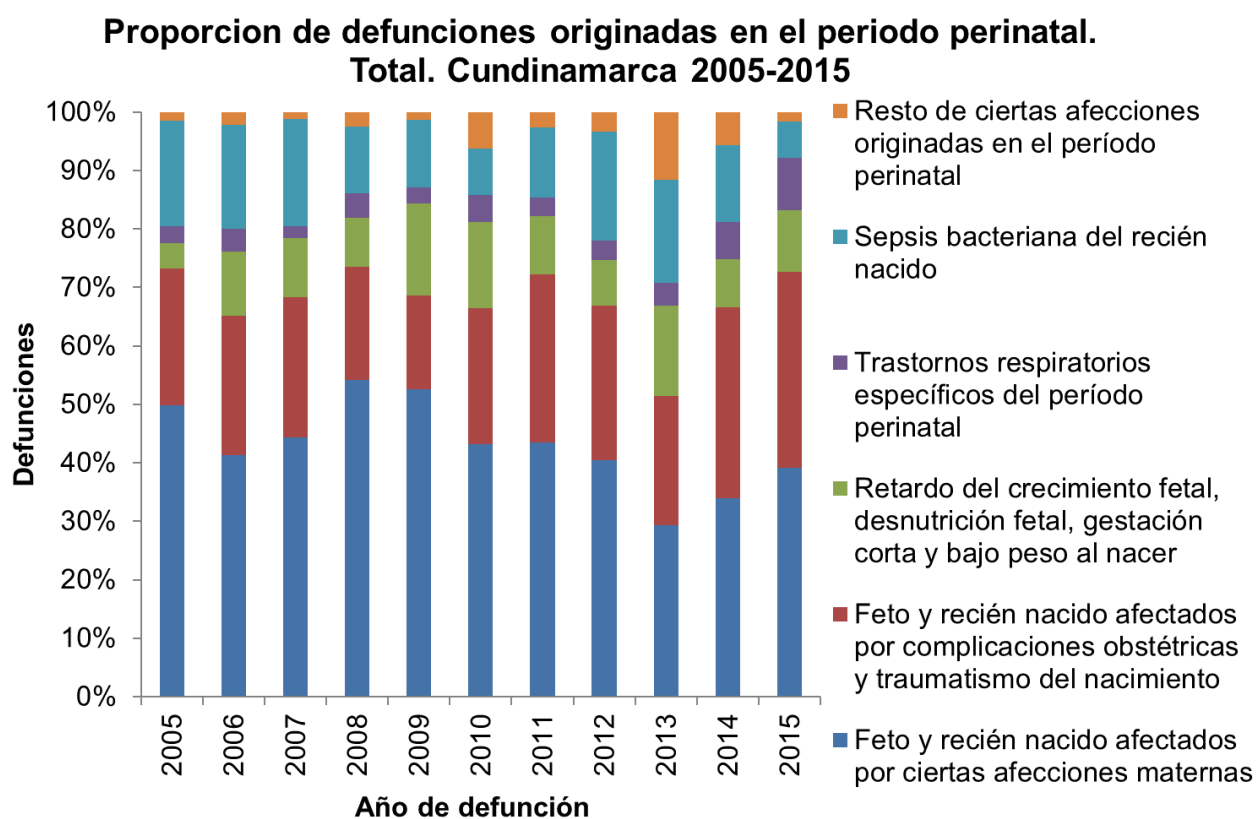


Proporción de defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal.

Total

Por casos de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en la población total de Cundinamarca, muestra que el feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas ha ido disminuyendo gradualmente de 140 casos en el 2005 a 70 casos en el 2015; mientras que la subcausa feto y recién nacido afectado por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento se mantiene fluctuante entre 66 casos en los 2005 y 60 casos en el 2015. Ver figura 34.

Figura 34. Proporción de afecciones originadas en el periodo perinatal. Total



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

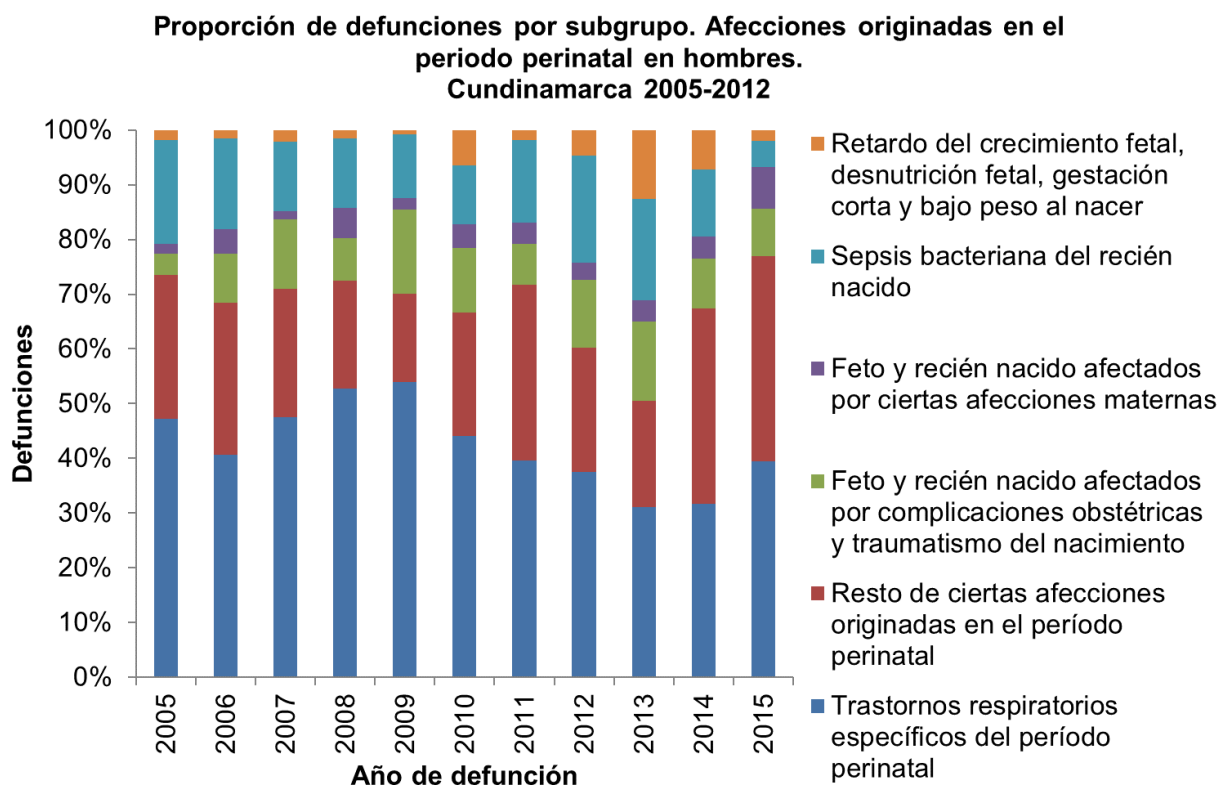




Proporción de defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres.

Los casos por **trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal** han venido disminuyendo pasando de 75 casos en el 2005 a 41 en el 2015. Le siguen el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal que pasan de 42 a 39 casos en el 2015. Llama la atención la sepsis bacteriana que ha venido disminuyendo el número de casos, pasando de 30 en el 2005 a 5 en el 2015. Ver figura 35.

Figura 35. Proporción de defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.



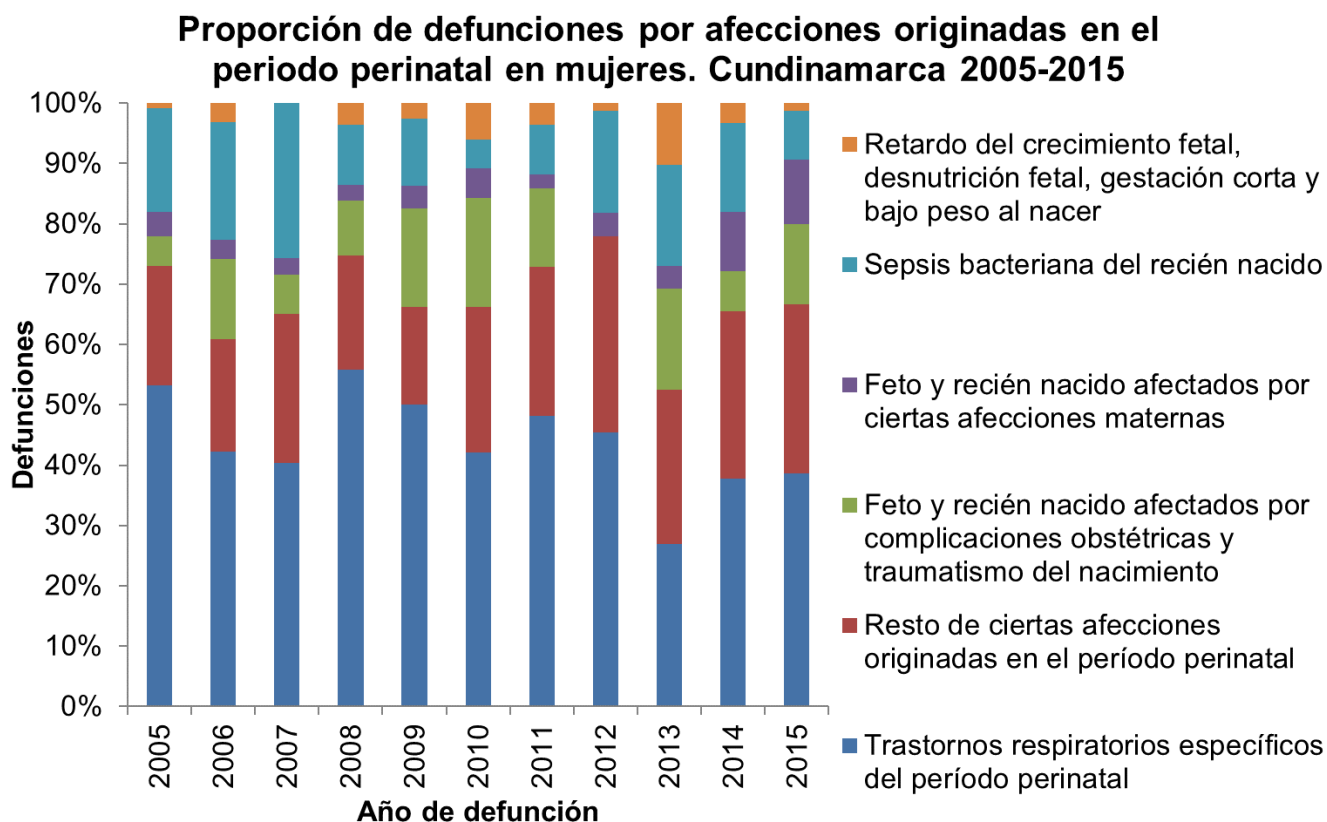
[f/CundinamarcaGob](https://www.facebook.com/CundinamarcaGob) [@CundinamarcaGob](https://www.twitter.com/CundinamarcaGob)
www.cundinamarca.gov.co



Proporción de defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres.

En el caso de las mujeres, estas presentan mayores casos por **trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal**, aunque tienden a disminuir en el periodo 2005 a 2015, pasando de 65 casos a 29. El resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal fluctúan entre 24 y 21 casos en el mismo periodo de tiempo. Igualmente, la sepsis bacteriana del recién nacido en las mujeres ha disminuido gradualmente los casos, 21 en el 2005 a 6 en el 2015. Ver figura 36.

Figura 36. Proporción de defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE



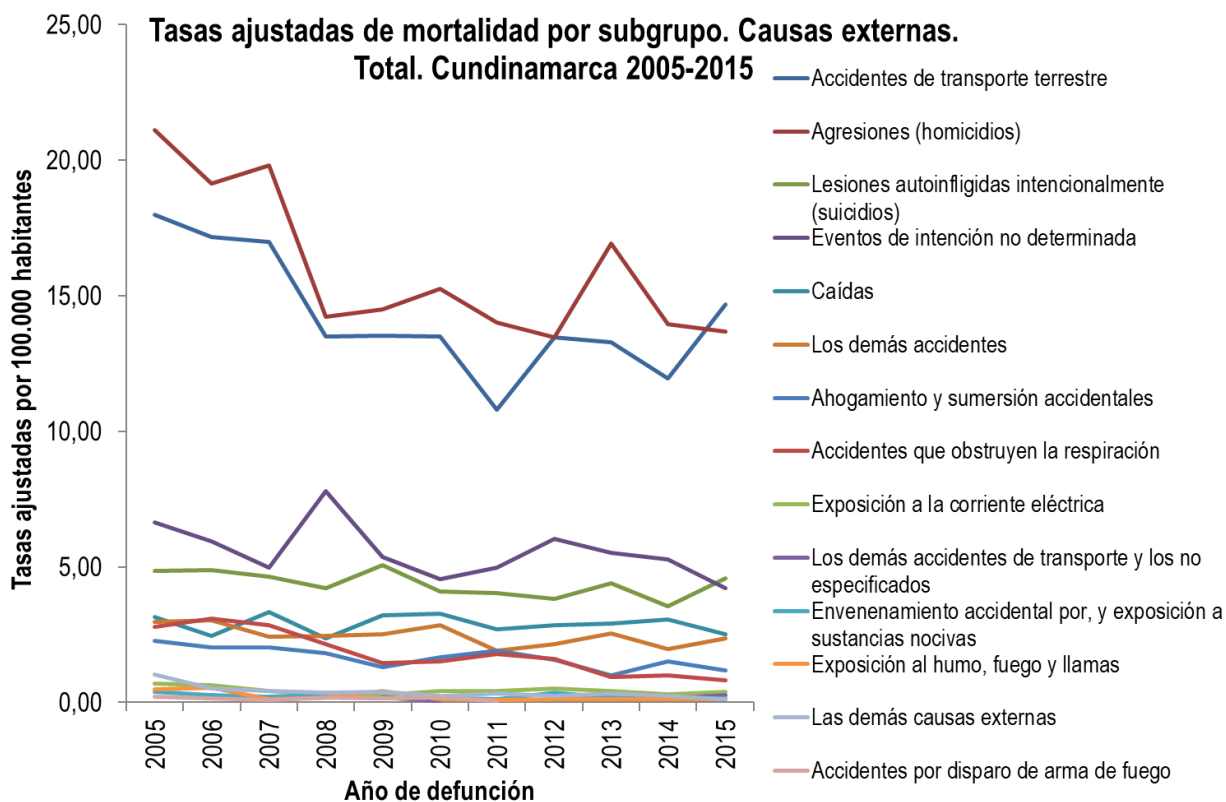
[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov)
[@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Tasa de mortalidad ajustada por causas externas en la población general

Las dos causas que generan más mortalidad en la población de Cundinamarca en el periodo 2005-2015 son los accidentes de transporte terrestre (tasa 2015, 14,68 por cada 100.000 habitantes) y las agresiones (homicidios) (tasas de 13,66), si bien estas dos subcausas vienen con una tendencia descendiente desde el 2015, los accidentes de transportes respecto al 2014 han aumentado en el 2015. Las otras subcausas muestran tasa por debajo de 4,5. Ver figura 37.

Figura 37. Tasas ajustadas por Causas externas. Total.



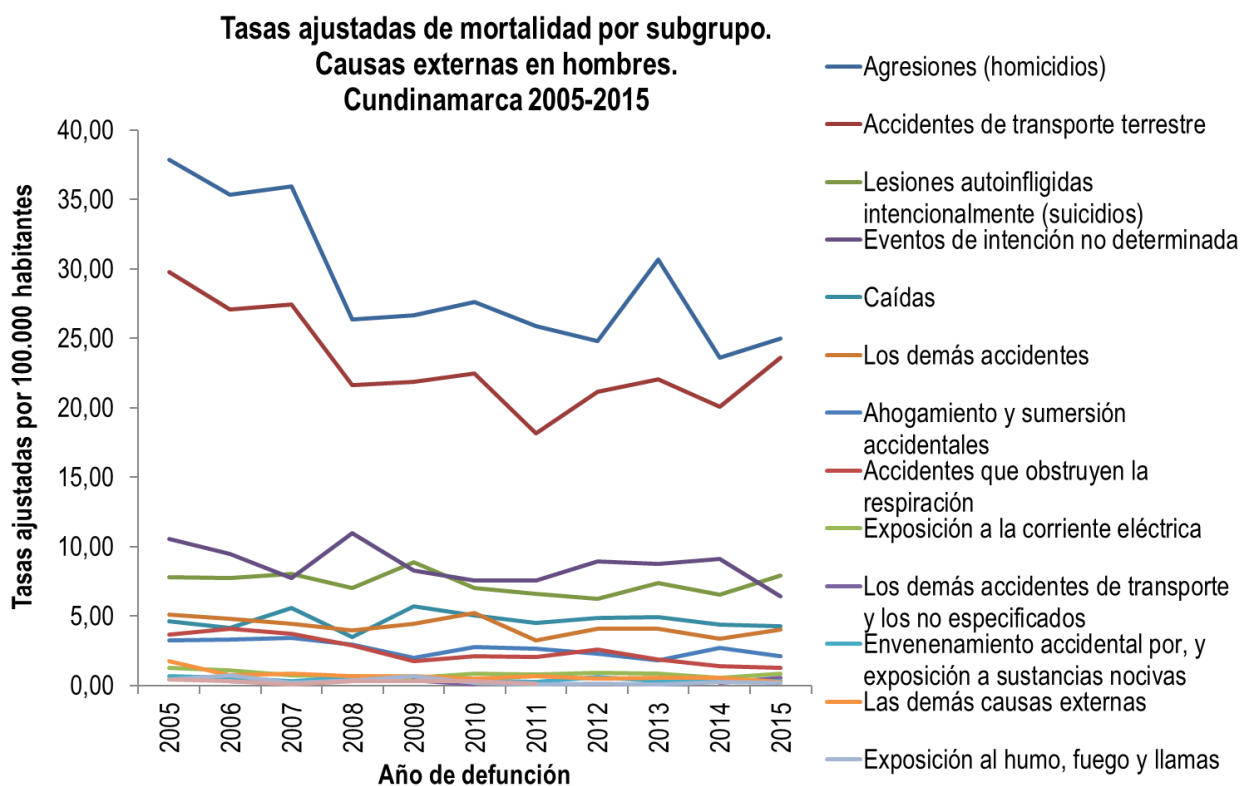


Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Total.

Tasa de mortalidad ajustada por causas externas en hombres.

En los hombres son las **agresiones (homicidios)** las que más aportan, pero con tendencia a disminuir, con tasa que pasa de entre 37,82 a 24,95 muertes por cada 100.000 habitantes durante 2005 a 2015, siendo mayor el descenso del año 2008 al 2012, situación similar ocurre con los **accidentes de transporte** con un descenso de las tasas de 29,80 a 23,57 casos por cada 100.000 hombres entre el año 2005 y el 2015, sin embargo, las dos subcausas aumentaron respecto al año inmediatamente anterior. Las lesiones auto infligidas (suicidios) se mantienen en tasas de 7 por cada 100.000 habitantes, en el periodo 2005 a 2015, mientras que en las mujeres eran de 4. Ver figura 38.

Figura 38. tasa ajustada de mortalidad por causas externas en hombres.



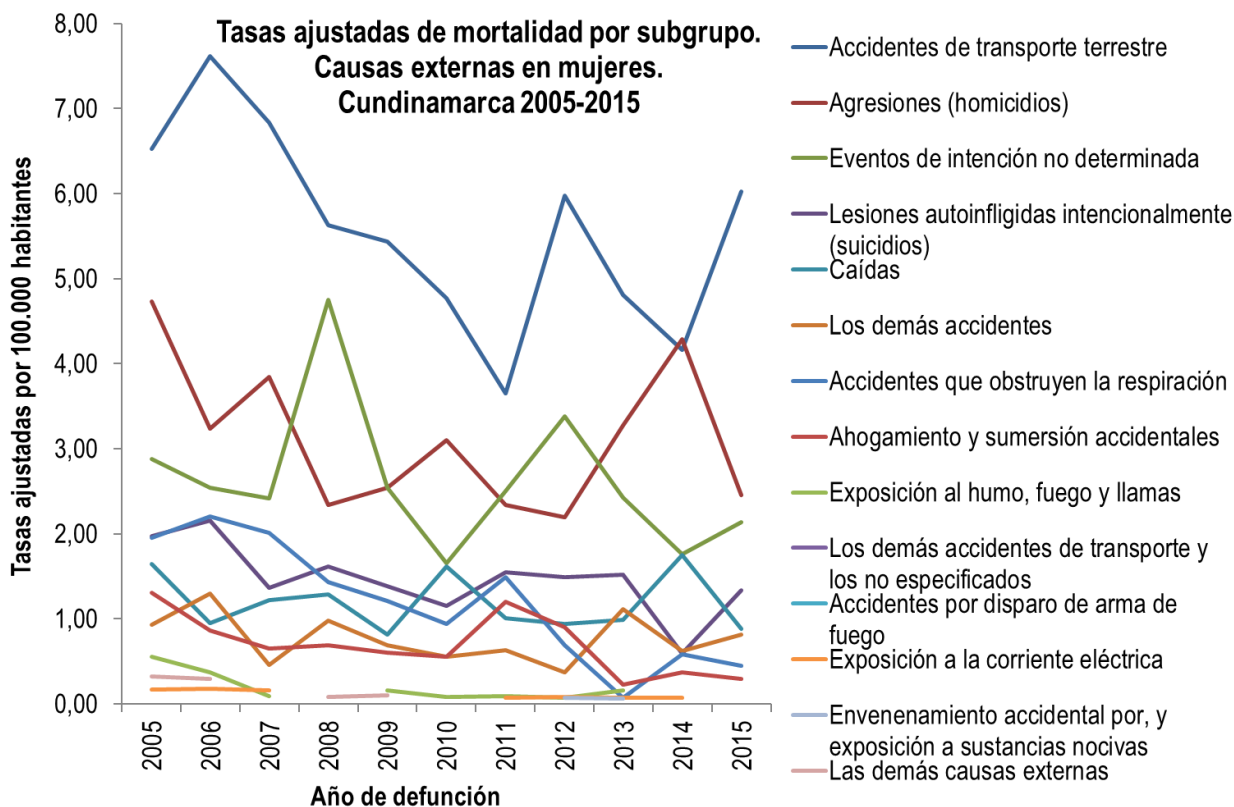


Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Hombres.

Tasa de mortalidad ajustada por causas externas en Mujeres.

En las mujeres, mantienen tasas de mortalidad ajustadas bajas con relación a las reportadas en los hombres, y al igual que en la población total y en los hombres son los accidentes **de transporte terrestre** durante las series de años 2005-2015, la primera subcausa de muerte en este grupo, con tasas que oscilan entre 5 y 6 muertes por 100.000 habitantes. las **agresiones (homicidios)**, que eran la primera causa en el año 2014, disminuyeron su tasa de 4,29 a en el 2014, a 2,46 en el 2015. El suicidio presenta tasas más bajas que en los hombres. Ver figura 39.

Figura 39. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas en mujeres.



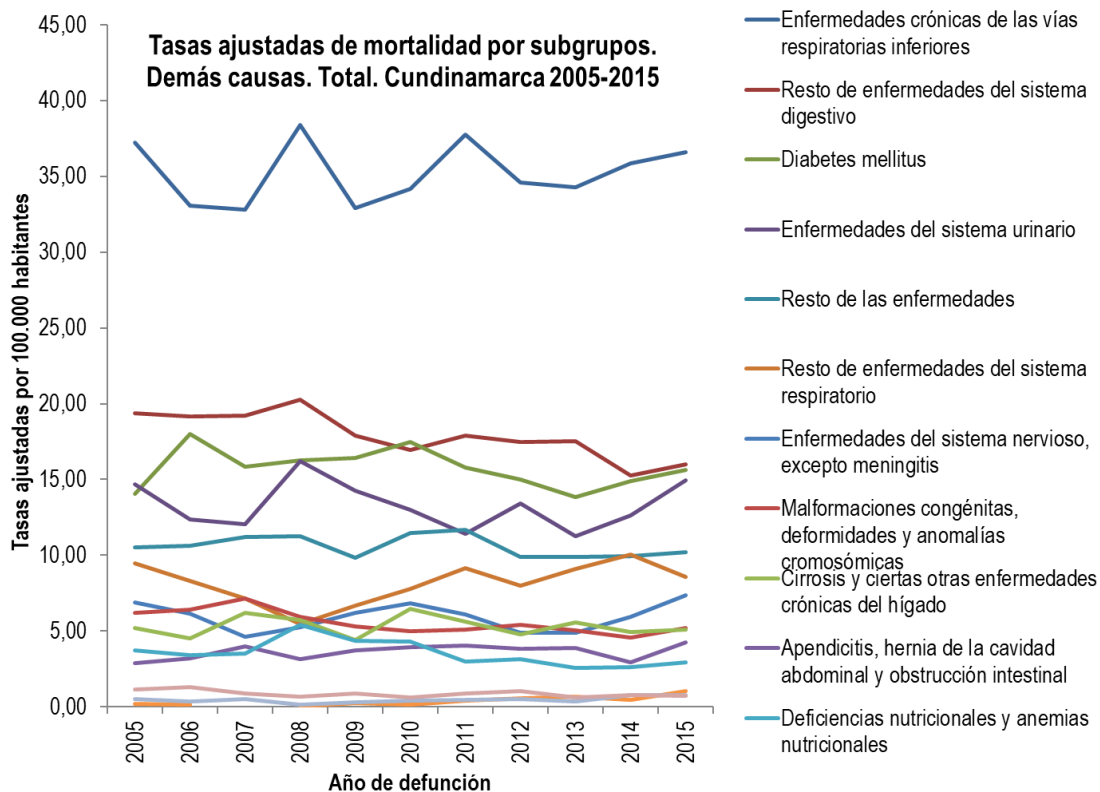
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Mujeres.





Tasa de mortalidad ajustada por todas las demás enfermedades en la población general
 La principal causa de muerte en el grupo de las demás enfermedades son las **enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores**, con tendencia fluctuante para el periodo de años 2005-2015, en general la tasa pasa de 37,25 a 36,59 muertes por cada 100.000 habitantes. En el segundo lugar con tendencia a la reducción de casos están las **enfermedades del sistema digestivo**, pasando de 19,36 a 16,01 muertes por cada 100.000 habitantes y en tercer lugar la diabetes mellitus manteniendo un comportamiento similar durante los años teniendo en promedio 15 muertes por cada 100.000 habitantes. Le siguen las **enfermedades del sistema urinario** también con un comportamiento similar durante ese periodo de años, con un promedio de 13 muertes por cada 100.000 habitantes. Ver figura 40.

Figura 40. Tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas.





Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Total

Tasa de mortalidad ajustada por todas las demás enfermedades en hombres.

En los hombres las tasas de mortalidad ajustadas se presentan principalmente por **enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores**, las cuales reportan tasas durante los años 2005 a 2015 que oscilan entre 47,65 a 44,04 muertes por cada 100.000 habitantes, con un comportamiento irregular en el 2008 que reporta la tasa más alta de 50,46 defunciones por cada 100.000 hombres.

En el periodo 2005-2015, en segundo lugar, se encuentra el resto de las **enfermedades del sistema digestivo** con tasas en promedio de 21,17 y en el 2015 a 20,05 muertes por cada 100.000 hombres. En tercer lugar, las **enfermedades del sistema urinario** donde se observa comportamiento fluctuante, pero con tendencia a disminuir, inician en el 2005 con 16,67 y culmina en el 2015 con 17,61 muertes por cada 100.000 hombres. Aparece la **Diabetes Mellitus** con fluctuación entre 12 y 17 muertes por 100.000, terminando en el año 2015 con una tasa de 15,89 muertes por cada 100.000 hombres. Ver figura 41.

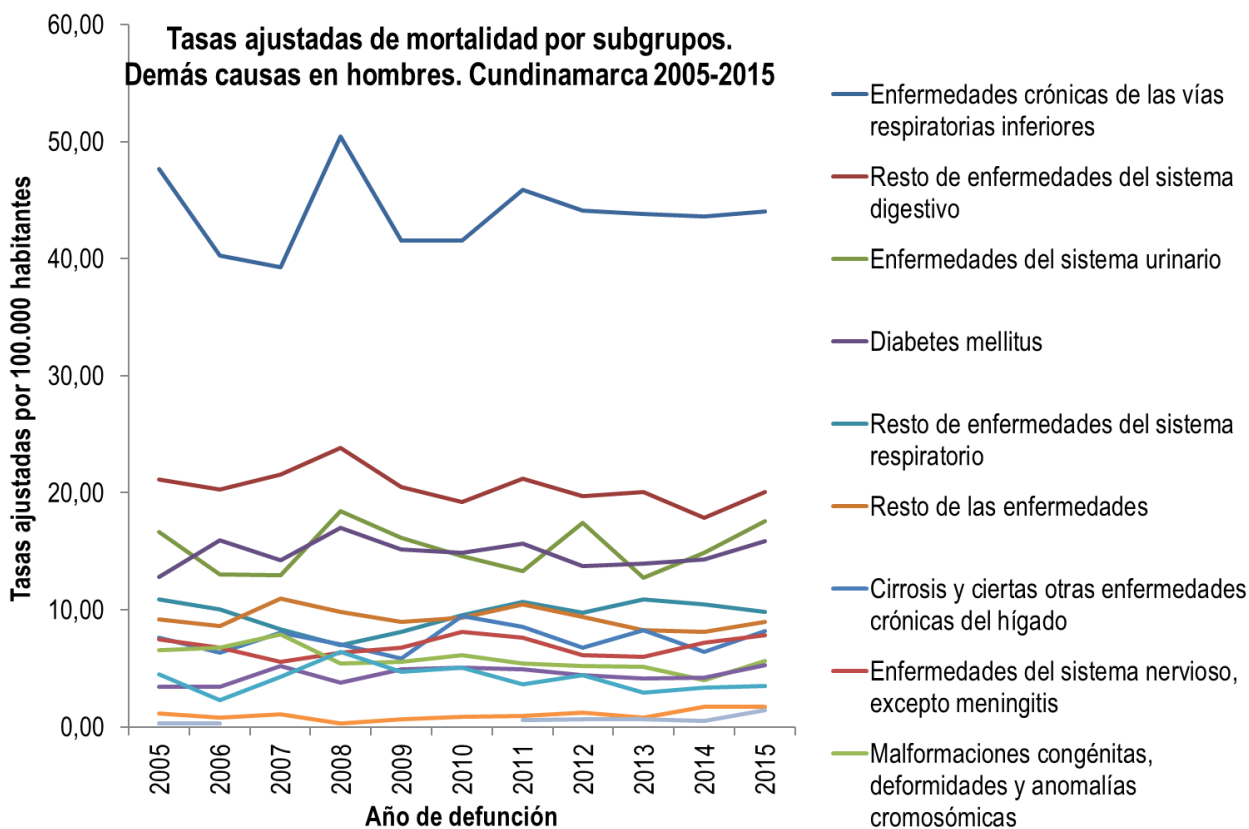


SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](https://www.facebook.com/CundinamarcaGob) [@CundinamarcaGob](https://www.twitter.com/CundinamarcaGob)
www.cundinamarca.gov.co



Figura 41. tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas en hombres.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Hombres.

Tasa de mortalidad ajustada por todas las demás enfermedades las mujeres.

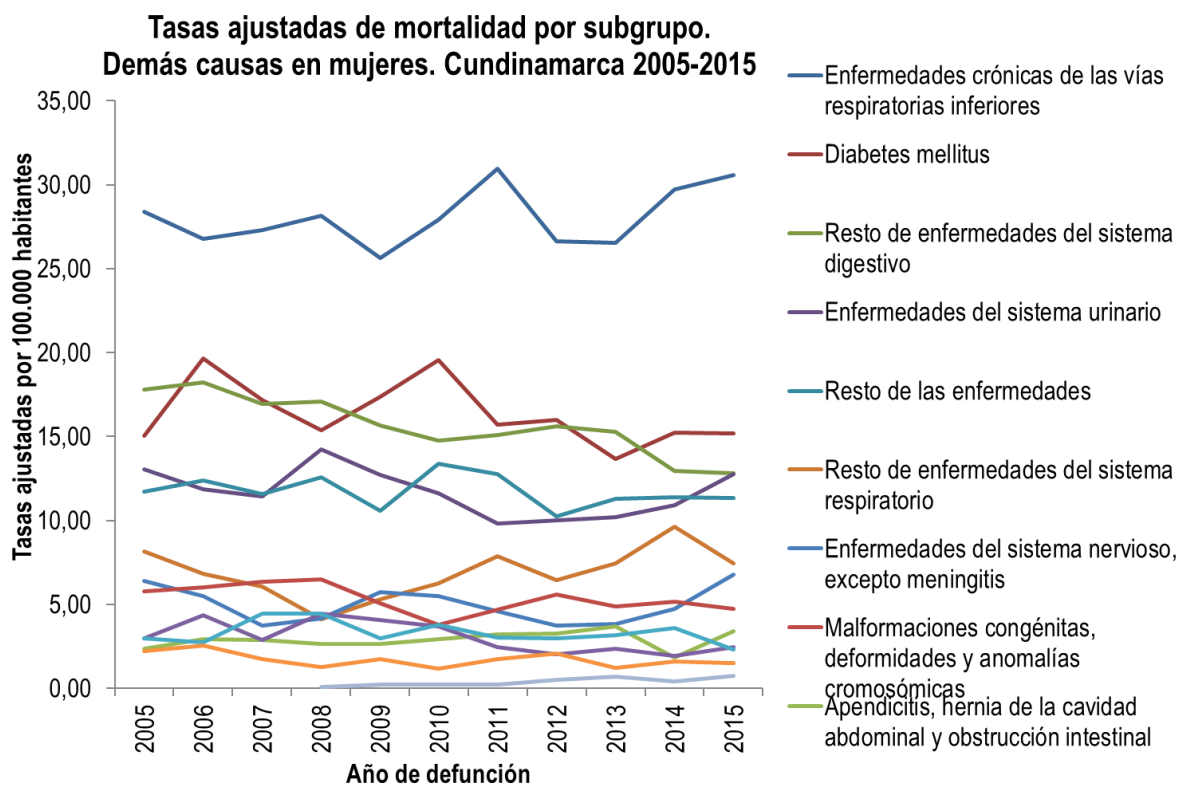
En las mujeres, predominan las **enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores** con una tendencia fluctuante para el periodo 2005-2015 que oscila entre 25 a 30 muertes por cada 100.000 mujeres, para el año 2015, se presenta una tasa de 30,58 muertes por cada 100.000 mujeres. En segundo lugar, a diferencia de la población total y los hombres, se ubica la **Diabetes mellitus** con comportamiento fluctuante, presentando un promedio de 16 muertes por cada 100.000 mujeres cundinamarquesas.





Las enfermedades del resto del sistema digestivo, las enfermedades del sistema urinario y el resto de enfermedades muestran un comportamiento similar en la serie de años 205-2015, con un promedio de muertes de 12 por cada 100.000 mujeres. Ver figura 42.

Figura 42. tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas en mujeres.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Mujeres.

Tasas de mortalidad por causas específicas del departamento para seguimiento a PDSP.





El Plan decenal de Salud Pública, PDSP priorizó algunos indicadores de mortalidad para ser analizados en el ASIS. Ver tabla 23.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre: A pesar de que el indicador es más bajo que el nacional, el indicador departamental no difiere significativamente del valor registrado para Colombia, pero vale anotar que es una tendencia que viene en descenso, pues inicia en el 2006 con una tasa de 17,15 por 100.000 habitantes y para el 2015 registra una tasa de 14,68.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama: Indicador que también está por debajo del nacional, y no difiere significativamente del mismo. Presenta una tendencia que se sostiene en 9, sin embargo, para el año 2008 evidenció la tasa más baja (7,54) y el 2013 la más alta (10,31 muertes por 100.000 habitantes).

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino: Al comparar los indicadores de Cundinamarca y Colombia, no hay diferencia estadísticamente significativa. La tendencia se muestra para el periodo 2006-2015 de 8,28 casos a 4,841 casos por 100.000 mujeres.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata: Al comparar los indicadores de Cundinamarca y Colombia, no hay diferencia estadísticamente significativa. La tendencia para este evento se muestra ascendente, en el 2005 con 10,86 y el 2014 registra 13,07 muertes por 100.000 hombres.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estómago: el indicador departamental no difiere significativamente del valor registrado para Colombia, y la tendencia viene en disminución, para el año 2006 se presentaban 15,37 muertes por 100.000 hombres, mientras que para el 2015, 13,81.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus: Al comparar los indicadores de Cundinamarca y Colombia, no hay diferencia estadísticamente significativa. Los años que presentaron mayor tasa fue 2006 (17,99 casos por 100.000





hab.) y 2010 (17,50 por 100.000 hab). El año 2015 registró una tasa de 15,61 por 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente: No hay diferencia estadísticamente significativa entre el indicador departamental y nacional. La tendencia de este indicador en Cundinamarca se mantiene en el periodo 2006-2015, presentó una tasa de 4,89 en el 2006 y cerró con una tasa de 4,58 muertes por 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento: Este indicador en el departamento tampoco es significativamente diferente al nacional. Presenta tasas inferiores al 1 a lo largo de la serie de años 2006-2015.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios): Las tasas por homicidio en el departamento vienen en descenso, para el año 2006, se evidenciaba una tasa de 19,14 y para el 2015 se registró una tasa de 13,66b muertes por 100.000 habitantes. Al compararlo con la tasa nacional, el indicador de Cundinamarca es significativamente más bajo.

En conclusión, tasas de mortalidad por causas específicas del departamento para seguimiento a PDSP, mantienen tasas que no difieren significativamente de los valores nacionales y de manera positiva, la mortalidad ajustada por agresiones en el departamento de Cundinamarca es significativamente más baja que la cifra nacional.





Tabla 23. Semaforización de mortalidad ajustada PDSP 2016-2015

Causa de muerte	COLOMBIA 2015	CUNDINAMARCA 2015	Comportamiento										
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	15,14	14,68	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,54	9,87	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,59	4,81	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,82	10,84	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	11,22	13,81	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	16,62	15,61	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	4,84	4,58	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,32	1,03	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	25,25	13,66	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos lista 6/67. Reporte 1. Totales Colombia y Cundinamarca.

2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

La salud materna infantil es considerada como un resultado del nivel de desarrollo de una población, por tanto, sus indicadores se establecen como trazadores en salud pública, es así como los indicadores de mortalidad infantil y la mortalidad materna, fueron incluidos como objetivos de desarrollo del milenio hasta el 2015. La OMS declara que diariamente fallecen 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y puerperio, con una razón de mortalidad materna que en el periodo 1990 a 2005 solo disminuyó el 5%²². Por su parte los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS, señalan que se han logrado importantes avances en materia de reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud materna y la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y

²²Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank.

Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.



otras enfermedades. Desde 1990, las muertes infantiles factibles de prevenir disminuyeron en más del 50 por ciento a nivel mundial. La mortalidad materna cayó en un 45 por ciento en todo el mundo, mientras que las nuevas infecciones por causa del VIH/SIDA disminuyeron un 30 por ciento entre 2000 y 2013. Además, más de 6,2 millones de personas se salvaron de la malaria, sin embargo, también evidencia que pesar de estos avances tan notables, todos los años mueren más de 6 millones de niños antes de cumplir cinco años y 16.000 menores fallecen a diario debido a enfermedades prevenibles, como el sarampión y la tuberculosis. Todos los días, cientos de mujeres mueren durante el embarazo o el parto y en zonas rurales solo el 56 por ciento de los nacimientos es asistido por profesionales capacitados.²³

Tasas específicas de mortalidad infantil (menores de 1 año) 16 grandes grupos por sexo.

Para los niños y niñas menores de 1 año de Cundinamarca, la principal causa de muerte según la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, son las **afecciones originadas en el periodo perinatal**, pese a que la tendencia en la serie de años 2005-2015 ha ido en descenso, son los hombres los que mayores tasas poseen. por 1.000 hombres nacidos vivos, que oscilan entre 8,67 muertos por 1.000 nacidos vivos en el 2005 y 5,60 en el 2015.

La segunda causa son las **malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas** oscilando sus tasas entre 3 a 2 casos por 1.000 nacidos vivos, tanto para hombres, mujeres y el total de la población menor de 1 año. Ver tablas 24, 25 y 26.

²³ Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS. Objetivo 3 Salud y Bienestar.





24. Tasa específica de mortalidad en hombres menores de 1 año.

Cundinamarca 2005-2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,67	7,12	7,40	6,61	7,29	5,21	6,10	7,26	5,82	5,44	5,60
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,65	3,91	4,41	3,18	3,24	3,43	3,34	3,60	2,97	2,63	2,99
Enfermedades del sistema respiratorio	1,47	1,34	1,21	1,72	0,70	0,57	1,21	0,57	0,80	0,90	0,87
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,25	1,39	0,79	0,68	1,40	1,49	0,75	0,57	0,63	0,28	0,60
Enfermedades del sistema nervioso	0,33	0,27	0,21	0,16	0,16	0,40	0,06	0,11	0,06	0,22	0,27
Causas externas de morbilidad y mortalidad	1,09	0,43	0,52	0,78	0,54	0,29	0,29	0,86	0,23	0,17	0,22
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,49	0,64	0,31	0,31	0,22	0,23	0,12	0,34	0,34	0,28	0,16
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,22	0,16	0,21	0,26	0,05	0,06	0,17	0,11	0,11	0,11	0,16
Enfermedades del sistema circulatorio	0,16		0,16	0,10	0,05	0,11		0,11	0,11	0,11	0,11
Tumores (neoplasias)	0,11	0,11	0,10	0,21		0,11		0,06	0,06	0,11	0,05
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,16		0,05	0,05		0,11		0,06	0,06	0,17	0,05
Enfermedades del sistema digestivo	0,27	0,16	0,26	0,05	0,16	0,23	0,12	0,11		0,06	0,05
Enfermedades del sistema genitourinario			0,05	0,05			0,06			0,06	

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa de mortalidad infantil por grupos lista niñez. Reporte 5 Hombres.





Tabla 25. Tasa específica de mortalidad en mujeres menores de 1 año. Cundinamarca 2005-2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,95	5,48	5,87	6,11	4,49	4,86	5,12	4,48	4,60	3,39	4,10
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,25	3,54	3,24	3,80	2,73	2,05	2,84	3,40	3,28	2,87	2,56
Enfermedades del sistema respiratorio	1,48	1,43	0,82	0,88	0,80	1,00	0,56	0,42	0,60	0,64	0,51
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,51	0,51	0,82	0,72	0,63	0,53	0,19	0,42	1,19	0,29	0,28
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,91	0,86	0,38	0,33	0,23	0,23	0,49	0,42	0,12	0,18	0,28
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,28	0,29	0,27	0,22	0,11	0,29	0,49	0,24	0,18	0,23	0,23
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,11		0,05	0,06		0,12	0,12	0,06		0,06	0,11
Enfermedades del sistema nervioso	0,46	0,06	0,11	0,17	0,11	0,35	0,31	0,24	0,12		0,11
Enfermedades del sistema circulatorio	0,11	0,2	0,27		0,23	0,06	0,2	0,06	0,12		0,06
Tumores (neoplasias)	0,06		0,11	0,06	0,1	0,06			0,12	0,06	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,28	0,3	0,22	0,28	0,1	0,12	0,1	0,06	0,18	0,06	
Enfermedades del sistema digestivo	0,51	0,29	0,11	0,06	0,06	0,06	0,25	0,06	0,2	0,06	
Enfermedades del sistema genitourinario		0,1	0,05			0,1	0,06		0,1		

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa de mortalidad infantil por grupos de edad. Reporte 5 Mujeres.





Tabla 26. Tasa específica de mortalidad total en menores de 1 año. Cundinamarca 2005-2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7,83	6,33	6,65	6,37	5,93	5,04	5,63	5,99	5,22	4,44	4,87
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,45	3,73	3,84	3,48	2,99	2,75	3,10	3,50	3,12	2,75	2,78
Enfermedades del sistema respiratorio	1,48	1,38	1,02	1,31	0,75	0,78	0,89	0,50	0,70	0,77	0,70
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,89	0,97	0,80	0,70	1,03	1,01	0,48	0,50	0,90	0,29	0,45
Causas externas de morbilidad y mortalidad	1,00	0,64	0,46	0,56	0,39	0,26	0,39	0,64	0,18	0,17	0,25
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,39	0,47	0,30	0,27	0,17	0,26	0,30	0,32	0,26	0,26	0,19
Enfermedades del sistema nervioso	0,39	0,17	0,16	0,16	0,14	0,38	0,18	0,18	0,09	0,11	0,19
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,14		0,05	0,05		0,12	0,06	0,06	0,03	0,11	0,08
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,25	0,2	0,21	0,27	0,08	0,09	0,1	0,09	0,15	0,09	0,08
Enfermedades del sistema circulatorio	0,14	0,11	0,21	0,05	0,1	0,09	0,1	0,09	0,12	0,06	0,08
Tumores (neoplasias)	0,08	0,1	0,11	0,13	0	0,09		0,03	0,09	0,09	0,03
Enfermedades del sistema digestivo	0,39	0,22	0,19	0,05	0,11	0,14	0,18	0,09	0,1	0,06	0,03
Enfermedades del sistema genitourinario		0,1	0,05	0,03		0,1	0,06		0	0,03	

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa de mortalidad infantil por grupos lista niñez. Reporte 5 Total.





Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en niños de 1 a 4 años

En los niños hombres menores de 1 a 4 años del departamento, la mayor causa de mortalidad se presenta por **malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas**, con una tasa 6,40 en el 2005 que pasa a 9,11 casos por 100.000 nacidos vivos en el 2015, diferente en las menores mujeres de 1 a 4 años que disminuye de 5 a 4 en el periodo 2005-2015, sin embargo las **causas externas de morbilidad y mortalidad**, también presentan una tasa 9,11 muertes por 100.000 menores de 1 a 4 años, en las menores y en la población total son la primera causa, en el 2015, 7,42 para las mujeres y 8,28 muertes por 100.000 nacidos vivos en la población total de 1 a 4 años. Ver tablas 27, 28 y 29.

Tabla 27. Tasa específica de mortalidad en hombres de 1 a 4 años. Cundinamarca 2005-2015



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov) [@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Hombres de 1 a 4 años

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,40	9,62	10,68	4,26	1,061	6,32	4,185	2,08	7,20	4,08	9,11
Causas externas de morbilidad y mortalidad	27,73	18,16	18,16	28,77	23,33	12,64	12,55	14,53	14,408	11,22	9,11
Enfermedades del sistema nervioso	4,27	5,34	1,07	5,33	7,42	4,21	5,23	4,15	5,15	1,02	4,05
Tumores (neoplasias)	2,13	7,48	9,61	4,26	5,30	3,16	6,28	4,15	2,06	5,10	3,04
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	9,60	3,21	5,34	4,26	6,36	6,32	5,23	5,19	2,0583	3,06	3,04
Enfermedades del sistema respiratorio	13,86	12,82	11,75	5,33	3,18	10,53	6,28	5,19	6,17	10,20	2,02
Enfermedades del sistema genitourinario	1,07			2,13		1,05	2,092			1,02	2,02
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		1,07							2,06	1,02	1,01
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		2,14	4,27	2,13			4,18	1,04			1,01
Enfermedades del sistema circulatorio	2,13	4,27	2,14	2,13	1,06		1,05	2,08	2,06	2,04	1,01
Enfermedades del sistema digestivo	3,20	1,07	3,20	3,20	1,06	2,11	3,14	1,04	1,03		1,01
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal								1,04	1,03	1,02	1,01
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,13	2,14	1,07	2,13	1,06	2,11	2,09	1,04	4,12	1,02	
Todas las demás enfermedades								1,04			

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa de mortalidad infantil por grupos lista niñez. Reporte 6 Hombres de 1 a 4 años.

Tabla 28. Tasa específica de mortalidad en mujeres de 1 a 4 años. Cundinamarca 2005-2015





Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres de 1 a 4 años										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Causas externas de morbilidad y mortalidad	20,04	23,48	13,43	21,22	5,56	9,94	12,04	10,84	7,53	5,34	7,42
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,34	3,35	4,48	2,23	5,56	5,52	2,189	2,17	5,38	4,27	6,36
Tumores (neoplasias)	3,34	4,47	2,24	2,23	2,22	5,52	5,47	1,08	3,2253	2,13	4,24
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,57	5,59	11,19	11,17	8,90	4,42	3,28	9,76	1,08	8,54	4,24
Enfermedades del sistema respiratorio	6,68	1,12	7,83	4,47	4,45	2,21	6,566	6,51	3,23	8,54	8,18
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal			1,12				1,09	2,17		2,13	2,12
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3,34	2,24	4,48	3,35	1,112		4,377	1,08	2,15	1,07	1,06
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,11	2,24	2,24	1,12			1,09				1,06
Enfermedades del sistema nervioso	1,11	4,47	5,59	5,59	5,56	5,52	4,38	2,17	1,0751		1,06
Enfermedades del sistema circulatorio	4,45	2,24	1,12	2,23		3,31	2,19	1,08	2,15	2,13	1,06
Enfermedades del sistema digestivo	2,23	1,12	2,24		2,22	1,11	2,19	1,08	1,08	1,07	1,06
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		2,24					3,28	2,17			
Enfermedades del sistema genitourinario	1,11	1,12						1,08	1,08		
Todas las demás enfermedades			1,12								

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa de mortalidad infantil por grupos lista niñez. Reporte 6. Mujeres de 1 a 4 años.

Tabla 29. tasa específica de mortalidad total en menores de 1 a 4 años. Cundinamarca 2005-2015





Total de 1 a 4 años

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Causas externas de morbilidad y mortalidad	23,97	20,76	15,85	25,08	14,66	11,32	12,3	12,73	11,04	8,35	8,28
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,99	7,65	10,93	7,63	4,885	5,39	3,744	5,83	4,21	6,26	6,73
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	6,54	3,28	4,92	3,27	5,97	5,93	3,74	3,71	3,6807	3,65	4,66
Tumores (neoplasias)	2,72	6,01	6,01	3,27	3,80	4,31	5,88	2,65	2,63	3,65	3,62
Enfermedades del sistema nervioso	2,72	4,92	3,28	5,45	6,51	4,85	4,814	3,18	3,15	0,52	2,59
Enfermedades del sistema respiratorio	10,35	12,02	9,84	4,91	3,80	6,47	6,42	5,83	4,73	9,39	2,59
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal			0,55				0,535	1,59	0,53	1,56	1,55
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,54	2,19	3,28	1,64			2,67	0,53			1,04
Enfermedades del sistema circulatorio	3,27	3,28	1,64	2,18	0,54	1,62	1,60	1,59	2,1032	2,09	1,04
Enfermedades del sistema digestivo	2,72	1,09	2,73	1,64	1,63	1,62	2,67	1,06	1,05	0,52	1,04
Enfermedades del sistema genitourinario	1,09	0,55		1,09		0,54	1,07	0,53	0,53	0,52	1,04
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,72	2,19	2,73	2,73	1,09	1,08	3,21	1,06	3,15	1,04	0,52
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		1,64					1,60	1,06	1,05	0,52	0,52
Todas las demás enfermedades			0,55					0,53			

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa de mortalidad infantil por grupos lista niñez. Reporte 6. Total de 1 a 4 años.

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años

Las tasas específicas muestran que en los menores de 5 años la principal causa de muerte estuvo en **ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal** que para el





periodo 2005-2015 presentó una tendencia de disminución significativa tanto en hombres como en mujeres. Le siguen las **malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas**, que en ambo sexos, vienen disminuyendo un digito del 2005 al 2015. También las **enfermedades del sistema respiratorio** muestran una tendencia decreciente que, en la población total menor de 5 años en el 2005 registraba una tasa de 31,49 y para el 2015 disminuye a una tasa de 12,40 muertes por 100.000 menores de 5 años. Ver tablas 30, 31 y 32.

Tabla 30. Tasa específica de mortalidad en hombres menores de 5 años.
Cundinamarca 2005-2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres menores de 5 años										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	136,07	114,277	120,99	108,53	114,636	76,66	88,627	106,14	84,68	79,36	84,03
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	62,47	70,46	80,66	55,55	51,80	55,60	51,84	53,90	48,507	41,56	51,71
Enfermedades del sistema respiratorio	34,23	31,79	29,17	32,47	13,59	16,85	22,57	12,44	16,44	21,19	14,54
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	27,39	24,92	17,16	14,53	27,17	26,96	15,05	12,44	10,69	6,52	11,31
Causas externas de morbilidad y mortalidad	39,37	21,48	23,17	35,89	27,17	14,32	14,21	24,05	14,799	11,41	10,50
Enfermedades del sistema nervioso	8,56	8,59	4,29	6,84	8,49	9,27	5,02	4,98	4,93	4,07	7,27
Tumores (neoplasias)	3,42	7,733	9,44	6,84	4,25	4,21	5,0166	4,15	2,47	5,70	3,23
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,42	4,30	6,86	5,98	0,85	0,84	5,85	2,49	1,64	1,63	3,23
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	9,41	12,03	6,01	6,84	4,25	5,05	3,34	5,80	8,22	4,89	2,42
Enfermedades del sistema circulatorio	4,28	3,44	4,29	3,42	1,70	1,68	0,84	3,32	3,29	3,26	2,42
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,57	0,86	0,86	0,85		1,68		0,83	2,47	3,26	1,62
Enfermedades del sistema digestivo	6,85	3,44	6,86	3,42	3,3966	5,05	4,1805	2,49	0,82	0,81	1,62
Enfermedades del sistema genitourinario	0,86		0,86	2,56		0,84	2,51			1,63	1,62
Todas las demás enfermedades								0,83			

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa de mortalidad infantil por grupos lista niñez. Reporte 4 Hombres.





Tabla 31. Tasa específica de mortalidad en mujeres menores de 5 años. Cundinamarca 2005-2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres menores de 5 años										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	109,11	86,3216	97,05	99,35	70,2378	73,20	73,348	66,65	66,10	51,12	62,60
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	55,45	60,25	62,00	70,71	49,79	34,39	42,79	57,13	48,074	48,57	41,45
Enfermedades del sistema respiratorio	28,62	31,47	19,77	17,90	16,00	16,76	13,10	11,25	11,16	16,19	10,15
Causas externas de morbilidad y mortalidad	30,41	32,37	17,07	22,38	8,00	11,46	16,59	14,71	7,73	6,82	10,15
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	10,73	10,79	17,07	13,43	14,23	12,35	4,37	7,79	21,462	7,67	9,31
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7,15	6,29	8,09	6,27	2,67	4,41	10,48	4,33	4,29	4,26	4,23
Tumores (neoplasias)	3,58	3,5967	3,59	2,69	2,67	5,29	4,366	0,87	4,29	2,56	3,38
Enfermedades del sistema nervioso	8,05	4,50	6,29	7,16	6,22	9,70	7,86	5,19	2,58		2,54
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,79	1,80	0,90	0,90		1,76	4,37	2,60		0,85	1,69
Enfermedades del sistema circulatorio	5,37	5,40	5,39	1,79	3,56	3,53	4,37	1,73	3,43	1,70	1,69
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,37	6,29	5,39	5,37	1,78	1,76	2,62	0,87	2,58	0,85	0,85
Enfermedades del sistema digestivo	9,84	5,40	3,59	0,90	2,6673	1,76	5,2392	1,73	3,43	1,70	0,85
Enfermedades del sistema genitourinario	0,89	2,70	0,90			1,76	0,8732	0,87	1,72		
Todas las demás enfermedades			0,90								

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa de mortalidad infantil por grupos lista niñez. Reporte 4 Mujeres.





Tabla 32. Tasa específica de mortalidad ajustada en población menor de 5 años. Cundinamarca 2005-2015.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total menores de 5 años										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	122,89	100,617	109,29	104,05	92,9469	74,97	81,154	88,09	75,59	65,81	73,56
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	59,04	65,47	71,55	62,95	50,82	45,24	47,41	55,48	48,295	44,99	46,70
Enfermedades del sistema respiratorio	31,49	31,64	24,58	25,36	14,77	16,80	17,94	11,86	13,86	18,74	12,40
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	19,24	18,01	17,12	13,99	20,85	19,82	9,82	10,16	15,96	7,08	10,33
Causas externas de morbilidad y mortalidad	34,99	26,80	20,19	29,29	17,81	12,93	15,38	19,48	11,339	9,16	10,33
Enfermedades del sistema nervioso	8,31	6,59	5,27	6,99	7,38	9,48	6,41	5,08	3,78	2,08	4,96
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8,31	9,2269	7,02	6,56	3,47	4,74	6,834	5,51	6,30	4,58	3,31
Tumores (neoplasias)	3,50	5,71	6,58	4,81	3,47	4,74	4,70	2,54	3,36	4,17	3,31
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,37	5,27	6,15	5,68	1,30	1,29	4,27	1,69	2,10	1,25	2,07
Enfermedades del sistema circulatorio	4,81	4,39	4,83	2,62	2,61	2,59	2,56	2,54	3,36	2,50	2,07
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,19	1,32	0,88	0,87		1,72	2,14	1,69	1,26	2,08	1,65
Enfermedades del sistema digestivo	8,31	4,39	5,27	2,19	3,0403	3,45	4,6984	2,12	2,10	1,25	1,24
Enfermedades del sistema genitourinario	0,87	1,32	0,88	1,31		1,29	1,7085	0,42	0,84	0,83	0,83
Todas las demás enfermedades			0,44					0,42			

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa de mortalidad infantil por grupos lista niñez. Reporte 4.Total

El departamento de Cundinamarca no dista de lo presentado en Colombia donde las primeras causas de muerte en la primera infancia están relacionadas con afecciones





originadas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas además de las enfermedades del sistema respiratorio, para estas tres primeras causas su tendencia es hacia la disminución donde las tasas más altas están en las relacionadas con el periodo perinatal pasando de 7,83 en el 2005 a 4,87 casos por 1.000 nacidos vivos en el 2015, en el grupo de edad de menores de un año. Los menores de 5 años también registran estas tres primeras causas de muerte según los 16 grandes grupos.

Para los menores de 1 a 4 años, las primeras causas son las causas externas de morbilidad y mortalidad, que en general presentaron una tasa en el 2005 de 23,97 y en el 2015 de 8,28 por 100.000 menores de 1 a 4 años, seguido de los signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio que pasaron de una tasa en el 2005 de 6,54 casos a 4,66 por 100.000 menores de 1 a 4 años.

Las causas menos comunes para los menores de un año, de 1 a 4 años y menores de 5 están relacionadas con los sistemas digestivos, circulatorios, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Llama la atención las causas por tumores (neoplasias) en las mujeres menores de 1 a 4 años, que pasa de una tasa de 2,13 en el 2005 a 3,04 muertes por 100.000 menores de 1 a 4 años. en el 2015, siendo la cuarta causa en esta edad.

Número de casos de mortalidad específica por subgrupos de los 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.

Por subgrupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias, son las septicemias las que más han cobrado muertes en la primera infancia con 44, en mayor número en el sexo femenino. Le siguen las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 33 muertes, de las cuales 22 se presentaron en menores de 1 año y 11 en menores de 1 a 4 años. Ver tabla 33.





Tabla 33. Número de casos de mortalidad específica por Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.

01 - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	2		1	1	1	1												6		
		De 01 a 04 años	1	1	2	1					2										7	
		Total	3	1	3	2	1	1	2												13	
	MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	3	5		2	1	2				1	2								16	
		De 01 a 04 años	1		1		1					1									4	
		Total	4	5	1	2	2	2				2	2								20	
	Total	7	6	4	4	3	3	2				2	2								33	
	02 - OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año										1	1	1						3	
			De 01 a 04 años					1														1
			Total					1						1	1	1						4
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año					1					1			1						3
			Total					1					1			1						3
	Total					2						2	1	2	7						7	
	03 - TUBERCULOSIS	MASCULINO	De 01 a 04 años										1									1
			Total										1									1
			Total										1									1
	06 - TOS FERINA	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año								2	2	1									5
			Total								2	2	1									5
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año					1				1	1									3
			Total					1				1	1									3
Total					1			2	3	2										8		
07 - INFECCIÓN MENINGOCÓCICA	MASCULINO	De 0 a antes de 1 año																		1	1	
		Total																		1	1	
		Total																			1	1
08 - SEPTICEMIA	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	3	3	2				2	4	2	1			1						18	
		De 01 a 04 años		1	1					2	1	2										7
		Total	3	4	3				2	6	3	3				1						25
	MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	3	3	1	2	1	2	1	3	1					1						18
		De 01 a 04 años													1							1
		Total	3	3	1	2	1	2	1	3	1	1	1			1						19
		Total	6	7	4	2	1	4	7	6	4	1	2			4						
11 - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año		1				1	1												3	
		De 01 a 04 años	1			1																2
		Total	1	1		1	1	1														5
	MASCULINO	De 0 a antes de 1 año		1	1							1										3
		De 01 a 04 años		1					1													2
Total		2	1				1			1											5	
Total	1	3	1	1	1	2		1		1											10	
12 - OTRAS ENFERMEDADES VIRALES	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año				3			1	1				2	1						8	
		De 01 a 04 años				1	1							1	1							4
		Total				1	4		1	1				3	2							12
	MASCULINO	De 0 a antes de 1 año		2	1	1				1		2	3									10
		De 01 a 04 años				2			1	1	1	2										7
Total		2	1	3			1	2	1	4	3										17	
Total		2	2	7			2	3	1	4	6	2									29	
14 - RESTO DE CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año		1	2					1					1	1					6	
		De 01 a 04 años	1																			1
		Total	1	1	2						1				1	1						7
	MASCULINO	De 0 a antes de 1 año										1										1
		De 01 a 04 años											1									1
		De 0 a antes de 1 año	3	1	3	1						1										9
		De 01 a 04 años	1	1							1	1										3
Total	4	2	3	1					1	1											12	
Total	5	3	5	1					2	2				1	1						20	
Total	19	21	16	15	8	11	16	13	15	11	8										153	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio : Ali, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017





Del subgrupo de las neoplasias, el resto de tumores malignos ocasionaron 64 muertes de las cuales 53 ocurrieron en menores de 1 a 4 años y 11 en menores de 1 año. Las leucemias cobraron un total de 28 muertes en menores de 4 años. Ver tabla 34.

Tabla 34. Número de casos de mortalidad específica por Neoplasias por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	Sexo	Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Muertes 2014	Muertes 2015	Total Muertes		
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	01 - LEUCEMIA	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año						1			1			2		
			De 01 a 04 años	3	1					3	2	1	1			11	
			Total	3	1					4	2	1	2			13	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	1		1									1		3
			De 01 a 04 años	1	2	4	2	2						1			12
			Total	2	2	5	2	2						1	1		15
	Total	5	3	5	2	2	4	2	1	1	1	1	1		28		
	02 - RESTO DE TUMORES MALIGNOS	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año			1	1						1			3	
			De 01 a 04 años		2	2	2	2	1	2			2	2	4	19	
			Total		2	3	3	2	1	2			3	2	4	22	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año			1	4						1	1	1		8
			De 01 a 04 años		5	5	2	3	3	5	3	1	4	3	3	34	
			Total		5	6	6	3	3	5	4	2	5	3	42		
	Total		7	9	9	5	4	7	4	5	7	7	7	64			
	03 - RESTO DE TUMORES	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	1		1		1						1		4	
			De 01 a 04 años			1				1	1					3	
			Total	1	1	1		1	1	1			1			7	
MASCULINO		De 0 a antes de 1 año	1	2						2					1	6	
		De 01 a 04 años	1							1	1			1		4	
		Total	2	2					2	1	1		1	1	10		
Total	3	3	1		1	3	2	1	1	1	2	1	17				
Total		8	13	15	11	8	11	11	6	8	10	8	109				

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio: All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017

Por el resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos sucedieron 30 muertes, de las cuales 19 fueron en menores de 1 año y 11 en menores de 1 a 4 años. Ver tabla 35.





Tabla 35. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años.

Cundinamarca, 2005- 2015.

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	Sexo	Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Muertes 2014	Muertes 2015	Total Muertes	
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	01 - ANEMIAS	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	1		1	1								3	
			De 01 a 04 años		1											1
			Total	1	1	1	1									4
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	1			1								1	3
			Total	1			1								1	3
			Total	2	1	1	2								1	7
	02 - RESTO DE ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	1						2	2	1		1	2	9
			De 01 a 04 años		1						3	2				6
			Total	1	1					2	5	3		1	2	15
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	2		1				2		1	1	3		10
			De 01 a 04 años		1								2	1	1	5
			Total	2	1	1				2		1	3	4	1	15
	Total	3	2	1				4	5	4	3	5	3	30		
	Total			5	3	2	2		4	5	4	3	5	4	37	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio : All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017

El resto de enfermedades del sistema nervioso supera en un 71% a las muertes ocurridas por meningitis. Es en los menores de 1 año donde más ocurren muertes por meningitis con 25 casos y en los menores de 1 a 4 años, 10 casos. Ver tabla 36.

Tabla 36. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades del sistema nervioso por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.





Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	Sexo	Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Muertes 2014	Muertes 2015	Total Muertes		
05 - ENFERMEDEDES DEL SISTEMA NERVIOSO	01 - MENINGITIS	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	3		1	2		4	2	1			1	14		
			De 01 a 04 años			1	1	2	2	1						7	
			Total	3		2	3	2	6	3	1				1	21	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	1	1	3				1	2				1	1	11
			De 01 a 04 años							2				1			3
			Total	1	1	3				3	2			1	1	1	14
	Total				4	1	5	3	5	8	3	2	1	1	2	35	
	02 - RESTO DE ENFERMEDEDES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	5	1	1	1	2	2	2	3	3	2		1	21	
			De 01 a 04 años	1	4	4	4	3	3	3	2	1			1	26	
			Total	6	5	5	5	5	5	6	5	3			2	47	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	5	4	1	3	2	5	1	1	1	1	3	4	30	
			De 01 a 04 años	4	5	1	5	5	4	5	4	4	4	1	4	42	
			Total	9	9	2	8	7	9	6	5	5	5	4	8	72	
	Total				15	14	7	13	12	14	12	10	8	4	10	119	
Total				19	15	12	16	17	22	15	12	9	5	12	154		

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) - Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio: All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017

El comportamiento de las muertes ocasionadas por las enfermedades del sistema circulatorio es similar tanto para los menores de 1 año como los de 1 a 4 años, igualmente por sexo. Ver tabla 37.





Tabla 37. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades del sistema circulatorio por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	Sexo	Edad	Muertes	Muertes	Muertes	Muertes	Muertes	Muertes	Muertes	Muertes	Muertes	Muertes	Muertes	Total Muertes
				2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	01 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	2	4	5		4	1	3	1	2		1	23
			De 01 a 04 años	4	2	1	2		3	2	1	2	2	1	20
		Total	6	6	6	2	4	4	5	2	4	2	2	43	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	3		3	2	1	2		2	2	2	2	19
	De 01 a 04 años		2	4	2	2	1		1	2	2	2	1	19	
	Total		5	4	5	4	2	2	1	4	4	4	3	38	
	Total		11	10	11	6	6	6	6	6	6	8	6	5	81
	Total														
Total				11	10	11	6	6	6	6	6	8	6	5	81

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio : All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017

Las neumonías son la mayor causa de muertes en los menores de 1 año con 212 casos (en mayor número el sexo masculino), comparado con los menores de 1 a 4 años que registraron 95 muertes. Ver tabla 38.

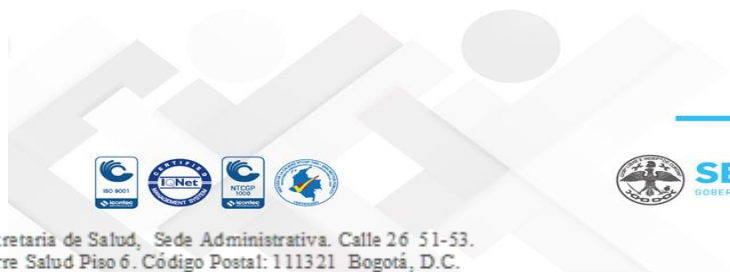




Tabla 38. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades del sistema respiratorio por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	Sexo	Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Muertes 2014	Muertes 2015	Total Muertes
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	01 - NEUMONÍA	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	14	17	6	11	5	8	6	5	2	5	5	84
			De 01 a 04 años	5	7	5	3	4	2	6	6	1	4	1	44
			Total	19	24	11	14	9	10	12	11	3	9	6	128
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	19	14	14	24	9	5	18	6	6	7	6	128
			De 01 a 04 años	9	8	6	1	3	9	5	1	1	7	1	51
			Total	28	22	20	25	12	14	23	7	7	14	7	179
	Total	47	46	31	39	21	24	35	18	10	23	13	307		
	02 - OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	7	6	6	3	6	5	3	1	7	3	1	48
			De 01 a 04 años			1						1	1		3
			Total	7	6	7	3	6	5	3	1	8	4	1	51
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	5	6	5	5	2	3	2	2	3	5	6	44
			De 01 a 04 años	2		3						2		2	9
			Total	7	6	8	5	2	3	2	4	3	7	6	53
	Total	14	12	15	8	8	8	5	5	11	11	7	104		
	03 - RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	5	2	3	2	3	4		1	1	3	3	27
			De 01 a 04 años	1	3	1	1					1	3	2	12
			Total	6	5	4	3	3	4		1	2	6	5	39
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	3	5	4	4	2	2	1	2	5	4	4	36
De 01 a 04 años			2	4	2	4		1	1	2	5	1	1	23	
Total			5	9	6	8	2	3	2	4	10	5	5	59	
Total	11	14	10	11	5	7	2	5	12	11	10	98			
Total	72	72	56	58	34	39	42	28	33	45	30	509			

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio : All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017

Las muertes en menores de 1 año por las enfermedades del sistema digestivo cobraron un 40% de muertes más, que en los menores de 1 a 4 años. Ver tabla 39.





Tabla 39. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades del sistema digestivo por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	Sexo	Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Muertes 2014	Muertes 2015	Total Muertes	
09 - ENFERMEADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	01 - ENFERMEADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	9	5	2	1	1	1	4	1	3	1		28	
			De 01 a 04 años	2	1	2		2	1	2	1	1	1	1	1	14
			Total	11	6	4	1	3	2	6	2	4	2	1	1	42
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	5	3	5	1	3	4	2	2		1	1		27
			De 01 a 04 años	3	1	3	3	1	2	3	1	1			1	19
			Total	8	4	8	4	4	6	5	3	1	1	1	2	46
	Total				19	10	12	5	7	8	11	5	5	3	3	88
	Total				19	10	12	5	7	8	11	5	5	3	3	88

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio : All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017

Según las enfermedades del sistema genitourinario, el comportamiento del número de muertes en las dos edades es similar, lo mismo sucede con las muertes por sexo. Ver tabla 40.





Tabla 40. Número de casos de mortalidad específica por Enfermedades del sistema genitourinario por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005-2015.

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	Sexo	Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Muertes 2014	Muertes 2015	Total Muertes	
10- ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	01 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año		2	1			2	1		1			7	
			De 01 a 04 años	1	1						1	1				4
		Total			1	3	1			2	1	1	2			11
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año				1	1				1			1	
	De 01 a 04 años		1				2			1	2			1	2	9
	Total			1		1	3			1	3			2	2	13
	Total			2	3	2	3			3	4	1	2	2	2	24
	Total				2	3	2	3		3	4	1	2	2	2	24

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio : All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017

La dificultad respiratoria del recién nacido cobró 464 muertes, en mayor proporción en el sexo masculino con 264 casos. Le sigue el resto de afecciones perinatales con 437 muertes en Cundinamarca, que también suceden en su mayoría en el sexo masculino, con 262 casos. Ver tabla 41.

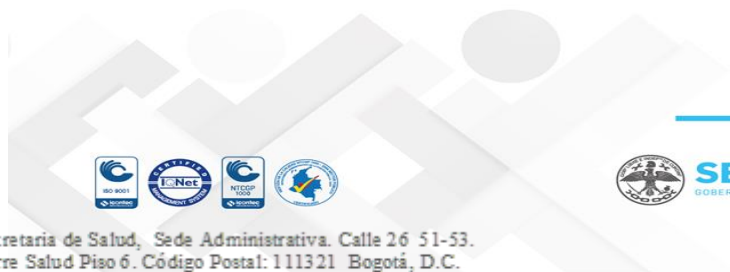




Tabla 41. Número de casos de mortalidad específica por Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	Sexo	Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Muertes 2014	Muertes 2015	Total Muertes	
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	01 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADO POR FACTORES MATEROS Y POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	11	16	10	13	16	19	13	3	16	10	18	145	
			Total	11	16	10	13	16	19	13	3	16	10	18	145	
		INDEFINIDO	De 0 a antes de 1 año										2			2
			Total										2			2
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	9	18	20	16	24	15	12	20	17	13	17	181	
			Total	9	18	20	16	24	15	12	20	17	13	17	181	
	Total			20	34	30	29	40	34	25	25	33	23	35	328	
	02 - TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION DE LA GESTACION Y EL CRECIMIENTO FETAL	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	1	3		4	2	5	3	1	8	2	1	30	
			Total	1	3		4	2	5	3	1	8	2	1	30	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	3	2	3	2	1	6	2	6	13	7	2	47	
			Total	3	2	3	2	1	6	2	6	13	7	2	47	
		Total		4	5	3	6	3	11	5	7	21	9	3	77	
		03 - TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO	MASCULINO	De 0 a antes de 1 año				1						2		3
	Total						1						2		3	
	Total					1							2		3	
	04 - HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASEJIA DEL NACIMIENTO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	4	2	1	8	7	6	2	4	1	2	4	41	
			De 01 a 04 años			1					1	1		1	4	
			Total	4	2	2	8	7	6	3	5	1	3	4	45	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	2	2	12	14	11	1	1	2	1	4	4	54	
			De 01 a 04 años									1	1		2	
			Total	2	2	12	14	11	1	1	3	2	4	4	56	
	Total		6	4	14	22	18	7	4	8	3	7	8	101		
	05 - DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	30	21	21	37	13	17	24	11	10	4	12	200	
			Total	30	21	21	37	13	17	24	11	10	4	12	200	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	38	27	33	33	33	19	17	26	14	9	15	264	
			Total	38	27	33	33	33	19	17	26	14	9	15	264	
		Total		68	48	54	70	46	36	41	37	24	13	27	464	
		06 - NEUMONIA CONGENITA	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	5	2	5	3	4	2	3	5	3	4	5	41
	Total			5	2	5	3	4	2	3	5	3	4	5	41	
	MASCULINO		De 0 a antes de 1 año	7	8	4	1	6	3	9	4	5	3	3	53	
			Total	7	8	4	1	6	3	9	4	5	3	3	53	
	Total			12	10	9	4	10	5	12	9	8	7	8	94	
	07 - OTRAS AFECCIONES RESPIRATORIAS DEL RECIEN NACIDO		FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	26	15	15	14	15	10	10	14	6	11	7	143
		Total		26	15	15	14	15	10	10	14	6	11	8	144	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	28	17	18	19	22	16	15	15	11	15	19	195	
			Total	28	17	18	19	22	16	15	15	11	15	19	195	
		Total		54	32	33	33	37	26	25	29	17	26	27	339	
		08 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	21	19	28	11	9	4	7	13	13	9	6	140
	Total			21	19	28	11	9	4	7	13	13	9	6	140	
	MASCULINO		De 0 a antes de 1 año	30	22	18	16	16	10	16	25	19	12	5	189	
			Total	30	22	18	16	16	10	16	25	19	12	5	189	
	Total			51	41	46	27	25	14	23	38	32	21	11	329	
	10 - TRASTORNOS HEMORRAGICOS Y HEMATOLOGICOS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO		FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	10	3	7	3	3	7	3	5	5	2	3	51
		Total		10	3	7	3	3	7	3	5	5	3	3	52	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	8	12	7	7	4	8	6	6	1	8	8	75	
			Total	8	12	7	7	4	8	6	6	1	8	8	75	
		Total		18	15	14	10	7	15	9	11	6	11	11	127	
		11 - RESTO DE AFECCIONES PERINATALES	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	14	15	20	18	10	13	18	19	15	14	16	172
	Total			14	15	20	18	10	13	18	20	15	14	17	174	
	INDEFINIDO		De 0 a antes de 1 año									1			1	
			Total									1			1	
	MASCULINO		De 0 a antes de 1 año	34	25	26	18	18	13	28	23	19	26	30	260	
			Total	34	25	26	18	18	13	28	23	19	27	31	262	
	Total		48	40	46	36	28	26	46	44	34	41	48	437		
	Total		281	229	249	238	214	174	190	208	180	158	178	2,299		

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio : All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017





Las malformaciones congénitas del corazón en los menores de 1 año ocasionaron 503 de un total de 571 por esta causa en los menores de 4 años. Las otras malformaciones congénitas ocasionaron 408 muertes de un total de 1391 muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Ver tabla 42.

Tabla 42. Número de casos de mortalidad específica por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.

12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	01 - HIDROCÉFALO CONGÉNITO Y ESPINA BÍFIDA	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	4	3	4	1	4	1	1		1	19		
			De 01 a 04 años	1	1	3	2	1	1		1	10			
			Total	1	5	7	3	5	2	2	2	29			
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	2	5	7	3	5		1	1	2	3	29	
			De 01 a 04 años			1	2	1	1	1				6	
			Total	2	5	8	5	6	2	2	1	2	3	35	
	Total	3	10	11	12	9	6	3	3	2	5	64			
	02 - OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	4	4	3	7	1	1	3	5	1	1	4	34
			De 01 a 04 años	1											1
			Total	5	4	3	7	1	1	3	5	1	1	4	35
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	4	3	4	2	3	4	3	1	4	1	6	35
			De 01 a 04 años	2							1				3
			Total	6	3	4	2	3	4	3	2	4	1	6	38
	Total	11	7	7	9	4	5	6	7	5	2	10	73		
	03 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL CORAZÓN	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	26	21	25	31	25	12	18	19	25	13	22	237
			De 01 a 04 años	1	3	8	2	4	3	2	4	1	4	2	34
			Total	27	24	33	33	29	15	20	23	26	17	24	271
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	22	27	35	26	26	27	20	27	19	17	20	266
			De 01 a 04 años	1	7	6	1		2	3	1	4	4	5	34
			Total	23	34	41	27	26	29	23	28	23	21	25	300
	Total	50	58	74	60	55	44	43	51	49	38	49	571		
	04 - OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	9	10	10	9	6	7	7	11	6	11	4	90
			De 01 a 04 años	1	1	1	1	1		1					5
			Total	10	11	10	10	7	7	7	12	6	11	4	95
MASCULINO		De 0 a antes de 1 año	13	13	11	12	9	10	10	16	7	6	10	117	
		De 01 a 04 años	1	1	2	1		1			1		1	8	
		Total	14	14	13	13	9	11	10	16	8	6	11	125	
Total	24	25	23	23	16	18	17	28	14	17	15	220			
05 - SÍNDROME DE DOWN Y OTRAS ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	1	3		4	2	3	2	2	2	2	5	26	
		De 01 a 04 años								1		1	1	3	
		Total	1	3		4	2	3	2	3	2	3	6	29	
	MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	3	2	4	2	1		2	1	1	2	5	23	
		De 01 a 04 años						1					2	3	
		Total	3	2	4	2	1	1	2	1	1	2	7	26	
Total	4	5	4	6	3	4	4	4	3	5	13	55			
06 - OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	17	20	18	14	13	8	15	19	21	22	9	176	
		De 01 a 04 años	1		2	4	1		1	2		3		14	
		Total	18	20	20	18	14	8	16	21	21	25	9	190	
	MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	23	23	23	16	16	19	22	17	19	21	11	210	
		De 01 a 04 años	2	1	1			1			2		1	8	
		Total	25	24	24	16	16	20	22	17	21	21	12	218	
Total	43	44	44	34	30	28	38	38	42	46	21	408			
Total			135	149	163	144	117	105	111	131	115	108	113	1.391	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (ISGD) - Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio - All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017





De 377 muertes por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, el 7,7 % ocurrió por el síndrome de muerte súbita infantil. Ver tabla 43.

Tabla 43. Número de casos de mortalidad específica por Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	Sexo	Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Muertes 2014	Muertes 2015	Total Muertes	
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	01 - SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA INFANTIL	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	1		3		2			1				7	
			De 01 a 04 años					1							1	
			Total	1		3		3		1					8	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	1	3	1		10		1	2				3	21
			Total	1	3	1		10		1	2				3	21
			Total	2	3	4		13		1	3				3	29
	02 - OTROS SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	8	9	12	13	9	9	3	6	20	5	5	99	
			De 01 a 04 años	3	3	4	2	4	5	2	2	5	4	6	40	
			Total	11	12	16	15	13	14	5	8	25	9	11	139	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	22	23	14	13	16	26	12	8	11	5	8	158	
			De 01 a 04 años	9	3	5	4	6	6	5	5	2	3	3	51	
			Total	31	26	19	17	22	32	17	13	13	8	11	209	
	Total	42	38	35	32	35	46	22	21	38	17	22	348			
	Total			44	41	39	32	48	46	23	24	38	17	25	377	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio: All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017





Tabla 44. Número de casos de mortalidad específica por todas las demás enfermedades por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005-2015.

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	Sexo	Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Muertes 2014	Muertes 2015	Total Muertes	
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	01 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO	De 01 a 04 años			1									1	
			Total			1									1	
		MASCULINO	De 01 a 04 años									1				1
			Total									1				1
		Total					1					1				2
		Total					1					1				2

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio : All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017

El 26,2% de las muertes por causas externas de morbilidad y mortalidad ocurrieron por los accidentes que obstruyen la respiración, con un total de 126 casos, de estos 92 ocurrieron en menores de 1 año y 34 casos en menores de 1 a 4 años. 97 casos sucedieron por ahogamiento y sumersión accidentales que equivale al 20,2% del total de muertes por esta gran causa y en su mayoría se dan entre los 1 y 4 años. Ve tabla 45.

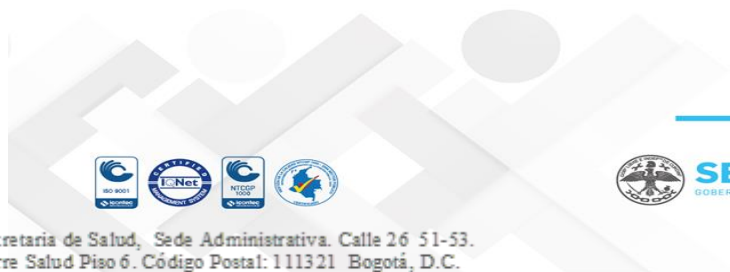




Tabla 45. Número de casos de mortalidad específica por Causas externas de morbilidad y mortalidad por sexo en menores de 1 año y 1 a 4 años. Cundinamarca, 2005- 2015.

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	Sexo	Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Muertes 2014	Muertes 2015	Total Muertes		
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	01 - ACCIDENTES DE TRANSPORTE	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	1	1	1		1	1						5		
			De 01 a 04 años	5	4	4	8	3	2		1	2	1	3	33		
			Total	6	5	5	8	4	3		1	2	1	3	38		
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año		1	1	3	1								1	7
			De 01 a 04 años	1	2	3	5	9	3	2	7	5	3	3	3	43	
			Total	1	3	4	8	10	3	2	7	5	3	4	50		
	Total	7	8	9	16	14	6	2	8	7	4	7	88				
	02 - AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	1					1							2	
			De 01 a 04 años	3	9	3	2	2	1	6	4		2	2	34		
			Total	4	9	3	2	2	2	6	4		2	2	36		
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año			1										1	
			De 01 a 04 años	12	3	8	9	4	7	5	3	1	4	4	4	60	
			Total	12	3	9	9	4	7	5	3	1	4	4	61		
	Total	16	12	12	11	6	9	11	7	1	6	6	97				
	03 - OTROS ACCIDENTES QUE OBSTRUYEN LA RESPIRACION	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	12	11	4	2	3	1	6	1	1	1	1	1	43	
			De 01 a 04 años	3	2	2	3		2	1	1				1	15	
			Total	15	13	6	5	3	3	7	2	1	1	2	58		
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	14	5	6	3	3	2	5	6	3	2			49	
			De 01 a 04 años	2	3	2	2	3	2	1	1	3				19	
			Total	16	8	8	5	6	4	6	7	6	2			68	
	Total	31	21	14	10	9	7	13	9	7	3	2		126			
	04 - EXPOSICIÓN AL HUMO, FUEGO Y LLAMAS	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	1												1	
			De 01 a 04 años	5	1				1							7	
			Total	6	1				1							8	
		MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	1												1	
			De 01 a 04 años	1	3		2	1								7	
			Total	2	3		2	1								8	
	Total	8	4		2	1	1							16			
	05 - ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS NOCIVAS	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año								1	1		2	1	5	
			De 01 a 04 años										1	1		2	
Total											1	1	3	1	7		
MASCULINO		De 0 a antes de 1 año		1								1		1	4		
		De 01 a 04 años	2	1							1		2		6		
		Total	2	2							2		3	1	10		
Total	2	2							1	3	1	6	2	17			
06 - TODAS LAS DEMÁS CAUSAS EXTERNAS	FEMENINO	De 0 a antes de 1 año	1	3	2	4		1	1	5	1			3	21		
		De 01 a 04 años	2	5	3	6		3	4	4	4	4	1	1	33		
		Total	3	8	5	10		4	5	9	5	1	4	54			
	MASCULINO	De 0 a antes de 1 año	5	1	2	9	6	3			8	1			2	37	
		De 01 a 04 años	8	5	4	9	5		4	2	5	2	2	2	46		
		Total	13	6	6	18	11	3	4	10	6	2	4	83			
Total	16	14	11	28	11	7	9	19	11	3	8	137					
Total	80	61	46	67	41	30	36	46	27	22	25	481					

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2015. Reportes ASIS. Mortalidad Específica Infantil Niñez por Municipio : All, 25 - Cundinamarca. Consulta diciembre 21 de 2017





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

Comparando los indicadores de la mortalidad potencialmente evitable de Colombia y Cundinamarca 2015, se identifica que todos los indicadores departamentales están por debajo de los nacionales para el año 2015.

Razón de mortalidad materna: Indicador es menor en el departamento en el 33% comparado con el nacional. El departamento de Cundinamarca en su Plan Territorial de Salud 2016-2020, se ha propuesto como meta “reducir a 38,2 por cada 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna en Cundinamarca” .

Tasa de mortalidad neonatal: Este indicador es menor en el departamento en el 15% comparado con el nacional.

Tasa de mortalidad infantil: Este indicador para el año 2015, es menor en el departamento en un 11% comparado con el nacional. El departamento de Cundinamarca en su Plan Territorial de Salud 2016-2020, tiene la meta de “disminuir a 8/1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil Departamental, en coordinación con los otros sectores de la administración Departamental”

Tasa de mortalidad en la niñez: Indicador en un 12% menor al registrado por la nación para el año 2015. El departamento de Cundinamarca en su Plan Territorial de Salud 2016-2020, planeó “Disminuir a 9/1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad Departamental en menores de 5 años, en coordinación con los otros sectores de la administración Departamental”

Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años: Indicador en un 37% menor al registrado por la nación para el año 2015.

Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años: Para el año 2015, este indicador en el departamento se comporta por debajo del nacional en un 75%.





Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años: Indicador que mejor se comporta en el departamento, siendo el 75% más bajo que el registrado por el país. El departamento de Cundinamarca en su Plan Territorial de Salud 2016-2020, se ha propuesto como meta “Reducir a 2 por 100.000 la mortalidad evitable por y asociada a desnutrición en menores de 5 años” .

Ver tabla 46.

Tabla 46. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez.

Causa de muerte	COLOMBIA 2015	CUNDINAMARCA 2015	Comportamiento										
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Razón de mortalidad materna	53,71	36,16	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad neonatal	7,01	5,95	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad infantil	10,96	9,74	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad en la niñez	13,23	11,63	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	13,17	8,27	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,29	0,83	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,83	1,65	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	

Fuente: bases de datos externa Cubo de Indicadores ASIS 2017. Ministerio de Salud y Protección Social

Razón de mortalidad materna.

La mortalidad Materna y perinatal son indicadores sensibles de las condiciones de salud materna, el entorno en que vive la madre y de la calidad de la atención durante el embarazo, constituye un problema básico de salud por su elevada frecuencia. Según la OMS La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto.





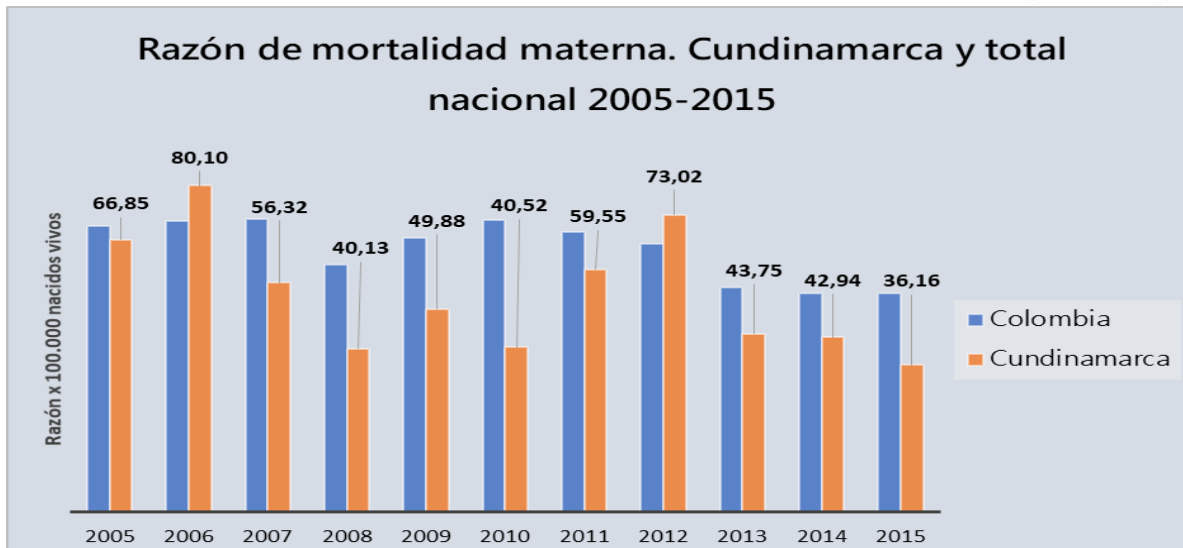
En 2015 se estimaron unas 303. 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015.²⁴ La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.²⁵

La razón de mortalidad materna del departamento de Cundinamarca, al igual que la nacional presenta una tendencia hacia la disminución, siendo las cifras departamentales más bajas que la nacionales, sin embargo, en los años 2006 y 2012 el departamento registró razones superiores a las del país. Para el año 2015 se registra una razón de mortalidad en descenso llegando a 36,16 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y Colombia en el mismo año cuenta con una razón de 53,71 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Ver figura 43.

Figura 43. Razón de mortalidad materna.

²⁴ OMS Centro de prensa. Mortalidad Materna. Nota descriptiva septiembre de 2016

²⁵ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS.



Fuente: Fuente: bases de datos externa - Cubo de Indicadores ASIS 2017. Razón de mortalidad materna. Ministerio de Salud y Protección Social.

Partos Institucionales, personal calificado y número de controles prenatales

Llama la atención que desde el año 2005 al 2015, se registran porcentajes cercanos a 100% de partos institucionales y partos atendidos por personal calificado tanto para Colombia como en Cundinamarca. De otra parte el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas oscila entre el 85 y 89% en el mismo periodo de tiempo, sin embargo los indicadores de razón de mortalidad materna y el que sigue, la tasa de mortalidad neonatal muestran una tasa descendiente del 2005 al 2015, por lo cual se podría pensar que es la mejor calidad en la atención de las entidades prestadores de salud y las acciones de protección específica y detección temprana de alteraciones en el embarazo con el fin de lograr una gestación adecuada para que el parto ocurra en óptimas condiciones, las que han hecho que los indicadores se desplacen de manera favorable. Ver tabla 47.

Tabla 47. Indicadores Institucionales asociados a mortalidad materna





Indicador	% de partos institucionales		% de partos atendidos por personal calificado		% Nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
	Colombia	Cundinamarca	Colombia	Cundinamarca	Cundinamarca
Año					
2005	96,64	98,99	96,60	99,13	85,61
2006	97,29	99,12	97,28	99,27	85,62
2007	97,84	99,17	97,86	99,32	85,91
2008	98,12	99,19	98,15	99,32	85,74
2009	98,40	99,29	98,44	99,43	85,23
2010	98,60	99,27	98,67	99,44	86,86
2011	98,79	99,53	98,89	99,62	85,04
2012	98,71	99,57	98,76	99,69	86,89
2013	98,63	99,62	98,71	99,67	87,67
2014	98,81	99,61	98,88	99,68	88,16
2015	98,92	99,70	99,00	99,77	89,49
Total general	98,23	99,37	98,27	99,48	86,57

Fuente: Base de datos externas ASIS 2017. Cubo de Indicadores-Ministerio de Salud y Protección Social

Tasa de mortalidad neonatal

Según la OMS, la gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia. La atención de salud profesional durante el embarazo, el parto y el período postnatal (inmediatamente posterior al parto) evita complicaciones a la madre y al recién nacido, y permite la detección y tratamiento tempranos de problemas de salud. Además, la OMS y el UNICEF recomiendan ahora que un profesional de la salud calificado realice una visita a domicilio durante la primera semana de vida de un niño para mejorar su supervivencia. Los nacidos en circunstancias especiales, como con bajo peso al nacer, los hijos de mujeres seropositivas al VIH, o los bebés enfermos, requieren cuidados adicionales y deben ser ingresados en un hospital.²⁶

²⁶ OMS. Centro de prensa. Reducir la mortalidad de los recién nacidos. Nota descriptiva octubre de 2017

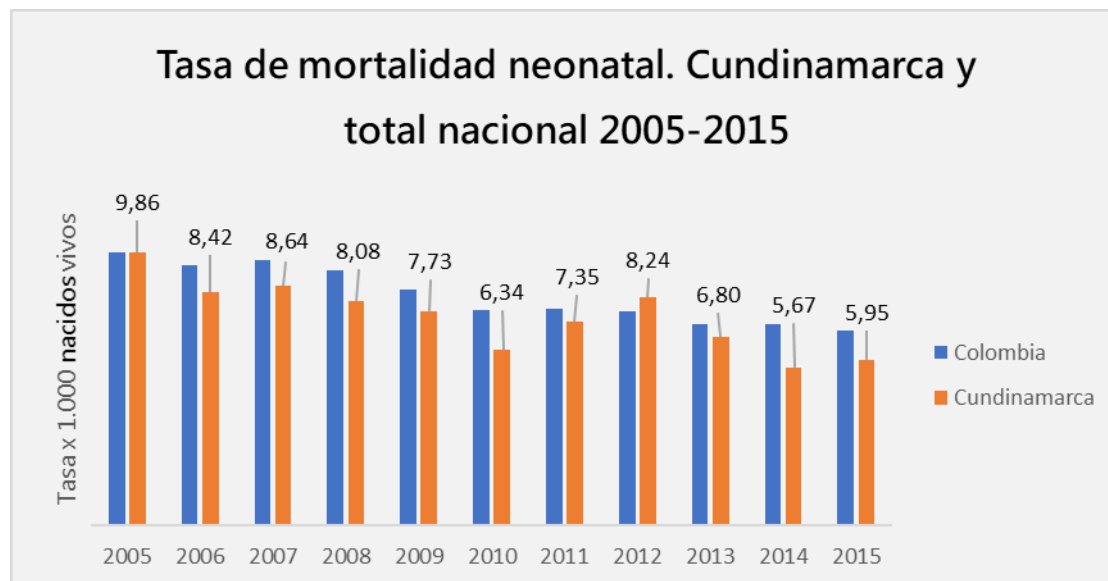




Por su parte el objetivo 3 de los ODS “Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades, planteó que “para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.²⁷

La mortalidad neonatal en el periodo 2005-2015 en el departamento de Cundinamarca, presenta un descenso, pasado de 9,86 en el 2005(similar a la tasa nacional) a una tasa de mortalidad neonatal de 5,95 por 1000 nacidos vivos en el 2015, estando siempre el indicador en mejor situación que el nacional, excepto el año 2012 que l estuvo por encima de la cifra nacional. Ver figura 44.

Figura 44. Tasa de mortalidad neonatal.



Fuente: Fuente: bases de datos externa - Cubo de Indicadores ASIS 2017. Tasa de mortalidad neonatal. Ministerio de Salud y Protección Social

²⁷ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS.



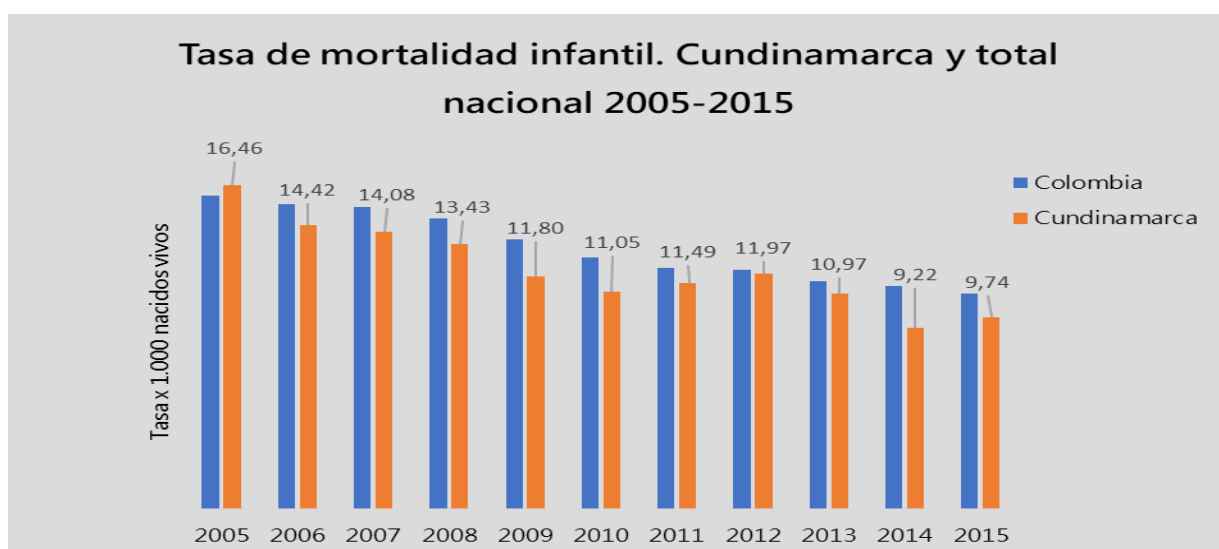


Tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil o en menores de un año expresa la probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente antes de cumplir un año. Según los objetivos del milenio propuestos, la meta para Colombia consistió en reducir la mortalidad en menores de un año a 14 por mil nacidos vivos (NV), lo que indicó acciones a corto plazo que mejoraran una serie de condiciones de salud en las mujeres gestantes, atención durante el parto – post parto y la población infantil.

Las tasas de mortalidad infantil para el departamento de Cundinamarca, muestra un descenso pasando de 16,46 (para ese año superior a la de Colombia) en el 2005 a una tasa de mortalidad infantil de 9,74 por 1000 nacidos vivos en el 2015, es decir que, por cada 1000 nacimientos existe la probabilidad que mueran de 9 niños o niñas menores de un año, cifra que está por debajo de los valores de la nación, que reporta tasas de 15,91 en el 2005 a 10,96 en el 2015. Ver figura 45.

Figura 45. Tasa de mortalidad infantil.



Fuente: Fuente: bases de datos externa - Cubo de Indicadores ASIS 2017. Tasa de mortalidad infantil.
Ministerio de Salud y Protección Social



[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov) [@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Tasa de mortalidad en la niñez

La mortalidad de la niñez es un indicador de las condiciones de vida de la población y de las oportunidades sociales de desarrollo. En el mundo millones de niños siguen muriendo sin necesidad cada año por falta de atención sanitaria, agua salubre, un entorno seguro en sus hogares o nutrición adecuada. Si bien el mundo se ha comprometido a reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil entre 1990 y 2015, la actual tasa de progreso apunta a una reducción de tan sólo una cuarta parte. La tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años oscila entre 4 por mil nacidos vivos en algunos países a más de 300 en otros²⁸.

Entre 1990 y 2015, 62 de los 195 países con estimaciones disponibles alcanzaron la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 consistente en lograr una reducción del 66% en la tasa de mortalidad de los menores de 5 años. Entre ellos, 24 son países de ingresos bajos y medios. Pese a estas mejoras, los progresos fueron insuficientes para alcanzar el ODM 4 a nivel mundial y en muchas regiones.

En la actualidad, 79 países tienen una tasa de mortalidad en menores de 5 años superior a 25 por 1000 nacidos vivos y, de mantenerse sus tendencias actuales, 47 de ellos no alcanzarán la meta de los ODS consistente en llegar a las 25 muertes por 1000 nacidos vivos para 2030. De esos 47 países, 34 son del África subsahariana. La aceleración necesaria para alcanzar los objetivos en esos 47 países es considerable: 30 tendrán que duplicar su ritmo de reducción actual, y 11 de estos 30 tendrán que multiplicarlo por tres o más.²⁹

Se han documentado grandes diferencias con respecto a la mortalidad en la niñez entre diferentes subgrupos de población y regiones de un mismo país, lo cual requiere que la reducción de dicha mortalidad se enfoque desde el punto de vista de la equidad.

²⁸ Naciones Unidas. 2002. Quincuagésimo séptimo período de sesiones. Asamblea General. Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio: aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. informe del Secretario General Tema 44 del programa provisional. 31 de julio.

²⁹ OMS. Centro de prensa. Reducción de la mortalidad en la niñez. Nota descriptiva septiembre de 2016.



Los niños corren un mayor riesgo de morir antes de cumplir cinco años si nacen en zonas rurales u hogares pobres o si sus madres se vieron privadas de educación básica.³⁰

Desde 1990 se han hecho progresos considerables en todo el mundo con respecto a la reducción de las muertes en la niñez. La cifra mundial de muertes de menores de 5 años ha disminuido de 12,7 millones en 1990 a 5,9 millones en 2015; es decir, 16 000 muertes diarias, en comparación con 35 000 en 1990. Desde 1990 la tasa mundial de mortalidad de los menores de 5 años ha disminuido en un 53%: de 9 muertes por 1000 nacidos vivos en 1990 a 43 en 2015.³¹

Durante los años 2005 – 2015 el departamento de Cundinamarca reporta tasas de mortalidad en la niñez de 19,6 en el 2005, disminuyéndola a 11,63 por 1.000 nacidos vivos en el 2015, es decir que por cada 1000 nacimientos existe la probabilidad que mueran de 11 niños o niñas menores de 5 años, cifras que se encuentra por debajo del comportamiento a nivel nacional, que reporta tasas de 19,4 en el 2005 a 13,23 en el 2015. En el actual período de gobierno 2016-2020 se espera llegar a 9 casos por 1.000 nacidos vivos. Ver figura 46.

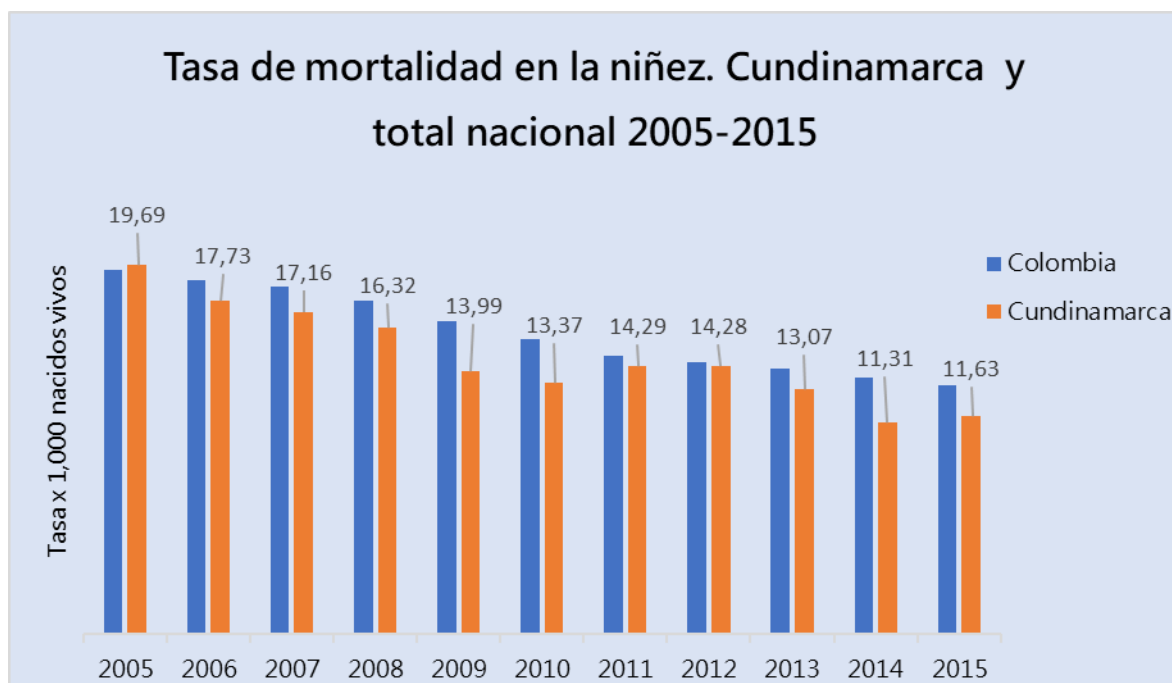


³⁰ Idem anterior.

³¹ OMS. Centro de prensa. Reducción de la mortalidad en la niñez. Nota descriptiva septiembre de 2016.



Figura 46. Tasa de mortalidad en la niñez. Menores de 5 años



Fuente: Fuente: bases de datos externa - Cubo de Indicadores ASIS 2017. Tasa de mortalidad en menores de 5 años. Ministerio de Salud y Protección Social

Tasa de mortalidad por EDA

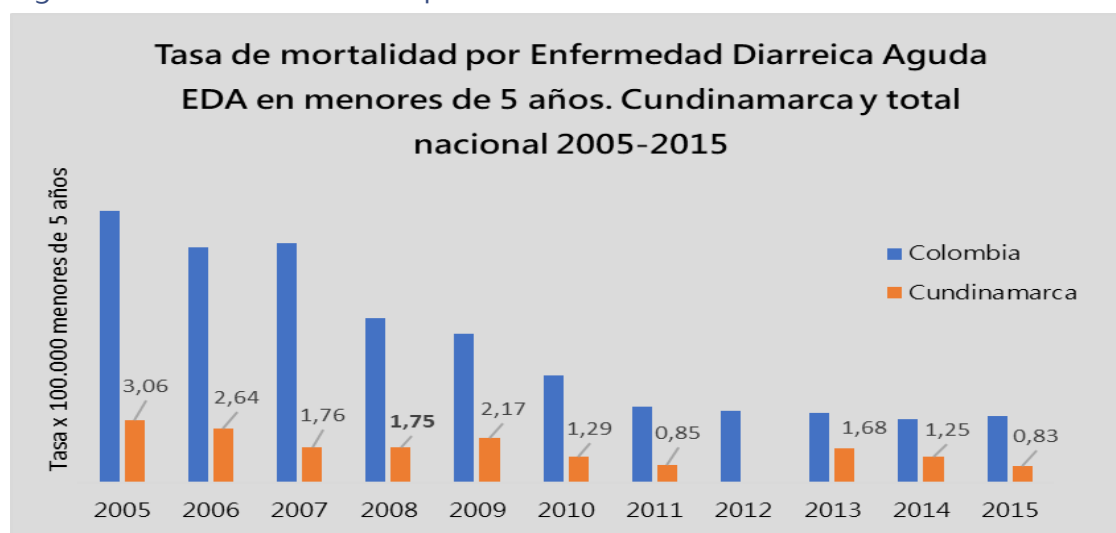
Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año. En el pasado, la deshidratación grave y la pérdida de líquidos eran las principales causas de muerte por diarrea. En la actualidad es probable que otras causas, como las infecciones bacterianas septicémicas, sean responsables de una proporción cada vez mayor de muertes relacionadas con la diarrea. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.³²

³² OMS. Centro de prensa. Enfermedades diarreicas, nota descriptiva mayo de 2017.



La tasa de mortalidad por EDA en el departamento ha disminuido durante el periodo 2005 a 2015, bajando de 3,06 a 0,83 casos por cada 100.000 menores de 5 años, cifra que se encuentra notoriamente mejor al comportamiento del nivel nacional, que reporta tasas de 13,38 en el 2005 a 3,29 en el 2015. Ver figura 47.

Figura 47. Tasa de mortalidad por EDA.



Fuente: Fuente: bases de datos externa - Cubo de Indicadores ASIS 2017. Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años. Ministerio de Salud y Protección Social

Tasa de mortalidad por IRA

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) constituyen un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Es la infección más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública en nuestro país. La mayoría de estas infecciones como el resfriado común son leves, pero dependiendo del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías. En niños menores de 5 años, la causa de la infección en el 95% de los casos son los virus siendo de buen pronóstico,





pero un pequeño porcentaje puede padecer complicaciones como otitis, sinusitis y neumonía.³³

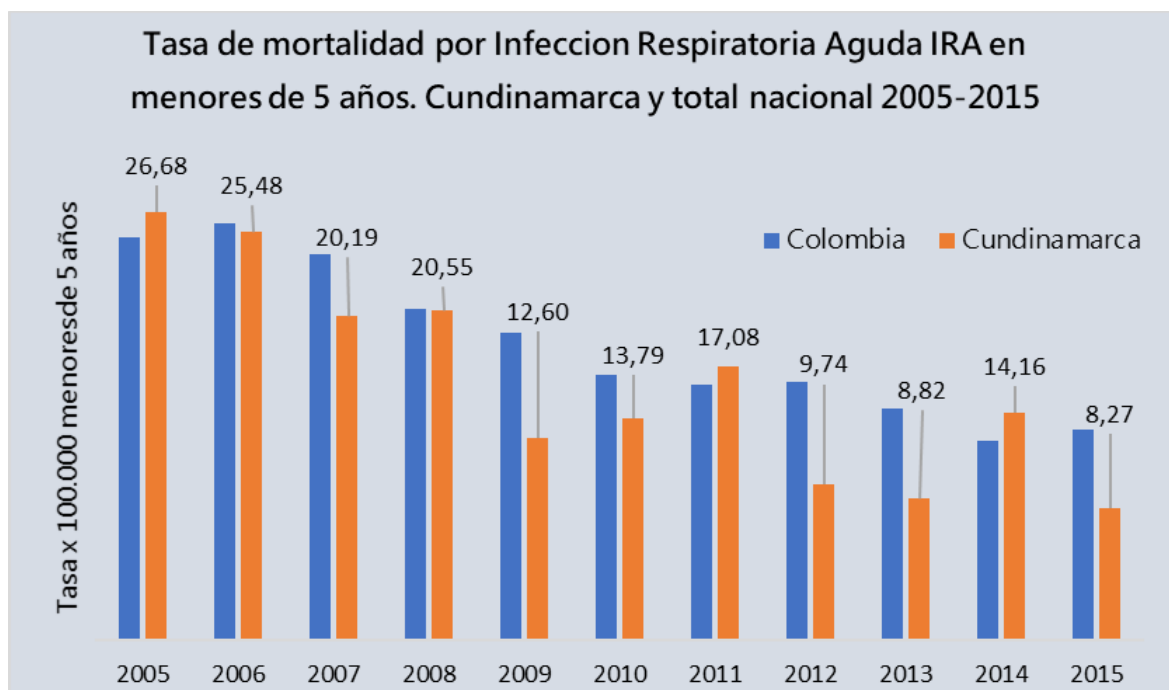
Situación nacional. La incidencia de los virus respiratorios en los dos últimos años, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, muestra que en 2010 el virus sincitial respiratorio causó el 62% de los casos estudiados, seguido de Influenza AH1N1 (18%), Para influenza (8%) Influenza A estacional (6%), Influenza B (3%) y los adenovirus (3%). La población más afectada son los menores de 5 años y los principales síntomas son: fiebre, malestar general, congestión y secreción nasal, asimismo también se pueden presentar síntomas como tos, dolor de garganta, expectoración y dificultad para respirar.

La mortalidad por infección respiratoria aguda en el departamento de Cundinamarca reporta un comportamiento fluctuante durante el año 2005 a 2015, pero con una tendencia decreciente, pasando de tener tasas de 26,68 en el año 2005 a 8,82 muertes por cada 100.000 menores de 5 años en el año 2013, año que registra la segunda tasa más baja, después del año 2015, cuya cifra indica que por cada 100.000 niños o niñas menores de 5 años existe la probabilidad que mueran de 8 niños o niñas menores de 5 años a causa de infecciones respiratorias agudas. Ver figura 48.

³³ Ministerio de Salud y Protección Social. >Salud. Infecciones respiratorias Agudas (IRA)



Figura 48. Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda IRA.



Fuente: Fuente: bases de datos externa - Cubo de Indicadores ASIS 2017. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

Todo fallecimiento en el que se presume haber estado presente la desnutrición se obtiene de una cadena de causas que muestran antecedentes como la insuficiencia de la ración alimentaria, enfermedades de origen infeccioso, que influyen en las condiciones de vida de la familia, condiciones educativas e institucionales, en las que la pobreza está estrechamente vinculada. La prevención de este tipo de mortalidad debe ser colectiva, de diversas instituciones.³⁴

³⁴Quiroga E.F, mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, Colombia 2003-2007, en biomédica 32(3), 2012-





Los niños malnutridos, especialmente aquellos con una malnutrición aguda grave, tienen más probabilidades de morir por enfermedades comunes en la infancia como la diarrea, la neumonía y el paludismo. Diversos factores relacionados con la nutrición contribuyen a aproximadamente el 45% de las muertes de niños menores de cinco años.³⁵

Entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados por las Naciones Unidas en 2015 se encuentra el de garantizar que todos los niños tengan vidas sanas y promover su bienestar. La meta 3.2 del ODS 3 consiste en poner fin, de aquí a 2030, a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.

La meta 3.2 está íntimamente relacionada con la 3.1, consistente en reducir la razón mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos, y la 2.2, consistente en poner fin a todas las formas de malnutrición, dado que esta constituye una causa de muerte frecuente en menores de 5 años. Estas metas figuran también en la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, que se propone acabar con las muertes infantiles evitables y abordar las prioridades emergentes en la salud del niño.³⁶

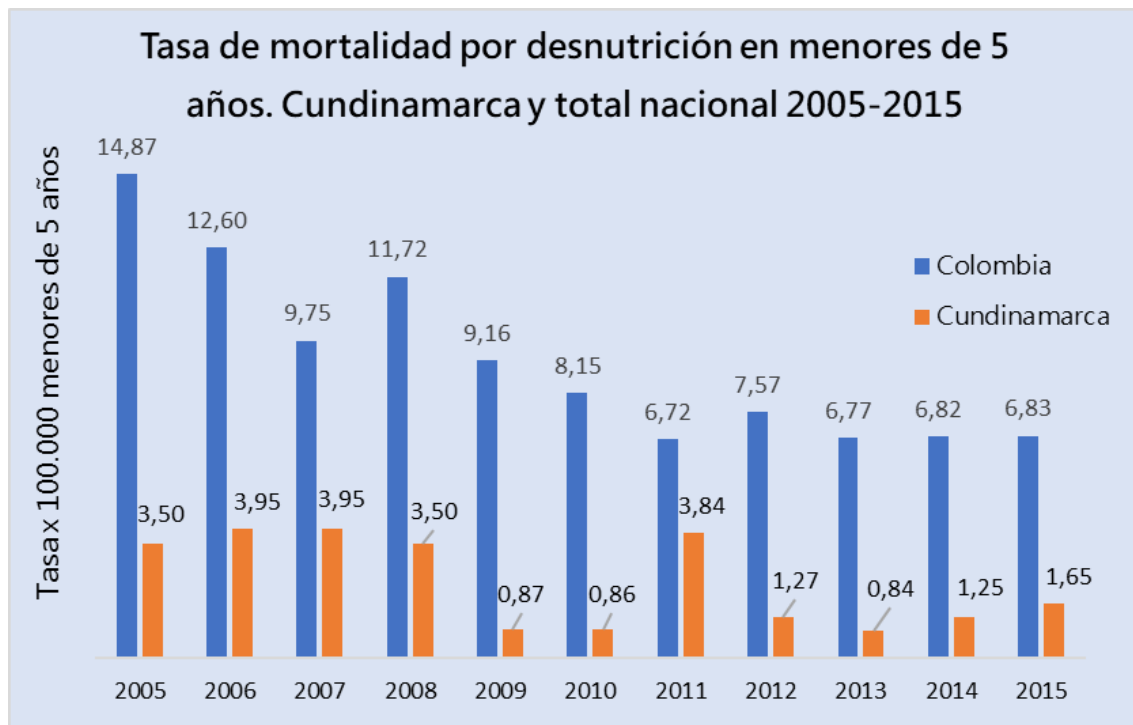
El comportamiento de este indicador para Cundinamarca, evidencia que durante el año 2005 – 2015 mantiene tendencia discreta hacia el descenso, con tasas entre 3,50 y 1,65 por cada 100.000 menores de 5 años, mientras que Colombia presenta un descenso notorio pasando de 14,8 en el 2005 a 6,83 por cada 100.000 menores de 5 años en el año 2015. Ver figura 49.

³⁵ OMS. Centro de prensa. Reducción de la mortalidad en la niñez. Nota descriptiva septiembre de 2016.

³⁶ Idem anterior.



Figura 49. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.



Fuente: Fuente: bases de datos externa - Cubo de Indicadores ASIS 2017. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Ministerio de Salud y Protección Social.

Determinantes intermedios

Tabla Comparaciones dos a dos:

Análisis de desigualdades de la mortalidad materno – infantil y en la niñez por NBI

Índice de concentración de la mortalidad materno – infantil y en la niñez por NBI



[f/CundinamarcaGob](https://www.facebook.com/CundinamarcaGob) [@CundinamarcaGob](https://www.twitter.com/CundinamarcaGob)
www.cundinamarca.gov.co



Determinantes estructurales

Indicadores de razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal por etnia.

La tendencia de la razón de mortalidad materna por etnia por 100.000 nacidos vivos en el departamento de Cundinamarca evidencia disminución en las otras etnias pese a que no se cuentan con datos para todos los años del periodo 2009-2015, sin embargo llama la atención la elevada razón (para el único año con dato), para la etnia indígena, indicando que por cada 100.000 NV de la población indígena en el 2011, existió la probabilidad que murieran 5.555 mujeres gestantes indígenas, mientras que para la afrodescendiente en el 2015, se presentó una razón de 757,5, siendo mas alta que la del año inmediatamente anterior.

En relación con la tasa de mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos en Cundinamarca, la tasa más alta se presentó en el año 2009 (166,67) en la población palenquera de San Basilio, y la tasa más bajo en el año 2010, en la población afrocolombiano, en la que existió la probabilidad de que ocurrieran 3,80 muertes neonatales (menores a 28 días de NV) por 1.000 nacidos vivos, en esa misma población la tasa más alta se presentó en el año 2013. Al igual que la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad neonatal es superior a la del año 2014. Es importante el reporte de la etnia a la hora de la toma de los datos, toda vez que las cifras para los dos indicadores son altas. Ver tabla 48.





Tabla 48. Indicadores de razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por etnia.

Razón de mortalidad materna RMM y la Tasa de mortalidad neonatal TMN por etnia. Cundinamarca 2009-2015

Etnia	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	RMM	TMN	RMM	TMN	RMM	TMN	RMM	TMN	RMM	TMN	RMM	TMN	RMM	TMN
Indígena					5,55	5,56								
ROM - Gitano														
Raizal - San Andrés y Providencia		111,11												
Palenquero de San Basilio		166,67												
Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente		27,78		3,80				46,88		90,09	740,74	14,81	757,58	22,73
Otras etnias	50,13	6,81	33,07	6,22	53,97	7,23	73,34	7,86	43,94	6,39	40,26	5,58	33,53	5,90
No reportado	52,47	20,99	316,46	11,60	934,58	56,07		7.000,00						
Total General	49,88	7,73	40,52	6,34	59,55	7,35	73,02	8,24	43,75	6,80	42,94	5,67	36,16	5,95

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 - 2015. Reportes 30 y 33.

Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia

Llama la atención que los centros poblados del departamento concentran la mayor razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en los dos años con información disponible, superando a las áreas rurales dispersas, que presenta fluctuación en las razones de mortalidad en el periodo de tiempo 2009-2015, además, el último año registra mayor cifra que el año 2014. La tasa de mortalidad neonatal registró mayores cifras en los centros poblados en los años 2009 y 2012, sin embargo, con respecto al 2009, en el 2015 se evidencia disminución en todas las áreas de residencia, pero son tasas más elevadas que el año anterior. Ver tabla 49.





Tabla 49. Razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por área de residencia

Razón de mortalidad materna RMM y la Tasa de mortalidad neonatal TMN por área de residencia. Cundinamarca 2009-2015

Área geográfica	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	RMM	TMN	RMM	TMN	RMM	TMN	RMM	TMN	RMM	TMN	RMM	TMN	RMM	TMN
Cabecera	39,75	6,80	29,43	5,67	48,55	7,59	72,42	8,43	50,29	6,41	36,31	5,73	49,05	5,81
Centro poblado	263,85	10,55		2,50	126,66	5,07		14,80		7,28		2,38		5,31
Área rural dispersa	44,19	9,83	45,92	9,07	75,12	7,19	83,79	6,91	31,72	7,61	53,73	5,70		6,44
Sin información		8,24	663,72	2,21							100.000,00	1000		
Total general	49,88	7,73	40,52	6,34	59,55	7,35	73,02	8,24	43,75	6,80	42,94	5,67	36,16	5,95

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 - 2015. Reportes 29 y 32.



[f/CundinamarcaGob](https://www.facebook.com/CundinamarcaGob)
[@CundinamarcaGob](https://www.twitter.com/CundinamarcaGob)
www.cundinamarca.gov.co



2.1.5 Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil

Tabla 50. Priorización de la mortalidad general por grandes causas

Mortalidad	Gran Causa Priorización	COLOMBIA Año 2015	CUNDINAMARCA Año 2015	Tendencia departamento 2005 a 2015	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*por tasas ajustadas	1. Enfermedades del Sistema Circulatorio	153,88	170,61	Disminución	001
	2. Las demas causas	122,13	129,26	Estable	000
	3. Neoplasias	93,2	84,66	Estable	007
	4. Causas externas	58,31	45,10	Disminución	012
	5. Enfermedades transmisibles	33,16	26,41	Estable	009
	6. Signos y síntomas mal definidos	8,37	10,79	Disminución	
	7. Afecciones periodo perinatal	7,82	6,55	Disminución	008
General por grandes causas*por % de AVPP	1. Las demas causas	21,74	54.236	Estable	000
	2. Enfermedades del Sistema Circulatorio	18,29	51.020	Aumento	001
	3. Causas externas	26,09	50.063	Disminución	012
	4. Neoplasias	17,41	40.016	Aumento	007
	5. Afecciones periodo perinatal	6,65	14.485	Disminución	008
	6. Enfermedades transmisibles	7,82	12.189	Disminución	009
	7. Signos y síntomas mal definidos	2	7.930	Estable	
General por grandes causas*por tasas ajustadas de AVPP	1. Las demás causas	2140,52	2.067,01	Disminución	000
	2. Enfermedades sistema circulatorio	1844,87	1.984,17	Disminución	001
	3. Causas externas	2474,82	1.854,63	Disminución	012
	4. Neoplasias	1733,71	1.549,59	Estable	007
	5. Afecciones periodo perinatal	631,33	530,35	Disminución	008
	6. Enfermedades transmisibles	765,16	468,98	Disminución	009
	7. Signos y síntomas mal definidos	194,78	295,35	Disminución	

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad, Porcentaje AVPP, Tasa ajustada de AVPP. Colombia y Cundinamarca.



[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov) [@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Mortalidad específica por subgrupo

Tabla 51. Priorización de la mortalidad específica por subgrupo.

Causa	Subcausa	COLOMBIA Año 2015	CUNDINAMARCA Año 2015	Tendencia departamento 2005 a 2015	Grupos de Riesgo (MIAS)
100 - Enfermedades Transmisibles	108 - Infecciones respiratorias agudas	19,21	17,03	Disminución	009
	107 - Enfermedad por el VIH (SIDA)	5,21	2,27	Disminución	009
	106 - Septocemia, excepto la neonatal	2,16	1,93	Disminución	009
	102 - Tuberculosis	2,07	1,65	Disminución	009
	109 - Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,34	1,16	Disminución	009
	101 - Enfermedades infecciosas intestinales	1,44	0,89	Estable	009
	103 - Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,97	0,87	Estable	009
	105 - Meningitis	0,61	0,50	Disminución	009
	104 - Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,15	0,12	Estable	009
200 - Neoplasias	201 - Tumor Maligno del estómago	11,22	13,81	Disminución	007
	214 - Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	12,57	12,85	Estable	007
	203 - Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estomago y colon	13,94	11,81	Estable	007
	210 - Tumor maligno de la próstata	14,82	10,84	Estable	007
	206 - Tumor maligno de la mama de la mujer	11,54	9,87	Estable	007
	204 - Tumor maligno de la traquea, los bronquios y el pulmón	10,24	6,97	Disminución	007
	215 - Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	6,87	6,87	Aumento	007
	202 - Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	5,94	6,00	Aumento	007
	207 - Tumor maligno del cuello del útero	1,16	4,81	Disminución	007
	211 - Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	5,09	4,25	Estable	007
	213 - Tumos maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	4,61	3,75	Estable	007
	212 - Leucemia	3,98	3,51	Estable	007
	209 - Tumor maligno del útero, parte no especificada	1,12	1,36	Estable	007
	208 - Tumor maligno del cuerpo del útero	1,16	1,03	Aumento	007
	205 - Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,31	0,92	Estable	007



Causa	Subcausa	COLOMBIA Año 2015	CUNDINAMARCA Año2015	Tendencia departamento 2005 a 2015	Grupos de Riesgo (MIAS)
300 - Enfermedades del sistema circulatorio	303 - Enfermedades isquémicas del corazón	79,77	94,75	Estable	001
	307 - Enfermedades cerebrovasculares	33,29	31,78	Disminución	001
	302 - Enfermedades hipertensivas	19,22	19,54	Aumento	001
	304 - Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	10,89	12,49	Disminución	001
	309 - Las demás enfermedades del sistema circulatorio	5,58	6,06	Estable	001
	306 - Insuficiencia cardiaca	4,92	5,81	Disminución	001
	301 - Fiebre reumatica aguda y enfermedades cardiacas reumaticas crónicas	0,11	0,12	Estable	001
	308 - Aterosclerosis	0,10	0,07	Disminución	001
	305 - Paro cardiaco				001
400 - Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	404 - Trastornos respiratorios especificos del periodo perinatal	3,23	2,56	Disminución	008
	406 - Resto de ciertas afecciones originadas en el periodod perinatal	1,79	2,20	Estable	008
	402 - Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0,70	0,70	Estable	008
	401 - Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,34	0,59	Estable	008
	405- Sépsis bacteriana del recién nacido	1,35	0,40	Disminución	008
	403 - Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,40	0,11	Estable	008





Causa	Subcausa	COLOMBIA Año 2015	CUNDINAMARCA Año 2015	Tendencia departamento 2005 a 2015	Grupos de Riesgo (MIAS)
500 - Causas Externa	501 - Accidentes de transporte terrestre	15,14	14,68	Disminución	012
	512 - Agresiones (homicidios)	25,25	13,66	Disminución	012
	511 - Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	4,84	4,58	Estable	012
	513 - Eventos de intención no determinada	3,76	4,22	Disminución	012
	503 - Caídas	2,81	2,51	Disminución	012
	510 - Los demás accidentes	2,44	2,37	Estable	012
	505 - Ahogamiento y sumersion accidentales	1,56	1,18	Disminución	012
	506 - Accidentes que obstruyen la respiración	0,88	0,80	Disminución	012
	507 - Exposición a la corriente eléctrica	0,41	0,40	Disminución	012
	502 - Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,19	0,27	Estable	012
	509 - Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,28	0,15	Disminución	012
	514 - Las demás causas externas	0,42	0,12	Disminución	012
	508 - Exposición al humo, fuego y llamas	0,23	0,12	Disminución	012
	504 - Accidentes por disparo de arma de fuego	0,11	0,04	Disminución	012
600 - Todas las demás enfermedades	605 - Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	29,63	36,59	Estable	002
	609 - Resto de enfermedades del sistema digestivo	13,92	16,01	Disminución	002
	601 - Diabetes mellitus	16,62	15,61	Estable	002
	610 - Enfermedades del sistema urinario	15,15	14,92	Estable	002
	614 - Resto de enfermedades	10,56	10,22	Estable	002
	606 - Resto de enfermedades del sistema respiratorio	7,93	8,56	Estable	002
	604 - Enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis	7,52	7,37	Estable	002
	613 - Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,05	5,19	Disminución	002
	608 - Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	5,58	5,10	Estable	002
	607 - Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	3,58	4,24	Aumento	002
	602 - Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	3,65	2,94	Disminución	002
	603 - Trastornos mentales y del comportamiento	1,32	1,03	Aumento	002
700 - Signos, síntomas y afecciones mal definidas	611 - Hiperplasia de la próstata	0,65	0,75	Estable	002
	612 - Embarazo, parto y puerperio	0,97	0,74	Disminución	002
	701 - Signos, síntomas y afecciones mal definidas	8,37	10,79	Aumento	

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Reporte Caracterización. Tasa Ajustada de Mortalidad por Municipio: Todos y Cundinamarca.





Mortalidad materno infantil

Tabla 52. Priorización de la mortalidad materno-infantil.

Mortalidad	Grandes grupos	COLOMBIA Año 2015	CUNDINAMARCA Año 2015	Tendencia departamento 2005 a 2015	Grupos de Riesgo (MIAS)	
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,32	4,87	Disminución	008	
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,89	2,78	Disminución	008	
	Enfermedades del sistema respiratorio	0,75	0,70	Disminución	000	
	Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,25	0,45	Disminución	000	
	Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,18	0,25	Disminución	000	
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,32	0,19	Disminución	009	
	Menor de 1 año	Enfermedades del sistema nervioso	0,17	0,19	Disminución	016
		Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,04	0,08	Disminución	000
		Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,32	0,08	Disminución	003
		Enfermedades del sistema circulatorio	0,12	0,08	Disminución	001
Tumores (neoplasias)		0,05	0,03	Estable	007	
Enfermedades del sistema digestivo		0,1	0,03	Disminución	000	
Enfermedades del sistema genitourinario		0,04		Estable	000	
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño		Causas externas de morbilidad y mortalidad	9,19	8,28	Disminución	000
		Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,9	6,73	Aumento	008
		Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,29	4,66	Disminución	000
	Tumores (neoplasias)	4,03	3,62	Estable	007	
	Enfermedades del sistema nervioso	3,89	2,59	Estable	016	
	Enfermedades del sistema respiratorio	5,89	2,59	Disminución	000	
	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,61	1,55	Aumento	008	
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,74	1,04	Aumento	003	
	Menor de 1 a 4 años	Enfermedades del sistema circulatorio	1,68	1,04	Disminución	001
		Enfermedades del sistema digestivo	1,33	1,04	Disminución	000
Enfermedades del sistema genitourinario		0,55	1,04	Estable	000	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias		4,06	0,52	Disminución	009	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		0,87	0,52	Disminución	000	
Todas las demás enfermedades		0,32		Estable	000	



Mortalidad	Grandes grupos	COLOMBIA Año 2015	CUNDINAMARCA Año 2015	Tendencia departamento 2005 a 2015	Grupos de Riesgo (MIAS)
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño Menor de 5 años	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,15	73,56	Disminución	008
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	48,18	46,70	Disminución	008
	Enfermedades del sistema respiratorio	16,24	12,40	Disminución	000
	Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	7,72	10,33	Disminución	000
	Causas externas de morbilidad y mortalidad	10,04	10,33	Disminución	000
	Enfermedades del sistema nervioso	5,74	4,96	Disminución	016
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8,15	3,31	Disminución	009
	Tumores (neoplasias)	4	3,31	Estable	007
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	7,91	2,07	Disminución	003
	Enfermedades del sistema circulatorio	3,1	2,07	Disminución	001
	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,27	1,65	Disminución	000
	Enfermedades del sistema digestivo	2,66	1,24	Disminución	000
	Enfermedades del sistema genitourinario	1,09	0,83	Estable	000
	Todas las demás enfermedades	0,62		Estable	000
Indicadores mortalidad materno- infantil	Razón de mortalidad materna	53,71	36,16	Disminución	
	Tasa de mortalidad en la niñez	13,23	11,63	Disminución	
	Tasa de mortalidad infantil	10,96	9,74	Disminución	
	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	13,17	8,27	Disminución	
	Tasa de mortalidad neonatal	7,01	5,95	Disminución	
	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,83	1,65	Disminución	
	Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,29	0,83	Disminución	

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa de mortalidad infantil por grupos lista niñez. Reportes 4, 5 y 6. Total





A continuación, se hace referencia al comportamiento de la mortalidad que a nivel mundial registra la Organización Mundial de la Salud.

Las 10 principales causas de defunción en el mundo. OMS

Según nota descriptiva de la OMS de enero de 2017, de los 56,4 millones de defunciones registradas en el mundo en 2015, más de la mitad (el 54%) fueron consecuencia de las 10 causas que se indican a continuación. Las principales causas de mortalidad en el mundo son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, que ocasionaron 15 millones de defunciones en 2015 y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causó 3,2 millones de fallecimientos en 2015, mientras que el cáncer de pulmón, junto con los de tráquea y de bronquios, se llevó la vida de 1,7 millones de personas. La cifra de muertes por diabetes, que era inferior a un millón en 2000, alcanzó los 1,6 millones en 2015. Las muertes atribuibles a la demencia se duplicaron con creces entre 2000 y 2015, y esta enfermedad se convirtió en la séptima causa de muerte en el mundo en 2015.

Las infecciones de las vías respiratorias inferiores continúan siendo la enfermedad transmisible más letal; en 2015 causaron 3,2 millones de defunciones en todo el mundo. La tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas, que se redujo a la mitad entre 2000 y 2015, fue de 1,4 millones de muertes en 2015. También han disminuido las muertes por tuberculosis durante el mismo periodo, pero esta enfermedad continúa siendo una de las 10 principales causas de muerte, con 1,4 millones de fallecimientos. En cambio, la infección por el VIH/sida ya no figura entre las 10 primeras causas; si, en 2015, fallecieron 1,1 millones de personas por esta causa, en 2000 esta cifra se redujo hasta los 1,5 millones.

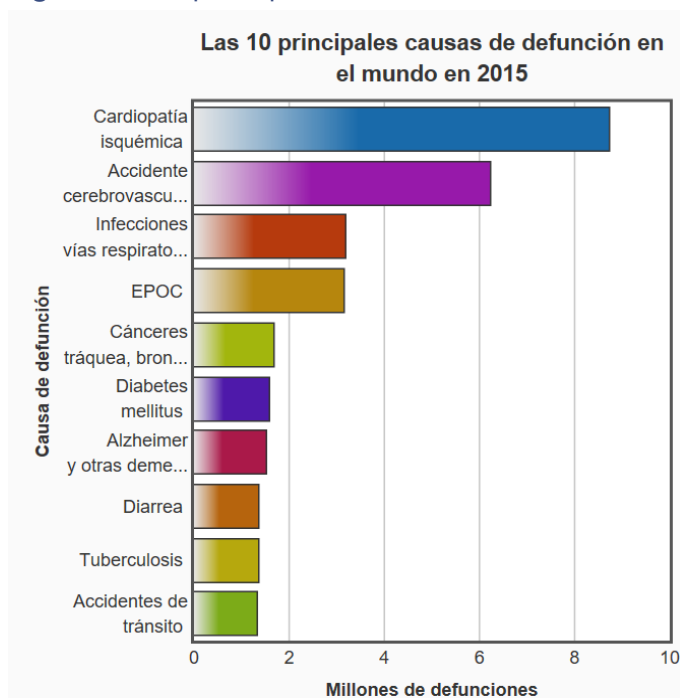
Los accidentes de tránsito se cobraron 1,3 millones de vidas en 2015; tres cuartas partes de las víctimas (el 76%) fueron varones.³⁷

³⁷ OMS. Centro de prensa. Las 10 principales causas de defunción en el mundo. Nota descriptiva de enero de 2017.

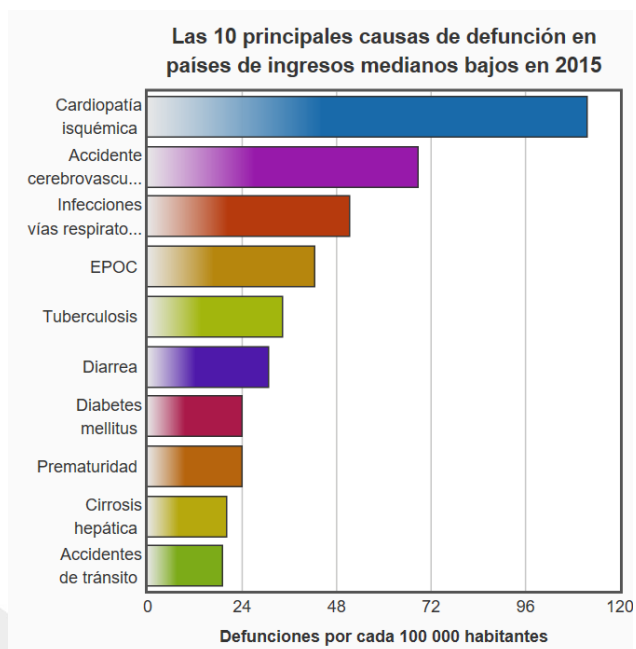




Figura 50. 10 principales causas de defunción en el mundo 2015. OMS



Fuente: Tomado de página de la OMS. Centro de prensa. Las 10 principales causas de defunción en el mundo 2015. Figura 51. 10 principales causas de defunción en los países de ingresos medianos bajos en 2015.





Fuente: Tomado de página de la OMS. Centro de prensa. Las 10 principales causas de defunción en el mundo 2015.

Conclusiones del capítulo de mortalidad

Del total de muertes ocurridas en Cundinamarca en el 2015, el 38% (4.638 muertes) sucedió sólo en el quinquenio de los 80 años y más, mientras que el 36% ocurrió entre los 60 y 79 años (4.437 muertes), es decir el 74% se presenta en las personas mayores de 60 años. 1.124 muertes ocurren entre los 50 y 59 años (9%). Las muertes infantiles (0 a antes de 1 año) representaron el 3% del total con 350 fallecimientos. Ver figura 13.

En números absolutos los quinquenios que menos carga de mortalidad presentan son el de 5 a 9 años con 43 muertes, de 10 a 14 años con 52 muertes, de 1 a 4 años con 68 muertes. En las edades entre los 15 y 49 años ocurrieron 1.628 fallecimientos que representan el 13% sobre el total de muertes ocurridas en el año 2015 en el departamento de Cundinamarca.

Las tendencias de la mortalidad, morbilidad y comportamiento demográficos no cambian substancialmente de un año al otro en una población humana, a menos que suceda un desastre natural, una epidemia o una guerra, sin embargo, los niveles si pueden aumentar o disminuir de forma paulatina. Por lo anterior la utilización de datos que se distancien uno o dos años no afecta el análisis en conjunto de la situación en salud de una población.

En cuanto a la mortalidad general en la población Cundinamarquesa, el riesgo de morir se ha mantenido estable, dado que coincidentemente en el inicio y final del periodo, 2005-2015, la tasa se mantiene en 4,61 muertes por cada 100.000 habitantes, adicionalmente las cifras han permanecido entre cuatro y cinco.

En la estandarización de tasa por grandes causas las primeras cinco causas son: **Enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas, las neoplasias, las causas externas y las enfermedades transmisibles.**

De la mortalidad por **enfermedades del sistema circulatorio**, las que más causan muertes por cada 100.000 habitantes son *las enfermedades isquémicas del corazón*





(94,75), *cerebrovasculares* (31,78) con similares tasas en hombres y mujeres, le siguen las *enfermedades hipertensivas* (19,54) en hombres con tasa superior 21,95 a la de las mujeres 17,38, observándose que es la mortalidad por esta causa la que muestra una tendencia ascendente; y *enfermedad cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón* (12,49). De las enfermedades isquémicas del corazón son los hombres quienes presentan mayor riesgo de morir por esta causa con una tasa de 116,78 mientras que en las mujeres 79,53 casos por 100.000 habitantes.

Las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes por las **demás enfermedades** que más se presentan, son las crónicas de las vías respiratorias inferiores (36,59), resto de enfermedades del sistema digestivo (16,01) diabetes mellitus (15,61), y enfermedades del sistema urinario (14,92), de estas, la única que decrece en su comportamiento es el resto de enfermedades del sistema digestivo, en las otras la tendencia se mantiene. En este grupo de causas, los trastornos mentales y del comportamiento, pese a que su tasa de mortalidad es baja de 1,03 casos por 100.000 habitantes, la tendencia en el periodo analizado es creciente.

De las neoplasias, por el que más riesgo de morir tuvo la población cundinamarquesa en el 2015 fue el tumor maligno de estómago (primera causa en hombres y la tercera en mujeres) con una tasa de 13,81 por 1000.000 habitantes, seguido de los tumores malignos de otras localizaciones y las no especificadas, (segunda causa en hombres y primera en mujeres), tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (tercera causa en hombres y segunda en mujeres); con tasas de 10,84 y 9,87 aparecen el tumor maligno de la próstata (cuarta causa en hombres) y el de la mama de la mujer (quinta causa en mujeres), respectivamente.

Los accidentes de transporte terrestre, con tasas de 23,57 casos de mortalidad por 100.000 habitantes en hombres y 6,02 en mujeres, las agresiones (homicidios) en hombres 24,95 y mujeres 2,46, y las lesiones autoinflingidas (suicidios) en hombres tasa de 7,90 muertes por 100.000 habitantes y 1,33 en mujeres son las mortalidades que más se presentan por causas externas en el total de la población cundinamarquesa.





En las enfermedades transmisibles al revisar por subgrupos de causas son las infecciones respiratorias agudas y la enfermedad por VIH (SIDA) las más incidentes, en hombres es la segunda causa por las enfermedades infecciosas (tasa de 3,70), mientras que en las mujeres es la cuarta con tasas que no alcanzan a 1 muerte por cada 100.000 habitantes; son las prácticas de la sexualidad responsable las condiciones que más posiblemente estén implicadas en relación al VIH y que deben ser en buena medida mitigadas con programas educativos y sensibilización.

Enseguida se muestra las tablas que resumen el comportamiento de las tasas ajustadas de mortalidad por subcausa según sexo y población general en Cundinamarca año 2015.

Tablas de priorización de tasas ajustadas de mortalidad por subcausa, según sexo y población total en Cundinamarca 2015.





Tabla 53. Priorización de mortalidad en hombres. Cundinamarca 2015

Mortalidad ajustada por Subcausa en hombres	Tasa x 100.000	Mortalidad ajustada por Subcausa en hombres	Tasa x 100.000
1. Enfermedades isquémicas del corazón	116,78	12. Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	14,50
2. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	44,04	13. Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	14,30
3. Enfermedades cerebrovasculares	33,35	14. Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	13,48
4. Agresiones (homicidios)	24,95	15. Tumor maligno de la próstata	10,84
5. Accidentes de transporte terrestre	23,57	16. Resto de enfermedades del sistema respiratorio	9,85
6. Infecciones respiratorias agudas	22,10	17. Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	9,51
7. Enfermedades hipertensivas	21,95	18. Resto de las enfermedades	8,98
8. Resto de enfermedades del sistema digestivo	20,05	19. Las demás enfermedades del sistema circulatorio	8,54
9. Tumor maligno del estómago	19,33	20. Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	8,18
10. Enfermedades del sistema urinario	17,61	21. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	7,90
11. Diabetes mellitus	15,89	22. Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	7,84

Tabla 54. Priorización de mortalidad en mujeres. Cundinamarca 2015





Mortalidad ajustada por Subcausa en mujeres	Tasa x 100.000	Mortalidad ajustada por Subcausa en mujeres	Tasa x 100.000
1. Enfermedades isquémicas del corazón	75,93	12. Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	10,26
2. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	30,58	13. Tumor maligno de la mama de la mujer	9,87
3. Enfermedades cerebrovasculares	30,24	14. Tumor maligno del estómago	8,97
4. Enfermedades hipertensivas	17,38	15. Resto de enfermedades del sistema respiratorio	7,46
5. Diabetes mellitus	15,18	16. Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	6,78
6. Resto de enfermedades del sistema digestivo	12,81	17. Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	6,16
7. Enfermedades del sistema urinario	12,77	18. Accidentes de transporte terrestre	6,02
8. Infecciones respiratorias agudas	12,68	19. Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	5,50
9. Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	11,46	20. Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	4,85
10. Resto de las enfermedades	11,32	21. Insuficiencia cardíaca	4,83
11. Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	10,80	22. Tumor maligno del cuello del útero	4,81





Tabla 55. Priorización de mortalidad Total. Cundinamarca 2015

Mortalidad ajustada por Subcausa - Total	Tasa x 100.000	Mortalidad ajustada por Subcausa - Total	Tasa x 100.000
1. Enfermedades isquémicas del corazón	94,75	12. Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	12,85
2. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	36,59	13. Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	12,49
3. Enfermedades cerebrovasculares	31,78	14. Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	11,81
4. Enfermedades hipertensivas	19,54	15. Tumor maligno de la próstata	10,84
5. Infecciones respiratorias agudas	17,03	16. Resto de las enfermedades	10,22
6. Resto de enfermedades del sistema digestivo	16,01	17. Tumor maligno de la mama de la mujer	9,87
7. Diabetes mellitus	15,61	18. Resto de enfermedades del sistema respiratorio	8,56
8. Enfermedades del sistema urinario	14,92	19. Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	7,37
9. Accidentes de transporte terrestre	14,68	20. Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	6,97
10. Tumor maligno del estómago	13,81	21. Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	6,87
11. Agresiones (homicidios)	13,66	22. Las demás enfermedades del sistema circulatorio	6,06



SECSALUD
GOBIERNO REGIONAL DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov) [@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Niñez, menores de un año y menores de 1 a 4 años

La mortalidad en menores de 1 año y menores de 5 años está dada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal los menores entre 1 y 4 años, como primera causa de defunción evidencian las causas externas de morbilidad y mortalidad. Los tres grupos de infancia registran como segunda causa las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. La tercera causa en los menores de 1 año y menores de 5 años se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio, que estarían relacionadas con la prematurez de los recién nacidos y los subsecuentes cuidados iniciales como las precauciones en la trasmisión de las enfermedades por vía aérea en los lugares de residencia, así como en el ambiente externo a este

En las defunciones por causas infecciosas y parasitarias, son las septicemias las de mayor incidencia, seguidos de las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, en el primer subgrupo de causas se puede decir que está relacionado con la atención institucional de niños con alteraciones en el periodo perinatal, en las segundas son los menores de un año los más afectados, posiblemente relacionado con hábitos de alimentación en el proceso de introducción de las alimentación complementaria, el uso de biberón, la no identificación oportuna de los signos de alarma por parte de los cuidadores y la asistencia inoportuna a la atención médica.

En general los incrementos y decrecimientos de las tasas de mortalidad en los menores de cinco años, menores de un año y los de uno a cuatro años están directamente relacionadas con la magnitud de la fecundidad, por ello se puede afirmar que los incrementos están relacionados con la fecundidad postergada, así entonces esta información se debe relacionar con la edad de la madre, la procedencia y la ocupación, para poder identificar comportamientos cíclicos en la natalidad de la población.

También hay que tener en cuenta los procesos migratorios, dado que cuando una población es receptora de personas, cambia sus perfiles epidemiológicos dada la





mezcla de diferentes culturas, hábitos de vida cotidiana, tradiciones, costumbres y creencias, que generan riesgos diferenciales y vulnerabilidades diferenciales por la presencia de determinantes sociales de la salud y por ende cambios en los desenlaces de la salud, como lo es la morbilidad y mortalidad.

En cuanto a los indicadores de mortalidad materno-infantil y la niñez, los indicadores están relacionados con los determinantes sociales proximales, la dinámica social, económica y demográfica de cada municipio, por lo cual el departamento de Cundinamarca adelanta acciones para el fortalecimiento de las políticas públicas que garantizan la accesibilidad al servicio de salud como derecho, la formación de actores sociales y de salud de los municipios en las estrategia IAMI-AIEPI y la capacidad técnica de los profesionales de salud en la atención directa a las mujeres en edad fértil y gestantes, que permiten calificar de manera adecuada los riesgos de las gestantes y de sus hijos por nacer, direccionando de manera adecuada su atención³⁸.

La mortalidad materna está estrechamente relacionada con el desconocimiento para identificar de forma oportuna los signos y síntomas de alarma para buscar ayuda médica, es así como el Instituto Nacional de Salud INS en su informe del año 2013 conceptúa que en el 100% hubo falta de garantía en la información requerida por la madre para reconocer los signos y síntomas de peligro y que no se informó oportunamente a la mujer para que reconociera sus derechos en salud (tenencia y uso del carné, conocimiento de la red de servicios, aseguradoras, conocimiento de requisitos para solicitud de servicios y mecanismos respectivamente, en el 40 % presentaron demora tipo II, siendo las principales causas los inconvenientes económicos para decidir buscar ayuda (60%) y las experiencias negativas previas en los servicios de salud que demoraron la decisión de solicitar atención (50%). Y en la

³⁸ Informe de Gestión, Salud Pública – 2013, Gobernación de Cundinamarca 2013.





demora tipo III se presentó en el 47,4% de los casos, básicamente en la remisión inoportuna (55,6%) y por inaccesibilidad geográfica o por orden público (44,4%)³⁹.

La mortalidad y morbilidad perinatal, neonatal temprana y neonatal tardía, están relacionadas a la cercanía del nacimiento, dado que entre más cerca, más son las causas endógenas como por ejemplo la condiciones congénitas, cromosómicas y del periodo perinatal y entre más alejado inciden más la condiciones exógenas como relacionadas con al condiciones sociales, comportamentales y de acciones de los cuidadores, por ejemplo el embarazo en adolescentes es un riesgo diferencial para la presencia de defunciones, materna, perinatales y neonatales así como las pos neonatales, dada la inmadurez para adoptar responsabilidades para sí misma como para sus hijos, es así como las defunciones maternas y perinatales están más relacionadas con este grupo de edad.

Otra condición que incide en la presencia de mortalidades es la calidad en la atención del embarazo, parto y puerperio, que deben ser realizado por profesionales, preferiblemente médicos dado que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte, sin embargo, este no sería una causa dado los indicadores altos de atención institucional y partos atendidos por profesionales en Cundinamarca. Otros factores como embarazos no deseados, gestación en edades extremas (muy jóvenes o muy adultas), las desigualdades sociales, el acceso a los sistemas de salud y condiciones socioculturales, son determinantes sociales en salud que se deben impactar, mediante un trabajo en conjunto, interdisciplinario e intersectorial en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana de la población materno perinatal.

La mortalidad infantil ha disminuido para el periodo de 2005 a 2015, la cual está relacionada con la atención de la población menor de un año y el énfasis en la atención

³⁹Cuevas, E. Informe final del evento mortalidad materna, Colombia, 2013. Instituto Nacional de Salud



con prelación a los menores de un año, sin embargo aún se siguen presentando defunciones que están relacionadas con las afecciones del periodo perinatal (neumonía y afecciones respiratorias del recién nacido) y causas externas (accidentes por ahogamiento) esencialmente, ante lo cual es importante aclarar que aun con una sola defunción, se debe considerar como injusta.

La mortalidad en la niñez también está por debajo del valor nacional, sin embargo la presencia aun de defunciones es una situación que amerita seguir realizando acciones para mitigar o eliminar las muertes en menores de cinco años, para lo cual se debe tener en cuenta que las causas más incidentes son las afecciones originadas en el periodo perinatal, las malformaciones congénitas, las enfermedades del sistema respiratorio, los signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, y las causas externas, esta distribución es congruentes con el comportamiento de países en vías de desarrollo. Para las primeras causas la atención oportuna y adecuada del embarazo, parto y puerperio son la clave para su disminución, las segundas causa – malformaciones congénitas – son de difícil manejo dado que están relacionadas con fallas en el diseño biológico de los niños(as), pero con una identificación oportuna, muchas de ellas se pueden intervenir, para las del sistema respiratorio son las precauciones en la trasmisión de las enfermedades por vía aérea en los lugares de residencia así como en el ambiente externo a este, cuidados en los primeros años de vida, para las causas externas, la maternidad es la clave para la disminución de estas. La mortalidad por infección respiratoria aguda en los menores de cinco años, tiene como causas principales la neumonía, la dificultad respiratoria del recién nacido y otras enfermedades agudas respiratorias, estas causas están estrechamente relacionadas con las costumbre, tradiciones y creencias en los cuidados del recién nacido, dado que en muchas de estas defunciones no hay manejo preventivo para evitar la trasmisión de enfermedades que se diseminan por el aire, siendo el vehículo más frecuente para la trasmisión los familiares del recién nacido, adjunto a esto está también el no reconocimiento oportuno de los signos y síntomas de alarma por parte de los cuidadores.





En cuanto a las diferencias marcadas de la mortalidad materna y neonatal, entre población indígena y afrodescendiente con el resto de etnias, identifica las desigualdades, a las cuales se les debe prestar mayor atención para identificar sus causas e implementar políticas de atención a estas poblaciones teniendo en cuenta el enfoque diferencial, especialmente por su cultura.

En cuanto a la distribución según el área de residencia, se identificó que para la mortalidad materna y neonatal el mayor impacto se presenta en las áreas rurales dispersas. Situación que se relaciona a la accesibilidad hacia la información en salud, así como el acceso a los servicios de salud.

2.2 Análisis de la morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, la cual permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas y termina con las condiciones mal clasificadas.

Para ampliar interpretación se utilizarán figuras y tablas por ciclo vital, donde la figura pondera el peso que tiene cada uno de los grupos por ciclo vital y la tabla muestra la proporción año a año de cada una de las atenciones por grandes causas, dejando ver la diferencia absoluta entre los años 2015 y el 2016.

2.2.1 Principales causas de morbilidad

Morbilidad atendida por grandes causas por ciclo vital general





Primera Infancia (0 a 5 años)

Total de atenciones: 352.128 que corresponden al 8% del total de atenciones en el 2016 en todos los ciclos vitales. Las enfermedades no transmisibles y las condiciones transmisibles y nutricionales fueron las grandes causas que más atenciones tuvo este ciclo vital en ambos sexos.

Infancia (de 6 a 11 años)

Total de atenciones: 282.203 que corresponden al 6% del total de atenciones en el 2016 en todos los ciclos vitales. Las enfermedades no transmisibles y las condiciones transmisibles y nutricionales fueron las más atendidas.

Adolescencia (12 a 18 años)

Total de atenciones: 288.850 que corresponden al 6% del total de atenciones en el 2016 en todos los ciclos vitales. Las enfermedades no transmisibles y las condiciones mal clasificadas fueron las más atendidas.

Juventud (14 a 26 años)

Total de atenciones: 693.140 que corresponden al 16% del total de atenciones en el 2016 en todos los ciclos vitales. Las enfermedades no transmisibles y las condiciones mal clasificadas fueron las más atendidas.

Adulthood (27 a 59 años)

Total de atenciones: 1.806.375 que corresponden al 40% del total de atenciones en el 2016 en todos los ciclos vitales. Las enfermedades no transmisibles y las condiciones mal clasificadas fueron las más atendidas.

Mayores de 60 años

Total de atenciones: 1.043.301 que corresponden al 23% del total de atenciones en el 2016 en todos los ciclos vitales. Las enfermedades no transmisibles y las condiciones mal clasificadas fueron las más atendidas.

Como se puede observar, las enfermedades no transmisibles en el 2016 son el grupo de enfermedades que más atenciones ocasionó en todos los ciclos vitales. En los ciclos





primera infancia e infancia le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales, mientras que a partir de la adolescencia hasta los mayores de 60 años son las condiciones mal clasificadas la segunda causa de atención en los cundinamarqueses durante el año 2016.





Tabla 56. Morbilidad según grandes causas por ciclo vital. Población total o general

Morbilidad según grandes causas. Población total. Cundinamarca 2016										
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Primera infancia (0 - 5 años)	Enfermedades no transmisibles	35,83	36,12	29,83	33,96	39,46	42,13	41,50	42,91	1,41
	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,02	38,17	39,39	38,90	36,33	36,66	34,78	35,47	0,69
	Condiciones mal clasificadas	15,72	19,34	23,84	20,10	17,22	13,79	14,24	14,37	0,13
	Lesiones	4,15	3,65	4,21	4,47	4,60	4,32	4,76	5,41	0,65
	Condiciones perinatales	2,27	2,71	2,73	2,57	2,39	3,09	4,72	1,84	-2,89
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades no transmisibles	52,70	52,27	53,65	58,41	59,54	60,90	58,47	56,73	-1,75
	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,82	23,77	21,57	20,03	18,42	19,21	19,71	21,65	1,94
	Condiciones mal clasificadas	15,55	18,47	19,22	16,42	16,51	14,41	15,35	14,61	-0,74
	Lesiones	4,84	5,37	5,49	5,02	5,46	5,33	5,84	6,31	0,47
	Condiciones maternas	0,10	0,12	0,07	0,11	0,06	0,15	0,62	0,70	0,07
Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades no transmisibles	57,67	56,81	58,05	60,48	59,96	61,66	60,00	59,57	-0,42
	Condiciones mal clasificadas	17,18	19,42	20,06	17,79	18,37	16,81	17,64	17,65	0,01
	Condiciones transmisibles y nutricionales	17,20	15,29	13,39	12,44	11,40	11,36	11,33	11,19	-0,14
	Lesiones	5,40	6,06	6,49	6,29	7,55	7,13	7,78	8,49	0,71
	Condiciones maternas	2,56	2,42	2,02	3,01	2,73	3,05	3,26	3,10	-0,16
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades no transmisibles	56,95	56,78	56,51	59,35	57,68	58,82	55,66	55,64	-0,01
	Condiciones mal clasificadas	16,62	18,56	19,96	16,94	17,60	15,78	17,29	17,23	-0,05
	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,26	14,05	13,11	12,17	12,04	11,86	12,12	12,14	0,02
	Lesiones	5,77	5,88	6,44	6,43	7,88	8,14	9,20	9,30	0,10
	Condiciones maternas	5,41	4,74	3,98	5,11	4,80	5,40	5,73	5,68	-0,05
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades no transmisibles	77,15	68,95	68,98	72,29	71,73	72,72	70,07	70,88	0,81
	Condiciones mal clasificadas	10,00	15,27	15,21	12,77	12,60	11,08	12,39	11,92	-0,47
	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,93	9,81	9,40	8,67	8,39	8,39	9,05	8,60	-0,46
	Lesiones	3,76	4,63	5,21	5,02	6,06	6,48	6,97	7,16	0,19
	Condiciones maternas	1,17	1,33	1,21	1,25	1,23	1,33	1,51	1,44	-0,07
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Enfermedades no transmisibles	87,89	79,76	78,95	81,54	82,00	83,24	82,29	81,36	-0,94
	Condiciones mal clasificadas	6,41	11,99	12,09	10,32	9,87	8,60	9,19	8,78	-0,41
	Lesiones	2,13	3,16	3,86	3,57	3,89	3,93	3,86	5,48	1,62
	Condiciones transmisibles y nutricionales	3,55	5,05	5,10	4,55	4,24	4,21	4,66	4,39	-0,27
	Condiciones maternas	0,01	0,03	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	-0,01

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad Grandes Causas por Sexo y Edad. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017





Tabla 57. Morbilidad según grandes causas por ciclo vital en hombres.

Morbilidad según grandes causas en hombres. Cundinamarca 2016										
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Primera infancia (0 - 5 años)	Enfermedades no transmisibles	34,81	35,62	28,97	33,24	38,93	41,45	40,85	42,54	1,70
	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,35	38,51	39,82	39,18	36,64	37,04	35,09	35,77	0,68
	Condiciones mal clasificadas	15,93	19,15	23,71	19,86	16,97	13,56	13,95	13,99	0,04
	Lesiones	4,46	3,95	4,53	4,90	4,96	4,65	5,15	5,78	0,63
	Condiciones perinatales	2,45	2,76	2,97	2,82	2,50	3,29	4,97	1,91	-3,05
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades no transmisibles	52,45	52,35	53,85	58,51	59,70	61,15	58,78	56,68	-2,09
	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,72	23,48	21,35	19,89	18,01	18,80	19,13	21,71	2,58
	Condiciones mal clasificadas	15,03	17,72	18,29	15,64	15,85	13,69	14,76	13,71	-1,06
	Lesiones	5,71	6,34	6,43	5,87	6,36	6,20	6,70	7,23	0,53
	Condiciones maternas	0,09	0,11	0,08	0,10	0,06	0,17	0,63	0,67	0,04
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades no transmisibles	56,70	55,69	57,50	60,35	60,38	61,98	60,47	60,11	-0,36
	Condiciones mal clasificadas	16,14	18,27	18,40	16,32	16,19	14,85	15,26	15,03	-0,22
	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,19	16,88	14,48	13,82	12,67	12,86	12,61	12,48	-0,13
	Lesiones	7,91	9,11	9,60	9,48	10,72	10,26	11,44	12,14	0,70
	Condiciones maternas	0,05	0,06	0,01	0,04	0,03	0,05	0,22	0,24	0,01
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades no transmisibles	56,78	55,86	55,89	59,30	58,56	59,46	55,91	56,04	0,13
	Lesiones	9,86	10,91	11,49	11,39	12,59	13,80	16,13	16,24	0,10
	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,36	16,70	15,17	14,37	14,44	13,88	14,22	14,43	0,21
	Condiciones mal clasificadas	14,96	16,46	17,42	14,90	14,39	12,82	13,60	13,10	-0,50
	Condiciones maternas	0,03	0,07	0,03	0,03	0,03	0,04	0,14	0,19	0,05
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades no transmisibles	68,32	66,56	66,51	70,30	69,84	70,64	67,56	67,90	0,34
	Lesiones	7,97	8,08	8,79	8,09	8,99	10,02	11,29	11,65	0,36
	Condiciones mal clasificadas	12,30	14,41	14,29	11,95	11,59	10,01	10,96	10,51	-0,45
	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,39	10,93	10,40	9,66	9,58	9,33	10,17	9,90	-0,28
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,02	0,05	0,03
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Enfermedades no transmisibles	91,26	78,97	78,44	80,39	81,04	82,68	81,28	80,41	-0,87
	Condiciones mal clasificadas	4,72	12,50	12,56	11,16	10,53	9,03	9,85	9,50	-0,36
	Lesiones	1,59	3,42	4,09	3,86	4,19	4,13	4,26	5,72	1,46
	Condiciones transmisibles y nutricionales	2,43	5,10	4,91	4,60	4,24	4,16	4,60	4,37	-0,23
	Condiciones maternas	0,00	0,02	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad Grandes Causas por Sexo y Edad. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017

Tabla 58. Morbilidad según grandes causas por ciclo vital en mujeres





Morbilidad según grandes causas en mujeres. Cundinamarca 2016

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	41,65	37,78	38,91	38,59	36,00	37,02	37,02	42,02	5,00
	Enfermedades no transmisibles	36,98	36,68	30,79	34,76	40,05	38,78	38,78	35,83	-2,95
	Condiciones mal clasificadas	15,50	19,55	23,97	20,37	17,50	17,39	17,39	15,72	-1,67
	Lesiones	3,81	3,32	3,85	3,99	4,20	4,10	4,10	4,15	0,05
	Condiciones perinatales	2,07	2,67	2,47	2,29	2,25	2,71	2,71	2,27	-0,43
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades no transmisibles	52,94	52,19	53,46	58,31	59,38	60,64	58,16	56,77	-1,38
	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,91	24,06	21,79	20,19	18,86	19,64	20,32	21,60	1,27
	Condiciones mal clasificadas	16,05	19,24	20,18	17,22	17,20	15,18	15,97	15,56	-0,41
	Lesiones	3,98	4,37	4,50	4,16	4,51	4,41	4,94	5,34	0,41
	Condiciones maternas	0,12	0,13	0,07	0,12	0,06	0,13	0,61	0,72	0,11
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,83	14,17	12,59	11,47	10,52	10,27	10,43	10,26	-0,17
	Condiciones maternas	4,28	4,09	3,47	5,08	4,59	5,20	5,38	5,15	-0,23
	Enfermedades no transmisibles	58,33	57,60	58,45	60,57	59,66	61,43	59,66	59,19	-0,47
	Lesiones	3,66	3,91	4,23	4,07	5,35	4,88	5,22	5,87	0,64
	Condiciones mal clasificadas	17,89	20,23	21,26	18,81	19,88	18,22	19,31	19,53	0,22
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades no transmisibles	57,03	57,25	56,86	59,38	57,22	58,46	55,52	55,43	-0,09
	Condiciones mal clasificadas	17,43	19,63	21,38	18,01	19,30	17,45	19,30	19,45	0,15
	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,72	12,69	11,96	11,01	10,77	10,73	10,97	10,91	-0,06
	Condiciones maternas	8,06	7,12	6,18	7,80	7,33	8,41	8,79	8,63	-0,16
	Lesiones	3,75	3,31	3,62	3,80	5,38	4,94	5,42	5,58	0,15
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades no transmisibles	80,19	70,14	70,26	73,33	72,72	73,85	71,42	72,41	0,99
	Condiciones mal clasificadas	9,21	15,70	15,70	13,20	13,12	11,66	13,17	12,64	-0,53
	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,73	9,26	8,87	8,15	7,76	7,87	8,45	7,94	-0,52
	Lesiones	2,30	2,92	3,34	3,42	4,53	4,56	4,64	4,86	0,22
	Condiciones maternas	1,57	1,98	1,83	1,90	1,87	2,05	2,32	2,15	-0,16
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Enfermedades no transmisibles	83,43	80,28	79,32	82,32	82,66	83,64	83,02	82,01	-1,01
	Condiciones mal clasificadas	8,64	11,66	11,76	9,76	9,41	8,30	8,71	8,28	-0,43
	Lesiones	2,86	3,00	3,69	3,39	3,68	3,79	3,57	5,31	1,74
	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,05	5,02	5,24	4,52	4,24	4,25	4,70	4,40	-0,30
	Condiciones maternas	0,03	0,03	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,00	-0,01

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad Grandes Causas por Sexo y Edad. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017





2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Tabla 59. Morbilidad por Condiciones transmisibles y nutricionales

Condiciones transmisibles y nutricionales. Cundinamarca 2016 (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64).										
Sexo	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Hombres	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	56,72	55,71	56,74	55,42	51,85	52,79	48,55	49,99	1,45
	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	40,18	41,27	40,56	41,85	45,42	44,40	48,62	46,78	-1,84
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	3,11	3,01	2,70	2,73	2,73	2,80	2,83	3,23	0,39
Mujeres	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	56,43	54,75	56,34	54,90	52,04	52,45	48,59	50,14	1,56
	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	39,61	41,37	40,13	41,43	44,39	43,66	47,76	45,95	-1,81
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	3,96	3,87	3,53	3,67	3,57	3,88	3,65	3,91	0,26
Total	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	56,56	55,18	56,52	55,13	51,96	52,61	48,57	50,08	1,51
	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	39,86	41,33	40,32	41,62	44,85	44,00	48,15	46,32	-1,83
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	3,58	3,49	3,16	3,25	3,19	3,39	3,28	3,60	0,32

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad por Sexo, Edad y Municipio-Subgrupo de causa. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017





Tabla 60. Morbilidad por condiciones maternas perinatales.

Condiciones maternas perinatales. Cundinamarca 2016 (000-099, P00-P96)										
Sexo	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Hombres	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	98,83	97,75	98,81	98,06	98,23	98,48	98,75	98,20	-0,55
	Condiciones maternas (000-099)	1,17	2,25	1,19	1,94	1,77	1,52	1,25	1,80	0,55
Sexo	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Mujeres	Condiciones maternas (000-099)	91,78	88,56	90,63	93,24	92,58	91,81	88,11	93,78	5,67
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	8,22	11,44	9,37	6,76	7,42	8,19	11,89	6,22	-5,67
Sexo	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Total	Condiciones maternas (000-099)	84,93	80,28	81,41	86,26	86,10	84,35	77,66	87,60	9,94
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	15,07	19,72	18,59	13,74	13,90	15,65	22,34	12,40	-9,94

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad por Sexo, Edad y Municipio-Subgrupo de causa. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017





Tabla 61. Morbilidad por Enfermedades No transmisibles según sexo.

Enfermedades no transmisibles. Cundinamarca 2016 (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34,										
Sexo	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Hombres	Condiciones orales (K00-K14)	35,05	19,28	20,13	21,70	21,67	22,40	18,79	17,00	-1,79
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	11,71	12,55	11,68	11,46	11,88	11,59	12,53	13,88	1,35
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	11,60	14,84	15,86	14,63	14,08	13,53	13,34	13,29	-0,05
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,43	9,52	8,93	8,54	9,24	9,22	11,10	10,12	-0,98
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,51	6,21	6,73	7,25	6,91	8,01	7,96	8,62	0,67
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	4,40	5,74	5,92	6,24	6,57	6,57	7,00	7,45	0,44
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5,58	7,08	6,80	6,90	6,76	6,54	6,64	6,53	-0,11
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,51	6,79	6,46	6,12	5,85	5,53	5,49	5,37	-0,12
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,39	6,43	6,54	6,09	5,52	5,14	5,26	5,13	-0,12
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,85	4,97	4,84	4,97	4,91	4,63	4,51	4,51	0,00
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,30	2,71	2,33	2,32	2,63	2,56	2,68	3,13	0,45
	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,03	1,61	1,51	1,47	1,57	1,93	2,22	2,51	0,30
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,05	1,44	1,39	1,43	1,48	1,32	1,43	1,43	0,00
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,57	0,82	0,88	0,89	0,93	1,03	1,05	1,03	-0,02

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad por Sexo, Edad y Municipio-Subgrupo de causa. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017





Enfermedades no transmisibles. Cundinamarca 2016

(C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34,

Sexo	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Mujeres	Condiciones orales (K00-K14)	34,05	15,20	16,36	17,93	17,81	18,74	16,04	14,65	-1,40
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12,46	14,14	12,25	11,52	12,35	11,90	13,25	14,48	1,24
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	10,49	14,27	15,60	13,93	13,80	13,44	13,39	13,63	0,24
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10,99	14,11	13,90	12,75	12,48	11,84	11,89	11,76	-0,13
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	5,39	7,31	7,07	6,65	7,57	7,83	9,53	8,73	-0,80
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,48	5,95	6,36	9,43	8,01	8,55	7,26	7,62	0,36
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,92	6,83	6,86	6,90	7,16	6,84	7,04	7,25	0,21
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5,63	7,28	6,75	6,68	6,58	6,33	6,58	6,30	-0,29
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4,04	5,13	5,03	4,64	4,53	4,40	4,38	4,29	-0,09
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,12	3,83	3,96	3,70	3,46	3,29	3,42	3,32	-0,10
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,75	2,15	1,83	1,80	2,05	2,11	2,35	2,70	0,34
	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,85	1,24	1,25	1,26	1,36	1,72	1,75	2,24	0,50
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,91	1,33	1,56	1,61	1,62	1,84	1,86	1,80	-0,06
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,90	1,22	1,24	1,22	1,22	1,16	1,26	1,23	-0,03

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad por Sexo, Edad y Municipio-Subgrupo de causa. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017





Enfermedades no transmisibles. Cundinamarca 2016

(C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34,

Sexo	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Total	Condiciones orales (K00-K14)	34,41	16,69	17,77	19,33	19,26	20,15	17,10	15,53	-1,56
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12,19	13,56	12,03	11,50	12,17	11,78	12,97	14,26	1,28
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	10,89	14,48	15,70	14,19	13,91	13,48	13,37	13,50	0,13
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	8,64	11,06	10,91	10,33	10,26	9,81	10,02	10,14	0,12
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6,12	8,12	7,77	7,35	8,20	8,37	10,13	9,26	-0,88
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,49	6,04	6,50	8,62	7,60	8,34	7,53	8,00	0,47
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5,62	7,21	6,77	6,76	6,65	6,41	6,60	6,38	-0,22
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, F65-F88)	4,54	6,15	6,10	6,18	6,32	5,99	6,07	6,22	0,15
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4,56	5,74	5,57	5,19	5,02	4,84	4,80	4,70	-0,11
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,93	4,78	4,92	4,59	4,23	4,00	4,12	4,00	-0,12
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,95	2,35	2,02	1,99	2,27	2,28	2,48	2,86	0,38
	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,91	1,38	1,34	1,34	1,44	1,80	1,93	2,34	0,42
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,79	1,14	1,30	1,34	1,36	1,53	1,54	1,51	-0,04
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,95	1,30	1,29	1,30	1,32	1,22	1,33	1,31	-0,02

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad por Sexo, Edad y Municipio-Subgrupo de causa. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017



GOBIERNO DE CUNDINAMARCA



@CundinamarcaGov



@CundinamarcaGov

www.cundinamarca.gov.co



Tabla 62. Morbilidad por Lesiones, según sexo.

Lesiones. Cundinamarca 2016 (V01-Y89, S00-T98)										
Sexo	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Hombres	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96,54	96,13	95,53	91,84	85,52	86,60	89,43	90,68	1,25
	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,11	3,37	3,97	7,79	14,12	13,06	10,26	8,90	-1,36
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,25	0,35	0,35	0,30	0,32	0,29	0,26	0,33	0,07
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,10	0,15	0,15	0,07	0,04	0,06	0,05	0,09	0,04
Mujeres	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de	95,92	93,32	92,26	80,94	63,04	68,33	74,08	83,53	9,44
	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,39	5,80	6,98	18,33	36,43	31,04	25,11	15,81	-9,30
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,56	0,74	0,66	0,66	0,50	0,56	0,73	0,63	-0,10
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,12	0,15	0,09	0,07	0,03	0,07	0,08	0,03	-0,04
Total	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96,26	94,94	94,16	87,05	74,88	78,46	82,86	87,44	4,58
	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,24	4,40	5,23	12,42	24,68	21,07	16,62	12,03	-4,59
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,39	0,51	0,48	0,46	0,40	0,41	0,46	0,47	0,00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,11	0,15	0,13	0,07	0,04	0,06	0,06	0,06	0,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad por Sexo, Edad y Municipio-Subgrupo de causa. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017





2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo

- La Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal para el año 2012 en Cundinamarca, presentó la probabilidad de que 50 personas por cada 100.000 habitantes presentaran este evento, fue reportada en cero en los años 2013 y 2014, en el 2015 reporta que 10 personas por cada 100.000 habitantes la presentan. Se reporta en cero el año 2016.
- La Incidencia de VIH notificada en el departamento, durante el año 2014 se reportan 4.630 casos nuevos de VIH por cada 100.000 habitantes, se observó una disminución pasando de 6.300 casos a 4.630 entre el 2013 al 2014 aunque al compararlo con el nivel nacional el departamento tiene un reporte de 60% casos menos que el nacional. Los años 2015 y 2016 no reportan dato.
- La Incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años en el departamento durante el año 2014 reporta 390 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, disminuyéndose en relación con el 2013 que registró 2.360 casos por 100.000 habitantes. Los años 2015 y 2016 no registran dato. Para Colombia, la incidencia bajó del 2,48 en el 2013 al 0,20 en el 2014. Ver tabla 63.





Tabla 63. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo.

Evento	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	Comportamiento										
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.**	0,00	0,00	-	-	-	-	↗	↘	-	↘	-	↗	↘
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados.*	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de VIH notificada*	11,57	4,63	-	-	-	-	-	-	-	-	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mielóide (menores de 15 años)*	0,02	0,00	-	-	↗	↘	↗	-	↘	↗	↘	↘	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)*	0,20	0,39	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	-

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Reporte 5 de incidencias. * Año 2014 Colombia y Cundinamarca.

**Reporte 3 Año 2015 Colombia

**Indicadores CAC 2016 Cundinamarca.

Enfermedad renal Crónica. ERC

En la nomenclatura nefrológica actual, el término Insuficiencia Renal Crónica ha quedado fuera de uso, siendo reemplazado por Enfermedad Renal Crónica (ERC), la cual ha sido reconocida recientemente como un problema de salud pública global, por su carácter epidémico y las complicaciones devastadoras que produce.⁴⁰

La enfermedad renal crónica puede llevar inexorablemente a la muerte del paciente si no se inicia un tratamiento oportuno y adecuado y es abordada por tres tratamientos que indiscutiblemente intervienen en la calidad de vida del paciente: la diálisis

⁴⁰ Flores, J., Alvo, M., Borja, H., Morales, J., Vega, J., Zúñiga, C., y otros. (2009). Enfermedad renal crónica: clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Revista médica de Chile*, 137-177.



peritoneal, procedimiento que se lleva por medio de la membrana interna del peritoneo, la cual recubre la zona abdominal, se encarga de filtrar la sangre removiendo el exceso de agua, desechos y sustancias químicas; la hemodiálisis que se realiza a través de una máquina que se encarga de purificar y filtrar temporalmente la sangre, y por último, el trasplante renal, que es un procedimiento de gran envergadura e involucra un cambio total del estado de salud y de la calidad de vida, es una transferencia de tejidos u órganos (riñón) desde un organismo donante a otro receptor.⁴¹

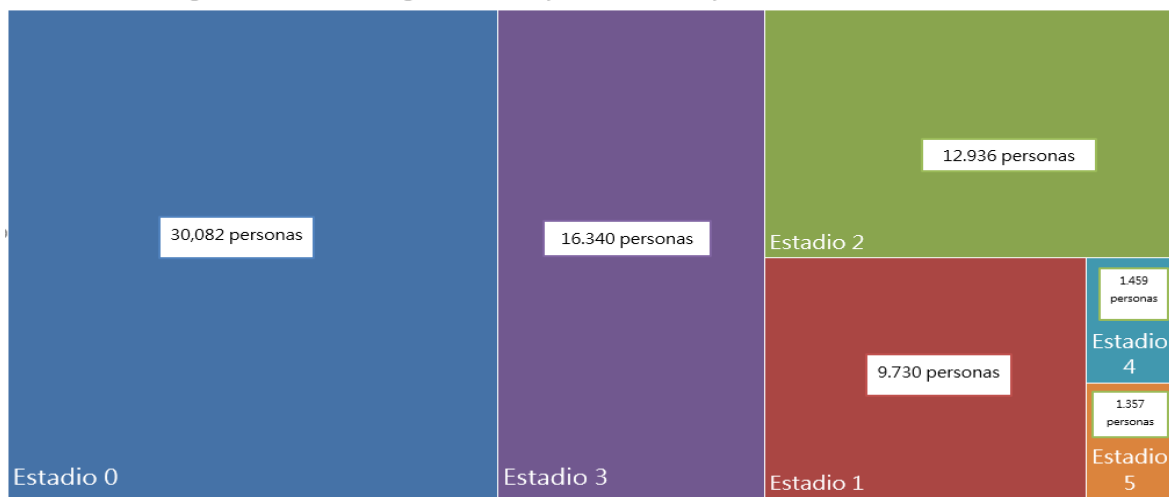
En relación con la progresión de la Enfermedad Renal Crónica ERC en el departamento, se evidencia la importancia de su detección temprana y la implementación de acciones que eviten su progresión a estadios más avanzados dado que los principales precursores de la ERC son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II, aunque se suman otros factores como los síndromes cardiovasculares, la obesidad, la apnea del sueño y la hipoxemia nocturna, entre otros. Ver figura 52.

Figura 52. Progresión de la ERC según estadios. Número de personas.

⁴¹ Pabón, Y., Páez, K., Rodríguez, K., Medina, C., López, M., & Salcedo, L. (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Duazary revista internacional de ciencias de la salud* 12(2), 157-163



Progresión de la ERC segun estadios por número de personas. Cundinamarca 2016



2.2.4 Morbilidad de eventos precursores

De la prevalencia de los eventos precursores del departamento como son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en comparación con la prevalencia de Colombia, se puede definir que no hay diferencias estadísticas, y es preciso anotar que las prevalencias en Cundinamarca son inferiores a las de Colombia.

La diabetes mellitus en el año 2016 una prevalencia de 1,80, es decir que por cada 100 personas existe la probabilidad que 2 personas tengan diagnóstico de diabetes mellitus en el 2016. Si bien la tendencia de la prevalencia desde el año 2011 viene disminuyendo de 2,51 a 1,8, se observa que fluctúa año a año, eso sí sin pasar de 2.

Los municipios de Cundinamarca que presentan prevalencias por encima de 3, son Girardot con el 5% (3.699 casos), 4% Agua de Dios (296 casos), 3% registraron 4 municipios, Guataquí 30 casos, Quebradanegra 84 casos, Nariño 28 casos y Funza con 1. 241 casos. Por número de casos entre 18 y 69 años de diabetes mellitus, es Soacha el municipio que mayormente los presenta con 4.396, con una prevalencia de 2, le sigue Girardot que es el de mayor prevalencia, Chía 1.960 casos y prevalencia de 2.





Según la OMS, la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para padecer y morir como consecuencia de un evento cardiovascular de forma prematura y es la segunda causa de discapacidad en el mundo. También es la principal causante de la enfermedad isquémica cardíaca y del accidente cerebrovascular. Otras complicaciones no menos importantes derivadas del mal control de la presión arterial son la cardiopatía dilatada, la insuficiencia cardíaca y las arritmias.

Entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión. El número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada.

Si bien la hipertensión arterial no es curable, se puede prevenir y tratar para mantener las cifras de presión arterial por debajo de 140/90 mmHg. El adecuado control es una medida costo-efectiva para evitar muertes prematuras. Si se logra tratar a la mitad de la población con hipertensión no controlada, incluyendo aquellos tratados con valores de presión arterial sub-óptimos y aquellos no tratados, en 10 años se podrían prevenir 10 millones de muertes en el mundo debidas a eventos cardiovasculares.⁴²

En Cundinamarca, la hipertensión arterial en el año 2016 con una prevalencia de 6,0 viene aumentando su prevalencia durante los años 2001-2016, empezando en el 2012 desde 4,12. En relación con Colombia, la prevalencia de hipertensión arterial en los habitantes de Cundinamarca es el 8% inferior a la prevalencia nacional. Ver tabla 52

Los municipios que mayor prevalencia registran son La Palma (604 casos) y Agua de Dios (850 casos) con 12; con 11 de prevalencia San Cayetano (217 casos), Funza (4.999 casos), Girardot (8.607 casos) y Albán (256 casos), en términos generales 55 municipios,

⁴² OPS-OMS Evidencia en Salud y Control de Enfermedades. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números.





es decir el 53% están por encima de una prevalencia de 6. Los municipios Chocontá, Une, Guachetá y Villapinzón muestran prevalencia de 1. Ver tabla 65.

Tabla 64. Prevalencia de enfermedades precursoras.

Evento	COLOMBIA 2016	CUNDINAMARCA 2016	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prevalencia de diabetes mellitus	2,30	1,80	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Prevalencia de hipertensión arterial	7,10	6,50	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Reporte 3 Indicadores de ERC y precursoras. Base de datos externas actualización asis 2017. Morbilidad. Indicadores CAC 2016

Proceso de Autorizaciones de Tecnología NO POS en Cundinamarca.

Es preciso hacer referencia en este aparte de morbilidad, a las autorizaciones para la atención en salud que requiere la población que está a cargo del departamento, es decir la población pobre no afiliada PPNA y los servicios que no cubre el plan de beneficios para esta población, como lo define la resolución 6408 de 2016 la cual que establece las coberturas de los servicios y tecnologías en salud, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, sin que trámites de carácter administrativo se conviertan en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud y que deberán ser garantizadas por las Entidades Promotoras de Salud EPS o las entidades que hagan sus veces a los afiliados al SGSSS en Colombia.

En la Secretaría de Salud de Cundinamarca, es la oficina de la Dirección de Aseguramiento la que realiza el proceso de autorizaciones de tecnologías No POS





(servicios para atención en salud de la población pobre no afiliada y los servicios no incluidos en el plan de beneficios en Cundinamarca.)

Autorizaciones por diagnóstico, servicio, tecnología y/o medicamento.

De un total de 22.367 solicitudes que llegaron a la Secretaría de Salud para autorización de servicios de salud para la PPNA y servicios No POS en el 2016, 18.837 fueron autorizadas equivalentes al 84%; 3.530 fueron negadas. Vale la pena precisar que las solicitudes negadas por encontrarse en trámite el contrato entre la SSC y la EPS más el que no hubiese contrato con la red adscrita sumó un total de 654 que corresponde al 18,53% de las negaciones a servicios de salud. Ver tabla 66.

Tabla 65. Negaciones de autorizaciones. Cundinamarca 2016





Negaciones a pacientes ambulatorios según causal. Total año 2016

Causal de negación	Número	%
Cobertura a cargo de la EPS subsidiada	1.240	35,13
Información incompleta	700	19,83
Contrato en trámite	622	17,62
No objeto de cobertura por SSC	455	12,89
Incompleta justificación médica	240	6,80
Procedimiento no solicitado por especialista	140	3,97
Servicio autorizado previamente – vigente	48	1,36
No hay contrato en la red no adscrita	32	0,91
Sisben no corresponde al ente territorial	29	0,82
No coincide nivel de seguridad social	21	0,59
RESTO	3	0,08
TOTAL	3.530	100,00

Fuente: Secretaría de Salud - Dirección de Aseguramiento. Oficina de Autorizaciones PPNA y No POS

Según diagnóstico, el que más se repite es por hiperplasia de la próstata con 891 autorizaciones, seguido de glaucoma no especificado con 736 autorizaciones. La diabetes mellitus contó con un total de 377 autorizaciones equivalente al 2% del total, y los tumores malignos de la mama y de la próstata con 323 y 233 autorizaciones respectivamente.

La hiperplasia de la próstata en Cundinamarca presenta una tasa de 1,75 muertes por cada 100.000 habitantes, no siendo la causa por la que más fallezcan los hombres del departamento. De las atenciones por enfermedades no transmisibles, las enfermedades de los órganos de los sentidos se atendieron en el 9,26%, donde estaría incluido el glaucoma no especificado, mientras que la diabetes mellitus tuvo el 2,86% de





atenciones en este grupo de causas de morbilidad y mostró una tasa de 15,61 de fallecimientos por 100.000 habitantes en el 2015.

A causa del tumor maligno de próstata murieron 10,34 hombres en el 2015 y por tumor maligno de la mama 9,07 mujeres por 100.000 habitantes.

De otra parte, a cargo de la Secretaría de Salud de Cundinamarca se encuentran institucionalizados 126 pacientes con diagnósticos de trastornos mentales (corte a 30 de octubre de 2017), de los cuales 82 se encuentran en instituciones de Bogotá, D.C. y 44 en una sede del municipio de Sasaima.

Enseguida se muestran el número de autorizaciones por diagnóstico, servicio, tecnología y /o medicamento. Ver tablas 67, 68 y 69.





Tabla 66. Autorizaciones a PPNA No POS según diagnóstico. Cundinamarca 2016.

Autorizaciones a pacientes ambulatorios según diagnóstico. Total año 2016		
Diagnóstico autorizado	Número	%
Hiperplasia de la próstata	891	4,73
Glaucoma, no especificado	736	3,91
Fibrilación y aleteo auricular	672	3,57
Diabetes mellitus	377	2,00
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	368	1,95
Tumor maligno de la mama	323	1,71
Tumor maligno de la próstata	233	1,24
Desnutrición proteico-calórica	224	1,19
Retraso mental	219	1,16
Enfermedad de Parkinson	190	1,01
Degeneración de la macula y del polo posterior d	188	1,00
Hipertensión esencial	179	0,95
Síndrome seco [Sjögren]	165	0,88
Epilepsia, tipo no especificado	164	0,87
Insuficiencia venosa	132	0,70
Leucemia, no especificada	129	0,68
Artritis, no especificada	109	0,58
Insuficiencia renal	108	0,57
Osteoporosis no especificada	103	0,55
Tumor maligno del recto	62	0,33
RESTO	13.265	70,42
TOTAL	18.837	100,00

Fuente: Secretaría de Salud - Dirección de Aseguramiento. Oficina de Autorizaciones PPNA y No POS





Tabla 67. Autorizaciones a PPNA y No POS según servicio. Cundinamarca 2016.



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA



Autorizaciones a pacientes ambulatorios según servicio. Total año 2016

Servicio autorizado	Número	%
Farmacéutico	9.210	48,89
Oncología clínica	1.251	6,64
Oftalmología	660	3,50
Insumos	574	3,05
Laboratorio clínico	303	1,61
Neurología	233	1,24
Psicología	174	0,92
Imagenología	139	0,74
Otorrinolaringología	99	0,53
Ginecología	62	0,33
Cirugía general	46	0,24
Gastroenterología	34	0,18
Ortopedia y traumatología	28	0,15
Medicina especializada	27	0,14
Neumología	26	0,14
Cirugía plástica	24	0,13
Medicina interna	24	0,13
Urología y nefrología	17	0,09
Cardiología hemodinamia y eef	16	0,08
Psiquiatría	15	0,08
RESTO	5.875	31,19
TOTAL	18.837	100,00

Fuente: Secretaría de Salud - Dirección de Aseguramiento. Oficina de Autorizaciones PPNA y No POS





Tabla 68. Autorizaciones a PPNA y No POS según tecnología y/o medicamento.
Cundinamarca 2016

Autorizaciones a pacientes ambulatorios según tecnología y/o medicamento. Total año 2016		
Tecnología y/o medicamentos	Número	%
Tamsulosina cap 0.4 mg	113.489	10,14
Pregabalina cap 75 mg	20.437	1,83
Diosmina - hesperidina tab rec. 450 mg	15.127	1,35
Sitagliptina - metformina tab rec 50 mg + 1000 mg	11.396	1,02
Tamsulosina clorhidrato cap 0.4 mg	10.036	0,90
Pilocarpina tab 5 mg	8.702	0,78
Nilotinib cap. 200 mg	7.828	0,70
Iloprost amp 0,020 mg sol.p/inhal.	5.990	0,53
Cilostazol tab 50 mg	5.011	0,45
Trimebutina tab. 200 mg	4.830	0,43
Tiotropio bromuro cap 18 mcg	4.749	0,42
Cilostazol tab 100 mg	4.362	0,39
Dabigatran cap 110 mg	4.284	0,38
Rivaroxaban comp. Rec. 10 mg	4.061	0,36
Oxibutinino tab. 5 mg	3.956	0,35
Divalproato de sodio tab 500 mg	3.844	0,34
Vigabatrin tab x 500 mg	3.360	0,30
Pregabalina cap 150 mg	3.118	0,28
Alfuzosina tab 10 mg	2.873	0,26
Dutasterida tab x 0,5 mg	2.400	0,21
RESTO	879.824	78,58
TOTAL	1.119.677	100,00

Fuente: Secretaría de Salud - Dirección de Aseguramiento. Oficina de Autorizaciones PPNA y No POS





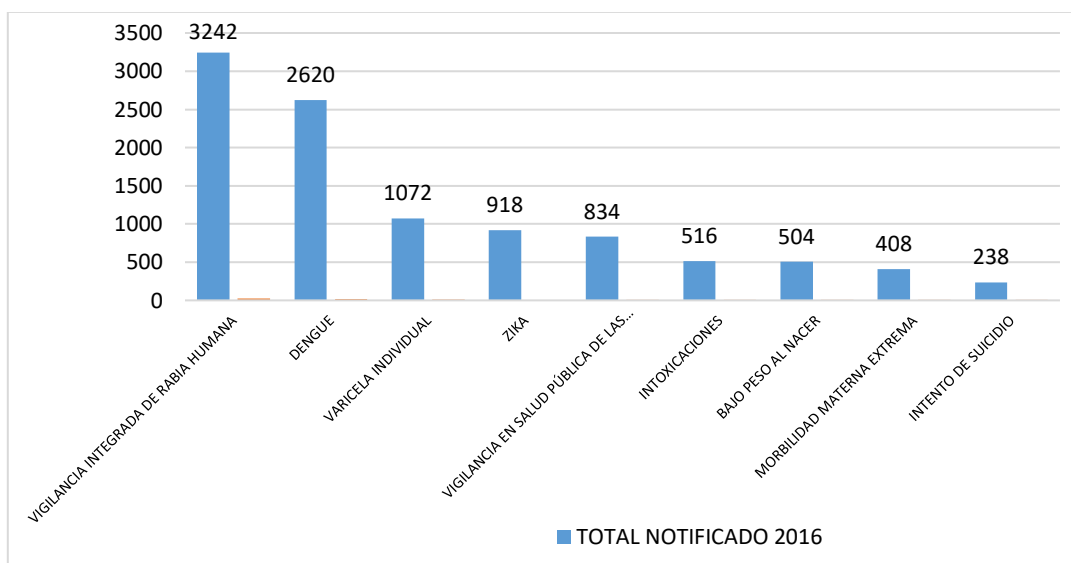
2.2.5 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Proporción De Notificación De Casos Del Evento

Este indicador permite analizar los eventos de interés en salud pública más representativos para la vigilancia en salud pública y por ende para los programas y definir acciones para su control y prevención.

Para el año 2016, los 10 eventos de interés en salud pública con mayor notificación en Cundinamarca corresponden en primer lugar al evento de Vigilancia integrada de rabia humana con 3242 casos que representa el 26 % de la notificación, seguido por evento Dengue con una proporción del 21%, y en menor proporción el intento de suicidio con el 1.90%. Ver figura 53.

Figura 53. Número de casos notificados por eventos de interés en salud pública Cundinamarca año 2016



Fuente Secretaria de Salud de cundinamarca SIVIGILA 2016





Eventos inmunoprevenibles

Las enfermedades Inmunoprevenibles son aquellas que se pueden prevenir mediante el uso de la vacuna como la Tosferina, La Parálisis Flácida Aguda – PFA, el Sarampión, la Rubeola, la Difteria, Tétanos, Parotiditis, Tuberculosis y Meningitis. La lucha mundial contra estas enfermedades implica la necesidad de mantener en alerta la red de vigilancia con protocolos claros que orienten el actuar al momento de la detección de un caso sospechoso.

Los informes epidemiológicos de las enfermedades inmunoprevenibles se fundamentan en la descripción de su comportamiento teniendo como ejes fundamentales las variables en tiempo, lugar y persona. Para la variable persona en las estrategias de notificación individual el análisis se realiza por edad, régimen de afiliación, área de procedencia, grupo poblacional y datos clínicos.

Sarampión - Rubeola

En Cundinamarca el último caso confirmado de Sarampión fue en el año 2002 semana epidemiológica 37 y de Rubeola durante el año 2005 en semana epidemiológica 48 (Salud I. n., Boletín Sarampión Rubeola, 2016). Actualmente la región de las Américas ha notificado casos confirmados de Sarampión en los Países: Canadá, USA, México y Brasil, por tal motivo el departamento desarrolla una vigilancia intensificada de los casos sospechosos procedentes de dichos lugares.

La Incidencia de Rubeola por 100.000 Habitantes hasta el Periodo 13 del año 2016 estimada para el Departamento de Cundinamarca es de 1.8 casos por cada 100.000 habitantes con la notificación de 41 casos sospechoso para Sarampión.





La Incidencia de sospecha de Sarampión hasta el Periodo 13 del año 2016 estimada para el Departamento de Cundinamarca es de 1.5 casos por cada 100000 habitantes.

La letalidad informada en cero tanto para Sarampión como para Rubeola.

El grupo que concentra la mayoría de casos corresponde a la primera infancia con 39 casos que representa una incidencia de 1.3 x 100000 niños. Dentro de estos los menores de 1 año representan un poco más del 50%.

En cuanto a sospechosos de Rubeola el panorama es similar a Sarampión con el 81% de los casos notificados por el régimen contributivo, mientras que según los grupos etarios 38 de 49 notificaciones sospechosas son de primera infancia es decir menores de 5 años.

Infección Respiratoria Aguda IRA

Las enfermedades de transmisión respiratoria emergentes representan un riesgo substancial para la humanidad, debido a su elevado potencial de diseminación. La infección respiratoria aguda (IRA) se considera como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, se estima que en promedio cada año se presentan 4.000.000 muertes por esta enfermedad, afectando a todas las poblaciones del mundo. (Lopez, 2006). El grupo poblacional con mayor riesgo de morir por IRA son los menores de 5 años, las personas que cursan con alguna enfermedad crónica de base, en especial aquellos que cursan con algún tipo de inmunosupresión; otro grupo altamente vulnerable a las infecciones respiratorias agudas son las personas mayores de 60 años, en el impacto sobre estas personas influyen varios factores, que en ocasiones determinan la evolución de la enfermedad como son: la capacidad funcional (física y mental), el estado nutricional y la presencia de otras enfermedades, entre otros. (Vega Luis, 2006). Hacer el seguimiento al comportamiento de las diferentes





expresiones de la IRA, (ESIIRAG, IRAG inusitado, mortalidad por IRA en menores de cinco años y morbilidad por IRA), para identificar oportunamente cambios inusuales y así orientar las intervenciones de manera oportuna, buscando la prevención y el control del evento. (Salud I. N., Protocolo de Vigilancia Infección Respiratoria Aguda, 2016).

Al cierre 2016, se reportaron 134 casos sospechosos de IRAG Inusitada, este dato representa un incremento importante que se está mostrando en todo el país, los casos son el reflejo del primer pico respiratorio y el mal manejo preventivo en los hogares e instituciones prestadoras de salud como la pobre red prestadora de servicios de salud del País; algunos casos pueden ser debido a no adherencia a guías y protocolos de atención de la IRA; la llegada tardía al país de la vacuna de influenza como la baja cobertura de este biológico el año 2015 también están ligadas a este comportamiento; es evidente que la transición epidemiológica viral que se está presentando ha aumentado la morbi-mortalidad de IRA en todos los grupos etarios; teniendo en cuenta revisión de laboratorios no se han reportado virus nuevos en dichos casos sospechosos. Es de tener en cuenta que con el cambio en la definición de caso en el protocolo del INS se amplió el rango de la notificación de este evento del cual se está teniendo mucha atención para aquellos pacientes que vienen del exterior, trabajadores de la salud o personas que tienen contacto con cerdos o aves.

Parotiditis

Como otro evento prevenible a través de la vacuna, la cual refiere una efectividad aproximada del 80% para una dosis, y de 90% tras dos dosis; es por esto que en algunos casos puede presentarse la enfermedad en personas vacunadas, por tal razón la vigilancia de este evento permite observar la distribución y comportamiento de este evento actualmente prevenible, con el fin de establecer y detectar casos, brotes,

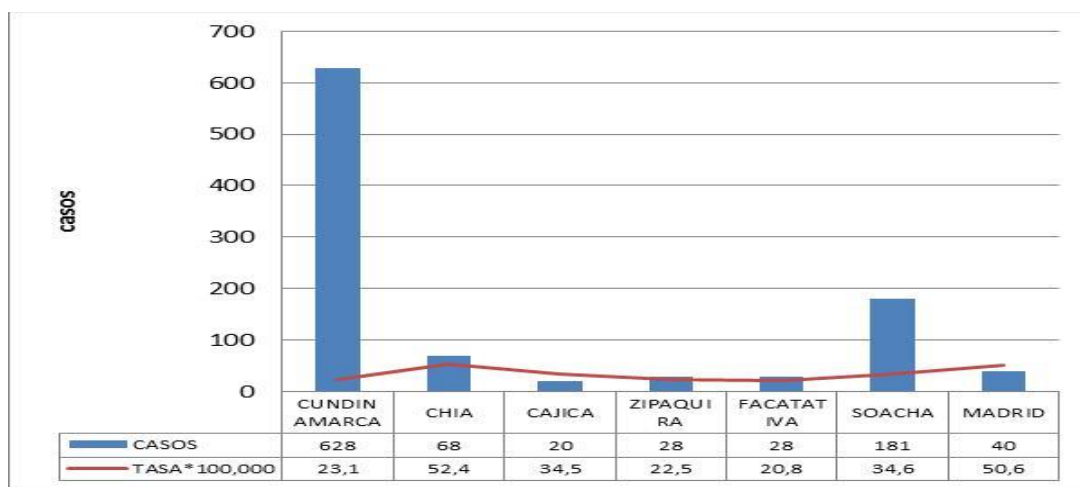




evaluar complicaciones y trazar mecanismos de control y prevención (Salud I. N., Protocolo de Parotiditis, 2016)

En el Periodo 13 de 2016 se notificaron 23.1 casos nuevos de parotiditis por cada 100.000 habitantes o personas en riesgo. Al cierre 2016 ninguna persona falleció a causa de la Parotiditis en el Departamento de Cundinamarca. Ver figura 54.

Figura 54. Municipios con mayor número de casos notificados de Parotiditis, Cundinamarca 2016.



Fuente: SIVIGILA 2016.

Los municipios con mayor incidencia de casos de parotiditis en el departamento son Chía y Soacha, donde la tasa más alta la posee Chía con 52.4 casos X 100.000 habitantes, seguido por Soacha con 34.6 casos por 100.000 habitantes. El régimen contributivo lidera la notificación de Parotiditis, en cuanto al grupo con mayor número de casos es Juventud.





Síndrome de Rubeola Congénita (SRC)

La vigilancia del SRC se requiere para mantener los logros en la eliminación de esta enfermedad en Colombia y monitorear el cumplimiento de indicadores internacionales de la vigilancia. (Salud I. n., Protocolo de Vigilancia Síndrome de Rubeola Congenita, 2014)

La incidencia de sospecha del síndrome de Rubeola congénita para el año 2016 se informa en 0.7 x 1000 nacidos vivos.

La notificación de 24 casos del evento ameritó la recolección de muestra de suero de forma oportuna para el diagnóstico de SRC.

Durante el año 2016, se notificaron 24 casos sospechosos, todos descartados por laboratorio y residencia en Cundinamarca, Pasca posee la mayor tasa de Incidencia del departamento, los demás municipios como: Guacheta, Chía, Soacha, Mosquera y Funza también contribuyen con un caso sospechoso cada uno. El municipio que aporta mayor número de casos es Soacha con 6 para una tasa de 3.7

Parálisis Flácida Aguda En < de 15 Años (Casos Probables)

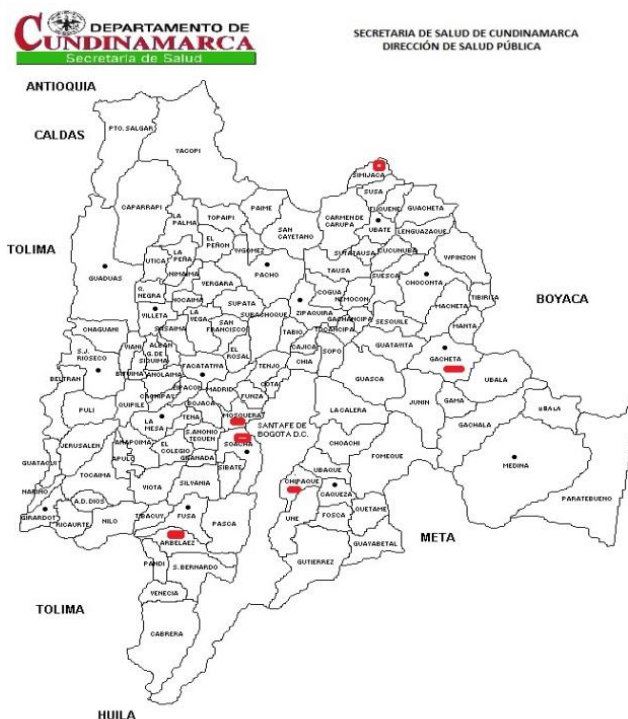
En 1991 se presentó el último brote en el municipio de Arjona (Bolívar); desde entonces no se han aislado poliovirus salvajes. En el año 2009 se presentó el primer caso de poliomiélitis por poliovirus derivado de vacuna en un paciente inmunodeficiente (VPVDi), en un niño de quince meses de edad, en el municipio de Marulanda, Caldas. A pesar de los logros alcanzados, en los últimos cuatro años no se logra cumplir aún con algunos de los indicadores de vigilancia como la investigación oportuna de casos. (Salud I. N., 2014)





Por cada 100.000 menores de 15 años se notificaron al sistema 0.8 casos probables de PFA.

Mapa 6. Localización Probable PFA en el departamento de Cundinamarca, Periodo 13, 2016.



Fuente: SIVIGILA 2016.

Los casos reportados como sospechosos proceden de Cundinamarca con residencia de Chipaque, Mosquera, Arbeláez, Soacha y Gachetas menores de 15 años.

Se realizaron las acciones pertinentes al y su grupo allegado además luego de reporte negativo de laboratorio se descarta el evento; durante la BAI departamental se observaron sospechas de PFA las cuales fueron descartadas luego de revisión de Historia Clínica.





Varicela

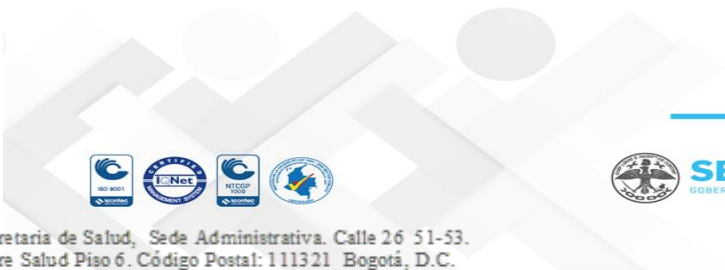
La vigilancia de varicela es necesaria para identificar de manera oportuna los casos y brotes de este evento, y así brindar las herramientas para la toma de medidas de control que contribuyan a disminuir la incidencia de la enfermedad. (Salud I. N., Protocolo de Vigilancia Varicela, 2014).

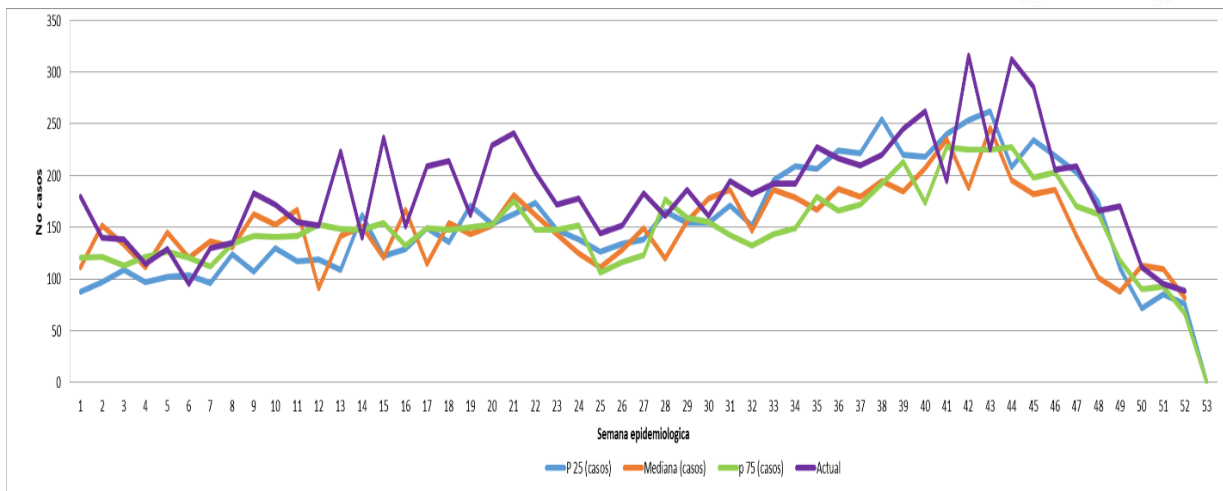
En el Periodo 13 de 2016 se notificaron 9594 casos nuevos de varicela por cada 100.000 habitantes o personas en riesgo que representa una tasa de incidencia de 358.0

Letalidad

Durante el año 2016 se presentaron 2 mortalidades por varicela con residencia en los municipios de El Rosal y Soacha, lo que representa una letalidad de 0.244 . Ver figura 55.

Figura 55. Canal Endémico 2013 – 2016 Varicela y Número de casos por semana epidemiológica, Cundinamarca 2016





Fuente: SIVIGILA 2016.

Ahora con la Introducción de la vacuna contra Varicela en menores de 2 años se espera que los casos de varicela inicien una progresiva disminución en el departamento, según el canal endémico Cundinamarca ha presentado picos epidemiológicos de varicela en semana 1, 9, 10, 13, 15, 17, 19, 20, 21 36 y 39 para las demás semanas la varicela se ha manejado como un evento endémico, favorablemente se evidencia que a partir de la semana epidemiológica 25 se está disminuyendo la notificación del evento, lo cual puede evidenciar la efectividad de la vacuna, Hasta la semana epidemiológica 41 se habían notificado 44 brotes de Varicela: 16 en instituciones educativas, 3 brotes en instituciones carcelarias (Girardot, Zipaquirá y Chocontá), 1 En el batallón de Facatativá.

ESAVI

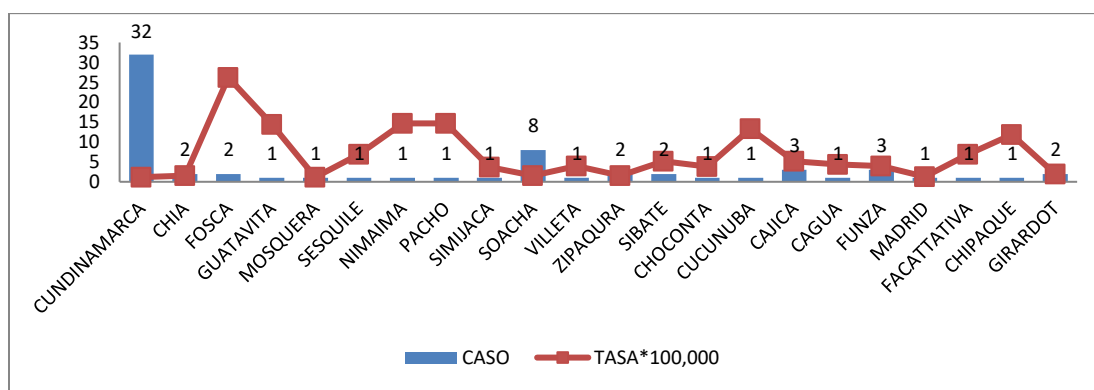
Un evento supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización (ESAVI) se define como cualquier trastorno, síndrome, signo, síntoma o rumor que puede o no ser causado por el proceso de vacunación o inmunización y que ocurre posterior a la aplicación de una vacuna (Salud I. N., Protocolo Vigilancia ESAVI, 2014)





A semana epidemiológica 52 del año 2016 se reportaron 37 casos sospechosos de ESAVI, todos ellos Graves según el ingreso a SIVIGILA, la notificación de este evento está directamente ligada a la jornada de vacunación y la vacunación de las IPS para el aumento de coberturas de vacunación del país. Ver figura 56.

Figura 56. Número de casos de ESAVI notificados según Municipio de Residencia, Cundinamarca 2016.



Fuente: SIVIGILA 2016.

Es evidente la disminución de notificación de casos graves de ESAVI en el departamento, esto debido al mejor conocimiento de la definición de caso según el protocolo del INS, Los menores de 5 años representan el 75% de los casos notificados por ESAVI en Cundinamarca, Soacha sigue siendo el municipio de residencia que más presenta este tipo de reacciones en sus habitantes.

Tétanos accidental

El control del tétanos ha sido parte de una estrategia general aplicada para alcanzar los objetivos de los programas de vacunación en las Américas. Si bien su erradicación nunca ha constituido una meta, la incidencia de esta enfermedad ha disminuido en





forma considerable. Varios factores han contribuido a lograr esta reducción: el fortalecimiento de los servicios de salud del continente americano; el aumento progresivo de la cobertura con DPT en la niñez; la vacunación de los niños con toxoide tetánico en las escuelas, y los esfuerzos iniciados en los años ochenta para eliminar el tétanos neonatal. (INS, 2013)

Para el año 2016, se presenta dos casos de mortalidad asociada a este evento, el primero corresponde a un caso de mortalidad por Tétanos Accidental con residencia en el municipio de Viani, mujer de 63 años, la unidad de análisis del caso permitió la confirmación del caso. El segundo, con residencia en el municipio de Soacha el cual por unidad de análisis y fue confirmado por clínica.

Tosferina

La tosferina es una enfermedad bacteriana aguda que compromete el tracto respiratorio y se caracteriza por una fase catarral inicial de comienzo insidioso, con tos irritante que se torna paroxística en una o dos semanas. Los paroxismos se caracterizan por accesos repetidos y violentos de tos que pueden ser seguidos de estridor inspiratorio y en ocasiones de vómito. Ante el aumento de casos de tos ferina en varios países de la región de las Américas, el 16 de noviembre de 2012 la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alienta a los Estados Miembros de la Región a incrementar su nivel de vigilancia y a mantener un monitoreo constante de las coberturas de vacunación en niños de 1 año y menores de 5 años, con especial énfasis en la identificación de susceptibles. (Salud I. N., Protocolo de Vigilancia Tosferina, 2013)





A Periodo 13 de 2016 se han notificaron 374 casos sospechosos del Tosferina en todos los grupos de edad que representa una tasa de incidencia general de 14.0 x 100000 habitantes.

Letalidad

Por cada 100 casos de Tosferina, 0.0000367 personas mueren por esa causa durante el 2016, caso de un menor de edad de 2 meses residente del municipio de Nemocón.

Teniendo en cuenta los casos positivos de Tosferina a Semana 52 del 2016 Madrid presento un brote familiar de 2 hermanos, también posee 3 casos aislados esto hace que sea el municipio con mayor número de casos positivos del departamento, seguido de Facatativá y Chía; es evidente el aumento de la notificación de casos sospechosos de Tos ferina ligado al pico respiratorio el cual está en descenso durante la semana 52.

Meningitis

La meningitis bacteriana es la forma más común de infección supurativa de sistema nervioso central, y a diferencia de la viral, es una enfermedad de alta letalidad que en las dos terceras partes de su incidencia afecta a niños menores de 5 años. La meningitis bacteriana tiene una distribución muy amplia y su mayor incidencia se observa en el invierno y en la primavera, períodos en los cuales las epidemias surgen en forma irregular. Ataca predominantemente a los niños y a los adultos jóvenes, especialmente en varones, y es más común en condiciones de hacinamiento. En este sentido, la vigilancia en salud pública del evento, es una pieza clave ya que la meningitis bacteriana, por su distribución y gravedad, es uno de los mejores ejemplos de enfermedades en las cuales las grandes diferencias económicas y las inequidades





existentes en aspecto de vivienda, salud, calidad de vida, suministro del agua potable, nutrición y educación, que aún pueden llamarse “enfermedades de la pobreza” y cuyas víctimas aportan a la mortalidad de hoy en día dolorosas cuotas, por la injusticia social y el subdesarrollo económico. (Salud I. N., Protocolo de Vigilancia Meningitis, 2013). Ver tabla 70.

Tabla 69. Proporción de meningitis por *Haemophilus influenzae* (Hi), *Streptococcus pneumoniae* (Spn) y *Neisseria meningitidis* (Nm) Cundinamarca 2016.

Indicador	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Proporción de meningitis por <i>Haemophilus influenzae</i> (Hi)	0%	66%	22%	22%	25%	16.6%	16.6%	16.6%	16.6%	16.6%	4.7	4.7	4.7
Proporción de meningitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i> (Spn)	100%	33%	55%	55%	50%	58.3%	58.3%	58.3%	58.3%	5.8 %	52.3	52.3	52.3
Proporción de meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> (Nm)	0%	0%	22%	22%	25%	16.6%	16.6%	58.3%	58.3%	6	9	9	9

Fuente: SIVIGILA 2016.

En Cundinamarca se presentaron a Semana 52 una proporción de casos de *Haemophilus influenzae*, del 4.7% y *Streptococcus pneumoniae* del 52.3% y con *Neisseria meningitidis* del 9% cada uno. Ver figuras 57 y 58.

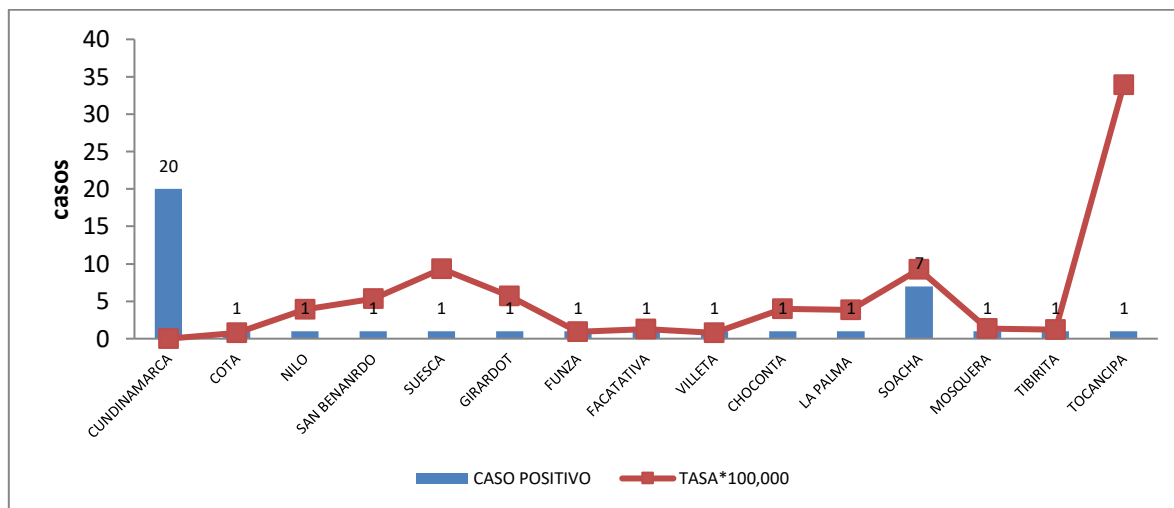


SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov) [@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co

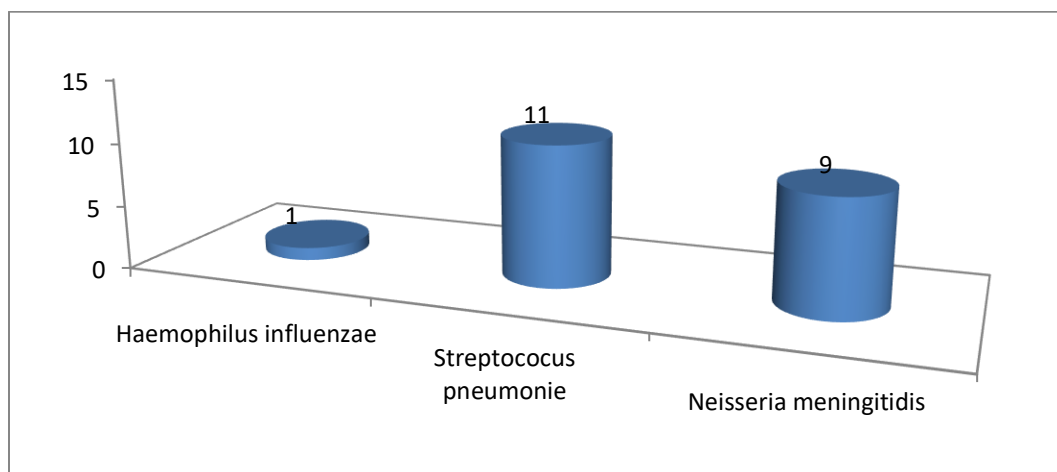


Figura 57. Número de casos confirmados de Meningitis según Municipio de Residencia, Cundinamarca 2016.



Fuente: SIVIGILA 2016.

Figura 58. Agente Causal casos confirmados de Meningitis según Municipio de Residencia.



Fuente: SIVIGILA 2016.

Para el año 2016, se han reportado 11 casos positivos de Meningitis; la tasa de notificación más alta es la registrada para el municipio de San Bernardo con 9.3 X



100.000 habitantes. Los casos relacionados a Neisseria de los municipios de Soacha y Nilo.

Conclusiones

- Identificación periódica de los municipios en riesgo, realizando intervenciones de búsqueda activa de casos (institucionales y comunitarios), vacunación casa a casa y monitoreo rápido de coberturas de vacunación.
- Vacunar los grupos de adultos de alto riesgo, principalmente del sector hotelero y de turismo, trabajadores de salud, entre otros.
- Mejorar la investigación oportuna de los casos sospechosos y sus contactos y la obtención de muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y orina en las primeras 48 horas de captación del caso.
- En el nivel local y departamental, establecer mecanismos que permitan el envío oportuno de muestras al laboratorio departamental de salud o al Laboratorio de Virología del INS.
- Capacitación y sensibilización a todos los actores del sistema de vigilancia en salud pública para la implementación de acciones individuales y colectivas establecidas ante todo caso sospechoso (protocolo de vigilancia epidemiológica nacional).
- Acelerar las actividades de búsqueda activa de casos para mejorar la notificación en aquellos departamentos y distritos que aún no reportan. Esta actividad se debe fortalecer en cada uno de los municipios de los entes territoriales debido a que cada uno de ellos debe notificar casos de eventos inmunoprevenibles para el cumplimiento de la tasa de notificación de estos eventos.





- Las UPGD del departamento de Cundinamarca no están cumpliendo con las visitas de campo para los eventos como brotes de varicela según los tiempos establecidos en el protocolo: 24, 48, 72 y final.
- Los Municipios de Cundinamarca no están cumpliendo en su mayoría con las visitas de campo para los eventos inmunoprevenibles, según tiempo estimado por protocolo.

Recomendaciones

- Es necesario las unidades de análisis por UPGD y Municipios a los eventos cuando no se toman los laboratorios en los casos de sarampión-rubeola, parálisis flácida para realizar ajuste de casos.
- Los ESAVIS se debe realizar visitas de campo y visita en el punto de vacunación, para descartar los casos es necesario el análisis a través del comité de vigilancia epidemiológica conformado por personal del área de vigilancia, PAI e infectólogo o inmunólogo.
- Los pacientes reportados por sospecha de Parálisis Flácida no cuentan con los seguimientos neurológicos respectivos, por ende, se solicitó apoyo a las EAPB.

Comportamiento de la vigilancia de los eventos de Infecciones de Transmisión Sexual

Sífilis Gestacional

La sífilis gestacional pone en riesgo la salud de madre e hijo llegando incluso a producir abortos, mortinatos, mortalidad perinatal y secuelas en los nacidos vivos, es por esto por lo que la detección y tratamiento oportuno se convierte en la base primordial de la





prevención y eliminación de la sífilis congénita. En Colombia se incorporó dentro de las prioridades de salud pública la atención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la sífilis gestacional para lo cual se implementó la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita.

La razón de prevalencia de Sífilis gestacional por 1000 nacidos vivos para el período comprendido entre los años 2012 a 2014 demuestra una tendencia lineal al ascenso pasando de 3.07 casos en el año 2012 a 4 casos x 1000 nacidos vivos en el año 2014. Para el año 2015 la razón de prevalencia se estimó en 3.95 casos x 1000 N.V. comportamiento que no se puede comparar con los años anteriores debido al cambio en la definición de caso para este periodo.

Comportamiento de la Notificación

Para el año 2016 se notificaron 159 casos confirmados de Sífilis Gestacional según definición operativa de caso residentes en el Departamento de Cundinamarca, con un promedio de 12 casos por período epidemiológico, siendo el período IV el que mayor número de casos notificados presenta (19) y el período XI en el que menos casos se han notificado (7); a través del sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA de Cundinamarca se notificó el 55.97% (89) de los casos, el 44.03% (47) restante fue notificado por UPGDs que no pertenecen al Departamento. Para el año 2015 se notificaron 136 casos, observándose un incremento entre el 2015 y el 2016 del 14.46% (23 casos).



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](#) [@CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co



Al cierre del año 2016 existían 6 casos sin prueba treponémica, lo que no permite la configuración del caso según los lineamientos de vigilancia actuales, estos registros se excluyen del análisis para el año 2016.

Magnitud en Lugar y Persona

La distribución de casos por residencia para el año 2016 se puede observar que el municipio de Soacha 37.74%(60) presenta la mayor carga de la enfermedad, seguido por los municipios de Facatativá 6.29% (10), Mosquera 6.29% (10), Girardot 5.66% (9), Chía 3.14% (5) y Zipaquirá 3.14% (5), comportamiento igual al observado en el año 2015.

En cuanto a la distribución de casos por provincia de residencia Departamento de Cundinamarca año 2016 el 38.99% (62) de los casos corresponden a la provincia de Soacha, en segundo lugar, la provincia de Sabana Occidente 20.13% (32), seguida de la provincia de Sabana Centro 13.84% (22) y la provincia de Alto Magdalena 7.55% (12), comportamiento igual al observado para el año 2015. Para el año 2016 no se notificó por residencia casos de sífilis gestacional en las provincias de Almeidas y Magdalena Centro.

En cuanto a la condición al momento del diagnóstico el 83.65% (133) de los casos fueron notificados durante el embarazo, de estos el 90.23% (120) asistían al control prenatal, solo el 47.50% (57) de los casos iniciaron el control de manera oportuna en el primer trimestre, el 52.50% (63) restante lo hicieron de manera tardía así: en el segundo trimestre 38.33%(46) y en el tercer trimestre 14.17% (17). El 9.77% (13) de los casos notificados durante el embarazo no asistían al control prenatal.

El 3.14% (5) de los casos notificados se diagnosticaron post aborto, de estos el 40.0% (2) asistió a control prenatal.





El 55.55% (5) de los casos diagnosticados durante el parto registraban no asistencia a control prenatal, al igual que el 25.0% (3) de los casos diagnosticados durante el puerperio.

En el 37.74% (60) de los casos la prueba treponémica fue realizada en el tercer trimestre, el 36.48% (58) en el segundo trimestre y el 25.79% (41) en el primer trimestre. El 36.48% (58) de los casos notificados reporta la prueba no treponémica (RPR/VDRL) positiva en el segundo trimestre de gestación, el 35.22% (56) en el tercer trimestre de gestación y el 27.04% (43) en el primer trimestre de gestación.

El 94.34% (150) de los casos recibió tratamiento, de estos el 42.67% (64) inicio tratamiento en el tercer trimestre siendo concordante con el tiempo presentado en la realización de la prueba treponémica y no treponémica. El 57.33% (86) de los casos recibieron tratamiento antes de la semana 24 de gestación.

En cuanto al tratamiento de contactos solo se realizó en el 53.46% (85) de los casos notificados.

Conclusiones

La edad gestacional en la cual se realice el diagnóstico de la enfermedad en la gestante y se administre el tratamiento adecuado y la adopción y adaptación de la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional en las IPS contribuye a prevenir la aparición de casos de sífilis congénita.

Se evidencia falta de oportunidad en la administración del tratamiento en la gestante y sus contactos ya que la penicilina benzatinica debería ser aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de las pruebas diagnósticas, porque al menos 1 dosis aplicada 30 o más días antes del parto previene hasta en un 97% los casos de





infección en el feto, mortalidad y parto pretérmino y el tratamiento de contactos asegura romper la cadena epidemiológica de transmisión y evitar las reinfecciones.

Se evidencian deficiencias en la captación, diagnóstico y tratamiento de las gestantes con sífilis lo que conlleva a la aparición de casos de sífilis congénita y al incumplimiento de la estrategia para la eliminación de la sífilis congénita y la guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.

Se evidencia que algunas UPGD no realizan prueba treponémica (confirmatoria) demostrando esto desconocimiento de los protocolos establecidos por el Sistema de Vigilancia, guías de atención y legislación vigente.

Sífilis congénita

La sífilis congénita es un importante problema de salud debido a las graves consecuencias que supone su padecimiento, el alto costo humano, social y económico, aun cuando esta patología puede prevenirse y tratarse con un bajo costo. El compromiso adquirido por Colombia a Nivel internacional desde 1994, es alcanzar una incidencia de Sífilis congénita menor a 0.5 casos por mil nacidos vivos para el año 2015.

Para dar cumplimiento a los lineamientos nacionales y el desarrollo del Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita 2011 – 2015. Ver tabla 70.

Tabla 70. Distribución de casos notificados Sífilis congénita por EPS, Cundinamarca, año 2016.





ASEGURADOR	Número de casos	Porcentaje
REGIMEN CONTRIBUTIVO	10	45,45%
CAFESALUD EP.S.	2	20,00%
COMPENSAR E.P.S.	2	20,00%
E.P.S. Famisanar LTDA.	4	40,00%
EPS FAMISANAR LTDA	1	10,00%
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	1	10,00%
REGIMEN SUBSIDIADO	8	36,36%
CAPITAL SALUD,	1	12,50%
CONVIDA "A.R.S. CONVIDA"	2	25,00%
ECOOPSOS EMPRES SOLIDARIA DE SALUD	3	37,50%
SALUD VIDA S.A.	2	25,00%

Fuente: SIVIGILA 2016

La incidencia de sífilis congénita por 1000 NV estimada para el Departamento de Cundinamarca año 2016 es de 0.61 casos por 1000 nacidos vivos. Se observa que la Provincia de Medina presenta la incidencia más alta en todo el departamento 4.59 casos por 1000 N.V., seguida por la Provincia de Bajo Magdalena 3.64 casos por 1000 N.V y Rionegro 1.62 casos por 1000 N.V. La incidencia reportada para el Departamento se encuentra por debajo de la reportada para la nación en el mismo período de tiempo 1.02 casos x 1000 N.V., y los Departamentos de Bogotá 1.30 casos x 1000 N.V., Valle 0.79 casos x 1000 N.V, Antioquia 1.10 casos x 1000 N.V, Boyacá 0.81 casos x 1000 N.V y por encima de la notificada para y Santander 0.58 casos x 1000 N.V.





Para el año 2016 la letalidad por sífilis congénita es de 4.55% caso aportado por el municipio de Girardot donde la letalidad por sífilis congénita corresponde al 50%.

Para el año 2016 la incidencia de sífilis congénita en el Departamento se estima en 0.61 casos por 1000 NV, encontrándose fuera de los límites establecidos por la meta nacional. En cuanto a la letalidad por sífilis congénita para el año 2012 fue de 2.5% y se mantiene en 0% para los años 2013, 2014, 2015, para el año 2016 se reporta una letalidad del 4.55%.

La aparición de eventos de Sífilis congénita al interior del departamento es un grave problema de salud pública que evidencia fallas en el proceso de atención de la embarazada y/o su adherencia a los controles prenatales, ya que es la captación temprana de la gestante en el primer trimestre lo que permite brindar un tratamiento oportuno y adecuado, es por esto que resulta de gran importancia el compromiso de todos los actores del sistema; en relación a esto las EAPB deberían supervisar la existencia de procesos que den cumplimiento a las actividades realizadas en el control prenatal en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el conocimiento de los protocolos para el manejo de sífilis gestacional y las alertas específicas relacionadas con la positividad de pruebas que indiquen la presencia del evento lo que evitaría la aparición de casos de sífilis congénita por la administración inmediata y adecuada de tratamiento.

Conclusiones

Los hallazgos de este análisis reflejan probablemente las falencias de la atención prenatal al no captar y/o tratar oportunamente los casos de Sífilis Gestacional que conllevan a la aparición de casos en los recién nacidos, ya que la detección temprana de esta alteración durante el embarazo permitiría la administración de tratamiento oportuno y la aparición de secuelas en el recién nacido.





La realización de unidades de análisis permite configurar los casos de sífilis congénita según la definición operativa y verificar según la evidencia consignada en la historia clínica y en la investigación epidemiológica de campo el diagnóstico y tratamiento ya que una tercera parte de los casos notificados no cumplen con los criterios para ser considerados como casos de sífilis congénita.

Hepatitis B, C y Coinfección Hepatitis B-Delta

La hepatitis B es una infección hepática potencialmente mortal causada por el virus de la hepatitis B (VHB). El VHB se transmite entre las personas por contacto directo de sangre a sangre o a través del semen o las secreciones vaginales de una persona infectada. Se calcula que a nivel mundial 2000 millones de personas han estado infectadas por el VHB. De estos, más de 350 millones son infectados crónicos y, entre 500.000 y 700.000 mueren anualmente. Se estima que los virus de la Hepatitis B y C son responsables del 2.7% de muertes a nivel mundial, el 57% de los casos de cirrosis hepática y el 78% del cáncer primario de hígado son debidos a los VHB y VHC. Con la introducción de la vacuna contra el VHB desde los años noventa ha permitido reducir la carga de la enfermedad.

El virus de la Hepatitis C (VHC) afecta a personas de todas las edades, se transmite principalmente de modo parenteral (tatuajes, pearing, rasuradoras compartidas), aunque también se puede transmitir por vía sexual, horizontal y vertical, se estima que en el mundo existen entre 130 y 170 millones de personas infectadas con el VHC, se considera que el 25% de los cánceres hepatocelulares y el 27% de las cirrosis se encuentran asociadas a complicaciones producidas por el VHC. En Colombia desde los





años 90 se implementó la tamización obligatoria para Hepatitis C en los donantes de sangre a fin de disminuir las infecciones producidas por transfusiones sanguíneas. La infección por hepatitis C puede ser asintomática hasta el 90% de los casos y en un 80% progresar a una infección crónica.

En el departamento de Cundinamarca en 2016 se notificaron 80 casos, mientras que para el mismo periodo de 2015 se notificaron 69 casos, un 13,75% más en 2016 que en el periodo inmediatamente anterior. Ver tabla 71.

Tabla 71. Proporción de incidencia de casos notificados de Hepatitis B sexo. Cundinamarca. 2016.

Municipio de Procedencia	No. De casos confirmados de Hepatitis B	Población DANE 2016	Proporción de Incidencia por cada 100000 hab.
AGUA DE DIOS	1	10.910	9,17
CAJICA	3	58.036	5,17
CHIA	2	129.652	1,54
EL COLEGIO	1	21.949	4,56
EL ROSAL	1	17.648	5,67
FACATATIVA	3	134.522	2,23
FUSAGASUGA	1	137.164	0,73
GIRARDOT	1	105.701	0,95
LA CALERA	1	27.878	3,59
PUERTO SALGAR	1	19.009	5,26
RAFAEL REYES (APULO)	1	7.812	12,80
SILVANIA	1	22.020	4,54
SIMIJACA	1	13.295	7,52
SOACHA	12	522.442	2,30



TABIO	2	27.702	7,22
VIOTA	1	13.342	7,50
ZIPAQUIRA	1	124.376	0,80
CUNDINAMARCA	38	2.721.368	1,40

Fuente: SIVIGILA 2016

Mortalidad por Hepatitis B

La mortalidad por hepatitis B en Cundinamarca para el año 2016 fue de 2.38 por cada 100 personas diagnosticadas con Hepatitis B en el Departamento

Indicador	resultado	meta
Mortalidad por Hepatitis B	2.38%	<1%

Fuente: SIVIGILA 2016

En el año 2016 se notificaron 80 casos individuales de Hepatitis B, C y Coinfección Hepatitis B-DELTA en el Departamento. Del total de casos notificados el 62,5% corresponden al sexo masculino; los grupos quinquenales con mayor proporción de casos son de 20 a 24 y 25 a 29 años con el 17,5% para cada grupo quinquenal, seguido por el grupo de 55 a 59 años con el 16,7% y en tercer lugar el grupo de 25 a 29 años con el 11,3%.

Para el año 2016 la proporción de incidencia departamental para Hepatitis B fue de 1,4 casos por cada 100000 habitantes, por municipio de procedencia el que mayor proporción de incidencia registró fue Apulo con 12.8 casos por cada 100000 habitantes, seguido de Agua de Dios con 9,16 casos por cada 100000 habitantes y Simijaca con 7.52 casos por cada 100000 habitantes





Para el año 2016 en el Departamento de Cundinamarca no se notificaron casos de Hepatitis B en población menor de 5 años, por lo que el valor de este indicador para este año es de cero

La razón de prevalencia de Hepatitis B en gestantes para 2016 en el Departamento de Cundinamarca fue de 0.22 casos por cada 1000 nacidos vivos del Departamento

La mortalidad por hepatitis B en Cundinamarca para el año 2016 fue de 2.38 por cada 100 personas diagnosticadas con Hepatitis B en el Departamento

VIH/SIDA

Para el año 2016 se notificaron al SIVIGILA 327 (78.80%) casos confirmados de VIH, 59 (14.22%) casos confirmados de SIDA y 29 (6.99%) muertes por SIDA, comportamiento igual al observado para el período epidemiológico XIII. Se observa un subregistro en los casos de mortalidad por SIDA notificados a través del SIVIGILA en relación con los casos de mortalidad asociada a Sida notificados a través del RUAF módulo ND del 25.80% (8) con un aumento de 11.1 puntos porcentuales en relación con el anterior período epidemiológico.

Al revisar los casos notificados por municipio de residencia en primer lugar se encuentra el municipio de Soacha 27.47% (114) aportando una cuarta parte de los casos notificados por residencia para el Departamento, en segundo lugar, se encuentra el municipio de Girardot 14.22% (59) y en tercer lugar el municipio de Mosquera 6.02% (25), comportamiento igual al observado en el período XII. Se evidencia que los municipios con mayor concentración de población aportan el mayor número de casos. Al realizar este mismo análisis desagregado por estadio clínico se observa el mismo comportamiento para la morbilidad por VIH/SIDA. En cuanto a la distribución de casos por provincia de residencia el 28.43% (118) de los casos se notificaron para la





provincia de Soacha, seguida de las provincias de Sabana Occidente 19.76% (82) y la provincia de Alto Magdalena 13.73% (65) comportamiento igual al observado durante el período anterior; Se observa que las provincias que ocupan los primeros lugares concentran un gran número de habitantes.

La prevalencia de casos de VIH/SIDA estimada para el departamento de Cundinamarca hasta la semana epidemiológica 52 del año 2016 es de 14.18 casos por cada 100.000 habitantes. La prevalencia de VIH/Sida estimada en hombres fue de 22.04 y en las mujeres de 6.37 casos por 100000 Hab.

La tasa de mortalidad por SIDA en el Departamento de Cundinamarca estimada hasta la semana epidemiológica 52 del año 2016 fue de 1.25 casos por 100000 hab., la tasa de mortalidad estimada en hombres fue de 1.92 y en las mujeres de 0.59 casos por 100000 Hab. Para el cálculo de la mortalidad por SIDA se tienen en cuenta los casos notificados al RUAF módulo defunciones y los casos notificados al SIVIGILA. Los municipios que presentaron mayor tasa de mortalidad por SIDA fueron Tibirita 33.94, Paratebueno 12.90, Agua de Dios 9.17 y Girardot 7.57 casos por 100000 Hab.

La prevalencia de VIH/SIDA en mujeres embarazadas estimada para el Departamento de Cundinamarca es de 0.42 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Sin embargo se han notificado al sistema de vigilancia 4 casos en mujeres gestantes que no cumplen con el algoritmo diagnóstico ya que se notifican con prueba rápida 25.0% (1) y prueba Elisa 75.0% (3); se observan 4 registros notificados con resultado de carga viral < 50 copias/ml interpretados como Negativo, 1 registro notificado con resultado de western blot negativo y 5 registros con resultado de carga viral detectable 50 a < 5000 copias/ml resultados no concluyentes, estos casos se encuentran en seguimiento para la confirmación o descarte según el algoritmo diagnóstico. El 33.3% (5) de los casos fueron notificados en el primer trimestre, el 40.0% (6) en el segundo trimestre y el 26.7% (4) en el tercer trimestre de gestación aumentado el riesgo de casos de TMI en





las mujeres que fueron diagnosticadas después de la semana 28 de gestación (tercer trimestre). Estos casos fueron informados al programa de salud sexual y reproductiva para la realización del seguimiento correspondiente como lo indica la estrategia para la eliminación de la transmisión materna infantil del VIH. Ver tabla 72.

Tabla 72. Prevalencia de casos de VIH/SIDA en mujeres embarazadas, Cundinamarca, hasta la semana epidemiológica 52 año 2016.

MUNICIPIO	No DE CASOS	NV 2015 (p)*	Razon de Prevalencia x 1000 NV
SUPATA	1	33	30,30
CHIPAQUE	1	129	7,75
EL COLEGIO	1	184	5,43
GIRARDOT	4	1580	2,53
UBATE	1	641	1,56
CAJICA	1	938	1,07
FUNZA	1	1275	0,78
MADRID	1	1451	0,69
MOSQUERA	1	1673	0,60
FACATATIVA	1	2043	0,49
SOACHA	2	8334	0,24

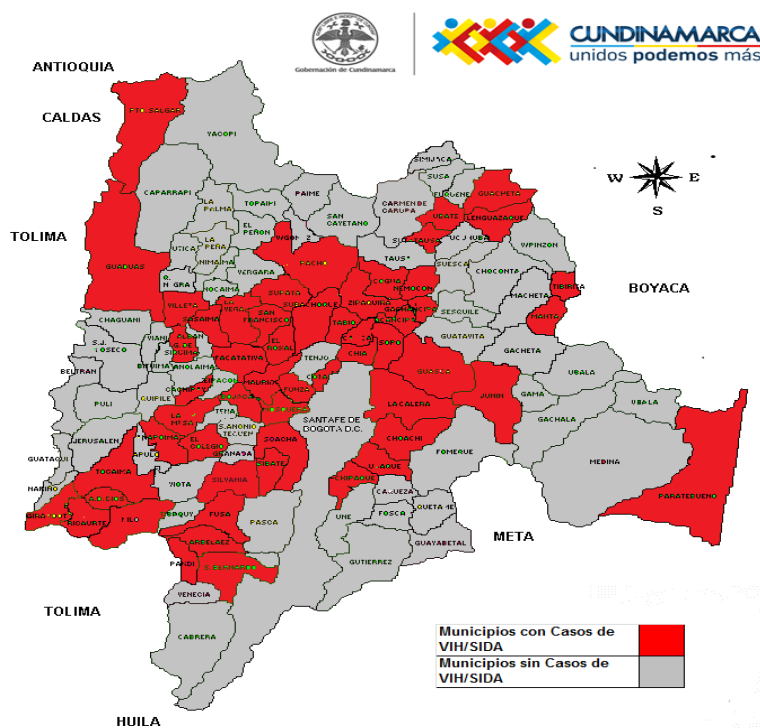
Fuente: 2016 (fecha de corte: diciembre 31 de 2016)

* Fecha de descarga: NV año 2015 preliminar con Cifras con corte a 31 de diciembre de 2015 (actualizadas junio 30 de 2016).





Mapa 7. Comportamiento evento VIH/SIDA, Cundinamarca, hasta semana epidemiológica 52 año 2016



Fuente: 2016 (fecha de corte: Diciembre 31 de 2016 de 2016)

Comportamiento de la vigilancia de los eventos de Enfermedades Transmitidas Por Vectores (ETV),

Las enfermedades transmitidas por vectores son las enfermedades que son transmitidas insectos, que tienen el potencial de transmitir enfermedades a los humanos, ellos se denominan vectores, los cuales recibe el organismo patógeno (virus) y lo transmite a un portador o directamente a un portador humano, la transferencia ocurre directamente por picadura de los mosquitos y/o las garrapatas, a través de alimentación sanguínea.





Dentro de las principales ETV se encuentran: El dengue que es una enfermedad viral que cursa con fiebre aguda, y otras manifestaciones de la enfermedad que va desde procesos asintomáticos hasta cuadros severos; como el dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma, y el dengue grave donde se encuentran incluidos el síndrome de choque dengue (SCD) y otras complicaciones del dengue a nivel cardiaco, hepático, los cuales se asocian con mayor mortalidad (1).

En Cundinamarca el *Aedes aegypti* se encuentra distribuido en 57 municipios permitiendo la presencia y diseminación de virus, la población a riesgo y la suma de otros factores de riesgo tales como el desplazamiento poblacional hacia zonas de transmisión, las variaciones de temperatura, la presencia de lluvias y las conductas inadecuadas de la población que ya han sido identificadas en las intervenciones para la prevención del dengue, Chikunguña y Zika.

Cundinamarca presenta diferentes condiciones como: pobreza, malas condiciones de vivienda, deficiencias de saneamiento de los hogares (por ejemplo, la ausencia de sistemas de gestión de residuos, alcantarillado abierto) pueden promover el desarrollo de los lugares de cría y reposo de los flebótomos y aumentar su acceso a la población humana. Los flebótomos se ven atraídos por el hacinamiento, ya que constituye una buena fuente de ingesta de sangre. Las pautas de comportamiento humano (por ejemplo, dormir a la intemperie o en el suelo) también es probable que aumenten el riesgo (2).

Dengue

Del total de los casos de dengue el 54,48% (2389/4385) presentaron casos de dengue sin signos de alarma, mientras que el 45,06% (1976/4385) dengue con signos de alarma, y 20 casos de dengue grave. El 58,50% (1156/1976) de esos casos con signos





de alarma tuvieron como conducta hospitalización para monitoreo y vigilancia hemodinámica, indicándolos falencias en el cumplimiento de la guía de manejo de pacientes con dengue.

La incidencia acumulada de dengue de la semana 1 a 52 en Cundinamarca es de 863,49 casos por 100.000 habitantes, cuya población a riesgo es de 507.825 población urbana del Departamento según municipios de riesgo.

En cuanto a la distribución de los casos de dengue notificados por provincia de procedencia, se registró que la provincia de Sumapaz presenta la incidencia más alta de casos, indicándonos que por cada 100.000 personas de los municipios en riesgo se notificaron 1106 casos de dengue, seguida de la provincia de Gualiva y en tercer lugar Tequendama. Es de anotar que estas provincias se encuentra municipios hiperendémicos como: Fusagasugá, que ha presentado brote y epidemia a lo largo del año, a diferencia del comportamiento en años anteriores que el principal municipio era Girardot (ver tabla siguiente). El municipio con mayor carga de enfermedad en el departamento de Cundinamarca es Fusagasugá que aportan el 32,29% (1416/4385) de los casos de dengue, se observa un aumento de más del 50% de los casos con el año anterior.

De acuerdo con la distribución de los casos de dengue en Cundinamarca en los diez municipios con mayor carga de enfermedad y que aportan el 72,29% (3170/4385) de los casos de dengue proceden de los municipios de: Fusagasugá, Vergara, Girardot, La Vega, Nilo, La Mesa, El Colegio, Sylvania, San Francisco y Tibacuy. Ver tabla 73.

Tabla 73. Incidencia de casos de dengue por provincia de procedencia, Cundinamarca a semana epidemiológica 1 a 52 de 2016.

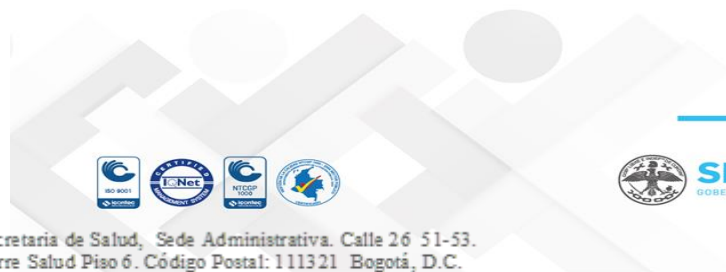


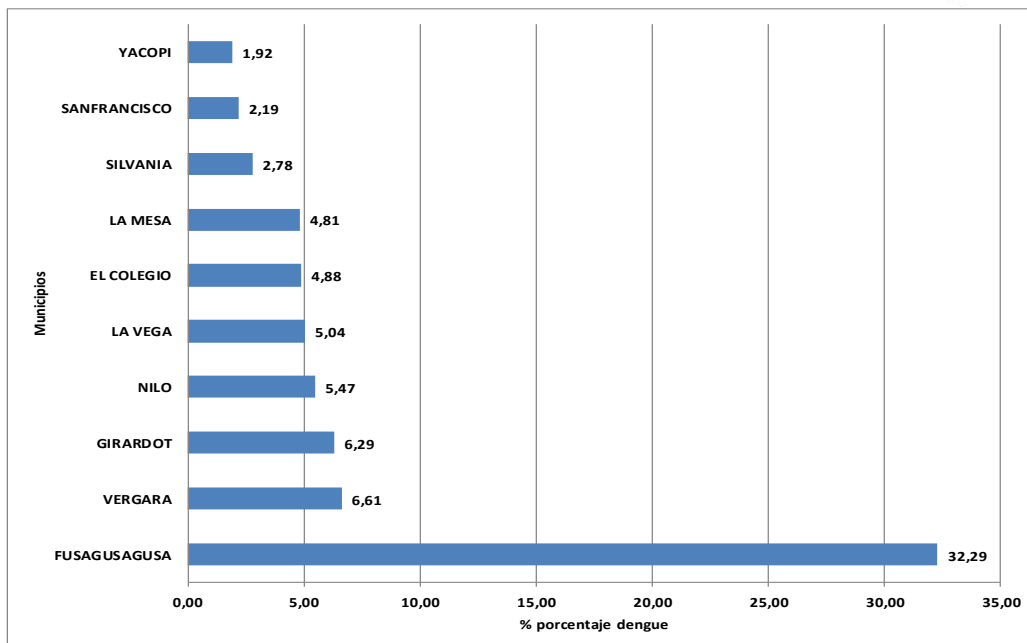


Provincia	Dengue	Dengue grave	Total Casos	Incidencia x 100.000 Habitantes	%
Sumapaz	1715	7	1722	1106,38	39,27
Gualiva	750	2	752	1600,51	17,15
Tequendama	718	2	720	1144,58	16,42
Alto Magdalena	606	1	607	393,24	13,84
Rionegro	288	6	294	1157,57	6,70
Desconocido Otros municipios no riesgo dengue	96	0	96	0,00	2,19
Magdalena Centro	81	1	82	1226,26	1,87
Bajo Magdalena	63	1	64	169,72	1,46
Oriente	32	0	32	303,78	0,73
Medina	13	0	13	205,66	0,30
Guavio	3	0	3	234,01	0,07
Total	4365	20	4385	863,49	100,00

Fuente: Sivigila Cundinamarca-Retroalimentación del INS semana 1 a 52-2016

Figura 59. Distribución de Casos de dengue diez primeros municipios de procedencia con mayor carga de enfermedad, Cundinamarca a semana epidemiológica 1 a 52 de 2016.





Fuente: Sivigila Cundinamarca-Retroalimentación del INS semana 1 a 52-2016

Según la situación epidemiológica por municipio de procedencia, nueve (9) municipios se ubican en situación de brote o epidemia, que al verificar los casos no se encuentran concentrados, siete (7) municipios en situación de alarma o alerta, nueve (9) en situación de éxito y siete (7) seguridad. Ver mapa 7.



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](https://www.facebook.com/CundinamarcaGob) [@CundinamarcaGob](https://www.twitter.com/CundinamarcaGob)
www.cundinamarca.gov.co



Proporción de incidencia de dengue en principales municipios hiperendémicos y mesoendémicos, Cundinamarca a semanas epidemiológicas 1 a 52, 2016.

PATRON DE ENDEMICIDAD	MUNICIPIO	CASOS DENGUE	CASOS DENGUE GRAVE	TOTAL	%	INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES
Mesoendémicos	VERGARA	289	1	290	6,61	18770,23
Hipoendémicos	TIBACUY	75	0	75	1,71	14312,98
Mesoendémicos	EL PEÑON	55	0	55	1,25	12359,55
Hipoendémicos	QUIPILE	59	0	59	1,35	8740,74
Hipoendémicos	BITUIMA	22	0	22	0,50	4943,82
Hipoendémicos	TENA	36	0	36	0,82	4240,28
Mesoendémicos	LA VEGA	220	1	221	5,04	4147,90
Mesoendémicos	PANDI	44	0	44	1,00	4112,15
Mesoendémicos	SANFRANCISCO	96	0	96	2,19	2790,70
Hipoendémicos	VIANI	35	0	35	0,80	2611,94
Mesoendémicos	EL COLEGIO	214	0	214	4,88	2549,44
Hipoendémicos	SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA	22	0	22	0,50	2135,92
Hipoendémicos	YACOPI	82	2	84	1,92	2097,90
Mesoendémicos	QUEBRADANEGRA	8	0	8	0,18	2061,86
Mesoendémicos	SILVANIA	121	1	122	2,78	1935,28
Mesoendémicos	LA PALMA	69	4	73	1,66	1778,75
Hipoendémicos	TOPAIPÍ	14	0	14	0,32	1715,69
Mesoendémicos	ANAPOIMA	74	0	74	1,69	1275,64
Mesoendémicos	NILO	240	0	240	5,47	1272,80
Hipoendémicos	OSPINA PEREZ (VENEZIA)	14	0	14	0,32	1262,40
Hipoendémicos	GUAYABETAL	17	0	17	0,39	1121,37
Hipoendémicos	ANOLAIMA	40	0	40	0,91	1089,62
Hiperendémicos	FUSAGUSAGUSA	1410	6	1416	32,29	1032,34
Hipoendémicos	PAIME	4	0	4	0,09	869,57
Mesoendémicos	RAFAEL REYES (APULO)	26	0	26	0,59	825,13
Mesoendémicos	LA PEÑA	8	0	8	0,18	804,83
Mesoendémicos	NOCAIMA	14	0	14	0,32	743,89
Mesoendémicos	UTICA	20	0	20	0,46	729,66





Mesoendémicos	ARBELAEZ	36	0	36	0,82	677,58
Hiperendémicos	LA MESA	209	2	211	4,81	663,04
Hipoendémicos	SAN JUAN DE RIOSECO	18	1	19	0,43	649,57
Mesoendémicos	VIOTA	25	0	25	0,57	572,74
Mesoendémicos	CAPARRAPI	14	1	15	0,34	547,05
Hipoendémicos	JERUSALEN	3	0	3	0,07	512,82
Mesoendémicos	SASAIMA	12	0	12	0,27	490,00
Hipoendémicos	GUAYABAL DE SIQUIMA	4	0	4	0,09	460,83
Mesoendémicos	TOCAIMA	47	0	47	1,07	427,31
Hipoendémicos	CACHIPAY	13	0	13	0,30	413,22
Mesoendémicos	NIMAIMA	12	0	12	0,27	407,06
Hipoendémicos	PACHO	62	0	62	1,41	398,23
Hipoendémicos	PARATEBUENO	9	0	9	0,21	372,67
Hiperendémicos	VILLETA	70	0	70	1,60	277,01
Hiperendémicos	GIRARDOT	275	1	276	6,29	261,11
Mesoendémicos	AGUA DE DIOS	28	0	28	0,64	256,65
Mesoendémicos	RICAURTE	11	0	11	0,25	246,09
Hipoendémicos	SAN BERNARDO	10	0	10	0,23	240,44
Mesoendémicos	PUERTO SALGAR	33	0	33	0,75	230,00
Hipoendémicos	BELTRAN	1	0	1	0,02	226,76
Hipoendémicos	PULI	1	0	1	0,02	149,70
Mesoendémicos	NARIÑO	2	0	2	0,05	136,99
Mesoendémicos	CAQUEZA	10	0	10	0,23	135,34
Hipoendémicos	QUETAME	2	0	2	0,05	122,77
Mesoendémicos	MEDINA	4	0	4	0,09	102,41
Mesoendémicos	GUADUAS	16	0	16	0,36	80,51
Hipoendémicos	UBALA	1	0	1	0,02	78,00
	TOTAL	4365	20	4385	100	863,49

Fuente: Sivigila Cundinamarca-Retroalimentación del INS semana 1 a 52-2016



/CundinamarcaGob
 @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co



Conclusiones

- Hasta la semana epidemiológica 1 a 52 de 2016, se ha notificado al Sivigila 4385 casos totales de dengue, 4365 (99,54%) de dengue y 20 (0,45%) de dengue grave
- El 51,31% de los casos (2250/4385) de dengue que el mayor número de casos se presentó en el sexo femenino
- El 54,69% de los casos (2398/4385) de los casos de dengue son del régimen de afiliación a la seguridad social es contributivo.
- El promedio de edad para los casos de dengue es de 35 años, la mediana fue de 33 años, y la moda de 19 años, edad mínima de 1 año y máxima de 95 años.
- El 54,48% (2389/4385) presentaron casos de dengue sin signos de alarma, mientras que el 45,06% (1976/4385) dengue con signos de alarma, y 20 casos de dengue grave.
- La incidencia acumulada de dengue de la semana 1 a 52 en Cundinamarca es de 863,49 casos por 100.000 habitantes, cuya población a riesgo es de 507.825 población urbana del Departamento según municipios de riesgo.
- El 72,29% (3170/4385) de los casos de dengue proceden de los municipios de: Fusagasugá, Vergara, Girardot, La Vega, Nilo, La Mesa, El Colegio, Silvania, San Francisco y Tibacuy.
- Aumento del 25,38% (3272/4385) casos más de los eventos notificados en los últimos años, y un promedio de 84 casos por semana epidemiológica.
- El Departamento aporta el 6,4 % de los casos dengue del nivel nacional, en el 2016, ha sido el doble del porcentaje en años anteriores.
- Vergara presenta incidencias superiores a 18.770 casos por 100 000 habitantes, que los demás municipios mesoendemicos. Los municipios hipoendémicos con mayores incidencias corresponden a Tibacuy con una incidencia de 14.312 casos por 100 000 habitantes.
- El 58,50% (1156/1976) de los casos de dengue con signos de alarma, su conducta fue hospitalización.
- El 90% de los casos de dengue grave presentaron conducta de hospitalización.
- El 65% de los casos de dengue grave fueron confirmados por laboratorio.





- De los casos de mortalidad por dengue, solo se han confirmación de seis (6) casos de mortalidad por dengue, los demás se encuentran en estudio, con una letalidad del 30%.
- No se cuenta con información de los resultados de serotificación remitidas al INS desde el año 2013 a la fecha.

Chikunguña

En Cundinamarca se han notificado al Sivigila 1041 casos de Chikunguña individual y 232 casos de Chikunguña colectivo, para un total de 1273 casos, con una disminución en la notificación del 94% con respecto al año anterior, con un promedio de 24 casos por semana epidemiología en la fase post endémica. Ver tabla 75.

Tabla 75. Distribución de casos Chikunguña según provincia, semana 1 a 52 Cundinamarca, 2016

Provincia	Chik individual	Chik Colectivo	Total Casos	Incidencia x 100.000 Habitantes	%
Tequendama	272	11	283	449,88	22,23
Gualiva	219	8	227	483,13	17,83
Alto Magdalena	201	7	208	134,75	16,34
Sumapaz	128	51	179	115,01	14,06
Rionegro	96	58	154	606,35	12,10
Bajo Magdalena	30	65	95	251,92	7,46
Magdalena Centro	35	31	66	986,99	5,18
Desconocido Otros municipios no riesgo dengue	44	1	45	0,00	3,53



Medina	8	0	8	126,56	0,63
Oriente	8	0	8	75,94	0,63
Guavio	0	0	0	0,00	0,00
Total	1041	232	1273	250,68	100,00

Fuente: Sivigila Cundinamarca-Retroalimentación del INS semana 1 a 52-2016

Incidencia de casos notificados evento Chikunguña

Se observa que la incidencia de casos de Chikunguña en el Departamento de Cundinamarca para semana epidemiológica No 1 a 52 del 2016, es de 250,68 casos por cada 100.000 habitantes. La mayor Incidencia se presentó en el Municipio de El Peñón con 11.910 casos por cada 100.000 habitantes, en segundo lugar, el municipio de Quipile y en tercer lugar el Municipio de Tibacuy.

Conclusiones

- A semana epidemiológica No 52 de 2016 (periodo epidemiológico XIII) se han notificados al SIVIGILA 1.273 casos de Chikunguña.
- El 12,88% (164/1273) casos corresponden al grupo de 30 a 34 años, seguido del 10,76% (137/1273) casos de 20 a 24 años, población económicamente activa, en menor porcentaje 0,24% (3/1273) casos menores de un año.
- El 1% (264/25.245) de los casos notificados en el 2014-2016 fueron confirmados por Laboratorio (CHIKV PCR-RT/CHIKV IgM).
- el 7,22% (92/1273) de los casos se notificaron en mayores de 60 años, el 0,23% (10/1273) en menores de 1 año y el 0,96% (10/1041) en gestantes.
- Es de anotar que la circulación del vector *Aedes aegypti* que transmite el virus Chikunguña se ha detectado en 57 de los 116 municipios que hacen parte del territorio Cundinamarqués favoreció la susceptibilidad del Departamento para la presencia y diseminación del virus, siendo los municipios de la Provincia de Gualiva, Tequendama y Alto Magdalena, zona de gran oferta de turismo.



- Desde el año 2015 se realizó confirmación de la circulación del virus Chikunguña en el Departamento de Cundinamarca con 264 casos confirmados en 24 municipios de riesgo.
- Existe debilidad aun en la atención oportuna y el manejo adecuado de los casos, y subregistro de casos, un 35%.

Zika

A partir de la introducción de virus Zika en el departamento y la terminación de la fase epidémica, desde la semana No 44 de 2015 (1785) hasta la semana epidemiológica No 52 de 2016, se han notificado un total de 5252, de los cuales 3468 casos en el 2016 por procedencia. Un promedio de 67 casos por semana epidemiológica.

El 61,22% (2123/3468) de los casos corresponde al sexo femenino, probablemente por el concepto del género femenino por ir oportunamente a consultar, en menor porcentaje 38,75% (1344/3468) sexo masculino.

Los municipios de mayor porcentaje de notificación son: El Colegio aportando el 17,79% (617/3468), seguido de La Mesa con el 13,35% (463/3468) casos, y en tercer lugar La Girardot con el 8,94% (310/3468) casos. Ver tabla 76.

Tabla 76. Incidencia de casos notificados de Zika por Municipio de Procedencia, semana epidemiológica No 1 a 52, Cundinamarca, 2016.

Municipio	Casos confirmados por laboratorio 2016	ZIKA Individual procedencia 2016	%	INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES
EL PEÑON	1	40	1,15	8988,76
TENA	1	70	2,02	8244,99
EL COLEGIO(MESITAS)	31	617	17,79	7350,49



LA PEÑA	0	62	1,79	6237,42
TIBACUY	1	28	0,81	5343,51
QUEBRADANEGRA	1	18	0,52	4639,18
LA PALMA	1	156	4,50	3801,17
CHAGUANI	1	25	0,72	3346,72
SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA	1	31	0,89	3009,71
ANAPOIMA	8	163	4,70	2809,86
SASAIMA	2	65	1,87	2654,14
PAIME	0	12	0,35	2608,70
MEDINA	4	94	2,71	2406,55
QUIPILE	2	15	0,43	2222,22
PANDI	1	21	0,61	1962,62
PULI	1	11	0,32	1646,71
JERUSALEN	1	9	0,26	1538,46
RAFAEL REYES (APULO)	7	48	1,38	1523,33
SILVANIA	0	93	2,68	1475,25
LA MESA	25	463	13,35	1454,92
UBALA	0	18	0,52	1404,06
PARATEBUENO	1	33	0,95	1366,46
GUAYABAL DE SIQUIMA	1	11	0,32	1267,28
VIOTA	4	54	1,56	1237,11
LA VEGA	6	64	1,85	1201,20
CACHIPAY	2	36	1,04	1144,31
TOPAIPI	2	9	0,26	1102,94
SAN JUAN DE RIOSECO	1	28	0,81	957,26
TOCAIMA	10	88	2,54	800,07
NOCAIMA	1	12	0,35	637,62
UTICA	1	17	0,49	620,21
ARBELAEZ	1	31	0,89	583,47
RICOURTE	4	25	0,72	559,28
VERGARA	1	8	0,23	517,80
VILLETA	8	125	3,60	494,66





NILO	5	72	2,08	381,84
GUAYABETAL	0	5	0,14	329,82
GUADUAS	8	60	1,73	301,92
GIRARDOT	66	310	8,94	293,28
CAPARRAPI	0	8	0,23	291,76
NARIÑO	2	4	0,12	273,97
NIMAIMA	0	8	0,23	271,37
ANOLAIMA	0	9	0,26	245,16
SANFRANCISCO	1	8	0,23	232,56
AGUA DE DIOS	5	25	0,72	229,15
BELTRAN	0	1	0,03	226,76
BITUIMA	0	1	0,03	224,72
VIANI	0	3	0,09	223,88
YACOPI	1	7	0,20	174,83
FUSAGUSAGUSA	11	192	5,54	139,98
PUERTO SALGAR	3	17	0,49	118,48
CAQUEZA	1	6	0,17	81,20
PACHO	3	12	0,35	77,08
GUATAQUI	1	1	0,03	72,52
SAN BERNARDO	0	3	0,09	72,13
QUETAME	0	1	0,03	61,39
Total	318	3468	100	682,91

Fuente: Sivigila Cundinamarca-Retroalimentación del INS semana 1 a 52-2016

La incidencia en Cundinamarca a semana epidemiológica No 52 es de 682,91 casos por 100.000 habitantes, a nivel municipal la incidencia más alta, es para el municipio de El Peñón con 8988 casos por 100.000 habitantes, Tena con 8244 casos por 100.000 habitantes y El Colegio con 7350 casos por 100.000 habitantes de área de riesgo. En menor incidencia Quetame con 61 casos por 100.000 habitantes.





Para semana epidemiológica No 52, en Cundinamarca se han notificado 25 casos de diagnósticos diferenciales para microcefalia, de los cuales ocho (8) cuentan con código CIE-10 Q02 X Microcefalia y los otros son otros diagnósticos que se dejan bajo seguimiento para descartar relación con Zika.

Se ha confirmado un (1) caso de microcefalia por laboratorio de residencia Villeta y se han descartado tres (3) de Soacha, actualmente hay cuatro (4/8) casos en estudio del total casos probables microcefalias asociadas a Zika.

Respecto a síndromes neurológicos tipo guillan barre, se han notificado doce (12) casos probablemente asociados a Zika.

Se evidencian 250 casos en mujeres gestantes según procedencia y 304 casos de zika en gestantes según residencia a semana epidemiológica No 52.

Los casos de zika han disminuido de manera significativa con respecto a semanas anteriores, probablemente por el agotamiento de susceptibles.

Según la procedencia de casos de zika, se evidencian 107 casos en población menor de 1 año, 319 casos en mayores de 60 años.

Se han confirmado 9,2% (318/3468) de los casos de zika por parte del INS,

Conclusiones

- Desde el inicio de la epidemia de zika, se han notificado un total de 5252, de los cuales 3468 casos en el 2016 por procedencia.
- El 61,22% (2123/3468) de los casos corresponde al sexo femenino.
- El 61,07% (2118/3468) de los casos corresponden al régimen contributivo.
- El 10,76% (373/3468) de los casos corresponden al grupo de edad 25 a 29 años, población económicamente activa.





- Los municipios de mayor porcentaje de notificación son: El Colegio aportando el 17,79% (617/3468), seguido de La Mesa con el 13,35% (463/3468) casos, y en tercer lugar La Girardot con el 8,94% (310/3468) casos.
- La incidencia en Cundinamarca a semana epidemiológica No 52 es de 682,91 casos por 100.000 habitantes, a nivel municipal la incidencia más alta, es para el municipio de El Peñón con 8988 casos por 100.000 habitantes.
- Se ha confirmado un (1) caso de microcefalia por laboratorio de residencia Villeta.
- Se evidencian 250 casos en mujeres gestantes según procedencia, 107 casos en población menor de 1 año, 319 casos en mayores de 60 años.
- Se han confirmado 9,2% (318/3468) de los casos de zika por parte del INS, a pesar del envío de las muestras respectivas para procesamiento, ya que a la fecha no han llegado dichos resultados.

Leishmaniasis

Hasta la semana epidemiológica 1 a 52 del año 2016, se notificaron al sistema de información Sivigila, 341 casos de Leishmaniasis de los cuales, 333 fueron de la forma cutánea y corresponden a un 97,7% y ocho (8) casos de la forma mucosa, que corresponden a un 2,3 % y ningún caso confirmado para la forma visceral.

La distribución por edad muestra que el intervalo de edad estuvo entre 2 años y 95 años, con un promedio de edad de 38 años, una mediana de 30 años y una moda de 21 años, que corresponden a población adulta económicamente activa, posiblemente expuesta por su ocupación en zonas rurales a la picadura del vector.

Del total de casos de Leishmaniasis cutánea, el grupo de edad más afectado corresponde al 10,56% (36/341) casos del grupo de edad de 20 a 24 años, seguido del 8,21 % (28/341) casos en el grupo de edad e 25 a 29 años, población económicamente activa, en menor porcentaje 2,35% (8/341) casos de 70 a 74 años.





En cuanto a la distribución por sexo, 228 casos (66,86%) fueron hombres; ya que es considerada una enfermedad profesional que compromete principalmente este género por sus actividades laborales de tipo rural y zona enzootica del parasito. Aunque existe evidencia creciente de una transmisión en peri e intra domicilio soportada en el aumento de casos en mujeres y niños. Por área de procedencia, el 62,17% (212/341) casos ocurrieron en el área rural dispersa, 37,83% (129/341) casos se registra cabecera municipal y centro poblado. Lo que evidencia la exposición al vector por ubicación y dinámica a desarrollar por la población más susceptible en áreas rurales. Sin embargo, el dato referido a población urbana puede ser posible porque puede estar urbanizándose el vector.

Las lesiones se ubican predominantemente en miembros inferiores, superiores y tronco. La distribución de las lesiones fue la siguiente: el 44,3% (151 casos) en miembros inferiores, el 42,2% (144 casos) con lesiones en miembros superiores, el 16,4% lesiones (56 casos) en tronco y 12,9% lesiones (44 casos) en cara. Las dos primeras corresponden a las de mayor exposición a la picadura por el flebótomo *Lutzomyia sp*

Según el número de casos por provincias la más afectadas es Gualivá con el 29,62% (101/341) casos, seguida Rionegro con el 26,39% (90/341) casos, y en tercer lugar Alto Magdalena con el 11,44% (39/341) casos, y en menor porcentaje Sumapaz con el 0,59% (2/341) casos, comportamiento similar al de años anteriores. Ver tabla 77.

Tabla 77. Distribución de casos de Leishmaniasis, por provincia, Cundinamarca, semana 1 a 52 de 2016.

Provincia	No casos Cutánea	No casos Mucosa	Total	%	Incidencia por 100.000 habitantes
Gualiva	100	1	101	29,62	154,49
Rionegro	89	1	90	26,39	206,65



Alto Magdalena	38	1	39	11,44	106,19
Bajo Magdalena	46	0	46	13,49	121,63
Tequendama	22	4	26	7,62	28,28
Magdalena Centro	12	1	13	3,81	60,89
Medina	4	0	4	1,17	34,58
Sumapaz	2	0	2	0,59	8,80
Oriente	1	0	1	0,29	5,33
Sin dato	19	0	19	5,57	0,00
Total	333	8	341	100,00	97,48

Fuente: Sivigila Cundinamarca-Retroalimentación del INS semana 1 a 52-2016

Los casos de Leishmaniasis se concentraron en los municipios de: Caparrapi, Nilo, Yacopí, Villeta, Nocaima, Paime, La Peña, y Quipile, concentran el 72,73% (248/341) casos de la notificación de casos.

Incidencia por forma Clínica

Según la forma clínica la proporción de incidencia de Leishmaniasis cutánea es 97,48 casos por 100 000 habitantes y Leishmaniasis mucosa 2,28 casos por 100 000 de habitantes. El municipio de Paime presenta la incidencia más alta de 785 casos por 100.000 habitantes Ver tabla 78.

Tabla 78. Incidencia por forma clínica de Leishmaniasis Cundinamarca semana 1 a 52 de 2016

Clasificación	MUNICIPIO	L. CUTANEA	L. MUCOSA	TOTAL	%	INCIDENCIA POR 100000 HABITANTES
Muy alto Riesgo	PAIME	31	0	31	9,09	785,41





Alto riesgo	NOCAIMA	26	2	28	8,21	453,59
Muy alto Riesgo	VILLETA	35	0	35	10,26	389,80
Muy alto Riesgo	YACOPI	47	0	47	13,78	361,37
Alto riesgo	BITUIMA	6	0	6	1,76	290,84
Muy alto Riesgo	CAPARRAPI	39	0	39	11,44	279,21
Muy alto Riesgo	UTICA	6	0	6	1,76	263,74
Mediano riesgo	NILO	34	1	35	10,26	249,86
Muy alto Riesgo	LA PEÑA	14	0	14	4,11	231,75
Sin clasificar	VILLAGOMEZ	1	0	1	0,29	160,51
Sin clasificar	UBALA	2	0	2	0,59	156,01
Sin clasificar	TOPAIPI	3	1	4	1,17	108,20
Alto riesgo	GUAYABAL DE SQUIMA	3	0	3	0,88	108,07
Muy alto Riesgo	PUERTO SALGAR	5	0	5	1,47	107,27
Muy alto Riesgo	NIMAIMA	4	0	4	1,17	103,57
Mediano riesgo	QUIPILE	7	0	7	2,05	93,42
Bajo riesgo	AGUA DE DIOS	2	0	2	0,59	79,84
Mediano riesgo	LA PALMA	5	0	5	1,47	74,40
Bajo riesgo	SASAIMA	6	0	6	1,76	72,35
Bajo riesgo	VIANI	1	1	2	0,59	69,88
Sin clasificar	MEDINA	4	0	4	1,17	64,23
Sin clasificar	ANOLAIMA	3	2	5	1,47	58,55
Bajo riesgo	VERGARA	3	0	3	0,88	48,87
Alto riesgo	LA VEGA	4	0	4	1,17	44,45
Muy alto Riesgo	ANAPOIMA	3	0	3	0,88	38,90
Alto riesgo	VIOTA	3	0	3	0,88	33,42





Sin clasificar	CHAGUANI	1	0	1	0,29	30,94
Alto riesgo	GIRARDOT	1	0	1	0,29	28,77
Alto riesgo	LA MESA	4	0	4	1,17	28,61
Alto riesgo	QUEBRADANEGRA	1	0	1	0,29	22,95
Mediano riesgo	EL PEÑÓN	1	0	1	0,29	22,93
Mediano riesgo	RICAUARTE	1	0	1	0,29	19,57
Sin clasificar	SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA	1	1	2	0,59	16,50
Mediano riesgo	SAN JUAN DE RIOSECO	1	0	1	0,29	15,89
Bajo riesgo	SANFRANCISCO	1	0	1	0,29	14,83
Bajo riesgo	TENA	1	0	1	0,29	12,14
Alto riesgo	GUADUAS	2	0	2	0,59	10,42
Sin clasificar	PACHO	1	0	1	0,29	8,46
Bajo riesgo	FUSAGUSAGUSA	1	0	1	0,29	3,73
	TOTAL	333	8	341	100	97,48

Fuente: Sivigila Cundinamarca-Retroalimentación del INS semana 1 a 52-2016

Leishmania Visceral

A Semana epidemiológica No 1 a 52, en la base SIVIGILA no se registran casos, sin embargo, en el Departamento existe gran riesgo en el municipio de Girardot y Ricaurte, donde la unidad de entomológica ha encontrado el vector.

Letalidad para Leishmaniasis Visceral





Hasta semana epidemiológica 1 a 52 de 2016, en Cundinamarca no se ha notificado casos de Leishmaniasis visceral por tal razón la letalidad por L. visceral es de 0 %.

Conclusiones

- Hasta la semana epidemiológica 1 a 52 del año 2016, se notificaron al sistema de información Sivigila, 341 casos de Leishmaniasis de los cuales, 333 fueron de la forma cutánea y corresponden a un 97,7% y ocho (8) casos de la forma mucosa, que corresponden a un 2,3 % y ningún caso confirmado para la forma visceral.
- Existe gran riesgo de Leishmaniasis visceral en la provincia de alto magdalena zona donde ese han encontrado el vector (Ricaurte y Girardot).
- Las provincias más afectadas por Leishmaniasis cutánea son: Gualiva y Rionegro. Sin embargo, Alto Magdalena registra gran número, pero son Militares, que tienen desplazamientos a diferentes partes del país y es errónea procedencia autóctona de los casos.
- El 66,86% (228/341) casos se presentan en el sexo masculino.
- El mayor porcentaje corresponde al régimen subsidiado con el 68,91 (235/341) casos.
- el 72,73% (248/341) casos de la notificación de casos corresponden a: Caparrapi, Nilo, Yacopí, Villeta, Nocaima, Paima, La Peña, y Quipile.
- En el Departamento de Cundinamarca, existen 10 municipios de muy alto riesgo así: Paima, Utica, Caparrapi, Nimaima, Yacopi, Villeta, Nariño, Puerto Salgar, Anapoima y La Peña donde concentran gran cantidad de casos de acuerdo al histórico de casos
- La incidencia de Leishmaniasis cutánea en Cundinamarca es 97,48 casos por 100 000 habitantes y Leishmaniasis mucosa 2,28 casos por 100 000 de habitantes.
- La incidencia más alta fue la registrada por el municipio de Paima con 785 casos por 100.000 habitantes, similar al año anterior.



- La oportunidad de notificación del evento se encontró las UPGD reportaron al SIVIGILA la ocurrencia del evento objeto de vigilancia en salud pública en promedio cinco (5) días después de haber sido capturados en la consulta médica. El tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta tuvo en promedio 35 días para el acceso de servicios de salud, comportamiento similar al del año anterior.

Enfermedad de Chagas

Magnitud en lugar y persona

De acuerdo con la notificación de casos a semana epidemiológica No 52, al SIVIGILA se han notificado 26 casos de Chagas, de procedencia Cundinamarca. De los cuales el 69,2% (18/26) de los casos fueron notificados por UPGD diferentes a las del Departamento.

El 100% de los casos corresponden a Chagas crónico, aunque se registraron erróneamente tres (3) casos agudos, solicitados a UPGD realizar su corrección respectiva. Así mismo el 100% de los casos notificados corresponden a transmisión vectorial. El 92,31% (24/26) de los casos notificados se les realizó ajuste, mientras que el 7,69% (2/26) de los casos no se les ha realizado ajuste.

Según la provincia de procedencia, el 27% (7/26) de los casos corresponde a municipio desconocido, seguido del 27% (7/26) de Alto Magdalena y en menor porcentaje el 4% corresponde a Rionegro. Ver tabla 79.

Tabla 79. Casos de Chagas según provincia, Cundinamarca, 2016

Provincia	No Casos	%
-----------	----------	---





Desconocido	7	27
Alto Magdalena	7	27
Oriente	4	15
Medina	3	12
Sumapaz	2	8
Tequendama	1	4
Almeidas	1	4
Rionegro	1	4
Bajo Magdalena	0	0
Total	26	100

Fuente: Sivigila Semana Cundinamarca-Retroalimentación INS Sem 52-2016

Discusión

La enfermedad de Chagas (ECha), es el resultado de la infección por el *Trypanosoma cruzi*, un protozoo que tiene como reservorio diversos animales salvajes en zonas rurales de varios países de Suramérica y América Central y que es transmitido al hombre por insectos hematófagos.

La fase aguda de la enfermedad pasa generalmente inadvertida, pero en los últimos años se ha incrementado la detección de casos de considerable gravedad clínica y una importante letalidad. La infección crónica con el *T. cruzi*, puede llevar a una cardiopatía con diferentes grados de severidad, que en algunos departamentos colombianos constituye una causa importante de enfermedad cardíaca, incapacidad y reducción de la expectativa de vida.

En Colombia, la infección por *Trypanosoma cruzi* se ha detectado con frecuencia a lo largo del valle del río Magdalena, en la región del Catatumbo, la Sierra Nevada de Santa Marta, el piedemonte de los llanos orientales y la Serranía de la Macarena. Los departamentos que presentan una mayor endemia son: Santander, Norte de





Santander, Cundinamarca, Boyacá, Casanare y Arauca y más recientemente se ha comenzado a documentar la importancia de este problema en comunidades de la Sierra Nevada de Santa Marta.

Por tratarse de una enfermedad con una historia natural compleja, con frecuencia se manejan conceptos equivocados que distraen los esfuerzos de las instituciones. En Cundinamarca, así como en otros departamentos, existen grandes falencias en la clasificación inicial de los casos, ajustes y confirmación del diagnóstico, además se suma la falta de calidad del dato y datos incompletos como lo son tomas y resultados de laboratorios para confirmar el diagnóstico de la enfermedad. Al comparar los casos notificados con el año anterior no se observa un aumento significativo con respecto al año anterior.

Malaria

Es de resaltar que no se han reportado casos autóctonos en los últimos años de esta patología ni siquiera en los municipios de medina y Paratebueno, los cuales son considerados las áreas maláricas del Departamento, los casos notificados al Sivigila son casos importados de otros departamentos como Meta, Huila, Amazonas, Choco, Antioquia, entre otros.

A semana epidemiológica No 1 a 52, se registran al Sivigila 16 casos de malaria. De los cuales 12 casos corresponden a errores en el municipio de procedencia, ya que la única zona maláricas del departamento es Medina de la cual un (1) caso es procedencia este municipio y los otros tres (3) casos son de Nilo de Tolemaida, probablemente militares que estuvieron en alguna zona de riesgo del país.



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](https://www.facebook.com/CundinamarcaGob) [@CundinamarcaGob](https://www.instagram.com/CundinamarcaGob)
www.cundinamarca.gov.co



Discusión

La malaria es una enfermedad de alto poder epidémico que es endémica en una gran parte del territorio nacional, en áreas localizada por debajo de los 1.500 m.s.n.m. En el país, aproximadamente 12 millones de personas habitan en zonas de riesgo para transmisión de esta enfermedad.

De acuerdo con la especie, encontramos que semana epidemiológica de 1 a 52 se registran al Sivigila cuatro (4) casos de malaria, de las especies vivax dos (2) casos y dos (2) casos de malaria falciparum, probablemente importadas.

En el país hay un predominio de malaria por *P. vivax*, pero la proporción de casos de malaria por *P. falciparum* es una de las más altas entre los países del continente.

De esta forma, la malaria es una de las enfermedades infecciosas más importantes en Colombia y constituye un evento cuya vigilancia, prevención y control revisten especial interés en salud pública.

La detección precoz de los casos y la administración de tratamiento, además de ser una medida altamente efectiva en términos de atención individual, con rápida reducción de la incapacidad y cura en 100% de los casos oportunamente detectados, es en términos colectivos, la acción más importante de prevención primaria e interrupción de transmisión en el control de la malaria.

En Cundinamarca no se han reportado casos autóctonos en los últimos años de esta patología. Los municipios de medina y Paratebueno son considerados las áreas maláricas del Departamento. La mayoría de los casos notificados al Sivigila son casos importados de otros departamentos como: Amazonas, Choco, Antioquia, entre otros.

Fiebre Amarilla

Cundinamarca no es considerado como endémico, a semana 1 a 52, no se han notificado casos probables de fiebre amarilla.





Sin embargo, se continúa con la vigilancia permanente, además de la inmunización con el biológico de fiebre amarilla en el Departamento. Con un indicador de cobertura de 96,3%(Útil).

En Colombia son consideradas áreas de riesgo las zonas de piedemonte de las cordilleras Oriental y Central, las estribaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta, Serranía del Perijá, Magdalena medio y las regiones del Catatumbo, Orinoquia y Amazonia.

Por lo anterior Cundinamarca no presenta condiciones que favorezcan el vector en muchos de sus municipios, sin embargo no se debe desestimar las medidas básicas de control del vector e información a la comunidad, sin embargo se debe tener coberturas de vacunación óptima de los siguientes municipios por el riesgo entomológico: Agua de Dios, Anolaima, Arbeláez, Beltrán, Bituima, Cachipay, Caqueza, Chaguani, El Colegio, El Peñón, Girardot, Guataqui, Guayabal de Siquima, Guayabetal, La Mesa, La Peña, La Vega, Nariño, Nilo, Nimaima, Paima, Pandi, Paratebueno, Puli, Quebradanegra, Quetame, Quipile, Apulo, Ricaurte, San Francisco, San Juan de Rioseco, Sasaima, Sylvania, Tibacuy, Tocaima, Topaipí, Ubalá, Utica, Vergara, Viani, Villagómez.

Conclusiones.

- En Cundinamarca no es una zona endémica para fiebre amarilla, sin embargo, desde años anteriores no se han notificados casos.

Comportamiento de la vigilancia del evento micobacterias

De acuerdo con el Global Tuberculosis report. WHO report 2015 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2014 se reportaron 9,6 millones de casos (rango 9,1 millón -10,0 millón) a nivel mundial, que equivale a 133 casos por 100 000 habitantes. El número absoluto de casos nuevos muestra una disminución pasiva, con una tasa promedio de 1,5% por año entre 2000-2014 y 2,1% entre el 2013-2014.





El número de casos nuevos de tuberculosis en relación con la población (tasa de incidencia) varía de gran manera entre los países, las tasas más bajas se presentan en los países con altos ingresos como el Oeste de Europa, Canadá, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda; con una tasa de incidencia menor de 10 casos por 100 000 habitantes por año.

Los países con mayor tasa de incidencia fueron Lesotho, Sudáfrica y Suazilandia. Mundialmente la tasa de incidencia se ha mantenido estable desde 1990 hasta 2000 y luego comenzó a decaer.

La incidencia y prevalencia de la región de las Américas varía considerablemente entre sus subregiones, dentro de la subregión del Caribe hubo un estimado de 28 800 casos en 2013 de los cuales la mayoría ocurrió en Haití (21 000 o 73 %), República Dominicana (6 200 o 22 %) y Cuba (1 000 o 3,5 %). En América Central, México presenta más de la mitad de los casos reportados en esta subregión (53 %), seguido de Guatemala (9 200 o 20 %), aun así, es este último país es el que presenta la mayor tasa de incidencia con 60 casos por 100 000 habitantes en 2013. En Suramérica la región Andina, Perú cuenta con el mayor número de casos en el año 2013 con 44 %, seguida por Brasil siendo el país con mayor número de casos en esta región mostrando un tercio (93 000 o 33 %) del total de los casos en toda América y el 84% en Suramérica no Andina.

En la región Andina de las Américas, Perú registra el mayor número de casos con 44% (38 000 casos), seguido por Colombia (19 % o 16 000 casos), Bolivia (15 % o 13 000 casos), Venezuela (12 % o 10 000 casos) y Ecuador (10 % o 8 800 casos). La tasa de incidencia más alta la presenta Perú (124 casos por 10 000 habitantes), seguido por Bolivia (123 casos por 100 000 habitantes); en las últimas décadas la incidencia ha disminuido en todos los países de la región Andina de las Américas a excepción de Venezuela que ha estado constante.





Comportamiento de la notificación

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron al Sivigila 410 casos de tuberculosis todas las formas, 385 corresponden a casos nuevos, la incidencia de tuberculosis para el departamento a este periodo es de 14,1 casos por 100 000 habitantes.

De acuerdo con el lugar de residencia, La Palma registra la mayor incidencia con 83,1 casos por 100 000 habitantes y Girardot con 72,8, las entidades territoriales con mayor número de casos son Girardot y Soacha.

Tabla 80. Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso. Periodo epidemiológico XII, Cundinamarca 2016.

Tipo de caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total	%
Confirmado por laboratorio	304	59	363	88,5
Confirmado por clínica	14	28	42	10,2
Confirmado por nexos epidemiológico	5	0	5	1,2
Total	323	87	410	100

Fuente: Sivigila Cundinamarca, 2016.

Dentro de los casos por tuberculosis extrapulmonar (87 casos), la localización anatómica con mayor porcentaje es pleural con el 42,7 % (38 casos), seguida por la localización meníngea con 21,3 % (19 casos) y la ganglionar y pericárdica con 5,6 % (5 casos cada uno).





Tabla 81. Número de casos de Tuberculosis Extrapulmonar de acuerdo con la localización anatómica. Periodo epidemiológico XII, Cundinamarca 2016.

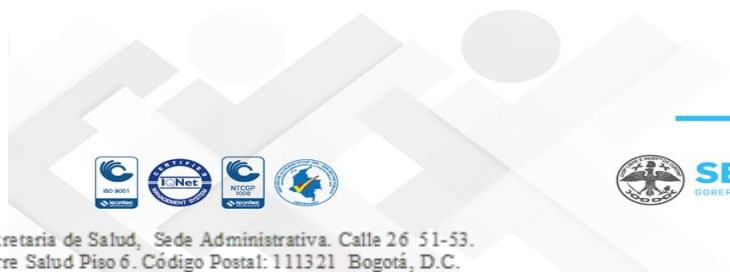
Localización anatómica	Casos	%
Pleural	38	42,7
Menígea	19	21,3
Peritoneal	3	3,4
Ganglionar	5	5,6
Renal	2	2,2
Intestinal	0	0,0
Osteoarticular	3	3,4
Ganglionar	3	3,4
Genitourinaria	1	1,1
Pericárdica	5	5,6
Cutánea	1	1,1
Otro	9	10,1
Total	89	100

Fuente: Sivigila Cundinamarca, 2016.

Según la clasificación del caso, el 93,9 % (385 casos) de los casos ingresaron como caso nuevo y el 6,1 % (25 casos) como previamente tratados.

De los 10 casos que registran coinfección TB-VIH, el 100 % corresponden a diagnóstico previo de VIH.

Los municipios que presentaron mayor proporción de casos para asociación tuberculosis -VIH fueron Girardot y Soacha, con el 25 % (9 casos) y el 13,9 % (5 casos) respectivamente.





Se registraron 47 casos con condición final muerte al Sivigila, siendo Girardot, Soacha, Chía, La Mesa y Zipaquirá los que aportan mayor número de casos; del total de casos el grupo de 55 a 59 años aportaron el 14,8 % de las muertes; la tasa de mortalidad en el departamento es de 1,7 casos por 100 000 habitantes; los municipios de La Palma, La Mesa, Ricaurte, Apulo y Une presentan las tasas de mortalidad más altas.

Tabla 82. Distribución de casos de tuberculosis con condición final muerte por municipio de residencia. Periodo epidemiológico XII, Cundinamarca 2016.

Municipio	Muertes con TB pulmonar notificados a Sivigila	%	Tasa de mortalidad por 100000
AGUA DE DIOS	1	2,1	9,2
ANAPOIMA	1	2,1	7,4
CHIA	4	8,5	3,1
FACATATIVA	2	4,3	1,5
FUSAGASUGA	3	6,4	2,2
GIRARDOT	9	19,1	8,5
LA CALERA	2	4,3	7,2
LA MESA	4	8,5	12,6
LA PALMA	2	4,3	18,5
MADRID	1	2,1	1,3
PUERTO SALGAR	1	2,1	5,3
RAFAEL REYES (APULO)	1	2,1	12,8
RICAURTE	1	2,1	10,4
SOACHA	6	12,8	1,1
SOPO	1	2,1	3,7
TOCAIMA	1	2,1	5,4
UBATE	1	2,1	2,6
UNE	1	2,1	10,7
YACOPI	1	2,1	5,9
ZIPAQUIRA	4	8,5	3,2
Cundinamarca	47	100,0	1,7

Fuente: Sivigila Cundinamarca, 2016.

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron al Sivigila 410 casos de tuberculosis todas las formas, 385 corresponden a casos nuevos, la incidencia de tuberculosis para el departamento a este periodo es de 14,1 casos por 100 000 habitantes.





Eventos de Riesgo Ambiental

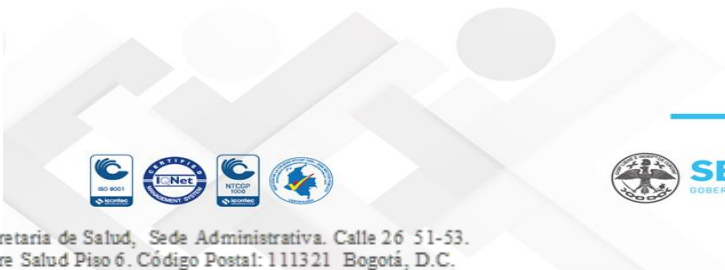
Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA)

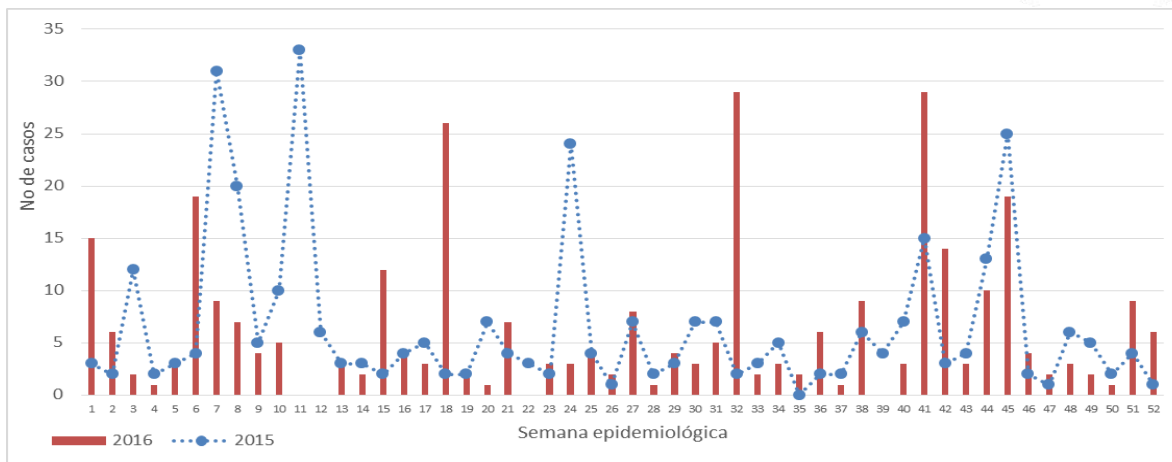
Según el INS, “las enfermedades transmitidas por alimentos son un problema de salud pública generalizado y creciente tanto para países desarrollados como en desarrollo” .

De igual manera resultados mostrados por el INS, en Colombia refieren que este evento ingreso para vigilancia a partir del año 2000 donde se reportaron 2983 casos y que desde entonces la notificación del evento ha venido en aumento año 2013 (11213 casos individuales y 1102 brotes notificados), para el año 2014 se notificaron 11425 casos individuales y 861 brotes en todo el territorio nacional.

Hasta la semana 52 de 2016 en el Departamento se notificaron 321 casos individuales de ETA, frente a los 335 notificados en el mismo periodo de 2015, las semanas epidemiológicas con mayor número de casos notificados en el 2016 fueron la 1, 6, 18, 32, 41 y 45 siendo las 32 y 41 las semanas en las que mayor número de casos individuales se registraron. Ver tabla 83.

Tabla 83. Comportamiento de la notificación individual de ETAS por semana epidemiológica. Cundinamarca, 2015 – 2016.





Fuente: SIVIGILA

En el periodo analizado, en Cundinamarca se han notificado 14 brotes que cumplen con la definición para notificación inmediata, en ellos resultaron afectados un total de 422 personas. Ver tabla 84.

Tabla 84. Número de brotes de ETA notificados en colectivo según municipio de ocurrencia. Cundinamarca. 2016.

Municipio	No. de brotes de notificación inmediata por sitio de ocurrencia	No de casos
Madrid	1	11
Sasaima	1	14
Guaduas	1	16
Cajicá	1	7
Girardot	2	154
Chaguaní	1	11
Cota	1	7
Fusagasugá	1	12
Gacheta	1	6
Silvania	1	17
Soacha	1	21
Tenjo	1	26



Zipaquirá	1	120
Cundinamarca	14	422

Fuente: Bases SVSP 2016

Comportamiento de otras variables de interés

El 53% de los brotes registrados en 2016 en Cundinamarca tienen como lugar de consumo un restaurante comercial, los demás brotes tienen como sitio de consumo instituciones educativas, club social y un establecimiento carcelario.

Tabla 85. Porcentaje de brotes de ETA notificados según lugar de ocurrencia. Cundinamarca. 2016.

Lugar de consumo	No de brotes	%
Restaurante comercial	7	53,85
Club Social	1	7,69
Institución educativa	4	30,77
Establecimiento carcelario	1	7,69

Fuente: SIVIGILA 2016

Intoxicaciones Agudas por Sustancias Químicas

El manejo de sustancias químicas implica la exposición a riesgos inherentes a las mismas durante todo su ciclo de vida desde su fabricación hasta su disposición final. Estudios epidemiológicos y toxicológicos demuestran la variada gama de afecciones y enfermedades que se asocian con la contaminación química. De igual manera, las intoxicaciones por sustancias químicas son causa de morbilidad y discapacidad importante pero desafortunadamente se conoce poco acerca del impacto en la salud pública. Es por ello por lo que la OPS promueve la recolección de datos relacionados con intoxicaciones agudas por sustancias químicas. (INS protocolo intoxicaciones 2014).





En el departamento de Cundinamarca, durante el 2015 se notificaron 1575 casos individuales de intoxicaciones agudas por sustancias químicas, mientras que para el año 2016 se notificaron 1612 casos individuales, mostrando un leve aumento en la notificación de casos para este último año.

En el año 2016 se notificaron 1.612 casos individuales de intoxicaciones agudas por sustancias químicas en el Departamento. Del total de casos notificados el 50,6% corresponden al sexo femenino; los grupos quinquenales con mayor proporción de casos son de 15 a 19 años con el 22,6%, seguido por el grupo de 20 a 24 años con el 16,7% y en tercer lugar el grupo de 25 a 29 años con el 11,9%. El 57,6% de los casos notificados pertenecen al régimen contributivo

Incidencia de intoxicación general.

En 2016 en el departamento de Cundinamarca se registró una incidencia de casos de Intoxicaciones por sustancias químicas de 59,2 casos por cada 100.000 habitantes del departamento. Ver tabla 86.

Tabla 86. Tasa de mortalidad por sustancias químicas. Cundinamarca. 2016.

EVENTO	2016	
	MUERTES	Tasa de Mortalidad X 100.000 habitantes
Medicamentos	0	0,00
Plaguicidas	9	0,33
Metanol	0	0,00
Metales pesados	0	0,00



Solventes	0	0,00
Otras sustancias químicas	1	0,04
Gases	2	0,07
Cundinamarca	12	0,44

Fuente: SIVIGILA

En el periodo analizado en el territorio Cundinamarqués por cada 100.000 habitantes murieron 0,44 personas por intoxicación aguda con cualquier tipo de sustancias químicas, lo que corresponde a 12 muertes por esta causa en el transcurso del año; el grupo de sustancias que mayor mortalidad causó fue el de plaguicidas con 9 fallecimientos.

Hepatitis A

La Hepatitis A es producida por el virus de la Hepatitis A, está se puede transmitir por la ingestión de alimentos y/o bebidas, o por contacto directo con una persona infectada. Está enfermedad puede ser vehiculizada por agua y se asocia con malas prácticas de higiene y condiciones sanitarias deficientes. En el 0.01% de los casos está puede cursar con complicaciones graves que pueden llevar a la muerte.

Incidencia de Hepatitis A

La incidencia de hepatitis A estimada para el departamento de Cundinamarca en el año 2016 es de 1.21 casos x 100000 habitantes por debajo de la reportada para la nación en el mismo período de tiempo 2.26 casos x 1000 n.v. y los Departamentos de Antioquia, Bogotá, Valle, Santander y por encima de la notificada para el Departamento de Boyacá.





En cuanto al comportamiento del indicador a nivel de provincias se observó que la provincia de Almeidas presenta la mayor incidencia de Hepatitis A con 4.35 casos por cada 100.000 habitantes, seguida de las provincias de Sabana Occidente 2.34, Tequendama 1.42 y Sumapaz 1.35 casos por cada 100.000 hab. Ver tabla 87.

Tabla 87 Incidencia de Hepatitis A, por provincia de procedencia, Cundinamarca, 2016.

PROVINCIA	Número de casos	Porcentaje	POBLACION 2016	Incidencia Hepatitis A x 100000 Hab.
ALMEIDAS	4	12,12%	91971	4,35
SABANA OCCIDENTE	10	30,30%	426784	2,34
TEQUENDAMA	2	6,06%	140860	1,42
SUMAPAZ	3	9,09%	222422	1,35
BAJO MAGDALENA	1	3,03%	74782	1,34
SOACHA	7	21,21%	561559	1,25
ALTO MAGDALENA	2	6,06%	171097	1,17
GUAVIO	1	3,03%	89915	1,11
UBATE	1	3,03%	123511	0,81
SABANA CENTRO	2	6,06%	496645	0,40
GUALIVA	0	0,00%	110404	0,00
MAGDALENA CENTRO	0	0,00%	29236	0,00
MEDINA	0	0,00%	17888	0,00
ORIENTE	0	0,00%	87821	0,00
RIONEGRO	0	0,00%	76473	0,00

Fuente: SIVIGILA 2016

Para el año 2016 no se notificaron brotes ni mortalidades asociados a Hepatitis A en el Departamento de Cundinamarca.

Vigilancia Alimentaria y Nutricional



[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov)
[@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



La desnutrición contribuye a la muerte de 5,6 millones de niños y niñas menores de cinco años; se sabe que es la consecuencia más directa del hambre y tiene efectos negativos en la salud, en la educación y a lo largo del tiempo en la productividad y el crecimiento económico de un país. Aumenta la vulnerabilidad a distintas enfermedades que afectan la sobrevivencia y a su vez, depende de condiciones sociales y económicas determinadas por las inequidades, ejerciendo un efecto negativo principalmente en países de ingresos medios y bajos, en poblaciones rurales, urbano marginales, etnias indígenas y afrodescendientes (Protocolo INS 2016 – Mortalidad por o asociada a DNT).

El Departamento de Cundinamarca actualmente viene trabajando en el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional SISVAN, mediante el seguimiento y control del Bajo Peso al Nacer a término, de la mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años, la desnutrición aguda en menores de 5 años y el monitoreo de la clasificación del estado nutricional de la población cundinamarquesa, a fin de generar acciones y cambios para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población, especialmente las gestantes y los menores de 5 años.

Bajo Peso Al Nacer A Término

Para el año 2016 se notificaron al SIVIGILA 1161 eventos de bajo peso al nacer a término ya sea porque nacieron en Cundinamarca o porque son residentes del Departamento. Del total de casos reportados en la base del SIVIGILA INS el 54,10% (665) fueron notificados por Cundinamarca y el restante 45,89% (564 de los cuales 543 se notificaron por Bogotá) por Bogotá y otros Departamentos (Boyacá, Tolima, Meta y Caldas). Ver tabla 88.





Tabla 88. Distribución de la notificación del evento de BPN a término, según UPGD. Cundinamarca, 2015 – 2016

UPGD	Total
UPGD OTROS DEPARTAMENTOS	532
ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	163
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA	137
CLINICA CHIA SA	59
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITA UF ZIPAQ	45
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	41
ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE	35
DUMIAN MEDICA SAS- CLINICA SAN RAFAEL DE GIRARDOT	29
CLINICA SANTA ANA DE FACATATIVA	17
HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA	12
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	10
ESE HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID	10
ESE SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA	10
MEDICOS ASOCIADOS DE GIRARDOT	10
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA	8
ESE MARIA AUXILIADORA DE MOSQUERA	6
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA	4
ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FUNZA	3
ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA	3
ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS	3
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA GIRARDOT	3
CENTRO DE SALUD EL ROSAL	2
CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE LA CALERA	2
ESE HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA	2
ESE HOSPITAL SALAZAR VILLET A	2
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON	2
CENTRO DE SALUD GUASCA	1
CENTRO SALUD SUBACHOQUE	1
ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	1
ESE MERCEDES TELLEZ DE PRADILLA DE VIANI	1
ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA	1
ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN EL COLEGIO	1
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	1
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA	1
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	1
ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	1
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO	1
Total general	1161

Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca - SIVIGILA, 2015 – 2016

Los 1131 eventos notificados a periodo epidemiológico XII y con lugar de residencia Cundinamarca, corresponden a 95 municipios del Departamento, que comparado con el año 2014 disminuyeron en un 6%. La mayor parte de los eventos tienen como residencia los municipios de Soacha, Facatativá, Zipaquirá, Madrid, Funza, Chía, Mosquera, Fusagasugá, Sibaté y Cajicá representando el 68% del total de casos notificados, comportamiento similar al del año 2015.





Tabla 89. Distribución de eventos de BPN a término notificados al SIVIGILA, según municipio de residencia. Cundinamarca, 2015 – 2016

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	CASOS	%
SOACHA	362	32,01
FACATATIVA	79	6,98
ZIPAQUIRA	65	5,75
MOSQUERA	50	4,42
MADRID	48	4,24
CHIA	39	3,45
FUNZA	35	3,09
FUSAGASUGA	35	3,09
SIBATE	33	2,92
CAJICA	26	2,30
OTROS MUNICIPIOS	359	31,74
Total general	1131	100

Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca - SIVIGILA, 2015 – 2016

Con respecto al sexo de los menores notificados con bajo peso al nacer a término, tenemos que el 61,42% (156) de los casos son niñas y el restante 38,58% (98) niños. Este comportamiento de notificación en donde las niñas tienen un porcentaje mayor al de los niños ha sido el mismo desde el año 2012 cuando inicio la Vigilancia del evento, sin embargo, al comparar el comportamiento entre los años 2014 y 2015 se observa un incremento en la notificación de los casos con sexo masculino al pasar de 37,74% en el 2014, a 43,80% en el 2015 y en el 2016 vemos una disminución importante al pasar a 38,58%.

Durante el 2016, según tipo de aseguramiento en salud de la madre, el contributivo represento el 57,91% (655) de los casos, el 38,20% (432) de los casos son del régimen subsidiado y el restante 3,89% (44 casos) corresponde a otro tipo de aseguramiento. Al comparar la información del 2015, se observa un incremento en los casos pertenecientes al régimen contributivo.





Dentro de los factores de riesgo más sobresalientes y que contribuyen al bajo peso al nacer se observó que el 8,22% (93 casos) de las gestantes tuvieron antecedente de diagnóstico con sobrepeso durante el embarazo, aumentando el porcentaje con respecto al 2015. El 4,42% (50 casos) diagnóstico de desnutrición durante el embarazo, manteniéndose el porcentaje con respecto al 2015. El 3,63% (41 casos) tuvieron diagnóstico de anemia, siendo un porcentaje menor con respecto al 2015. En el 7,78% (88 casos) de las gestantes se evidencio que la madre tenía antecedentes de hijos con bajo peso al nacer, siendo un comportamiento similar al del 2015.

El 10,70% (121casos) de las gestantes presentó hipertensión arterial durante el embarazo, aumentando con respecto al 2015. Al 15,21% (172 casos) de las gestantes se les diagnóstico Infecciones de vías urinarias durante el embarazo, comportamiento que disminuyo con relación al año anterior. El 6,90% (78 casos) de las gestantes presentaron amenaza de parto pre término, disminuyendo con relación al 2015.

Tabla 90. Comportamiento de la notificación BPN a término residentes de Cundinamarca, según factores de riesgo de la madre. Cundinamarca, 2016

Factor de riesgo	casos	%
IVU	172	15,21
HTA	121	10,7
Sobrepeso	93	8,22
Hijos Antec. BPN	88	7,78
Antec. Parto pretermino	78	6,9
DNT	50	4,42
Anemia	41	3,63

Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca - SIVIGILA, 2016

Discusión





El bajo peso al nacer se presenta en todo el mundo especialmente en países en vía de desarrollo, con consecuencias negativas en distintos ámbitos, entre ellas destacan los impactos en morbilidad, educación y productividad, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad.

Si bien la notificación del evento en el Departamento ha aumentado desde que inició su vigilancia, aun no se ha alcanzado a notificar el 100% de los casos. La notificación del evento por parte del Distrito Capital representa el 45% del total de la notificación, lo que nos muestra que un alto porcentaje de las gestaciones son atendidas en Bogotá y muy seguramente son gestantes con algún riesgo obstétrico relacionado con el bajo peso al nacer. Después de Bogotá, las ESEs que más casos notifican son el Hospital Mario Gaitán Yanguas, Hospital San Rafael de Facatativá, la Clínica Chía, Hospital El Salvador de Ubaté y El Hospital Universitario Samaritana UF Zipaquirá, siendo los Hospitales de referencia de las Provincias de Sabana Occidente, Soacha y Ubaté.

Diversas revisiones a cerca de los factores de riesgo del bajo peso al nacer describen ciertos aspectos sociodemográficos, riesgos médicos anteriores al embarazo, riesgos médicos del embarazo actual, cuidados prenatales inadecuados y riesgos ambientales o de conducta, dentro de los cuales el factor que más se ve está influenciando en nuestras gestantes son los riesgos médicos del embarazo actual, destacándose la hipertensión y las infecciones de vías urinarias.

Conclusiones

El bajo peso al nacer está asociado con mayor riesgo de muerte fetal, neonatal y durante los primeros años de vida, así como de padecer un retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia. Por otra parte, las alteraciones en el crecimiento





fetal pueden tener adversas consecuencias en la infancia en términos de mortalidad, morbilidad, crecimiento y desarrollo. El bajo peso del recién nacido es un indicador de malnutrición y del estado de salud de la madre.

En el Departamento de Cundinamarca el bajo peso al nacer es un problema de salud pública y este problema se ve reflejado en las diversas alteraciones en el crecimiento y desarrollo que sufren los niños y niñas, adicionalmente el bajo peso al nacer es un factor de riesgo para presentar mortalidad por o asociada a desnutrición durante los primeros años de vida.

Como factores de riesgo importantes están la presencia de hipertensión y las infecciones de vías urinarias durante el embarazo.

Mortalidad por o Asociada a Desnutrición

Comportamiento de la Notificación

Para el año 2016, se notificaron 7 casos de mortalidad por o asociada a desnutrición en menores de 5 años al SIVIGILA INS residentes de Cundinamarca, cifra que disminuyó con relación al 2014 pero que con relación al 2015 aumentó.

Del total de casos el 42,85% (3) fueron notificados por Bogotá, el restante 57,15% (4) fue notificado por Cundinamarca, esto es importante de tener en cuenta ya que los niños de Cundinamarca están falleciendo en las Instituciones de Salud de Bogotá debido a las referencias para la atención especializada en los niveles de mayor complejidad.





Los 7 casos corresponden a los municipios de Soacha, Girardot, Chocontá, Ubaque y Anolaima. Al comparar con los dos años anteriores, se observa que los municipios de Soacha, Girardot y Chocontá han tenido casos durante los últimos 3 años, municipios que deben entrar a revisar sus políticas de seguridad Alimentaria y Nutricional y/o las acciones encaminadas a la detección y manejo oportuno de la desnutrición aguda. Ver tabla 91.

Tabla 91. Casos de mortalidad por o asociada a desnutrición en menores de 5 años, Cundinamarca. 2014 – 2016

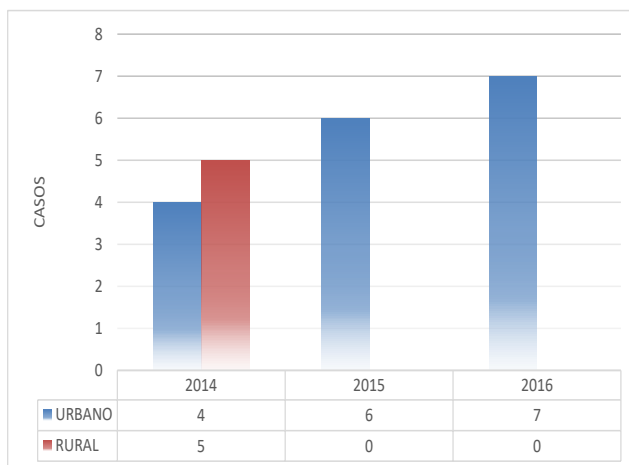
MUNICIPIO	2014	2015	2016
SOACHA	3	2	3
GIRARDOT	1	1	1
CHOCONTA	1	0	1
YACOPI	1	0	0
SILVANIA	1	0	0
GUADUAS	1	0	0
BOJACA	1	0	0
MOSQUERA	0	1	0
SASAIMA	0	1	0
CAJICA	0	1	0
UBAQUE	0	0	1
ANOLAIMA	0	0	1
TOTAL	9	6	7

Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca - SIVIGILA, 2014 – 2016

Al observar la zona de residencia del menor fallecido, se encuentra que en el año 2016p el 100% de los casos eran residentes del área urbana y esta misma situación se presentó en el año 2015, contrario a lo que ocurre en otros departamentos en donde la mortalidad se presenta en un mayor porcentaje en la zona rural. Ver figura 60.



Figura 60. Comportamiento de los casos de mortalidad por o asociada a DNT, según zona de residencia. Cundinamarca, 2014 – 2016

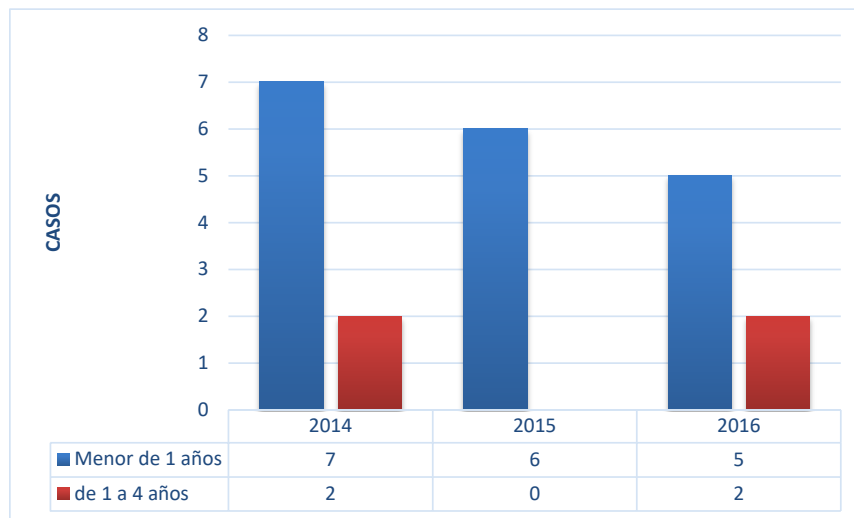


Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca - SIVIGILA, 2015 – 2016

Con respecto a los 7 casos, el comportamiento del evento según edad del menor fallecido muestra que en el 2016p el 71.43% de los menores tenían menos de 1 año y al comparar con el año 2015 se disminuyó el porcentaje ya que para ese año fue del 100% (6 casos). Comportamiento que nos muestra que los menores de un año son los más susceptibles a fallecer y los de mayor riesgo, adicionalmente que los factores protectores no se están viendo reflejados en este grupo de edad. Ver figura

Figura 61. Comportamiento de los casos de mortalidad por o asociada a DNT según edad. Cundinamarca, 2014 – 2016

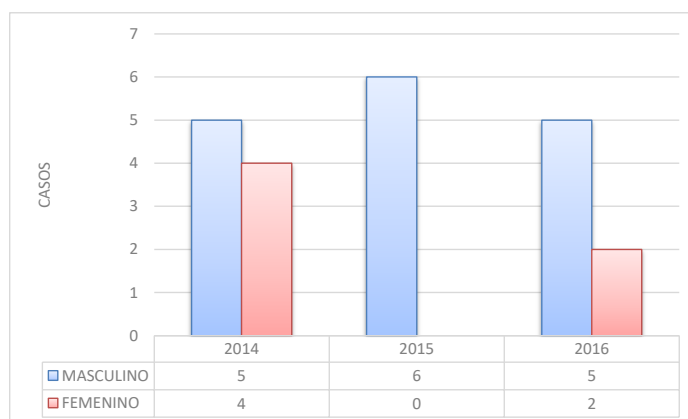




Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca - SIVIGILA, 2014 – 2016

Con respecto al sexo de los menores, el 71,43% eran del sexo masculino cifra que varía con respecto al año 2015 donde el 100% (6) de los casos fueron niños.

Figura 62. Comportamiento de los casos de mortalidad por o asociada a DNT según sexo. Cundinamarca, 2014 – 2016



Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca - SIVIGILA, 2014 – 2016

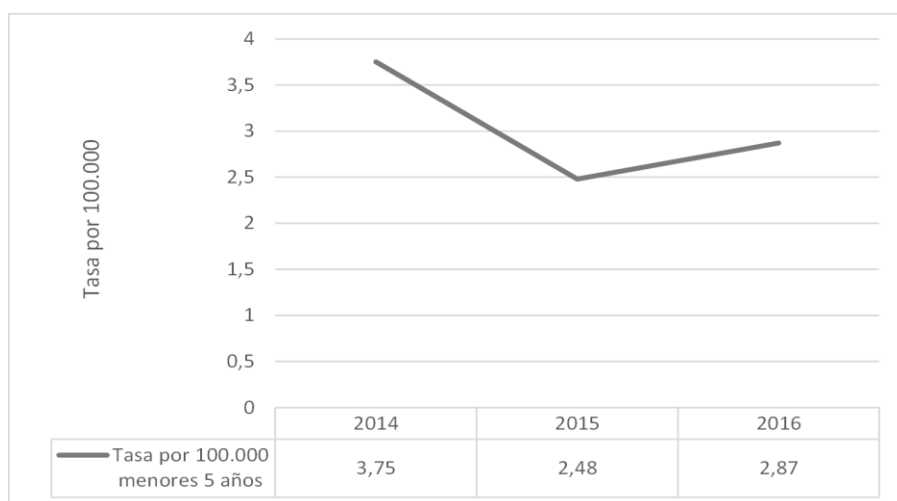
El comportamiento de la tasa de mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años muestra una tendencia a la disminución, sin embargo, entre el año 2015 y





2016 se evidencia un aumento pasando de 2,48 muertes por cada 100.000 menores de 5 años en el 2015 a 2,87 muertes por cada 100.000 menores de 5 años en el 2016.

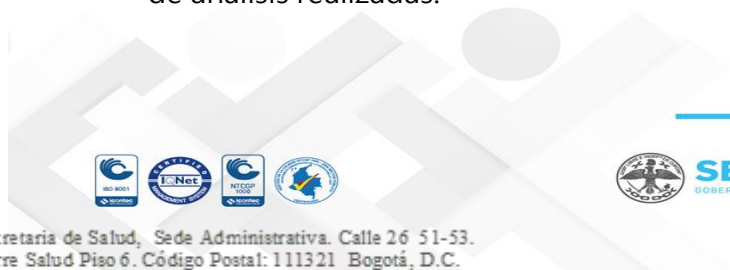
Figura 63. Comportamiento de la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, Cundinamarca. 2014 - 2016



Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca - SIVIGILA, 2015 – 2016

La mortalidad por desnutrición en menores de 5 años es la resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relacionan con aspectos socioeconómicos, culturales, legislativos y políticos, entre otros.

En efecto, la mayoría de los menores que mueren en eventos asociados con la desnutrición son los más pobres, los que son hijos de madres o están a cargo de cuidadores con un bajo nivel escolar, tal como se ha podido observar en las unidades de análisis realizadas.





De acuerdo con la notificación los niños y niñas con mayor riesgo de fallecer son los menores de 1 año, del régimen de salud subsidiado y donde los cuidadores son jóvenes y con un bajo nivel escolar.

En el Departamento de Cundinamarca la mortalidad por o asociada a desnutrición se ha convertido en un problema de salud pública y es consecuencia de múltiples factores socioeconómicos, culturales, legislativos y políticos, entre otros.

En los últimos tres años se ha logrado un excelente trabajo a nivel municipal y departamental frente al posicionamiento del tema de la desnutrición y la mortalidad por desnutrición en las agendas públicas. Tanto que el Departamento implemento la Estrategia de manejo integral para la disminución de la desnutrición aguda.

Como factores de riesgo importantes están la baja escolaridad de los padres, factores psicológicos en los cuidadores, la dificultad o desconocimiento de los signos de peligro de muerte para desnutrición, ausencia de lactancia materna e inasistencia a los cursos de la maternidad y la paternidad, el inadecuado y precoz introducción de alimentos.

El programa de Control Prenatal se debe fortalecer en el sentido de identificar signos de peligro de muerte en el menor y fortalecimiento y apoyo a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y de forma complementaria hasta los dos años y más.

Una mayor articulación entre las instituciones municipales y EPS, que realizan seguimiento a los menores de 5 años.

Se debe garantizar la asistencia a los programas de promoción y prevención en menores de 5 años con residencia en la zona rural.

Las comisarías de familia detectan población que vulnera los derechos de los menores y ellos deben notificar al sector salud, a fin de realizar un seguimiento del estado de salud del menor, ya que las mortalidades están muy asociadas con abandono y negligencia.



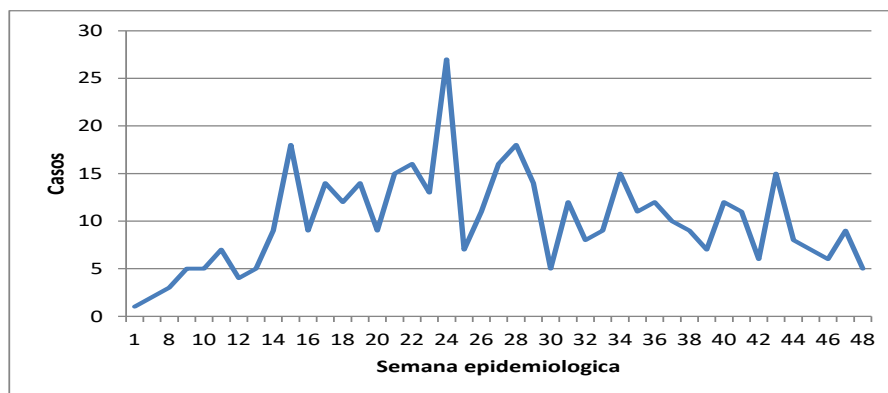


Se requiere un acompañamiento psicosocial a las familias o grupos familiares jóvenes y con mayor razón a aquellas gestantes a las que se les identifican riesgos biopsicosociales durante la gestación.

Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años

En el 2016 se notificaron al SIVIGILA 432 eventos de desnutrición aguda ya sea porque consultaron en Cundinamarca o porque son residentes del Departamento. Del total de casos reportados en la base del SIVIGILA INS el 86,80% (375) fueron notificados por Cundinamarca y el restante 13,19% (57) por Bogotá en su mayoría.

Figura 64. Comportamiento de la notificación al SIVIGILA del evento desnutrición aguda en menores de 5 años. Cundinamarca, 2015 – 2016



Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca - SIVIGILA, 2015 – 2016

De los 432 niños y niñas notificados al SIVIGILA el 97,68% (422 menores) son residentes de Cundinamarca. El restante 2,31% (10) de los menores notificados son residentes de Guaviare, Choco, Tolima, Caquetá y Bogotá.





El reporte del evento del año 2016 lo realizaron 69 UPGD del Departamento de Cundinamarca, 18 UPGD de Bogotá y 2 UPGD de otros departamentos. Con respecto a Cundinamarca las UPGD pertenecen a 44 municipios del Departamento.

Los 422 eventos notificados en el 2016 y con lugar de residencia Cundinamarca, corresponden a 64 municipios del Departamento. La mayor parte de los eventos tienen como residencia los municipios de Soacha, Fusagasugá, Ubaté, Facatativá, Caquezá, Tocancipa, Agua de Dios, Madrid, Guacheta, Lenguaque, Mosquera y Cajicá representando el 64,45% del total de casos notificados, comportamiento similar al del año 2015.

Figura 65. Distribución de eventos de Desnutrición aguda en menores de 5 años al SIVIGILA, según municipio de residencia. Cundinamarca, 2016

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	CASOS	%
SOACHA	80	18,96
FUSAGASUGA	60	14,22
UBATE	34	8,06
FACATATIVA	26	6,16
CAQUEZA	13	3,08
TOCANCIPA	10	2,37
AGUA DE DIOS	9	2,13
MADRID	9	2,13
GUACHETA	8	1,90
LENGUAZAUQUE	8	1,90
MOSQUERA	8	1,90
CAJICA	7	1,66
OTROS MUNICIPIOS	53	35,55
Total general	422	100

Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca - SIVIGILA, 2016

Con respecto al sexo de los menores notificados con desnutrición aguda, tenemos que el 50,24% (212) de los casos son niñas y el restante 49,76% (210) son niños, mostrando un comportamiento similar con respecto al sexo.





Indicadores

Incidencia de desnutrición aguda en menores de cinco años

Con respecto a la incidencia, se observa que para Cundinamarca y teniendo la salvedad que la vigilancia de este evento a través del SIVIGILA es nuevo y que hay subregistro de la información, la incidencia de desnutrición aguda en menores de 5 años en el 2016 fue de 0,17%, sin embargo, según el aplicativo de monitoreo alimentario y nutricional, en el 2016 la prevalencia de desnutrición aguda para el departamento, como dato preliminar, fue de 3,96%.

Intento De Suicidio.

El estudio de las conductas suicidas, desde el punto de vista epidemiológico, es diferente al suicidio consumado, que se basa en gran medida en estadísticas recolectadas rutinariamente por las instancias oficiales a través del certificado de defunción. En el caso del intento de suicidio, no hay organismo que disponga de información veraz sobre este problema ya que no es obligatorio reportarlo, mucho menos el reportar la ideación o los planes suicidas.

Por tanto el reconocimiento e identificación de los factores de riesgo y de la participación intersectorial de las diferentes instituciones contribuiría en el manejo y disminución de casos, articular con instituciones tales como el sector educativo, salud judicial incluyendo los medios de comunicación, contribuiría en la comprensión, manejo y detección de síntomas asociadas al cuadro clínico de la conducta suicida.

El suicidio puede prevenirse si se considera que un porcentaje de la población que presenta o presentó algunas de las tipologías de la conducta suicida (ideación,





intensión, amenaza, consumado), reportaron o evidenciaron algunas conductas o patrones que son considerados como señales o “avisos” de su intención suicida. Se hace necesario prestar atención a los factores que incrementan la probabilidad de presentar un cuadro clínico asociado a conducta suicida. El aumento o disminución del nivel de riesgo es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con la conducta. Por tanto, el riesgo aumenta proporcionalmente según el número de factores presentes, cabe destacar que hay algunos factores tendrán más o menos impacto o peso para que se contemple el suicidio dependiendo tanto del individuo y otros factores como por ejemplo experiencias traumáticas o duelos no superados.

La detección de los factores de riesgo puede contribuir a un abordaje oportuno y reducción del riesgo de letalidad; algunos de los factores de riesgo están relacionados con la presencia de conductas auto lesivas o auto infringidas, los pacientes con trastornos mentales en particular a quienes padecen depresión, ansiedad, alcoholismo o esquizofrenia.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico. (Ariza, 2012)

En el 2012 según boletín de medicina legal y de ciencias forenses se practicaron 1.901 necropsias asociadas a lesiones autoinfligidas, 12 casos más que el año anterior, lo que corresponde a un incremento del 0,64 %. (Forensis 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior el suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo (2, 3) y se ha estimado que cada año se suicidan 14,5 personas de cada 100 000 (3). Además, sus





repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico. (Ariza, 2012)

Comportamiento sociodemográfico

A pesar de que el suicidio es un acto de carácter individual es considerado como un problema de salud pública, se identificaron desde la base departamental un total de 733 personas con intentos suicida en el trimestre objeto de análisis, donde se destaca que las etapas con mayor predominio son atribuibles a conductas de extrema autoagresión en las etapas de ciclo adolescencia y adulto joven, como se observa en la Tabla 1. son la población de mayor riesgo con un 27% hasta 19% respectivamente.

Tabla 92. Número de casos y porcentaje del reporte de intento de suicidio comportamiento demográfico y social. Año 2016.

Sexo	Casos	%
F	453	61.80
M	280	38.20
Seguridad Social		
Contributivo	334	45.57
Especial	36	4.91
No asegurado	57	7.78
Excepción	10	1.36
Subsidiado	296	40.38
Área de Ocurrencia		
Cabecera municipal	386	52.66
Centro poblado	178	24.28
Rural disperso	169	23.06
Pertenencia Étnica		
Indígena	2	
Rom, Gitano	2	
Raizal	2	0.27
Negro, mulato afro col	3	
Otro	724	98.77
Grupo de edad		
de 5 a 9 años	1	0.14
de 10 a 14 años	106	14.46
de 15 a 19 años	199	27.15
de 20 a 24 años	138	18.83
de 25 a 29 años	88	12.01
de 30 a 34 años	61	8.32
de 35 a 39 años	44	6.00
de 40 a 44 años	38	5.18
de 45 a 49 años	16	2.18
de 50 a 54 años	19	2.59
de 55 a 59 años	5	0.68
60 y más	18	2.46

Fuente: BD. SIVIGILA años 2016 Cundinamarca corte a semana epidemiológica 52 Periodo XIII.





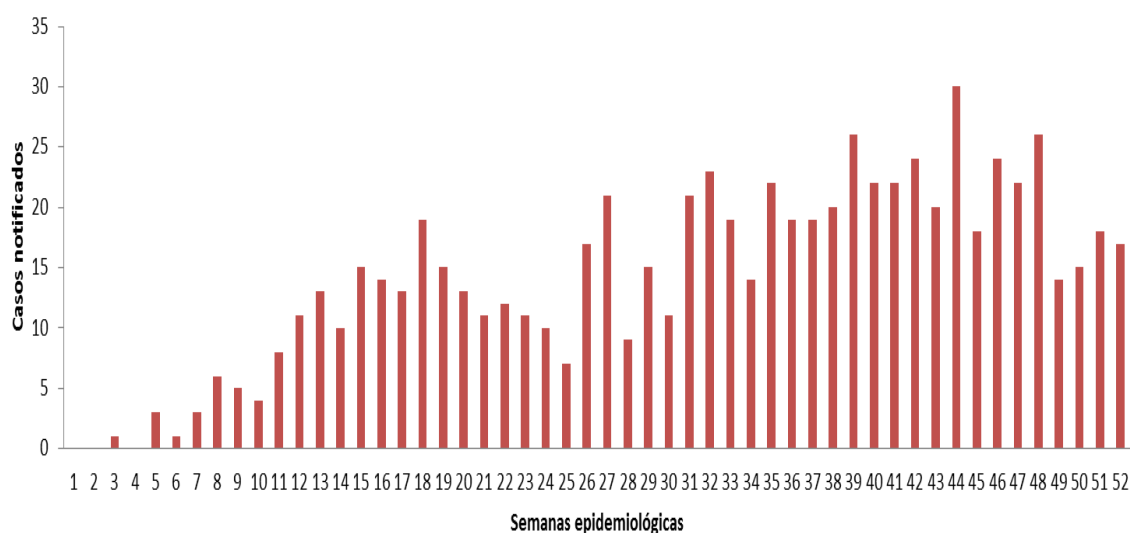
De acuerdo con el área de ocurrencia, la categoría que tuvo la mayor representatividad en frecuencia y su distribución porcentual fue la cabecera municipal con 53% seguida de rural disperso y centro poblado (24% y 23%) respectivamente.

Al revisar los datos de notificación correspondientes al tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), se observa que la mayor proporción de casos notificados se encontró en el régimen contributivo con un 98% de los pacientes identificados para este evento los cuales son afiliados a este régimen seguido del subsidiado y no asegurado.

Según la pertenencia étnica la mayor proporción de intentos suicidas se agrupan o relacionan en el momento de diligenciar la notificación como Otra pertenencia con un 99 % de los casos.

Notificación del evento

Figura 66. Notificación de intentos de suicidio. Semana epidemiológica 52 Año 2016.





Fuente: BD. SIVIGILA años 2016 Cundinamarca corte a semana epidemiológica 52 Periodo XIII.

Al analizar la prevalencia de la notificada del intento de suicidio del departamento, refiere que hasta el periodo epidemiológico veinticuatro se observa un incremento en la semana epidemiológica 18 con un incremento de 19 intentos correspondiente a un 9.38%; para el presente año de análisis se han notificado un total de 481 casos hasta correspondiente el periodo epidemiológico de análisis.

El reporte por sexo y grupo de edad refiere que el sexo femenino es superior en el número de casos al sexo masculino con 63% contra 37% del sexo masculino.

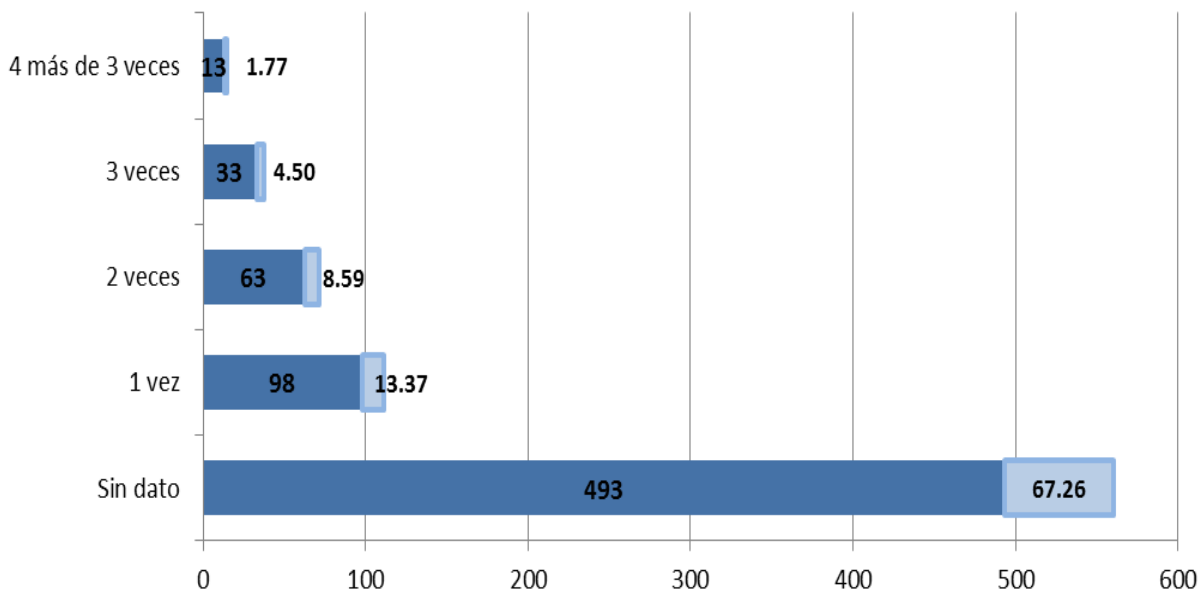
Según la literatura se han encontrado diferencias significativas de genero respecto a la percepción que manejan ambos sexos de los acontecimientos vitales específicamente de aquellos que generan mayor impacto, en el caso de la mujer la perdida (duelos no elaborados), manejo de afrontamiento a la frustración entre otros generan mayor conflicto.

Actualmente se producen cada año un millón de víctimas aproximadas y las proyecciones estadísticas nos indican que para el 2020 podrían ascender a un 1.5 millones según medicina legal. Con un total de 44 casos reportan reincidencia o intentos previos fallidos; se ha registrado en un aumento representativo entre los jóvenes de 15 a 19 y de 20 a 24 años con un porcentaje del 15,09 y 32,3% respectivamente, superior a los otros grupos quinquenales.





Figura 67. Número y porcentaje de intentos previos realizados. Periodo (XIII). Cundinamarca 2016.



Fuente: BD. SIVIGILA años 2016 Cundinamarca corte Periodo XIII.

El reporte por sexo y grupo de edad refiere que el sexo femenino es superior en el número de casos al sexo masculino con 64% contra 36,02% del sexo masculino. Actualmente se producen cada año un millón de víctimas aproximadas y las proyecciones estadísticas nos indican que para el 2020 podrían ascender a un 1.5 millones según medicina legal.

Factores relacionados al intento de suicidio. Cundinamarca

Los factores de riesgo más frecuentes, asociados al acto suicida son: los trastornos psiquiátricos principalmente la depresión y los trastornos del estado del ánimo; como





se puede observar en la Tabla 1. Los síntomas depresivos a nivel departamental corresponden a uno de los factores de riesgo más evidenciado durante la atención o abordaje a estos pacientes, ya que un 30.2% de los casos notificados presentan este factor. Los conflictos recientes con la pareja ocupa el primer lugar de mayor incidencia en los casos notificados con un total de 116 personas de las 733. Es importante tener en cuenta que un solo sujeto puede tener uno o varios factores de riesgo.; por tanto, no corresponde la sumatoria total o absoluta de los factores de riesgo en relación con el total de número de casos reportados.

Figura 68. Factores relacionados al intento de suicidio, Cundinamarca. 2016

Factores	Absoluto	Porcentaje
Conflictos recientes con la pareja	299	40,8
Síntomas depresivos	221	30,2
Problemas económicos, legales o sociales	172	23,5
Pérdida de lazos afectivos	138	18,6
Ideación suicida persistente	87	11,9
Consumo de SPA	51	7,0
Antecedentes fieles de trastornos psiquiátricos	42	5,7
Asociado a antecedentes de VIF	38	5,2
Historia familiar de suicida	27	3,7
Víctima de violencia	26	3,5
Otros trastornos psiquiátricos	24	3,3
Asociado antecedentes de abuso sexual	19	2,6
Enfermedad grave en un familiar	17	2,3
Enfermedad crónica	10	1,4
Pacto suicida	5	0,7

Fuente: BD. SIVIGILA año 2016 Cundinamarca corte a semana epidemiológica 52. Periodo XIII.





Intentos de Suicidio por método empleado y sexo

El mecanismo más usado para el intento de suicidio en ambos sexos fue la intoxicación con el 51%, seguido de las lesiones con elementos cortopunzantes con el 31.7%. Ver tabla 94.

Tabla 93. Suicidio según método empleado y sexo. Cundinamarca. Semana epidemiológica Periodo (XIII).de 2016.

Mecanismo	Femenino	Masculino	Total general	%
Intoxicaciones	293	167	460	62,76
Arma corto punzante	106	71	177	24,15
Arma de fuego	4	3	7	0,95
Ahorcamiento	11	19	30	4,09
Otro mecanismo	24	11	35	4,77
Lanzamiento al vacío	18	8	26	3,55
Lanzamiento a vehicu	6	3	9	1,23

Fuente: BD. SIVIGILA año 2016 Cundinamarca corte a semana epidemiológica 52 Periodo XIII.

El ahorcamiento es el método más frecuente en la actualidad y es causante de cerca del 50% de la totalidad de suicidios en la mayoría de los países, este método corresponde a un 7% de los casos notificados a nivel departamental. Importante tener en cuenta que un paciente puede ser reportado una vez y puede haber empleado varios métodos.





Remisión a salud mental

Respecto a los casos atendidos durante el periodo de análisis en total se han remitido al servicio de salud un total de 733 casos equivale al 100% de los casos requieren atención por psicología, 33.2% psiquiatría 75% y trabajo social 38,4%. Solo un 7.77% no fueron remitidos equivalentes a 22 pacientes. Cabe destacar que un paciente puede ser remitido tanto a psicología como a psiquiatría.

El servicio al que se realiza más remisiones corresponde al trabajo social, este número de casos está sujeto a la habilitación de los servicios tanto de psicología y psiquiatría los cuales presentan barreras de acceso pues dentro del POS es considerado una especialidad y requiere atención previa con medicina general.

La proporción de las personas que mueren por conducta suicida (tipología consumada) en el periodo establecido según Lineamientos 2016 XIII correspondió a 8.19 lo cual quiere decir que fallecieron 3 persona por cada 1000 reportadas a la base de datos de Intentos de Suicidio del departamento.

Cabe destacar que esta información cuenta con un sub registro de fuentes de información, como la base de datos departamental la cual incluye tanto la ideación, intentos y consumados, a través de la cual se notifican algunos de los casos identificados por los municipios como suicidios.

La densidad de incidencia del intento de suicidio por sexo refiere que hay 11 casos nuevos de mujeres por cada 100 mil habitantes.

Semaforización de las enfermedades de notificación obligatoria Priorización de letalidades por ENOs

Durante el año 2015, según las bases de letalidad enviadas por el MSPS, el departamento arroja un semáforo rojo respecto a la mortalidad por dengue grave, donde Cundinamarca comparado con la nación supera la letalidad con el indicador





nacional. Al comparar las diferencias relativas, se dice que la letalidad por dengue grave en el departamento para el año 2015 fue 1,47 veces significativamente más alta que la letalidad por dengue a nivel nacional. Los datos preliminares arrojados para 2016 y lo corrido del 2017, muestra que el departamento ha tenido disminución de casi un 75% de los casos de dengue grave, y así mismo la letalidad, aunque su descenso ha sido mucho menor.

Tabla 94. Priorización de Letalidades. Cundinamarca 2015

Causa de muerte	Colombia 2015	Cundinamarca 2015	Comportamiento										
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Transmisión sexual y sanguínea													
Dengue grave	14	34,61	-	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗

Fuente: última base de SISPRO y DANE enviada por el MSPS para esta actualización y que corresponde a corte 2015

En Cundinamarca existen 57 municipios en riesgo donde hay presencia del vector, así mismo hay presentes determinantes sociales que influyen para la presencia del vector y los casos de dengue, dengue grave y mortalidades como: Dificultades acceso permanente de agua en municipios de riesgo para dengue área urbana, centros poblados o inspecciones, y rural, llevando a la población al almacenamiento de agua, favoreciendo la reproducción del vector, el cambio climático épocas de sequía, crecimiento no planificado en municipios, especialmente turísticos.

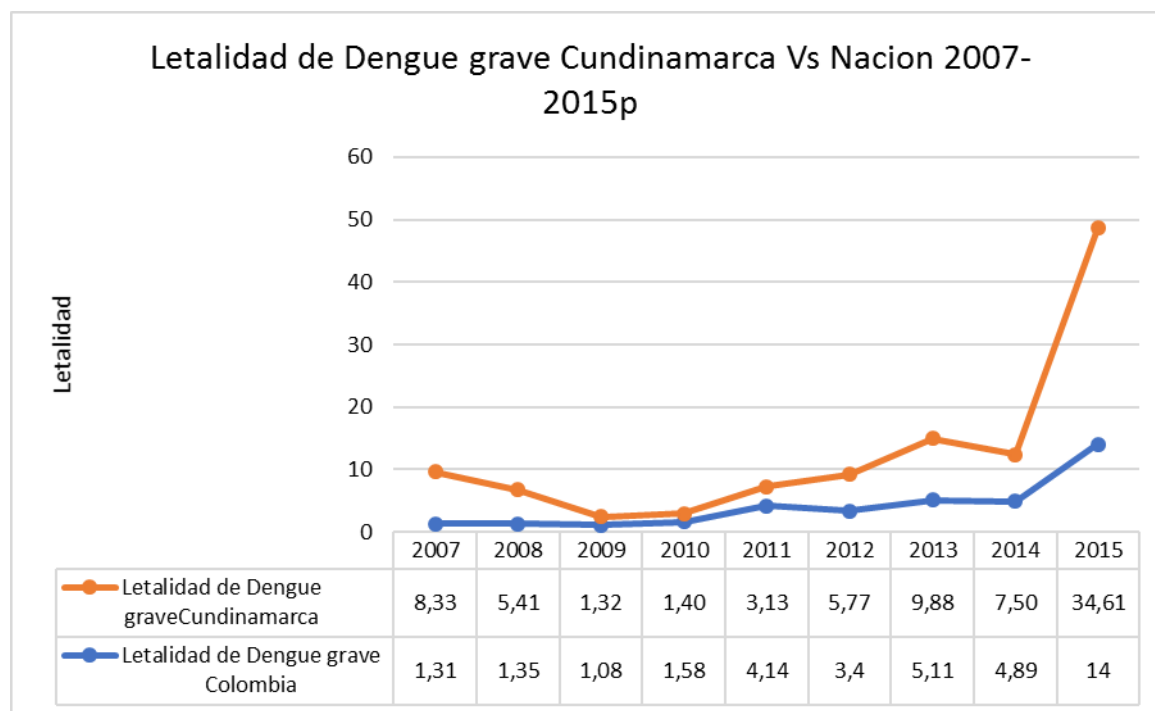
Con este panorama, el departamento ha fortalecido estrategias de participación social y comunitaria que permita intervenir determinantes sociales y trabajar directamente en factores de riesgo que tiene relación con el aumento de casos y que se asocian a que las comunidades no han cambiado pensamientos para el cambio de estilos de vida,





baja percepción al riesgo de dengue, no uso de medidas de barreras protectoras, entre otras. Unido a lo anterior, la no aplicación y adherencia en las Instituciones de Salud de la guía de manejo clínico del dengue, ni protocolo de vigilancia en salud pública. Instituciones de niveles de alta complejidad con aumento demanda de atención. Primeros niveles de atención con dificultades para la confirmación diagnóstica ya que solo se realizan exámenes diagnósticos básicos, toma de muestras un solo día a la semana, que dificultan en gran medida, a pesar de los esfuerzos que se han realizado desde el 2013, siendo prioridad en la agenda política de la Secretaría de Salud Departamental.

Figura 69. Letalidad de Dengue grave en Cundinamarca y Nación. 2007-2015p



Fuente: DANE - SISPRO –Indicadores actualización ASIS 2017 entregado por el MSPS octubre de 2017. Consulta de la Subdirección de Vigilancia en Salud Publica.





2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2009 a 2012

De un total de 24.149 hombres y 20.887 mujeres, la distribución de la población en condición de discapacidad por edad y sexo presenta una pirámide invertida, con mayor cantidad en los mayores de 80 años, de los cuales 4.200 son hombres y 4.363 son mujeres. La discapacidad de movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas y del sistema nervioso, son las que mayor proporción presentan, mientras que la discapacidad por la piel y por los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) son las que menor proporción presentan. Ver figura 70 y tabla 96.

Figura 70. Pirámide poblacional de la distribución de las alteraciones permanentes. Cundinamarca 2016.

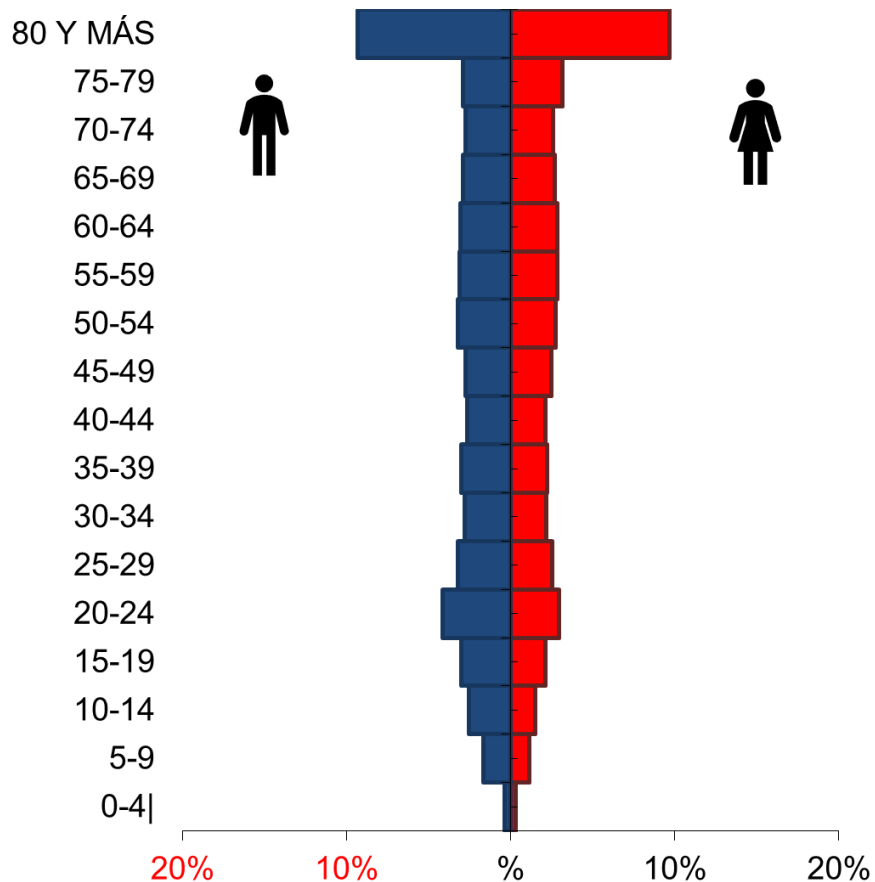


SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov) [@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Pirámide de la población en condición de discapacidad. Cundinamarca 2016.



Fuente Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.





Tabla 95. Distribución de las alteraciones permanentes. Cundinamarca 2016

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	938	37,82
El sistema nervioso	617	24,88
Los ojos	339	13,67
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	189	7,62
Los oídos	122	4,92
La voz y el habla	133	5,36
La digestión, el metabolismo, las hormonas	69	2,78
El sistema genital y reproductivo	33	1,33
La piel	21	0,85
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	10	0,40
Ninguna	9	0,36
Total	2.480	100

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

*Corte de 30 de septiembre de 2017. Consultado el 19 de noviembre de 2017.

** Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100%

2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Tabla 96. Identificación de prioridades en la morbilidad por grandes causas





Priorización de la morbilidad por grandes causas. Cundinamarca 2016.

Morbilidad	Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	CUNDINAMARCA 2016	Tendencia 2009-2016	Grupo riesgo MIAS
General por grandes causas.	Primera infancia (0 - 5años)	Enfermedades no transmisibles	42,91	Aumento	001
		Condiciones transmisibles y nutricionales	35,47	Disminución	09
		Condiciones mal clasificadas	14,37	Disminución	000
		Lesiones	5,41	Estable	012
		Condiciones perinatales	1,84	Estable	08
	Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades no transmisibles	56,73	Aumento	001
		Condiciones transmisibles y nutricionales	21,65	Disminución	09
		Condiciones mal clasificadas	14,61	Disminución	000
		Lesiones	6,31	Aumento	012
		Condiciones maternas	0,70	Aumento	08
	Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades no transmisibles	59,57	Aumento	001
		Condiciones mal clasificadas	17,65	Estable	000
		Condiciones transmisibles y nutricionales	11,19	Disminución	09
		Lesiones	8,49	Aumento	012
		Condiciones maternas	3,10	Aumento	08
	Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades no transmisibles	55,64	Disminución	001
		Condiciones mal clasificadas	17,23	Aumento	000
		Condiciones transmisibles y nutricionales	12,14	Disminución	09
		Lesiones	9,30	Aumento	012
		Condiciones maternas	5,68	Estable	08
	Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades no transmisibles	70,88	Disminución	001
		Condiciones mal clasificadas	11,92	Aumento	000
		Condiciones transmisibles y nutricionales	8,60	Aumento	09
		Lesiones	7,16	Aumento	012
Condiciones maternas		1,44	Estable	08	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Enfermedades no transmisibles	81,36	Disminución	001	
	Condiciones mal clasificadas	8,78	Aumento	000	
	Lesiones	5,48	Aumento	09	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,39	Aumento	012	
	Condiciones maternas	0,00	Estable	08	



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad Grandes Causas por Sexo y Edad. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017



SECSALUD GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](https://www.facebook.com/CundinamarcaGob) [@CundinamarcaGob](https://twitter.com/CundinamarcaGob)
www.cundinamarca.gov.co



Priorización de la morbilidad por subcausas. Cundinamarca 2016.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	CUNDINAMARCA 2016	Tendencia 2009-2016	Grupo riesgo MIAS
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias	46,32	Aumento	009
	Infecciones respiratorias	50,08	Disminución	009
Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas	87,60	Aumento	008
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	12,40	Disminución	008
Enfermedades no transmisibles	Condiciones orales	15,53	Disminución	
	Enfermedades cardiovasculares	14,26	Aumento	
	Enfermedades musculoesqueléticas	13,50	Aumento	
	Enfermedades genitourinarias	10,14	Aumento	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	9,26	Aumento	
	Condiciones neuropsiquiátricas	8,00	Aumento	
	Lesiones	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	87,44	Disminución
	Lesiones no intencionales	12,03	Estable	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad por Sexo, Edad y Municipio-Subgrupo de causa. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017





Priorización según evento. Cundinamarca 2016				
	Evento	CUNDINAMARCA 2016	Tendencia 2009-2016	Grupo riesgo MIAS
Alto Costo	Tasa de incidencia de VIH notificada (2014)	4,63	Disminución	009
	Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)*	0,39	Disminución	007
Precusores	Prevalencia de diabetes mellitus	1,8	Disminución	001
	Prevalencia de hipertensión arterial	6,5	Aumento	001
ENOS	Dengue grave	34,61	Aumento	009
Discapacidad	Proporción discapacidad de movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	37,82	Aumento	000
	Proporción discapacidad por sistema nervioso	24,88	Aumento	000

Fuente: Tablas de semaforización de eventos de alto costo, eventos precursoros, ENOS y tabla de priorización de discapacidad descritas en este documento

Conclusiones del capítulo de Morbilidad

El reporte de la morbilidad en Cundinamarca para el año 2016, registró 4.465.997 atenciones en salud, siendo las causas de mayor morbilidad las **enfermedades no transmisibles** en los 6 ciclos vitales, y de estos el que mayor frecuencia evidencia es el de persona mayor, seguido de adultez y adolescencia. En los ciclos vitales de primera infancia e infancia la segunda gran causa de morbilidad son las condiciones transmisibles y nutricionales, mientras que en los siguientes ciclos de vida son las condiciones mal clasificadas.

Por grandes causas, en las condiciones transmisibles y nutricionales, las enfermedades parasitarias y las infecciones respiratorias ocupan el 90% de este gran grupo.





De las condiciones maternas perinatales, las condiciones maternas ocupan el 87,60 de las atenciones.

Las enfermedades no transmisibles como ha venido siendo tendencia, las condiciones orales registran el 15,53 de las atenciones, seguidas de las enfermedades cardiovasculares y enfermedades musculoesqueléticas, continúan las enfermedades genitourinarias que se encuentran en mayor proporción en las mujeres; estos subgrupos tuvieron el 53,4% de las atenciones en las enfermedades no transmisibles.

Los traumatismos, envenenamientos o algunas otras consecuencias externas registraron el 87,4 de las atenciones en las lesiones.

Las enfermedades infecciosas y parasitaria prioritariamente están relacionadas con los deficientes hábitos higiénicos, inadecuada manipulación de alimentos, y técnicas inapropiadas de lavado de manos y baja calidad del agua.

Entendiendo la transición epidemiológica como “el proceso de cambio a largo plazo de las condiciones de salud de una sociedad, constituido por variaciones en los patrones de enfermedad, discapacidad y muerte”⁴³, la disminución de la mortalidad ocasionada por enfermedades infecciosas marca la inflexión e inicio de la transición, mientras que hay un desplazamiento de la carga de la enfermedad desde los grupos de edad más jóvenes a los de edad más avanzada.

La población de Cundinamarca se caracteriza por la mayor prevalencia de morbilidad de enfermedades no trasmisibles y una mayor mortalidad por enfermedades no trasmisibles, esto dado por la disminución de la fecundidad, que pone al departamento en el inicio del proceso de envejecimiento, aunado a los hábitos de vida cotidiana, de consumo de alimentos y la presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles, se

⁴³Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. HealthTransitionReview 1991;1(1):21-38.





observan muertes en primer lugar por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades hipertensivas.

Otra característica de la transición epidemiológica en Cundinamarca es la presencia aun de factores de riesgo y de determinantes de salud – modelo Lalonde – que incrementan el riesgo y vulnerabilidad diferenciales en todos los grupos de edad, estos relacionados con dado el proceso de urbanización que se caracteriza más por enfermedades de causas no trasmisibles.

Según la clasificación de Omran, Cundinamarca se podría clasificar como perteneciente a dos etapas:

La primera de descenso y desaparición de las epidemias; que se caracteriza por desaparecen progresivamente las enfermedades transmisibles y predominan los niveles endémicos elevados de enfermedades parasitarias y deficitarias. Los grupos más afectados son los niños y las mujeres jóvenes, ambos afectados por patologías del período materno-infantil, especialmente de tipo infeccioso. La progresiva reducción de la frecuencia de enfermedades infecciosas implica que aumentan proporcionalmente las enfermedades no infecciosas. Esta etapa presenta tres características: La mortalidad disminuye debido a la reducción y desaparición de las epidemias; aumenta la esperanza de vida; y ocurre crecimiento poblacional debido tanto a la reducción de la mortalidad como a la elevada fecundidad⁴⁴.

La segunda la etapa de las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre que se caracteriza por: Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer predominan sobre las infecciosas. La morbilidad comienza a eclipsar a la mortalidad como indicador de salud. Aumenta la prevalencia de enfermedades mentales, adicciones y problemas de contaminación. Esta etapa presenta las siguientes características: la mortalidad continúa descendiendo y se estabiliza en niveles bajos; la esperanza de vida al nacer

⁴⁴ Gómez A., Rubén Darío. La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 19, núm. 2, 2001



umenta y supera los 50 años; y el crecimiento poblacional se hace más dependiente de la fecundidad que de la mortalidad⁴⁵.Entonces la población Cundinamarquesa está en un “sándwich” epidemiológico dado que no ha salido de la etapa dos y tiene características de la epata tres de la transición epidemiológica, esto acompañado de un proceso de tensión demográfica identificado como de plena transición donde hay disminución de la mortalidad con posterior disminución de la fecundidad, e inicio del proceso de envejecimiento.

En el seguimiento y monitoreo a los eventos de alto costo de enfermedad crónica renal, leucemia aguda pediátrica y leucemia aguda mieloide, en el departamento de Cundinamarca, en comparación con los indicadores de Colombia, se evidencia que los indicadores no difieren significativamente de valor de referencia, dado que para esos eventos los intervalos de confianza contienen el 1. Para el caso de la tasa de incidencia de VIH la diferencia relativa es menor a 1 y los límites del intervalo de confianza no pasan por el 1, el indicador de Cundinamarca es significativamente más bajo que el valor del indicador para Colombia.

De la prevalencia de los eventos precursores del departamento, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en comparación con la prevalencia de Colombia, se puede definir que no hay diferencias estadísticas, y es preciso anotar que las prevalencias en Cundinamarca son inferiores a las de Colombia.

2.2.8 Análisis de los determinantes sociales de la salud –DSS

Teniendo en cuenta la metodología usada para la actualización del Análisis de Situación de Salud del Departamento, se realizó una descripción y propuesta de interpretación y análisis a los determinantes sociales de la salud, entendidos estos

⁴⁵Gómez A., Rubén Darío. La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 19, núm. 2, 2001



como *"las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, junto con los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas;* según la Organización Mundial de la Salud - OMS.

Este modelo fue adoptado por el Ministerio de Salud y sostiene que las condiciones sociales de un territorio o población influyen de forma decisiva en la salud, por lo que es necesario intervenir en estos aspectos en pro del bienestar de la población (MINSALUD, 2014). Por tal motivo se propone analizar los determinantes estructurales e intermediarios. Los primeros hacen referencia a las estructuras políticas o gubernamentales que de una u otra manera impactan en el orden social atribuyendo una posición, lugar o estratificación a la población, como la distribución de ingresos o la discriminación por factores como género, etnia o discapacidad y las estructuras políticas.

Los determinantes intermedios, entendidos como las circunstancias materiales, las condiciones de vida, trabajo y disponibilidad de alimentos; junto con las conductas y factores biológicos, hábitos de consumo, estilos de vida y factores psicosociales, aspectos que ejercen una acción directa sobre la salud. El sistema de salud se incorpora al modelo, como un determinante intermedio, al ejercer influencia en la producción de la salud con responsabilidad en la gestión de las diferencias en la vulnerabilidad, en la exposición y en las consecuencias de la enfermedad. La interacción de esta gama de determinantes repercute en la equidad en salud y bienestar de la población (MINSALUD, 2014).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 tiene como uno de sus enfoques el modelo de DSS y a partir de él se soportan dos de los tres objetivos estratégicos del plan: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de





vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente (García & Vélez, 2013, pág. 8).

2.2.8.1 Análisis de los determinantes intermedios de la salud

Los determinantes intermediarios de la salud hacen referencia a las condiciones que pueden ser modificadas y que ponen en desventaja a las personas que las poseen, frente a los demás, haciéndolos más vulnerables a desarrollar los efectos adversos de salud. Dentro de estas variables están las circunstancias materiales, que hacen referencia a las condiciones de vida, de la vivienda, de trabajo, disponibilidad de alimentos y demás. Los factores conductuales, psicológicos y conductuales que enfatizan la influencia de los hábitos y estilos de vida y el sistema sanitario como circunstancia que puede ejercer impacto positivo o negativo sobre la salud (MINSALUD, 2014).

2.2.8.1.1 Condiciones de vida

Existe una diversidad de estudios sobre condiciones de vida de la población, entre ellos se destacan los que hacen referencia a los indicadores que miden la calidad de vida, sin embargo, aún es un tema complejo de abordar y de medir, no obstante, se han elaborado diferentes indicadores enfocados en determinar la cobertura de los servicios de electricidad, acueducto, alcantarillado, Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA), el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y con inadecuada eliminación de excretas (MINSALUD, 2014). Ver tabla 98.





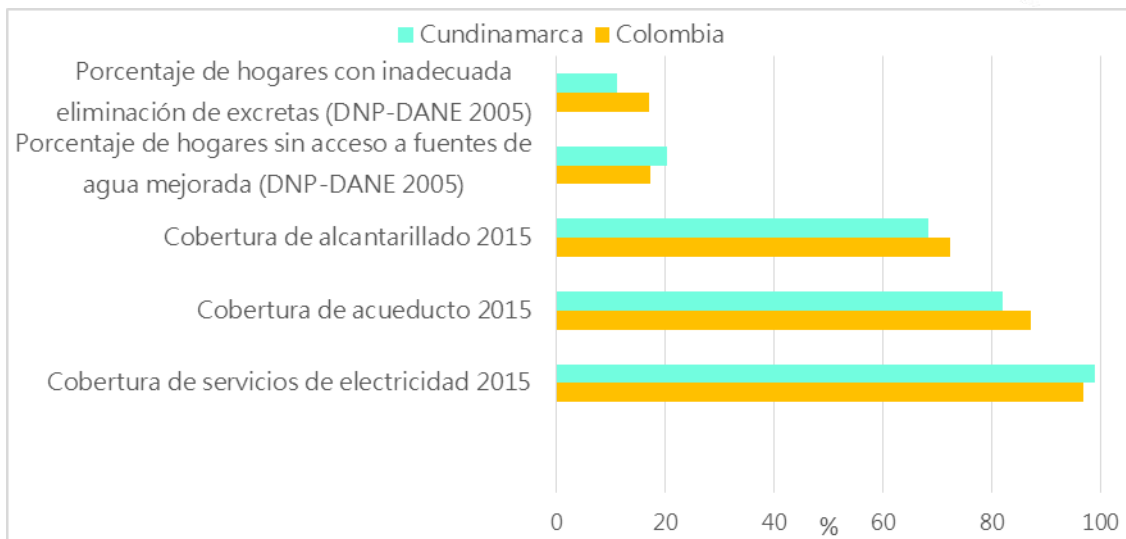
Tabla 97. Condiciones de vida: Cobertura de servicios de electricidad, acueducto y alcantarillado 2015 -IRCA- 2016 - Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y hogares con inadecuada eliminación de excretas 2005. - Colombia y Cundinamarca

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Cundinamarca
Cobertura de servicios de electricidad (2015)	96,96	98,92
Cobertura de acueducto (2015)	87,3	82,00
Cobertura de alcantarillado (2015)	72,3	68,34
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano -IRCA- (2016)	19,13	7,94
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)	17,2	20,40
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)	17	11,10

Fuente: Datos reportados por los Operadores de red, IPSE, proyecciones DANE a partir del censo 2005, Estimaciones a diciembre de 2015, UPME- Grupo de Cobertura de electricidad. / Empresas Públicas de Cundinamarca. Datos aportados por los prestadores de servicios públicos domiciliarios del departamento. 2015. / INS Subsistema de Información para Vigilancia de Calidad de Agua para Consumo Humano- SIVICAP2016. Secretaría de Salud de Cundinamarca 2016. Cálculo DNP – SPSCV con datos Censo 2005.

Figura 71. Condiciones de vida: Cobertura de servicios de electricidad, acueducto y alcantarillado.2015 Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y hogares con inadecuada eliminación de excretas 2005.



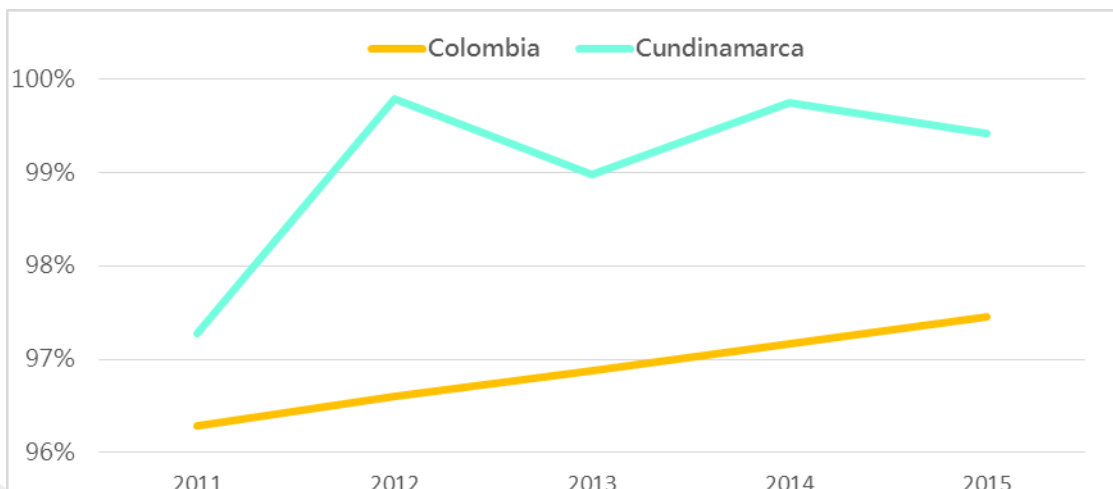


Fuente: Datos reportados por los Operadores de red, IPSE, proyecciones DANE a partir del censo 2005, Estimaciones a diciembre de 2015, UPME- Grupo de Cobertura de electricidad. / Empresas Públicas de Cundinamarca. Datos aportados por los prestadores de servicios públicos domiciliarios del departamento. 2015. Cálculo DNP – SPSCV con datos Censo 2005.

Servicio de Electricidad

La cobertura de energía eléctrica en Cundinamarca para el año 2015, supero a la nacional en dos puntos porcentuales y se encuentra por encima del promedio nacional ubicado en 80.1% (SPD, 2016); comportamiento similar en los últimos años (Figura), pasando desde el 96% en el 2011 al 98.92% en el 2015.

Figura 72. Cobertura de electricidad - Colombia y Cundinamarca 2011 a 2015





Fuente: Datos reportados por los Operadores de red, IPSE, proyecciones DANE a partir del censo 2005, Estimaciones a diciembre de 2015, UPME- Grupo de Cobertura de electricidad.

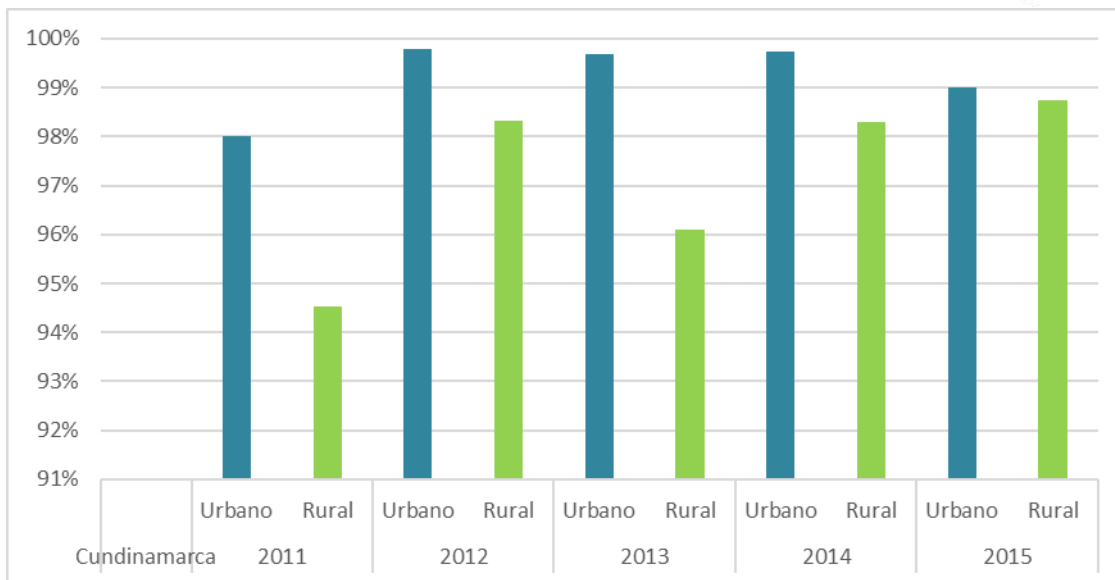
Para ampliar el panorama del departamento referente a la cobertura de electricidad, se presenta un déficit de 0,99% en las zonas urbanas y de 1,25% en las rurales. La diferencia de cobertura entre las zonas rurales y urbanas no es tan marcada como en otros determinantes, con una diferencia de menos de tres (3) puntos porcentuales, siendo el año 2013, el año en el que se presentó una mayor diferencia entre las zonas urbanas y rurales.

Figura 73. Cobertura de electricidad Cundinamarca zonas rural es y urbanas 2011 a 2015



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](https://www.facebook.com/CundinamarcaGob) [@CundinamarcaGob](https://www.twitter.com/CundinamarcaGob)
www.cundinamarca.gov.co



Fuente: Datos reportados por los Operadores de red, IPSE, proyecciones DANE a partir del censo 2005, Estimaciones a diciembre de 2015, UPME- Grupo de Cobertura de electricidad.

A nivel municipal, se encuentra el caso del municipio e Nimaima que está por debajo de la media nacional con una cobertura del 56,58%, especialmente en sus zonas rurales, de acuerdo las cifras aportadas por el Sistema de Información Eléctrico Colombiano. Algunos de los municipios con menor cobertura de electricidad, cocinan sus alimentos con material de desecho, carbón o leña, como es el caso de Carmen de Carupa que en zona rural prepara sus alimentos con estos medios, La Palma, Paima, Gacheta, La Peña, San Cayetano, Nariño, El Peñón y Gama; situación que puede repercutir en el estado de salud de esta población.

La mejora en la calidad de vida de una sociedad está acompañada de incrementos en la proporción de energía eléctrica consumida, lo que sería reflejo del proceso de sustitución hacia usos de energía más eficiente y menos contaminantes (energía eléctrica y derivados del petróleo), así como cambios en las pautas de consumo de los habitantes (Energía y desarrollo: desafíos y oportunidades de los procesos de transición energética en perspectiva, 2007).





El uso de energía eléctrica, por sí solo no es un indicador que dé cuenta de la calidad de vida de la población de Cundinamarca, pero según estudios (O' Sullivan y Barnes. 2006), si impacta positivamente en la educación y las salud de los hogares, que se evidencian en los niveles de escolaridad más altos, la mejora en las condiciones estudio y la cantidad de tiempo destinado a las actividades escolares, adicionalmente, los menores son menos propensos a sufrir enfermedades respiratorias (Energía y desarrollo: desafíos y oportunidades de los procesos de transición energética en perspectiva , 2007), en parte por el cambio de estufas de carbón a otras con energías más limpias y se evitan diferentes problemas visuales.

Acueducto y alcantarillado

Los servicios de acueducto y alcantarillado se han convertido en un bien esencial para la subsistencia y el desarrollo de las personas y son componentes básicos de los ODS, el PNUD ha definido este como el sexto objetivo (SPD, 2016, pág. 273)

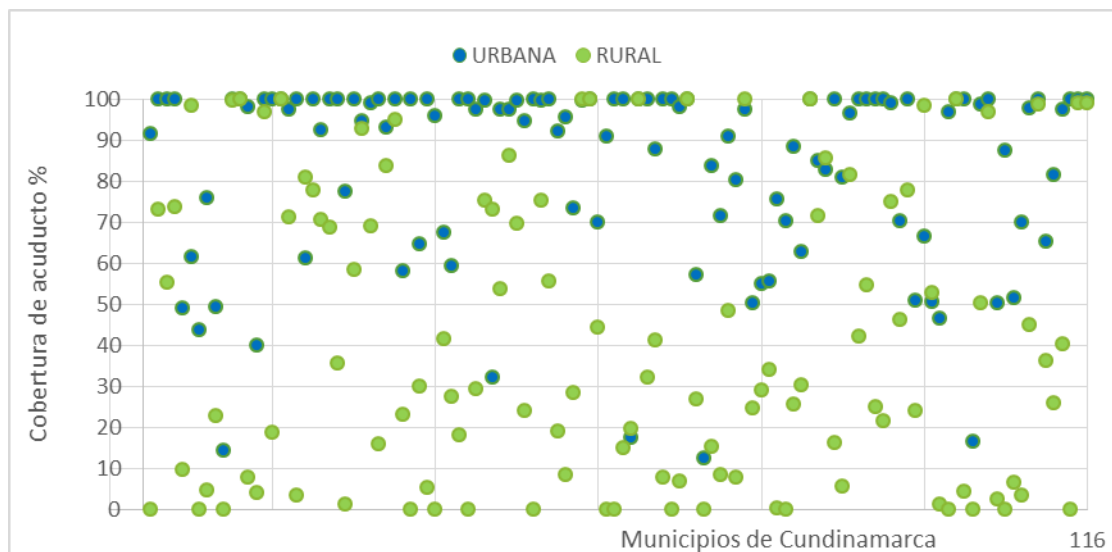
La cobertura de acueducto en Cundinamarca, para el 2015 fue de 83,77% y de alcantarillado de 71,54%; en los dos casos se encuentran por debajo de la Cobertura nacional, de acuerdo con la información aportada por los prestadores de servicios públicos domiciliarios del departamento. En zonas urbanas los índices de cobertura son superiores al 98%, con excepción de la provincia de Soacha que presenta una cobertura del 96.19%. en las zonas rurales la cobertura es menor, al punto de encontrar territorios con coberturas por debajo del 40%, como 11 Rionegro, Oriente, Gualivá, Sumapaz, Medina, Magdalena Centro y Bajo Magdalena. (SPD, 2016, pág. 273).

Esta relación entre las zonas urbanas y rurales se agudiza al encontrar que cerca de 70 municipios, en sus zonas rurales, cuentan con coberturas de acueducto por debajo del 50 %, situación contraria a las zonas urbanas, en las cuales solo 10 municipios se encuentran por debajo del 50%. Figura.





Figura 74. Dispersión de Cobertura de acueducto urbano – rural en Cundinamarca 2015



Fuente: Empresas Públicas de Cundinamarca. Datos aportados por los prestadores de servicios públicos domiciliarios del departamento. 2015.

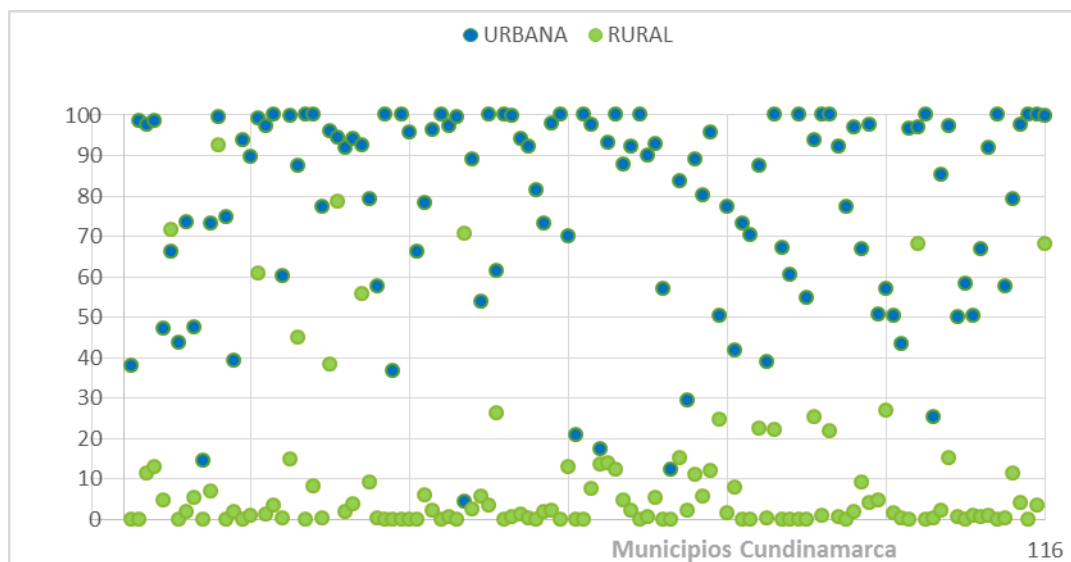
Con respecto a la continuidad en la prestación del servicio de acueducto, 84% de los municipios del departamento cuentan con servicio 24 horas/día, 11% de los municipios tiene una continuidad entre 18 y 23 horas/día y el 5% de los municipios restantes presentan niveles de continuidad inferiores a 7 horas/día, dentro de los que se encuentran Anapoima, La Mesa, La Palma y San Juan de Rio seco (SPD, 2016).

En el 2015, Cundinamarca contaba con una cobertura global de **alcantarillado** del 71.54%. En cuanto a zonas urbanas, las provincias con menor índice de cobertura son: Soacha, Gualivá, Rionegro, Ubaté y Tequendama. Por otro lado, las provincias con menor cobertura son Oriente, Sumapaz, Rionegro, Ubaté, Alto Magdalena y Almeidas que se encuentran por debajo del 10 %.





Figura 75. Dispersión de Cobertura de alcantarillado urbano – rural en Cundinamarca 2015



Fuente: Empresas Públicas de Cundinamarca. Datos aportados por los prestadores de servicios públicos domiciliarios del departamento. 2015.

En el caso de la cobertura de alcantarillado, la situación es una más adversa para las zonas rurales, que, en los determinantes antes vistos, a tal punto que las zonas rurales de 108 municipios, es decir el 93% de los territorios cuenta con coberturas por debajo del 50%, este caso se presenta solo en 16 municipios para las zonas urbanas.

En relación con las coberturas de acueducto y alcantarillado se presentan otros problemas como el hecho de usar ineficientemente las fuentes hídricas, tener deficiencia en la infraestructura de acueducto, tener las practicas inadecuadas del uso y explotación del agua, lo cual ha conlleva a la prevalencia de enfermedades causadas por agua no potable, la generación de focos de propagación de enfermedades y la contaminación de las fuentes hídricas. (SPD, 2016, pág. 281)

Durante el 2014 y el 2015 se han presentado diferentes afectaciones sobre el servicio de acueducto que impactaron negativamente, a la población especialmente a las zonas



rurales, eventos como: colapsos estructurales, crecientes, deslizamientos, sequías y tormentas eléctricas (SSPD, 2015, pág. 45). Del total de los eventos ocurridos a nivel nacional, el 11% ocurrieron en Cundinamarca.

Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)

El índice de riesgo de la calidad de agua para consumo humano- IRCA, mide el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano. Este indicador es el resultado de asignar el puntaje de riesgo contemplado en la Resolución No. 2115 de 2007 (MINSALUD, 2014, págs. 1-3).

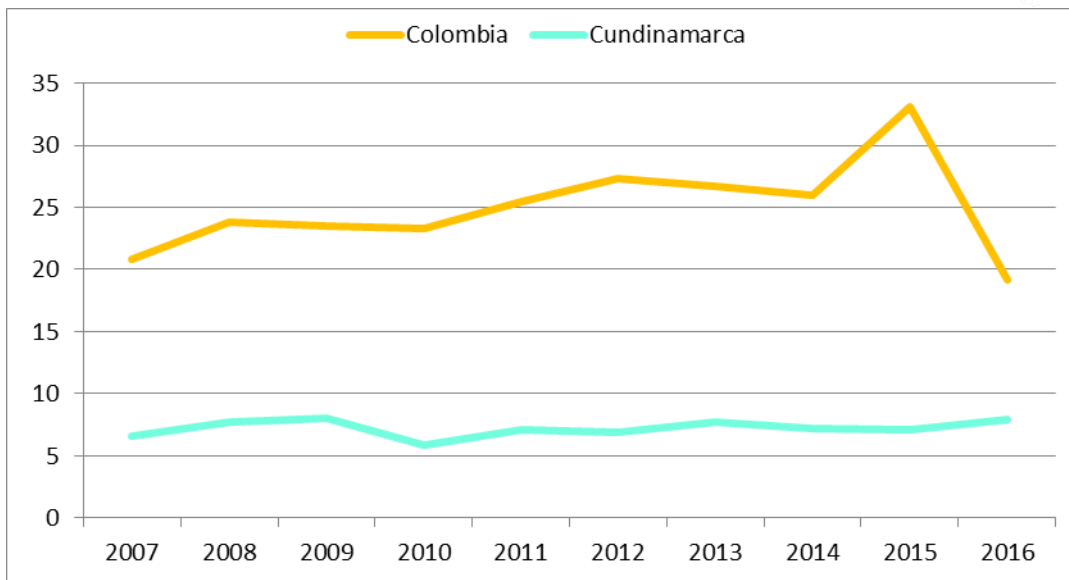
Cuando el valor de este indicador oscila entre 0 y 5% el agua distribuida es apta para consumo humano y se califica en el nivel Sin Riesgo. Cuando el IRCA está entre 5.1 y 14% ya no es apta para consumo humano, pero califica con nivel de riesgo Bajo; entre 14.1 y 35% califica con nivel de riesgo Medio y no es apta para consumo humano; cuando el IRCA clasifica entre 35.1 y 80% el nivel de riesgo es Alto y entre 80.1 y 100% el agua distribuida es Inviabile Sanitariamente (MINSALUD, 2014).

Figura 76. IRCA Colombia y Cundinamarca 2007 - 2016



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](#) [@CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co



Fuente: INS Subsistema de Información para Vigilancia de Calidad de Agua para Consumo Humano-SIVICAP2016.

El departamento para el año 2016, reporto un IRCA de 7.97%, en general presenta un nivel 13 de bajo riesgo, enfatizando que el 91,67% de la población del departamento se encuentran sin riesgo, el 1.6% se encuentra en nivel bajo, el 5.9% en nivel medio y el 0.83% restante, ubicado en los municipios de Guataquí, Guatavita, La Palma, La Peña, Pulí, San Juan de Rioseco, Ubaque y Zipacón se encuentra en alto riesgo. (SPD, 2016) Contrario a Colombia que para el año 2016, se encontraba Riesgo Medio, de acuerdo a la Resolución 2115 de 2007.

A nivel rural y urbano la diferencia es mínima ya que para los años de 2005 y 2006 en las dos zonas se presentaron bajo riesgo y en los años posteriores de 2007 a 2016, riesgo bajo. Cabe anotar que para el año 2013 se observa que el 74% de la población departamental consumió agua Sin Riesgo, el 15% agua con Riesgo Bajo, el 10% agua con Riesgo Medio y tan solo un 1% con Riesgo Alto. (MINSALUD, 2014, págs. 74-76). De acuerdo con estos datos el Ministerio de Salud y Protección Social, manifiesta que el Departamento para ese año, "es uno de los departamentos en donde se distribuye





agua de buena calidad tanto en el área urbana como en la rural” . (MINSALUD, 2014, pág. 80)

Existe una estrecha relación entre el ambiente físico y la salud humana, tema descrito en diferentes investigaciones, enfatizando que la conjunción entre la degradación ambiental y la injusticia social son los determinantes más importantes de la salud humana, evidenciados en el crecimiento poblacional, la contaminación del agua y del aire; la deforestación, el calentamiento global, las prácticas agrícolas y de pesca no sostenibles, el exagerado consumo de bienes, la desigualdad en el ingreso, las crisis económicas, la militarización y las guerras. (MINAMBIENTE, 2012, pág. 29)

Ahora bien, la enfermedades (ETAs), que se adquieren por la ingesta o exposición a agua contaminada por microorganismos patógenos, bacterias virus, protozoarios o helminto, pueden provocar diarrea, fiebre tifoidea, cólera, , hepatitis A, disentería amebiana, entre otras enfermedades; convirtiéndose así en una de las causas de morbilidad y mortalidad más importante a nivel mundial.

Hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y con inadecuada eliminación de excretas

Una de las dimensiones que mide el **índice de pobreza multidimensional (IPM)**, es al del acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda, en loa cuales se encuentran los indicadores de Hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y con inadecuada eliminación de excretas.

El IPM en Cundinamarca registra que el 20.4% de hogares se encuentran sin acceso a fuentes de agua mejorada; 3.2 puntos porcentuales por encima del indicador nacional. Esta situación puede ser descrita por el hecho, que en las zonas urbanas no se cuente con el servicio público de acueducto y en las zonas rurales aún se obtenga el agua para preparar los alimentos de pozos con o sin bomba, de agua lluvia, ríos, manantiales, carros tanque, aguatero u otra fuente. Los municipios que cuentan con porcentaje mayor al 65% son Ubalá, La Peña, Paime, 15 Topaipí, San Cayetano, Gama, Vergara,





2.2.8.2 Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

2.2.8.2.1 Seguridad alimentaria

Indicadores como la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, la prevalencia de desnutrición global y crónica en menores de cinco años Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años, junto con la prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años, pueden dar cuenta del estado de nutricional de los menores en Cundinamarca, al ser eventos y procesos que comienzan antes del nacimiento y durante la niñez, los cuales pueden influenciar la salud física y mental de las personas.

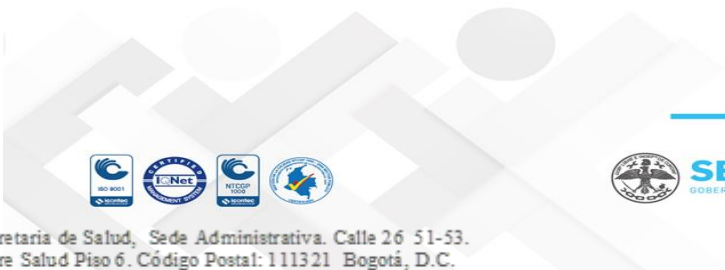




Tabla 98. Condiciones nutricionales Colombia, Cundinamarca.

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Cundinamarca	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1,8	0,70						↗							
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2015)	9,05	10,75	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗		
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3,4	2,50						↘							
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN 2010)	13,2	13,10						↗							
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2010)	39,8	42,60						↗							
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	62	72,00						↗							
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,5	37,70						↗							
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente (ENSIN 2010)	28,10	29,40						↗							

Fuente: Encuesta nacional de la Situación Nutricional en Colombia -ENSIN 2010. SISPRO. Cubo SISPRO. Proceso de actualización del ASIS en las Entidades Territoriales. Colombia, 2017

Lactancia Materna exclusiva

Según el Informe de la importancia de la lactancia materna en la Nutrición Infantil (MinSalud, 2013), el porcentaje de niños y niñas que recibieron alguna vez leche materna al nacer en Cundinamarca, paso del 94.8% en el 2005 al 93.3% en el 2010, aspecto que se refleja en la duración de la lactancia materna para el 2010, que fue de





0.7, por debajo de la nacional que se fue de 1.8 meses (Tabla), ubicándose dentro de los 10 departamentos con menor duración en el país.

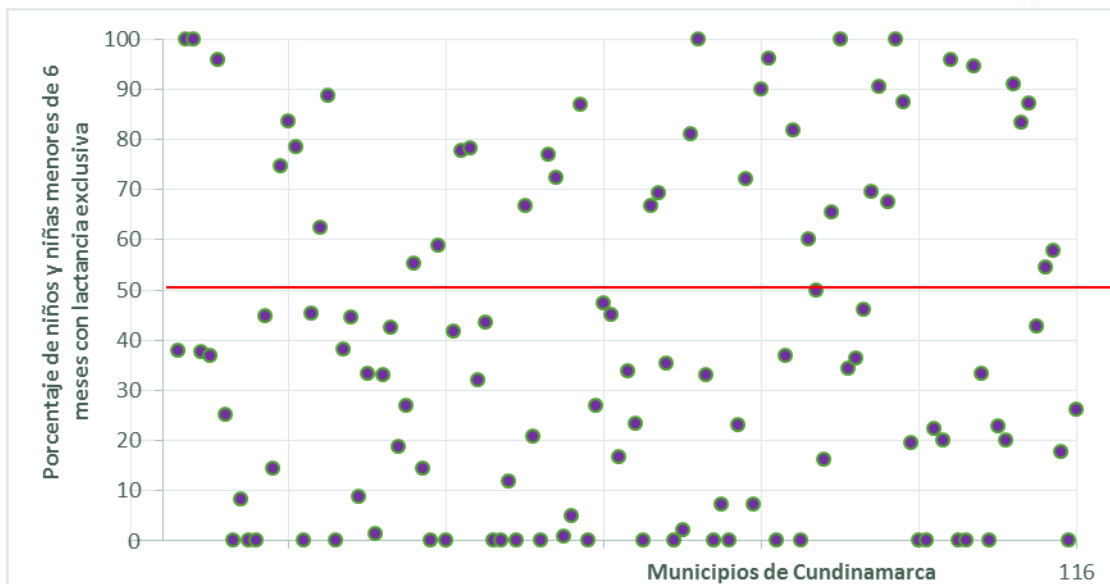
Según datos del Sistema de Vigilancia alimentaria y Nutricional- SISVAN- y la Secretaria de Salud de Cundinamarca, el porcentaje de niños menores de 6 con lactancia exclusiva a disminuido en el departamento en los últimos años, pasando de 40.21% en el 2012 a 36.60 en el 2015. Parta este último año, 76 municipios de los 116 del Departamento, tenían porcentajes por debajo del 50%. (SISVAN.SSC 2017). Ver figura 77.

Figura 77. Dispersión del Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses con lactancia exclusiva a nivel municipal en Cundinamarca para el año 2015.



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](#) [@CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co



Fuente: SISVAN. SSC-SP. Datos con corte a 2015. 2017

Ahora bien, es importante reiterar, que la leche materna es el único alimento que proporciona todos los nutrientes necesarios para el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas en sus primeros meses de vida según el informe realizado por Ministerio, al contener compuestos que favorecen la salud, de los niños y niñas y los protegen de un gran número de enfermedades comunes, además, de estimular su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. (MinSalud, 2013)

Bajo Peso al Nacer

El bajo peso al nacer se registra cuando un nacido vivo tiene un peso menor a 2.499 gramos al nacer sin tener en cuenta edad gestacional o si es el resultado de un parto único o múltiple (SISVAN, 2013).

Es un indicador que aporta información sobre las condiciones de salud fetal y neonatal e indirectamente de las condiciones de su gestación, en el contexto de los individuos y las poblaciones; así como de la malnutrición y estado de salud de la gestante (INS, 2015). El bajo peso al nacer está asociado con mayor riesgo de muerte fetal y neonatal durante los primeros años de vida, así como de padecer un retraso del crecimiento

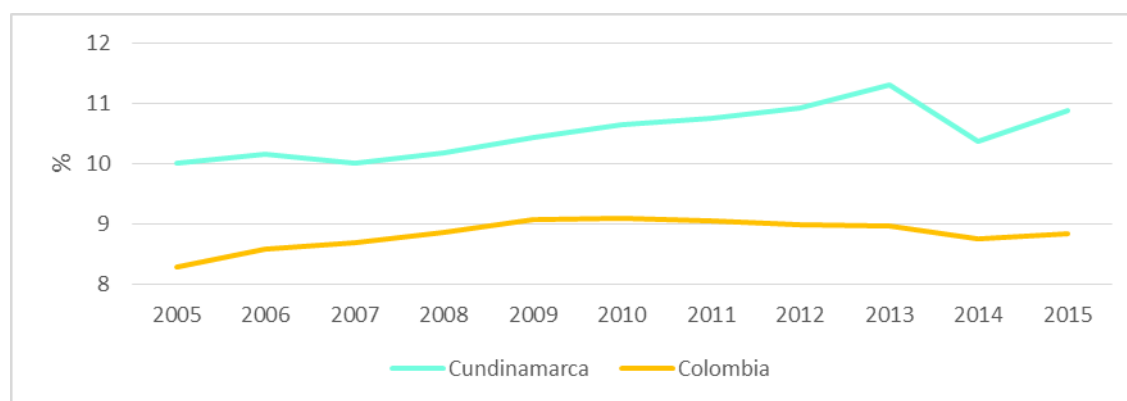




físico y cognitivo durante la infancia. Por otra parte, las alteraciones en el crecimiento fetal pueden tener adversas consecuencias en la infancia en términos de mortalidad, morbilidad, crecimiento y desarrollo (INS, 2015).

Cundinamarca presenta haber presentado un aumento en el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, desde el 2007 hasta el 2013 (11.32%), año en el cual empieza a descender, llegando a cifras inferiores a las alcanzadas en el 2009 (Figura). La tendencia es similar en Colombia, en la cual se alcanza el pico más alto en el 2009. No obstante, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, desde el 2005 al 2015 es siempre mayor en el departamento, por alrededor de dos puntos porcentuales. Para el año 2015, según cifras aportadas por el Instituto Nacional de Salud, se reportaron cerca de 1217 casos, lo que representó el 7.2% de los casos registrados a nivel nacional, ocupando el tercer puesto después de Bogotá y Antioquia. (INS, 2015).

Figura 78. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Colombia y Cundinamarca 2005 a 2015



Fuente: SISPRO. Cubo SISPRO. Proceso de actualización del ASIS en las Entidades Territoriales. Colombia, 2017

Esta situación está relacionada en muchos casos con la edad de la madre, el estado nutricional que se tuvo durante la gestación, la presencia de anemia e infección urinaria, el número de controles prenatales, el inicio tardío de los controles prenatales,



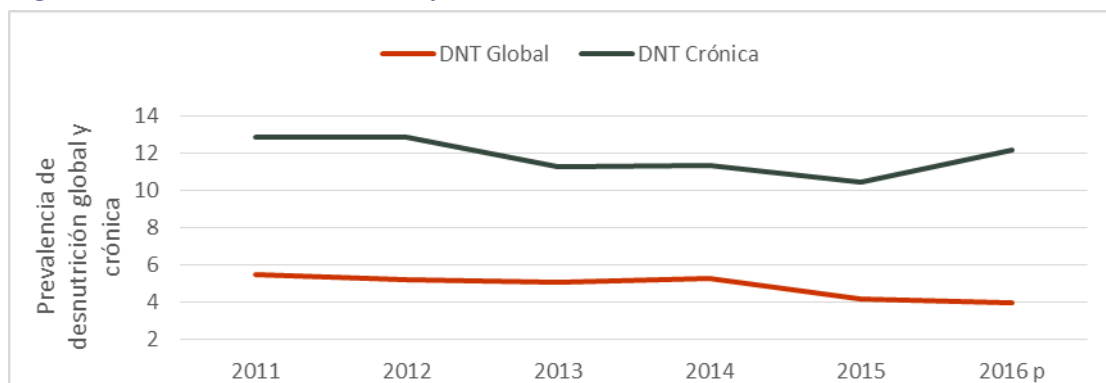


entre otros factores, que inciden en el resultado del peso al nacer de algunos neonatos (INS, 2015).

Desnutrición Global y Crónica en menores de 5 años.

La **desnutrición global** en menores de 5 años, es decir el bajo peso para la edad, el cual es considerado como un indicador general de la desnutrición, a diferencia, de la **desnutrición crónica**, que se responde a factores estructurales de la sociedad y la **desnutrición aguda**, que corresponde a la pérdida de peso reciente (ENDS, 2010, pág. 354).

Figura 79. Desnutrición Global y Crónica en Cundinamarca. 2011 a 2016



Fuente: SISVAN. SSC-SP. Datos con corte a 2015. 2017

Para el caso de Cundinamarca, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia-ENSIN, para el año 2010 el 2.5% de los menores de cinco años presentaban **desnutrición global**, 0.9 puntos porcentuales por debajo del porcentaje nacional (tabla). La cual lleva el riesgo de convertirse en crónica si no recibe un tratamiento oportuno (MinSalud, 2013), los Municipios con mayor prevalencia de desnutrición global, para el año 2015 y 2016, de acuerdo con SISVAN, fueron Pulí, Bituima, Tibacuy, Apulo, Granada, Cajicá, Gachalá Fúquene, Pandi, Girardot, Guayabal De Síquima y Guataquí, con prevalencias por encima del 10%.



El bajo peso para la edad, talla baja para la edad o **desnutrición crónica** (retraso en el crecimiento lineal), es el retardo en el crecimiento en talla para la edad, que se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo (ENDS, 2010, pág. 354). Cundinamarca para el año 2010, tenía una prevalencia de 13.1, por debajo de la nacional (tabla), ubicándose dentro de los 20 departamentos con menor índice.

Tanto la **desnutrición crónica, aguda** y la **anemia nutricional** en niños y niñas entre 6 meses y 4 años, puede ocurrir por diversos factores, como las deficiencias nutricionales, infecciones crónicas, entre otras afecciones crónicas, sin embargo, el factor más prevalente a nivel mundial es la deficiencia de hierro.

Para el caso de Colombia, en el año 2010, se presentó en un 27.5% y en Cundinamarca, por encima de la nacional con un 37.7% (ENSIN, 2010). Esta condición puede propiciar problemas de atención, memoria, percepción, pérdida de coeficiente intelectual y bajo rendimiento cognitivo; además, se asocian en mayor medida a situaciones de ingreso a la escuela a edades tardías, repetición, fracaso escolar y baja productividad (MinSalud, 2013, pág. 24). Las personas más vulnerables a este evento son los niños y niñas en edad preescolar, mujeres en edad fértil y gestantes (ENSIN, 2010, pág. 149).

Obesidad

Los problemas de salud asociados al exceso de peso en entre los cuales el mayor problema nutricional que afecta a los adultos es el sobrepeso seguido de la obesidad; definidos por la OMS como la *“acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”*. Calculado por medio del índice de masa corporal (IMC), para el caso de los hombres y mujeres adultas. Se reconoce como sobrepeso cuando se tiene un IMC superior a 25 y Obesidad cuando el IMC es superior a 30 (OMS, 2016).

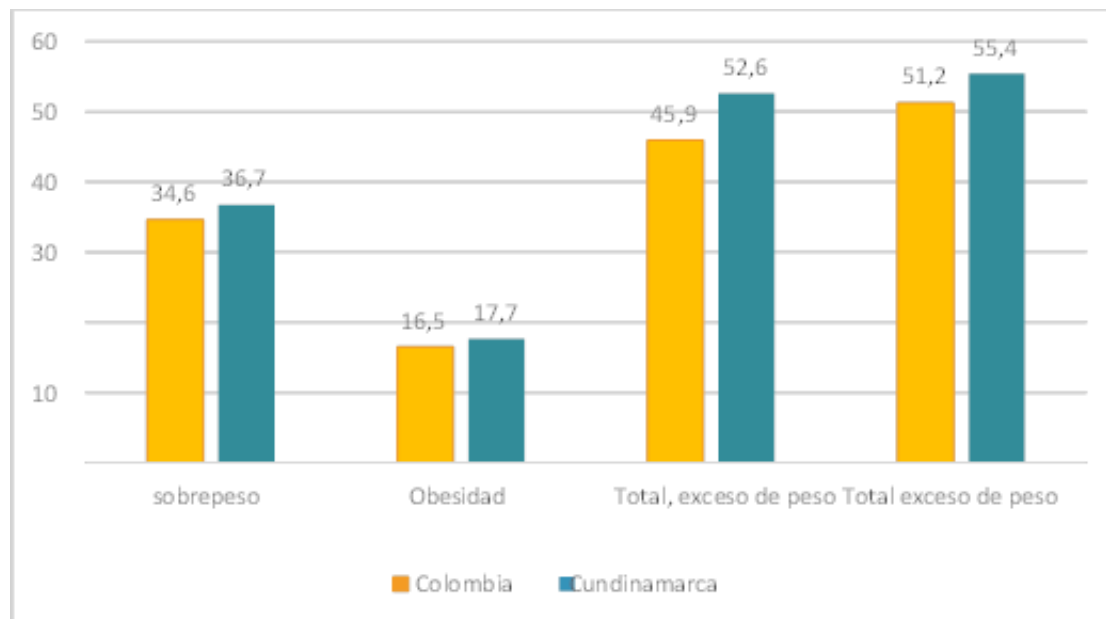
Para el departamento, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN, para el año 2010, se presentó una prevalencia de 36.7% de sobrepeso, por encima del indicador nacional de 36.7 y la prevalencia de obesidad





también superior a la prevalencia nacional con 17.7 % (Figura), tendencias que van en aumento contrastando las cifras de 2005 a 2010.

Figura 80. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y total exceso de peso en Colombia y Cundinamarca. 2010



Fuente: Elaboración propia. Datos: ENSIN2010

Se presenta una tendencia creciente de la obesidad, la cual ya es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, además de estar asociada a cambios en la dieta de la población y la falta de actividad física (ENSIN, 2010, pág. 29). En el marco de esta problemática, se expidió la Ley 1355 de 2009, la cual define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

La diferencia entre hombres y mujeres existe una prevalencia mayor en mujeres en cuanto a la obesidad abdominal por circunferencia de la cintura en hombre y mujeres entre los 18 y 64 años, a nivel nacional y departamental (ENSIN, 2010)

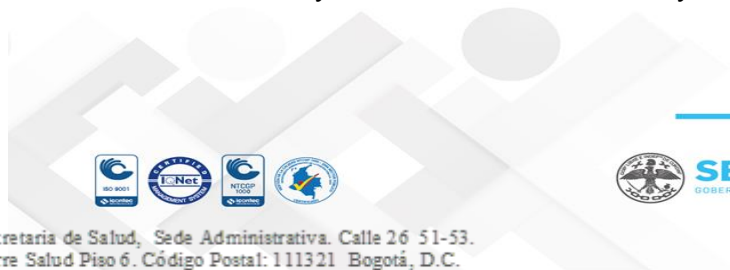
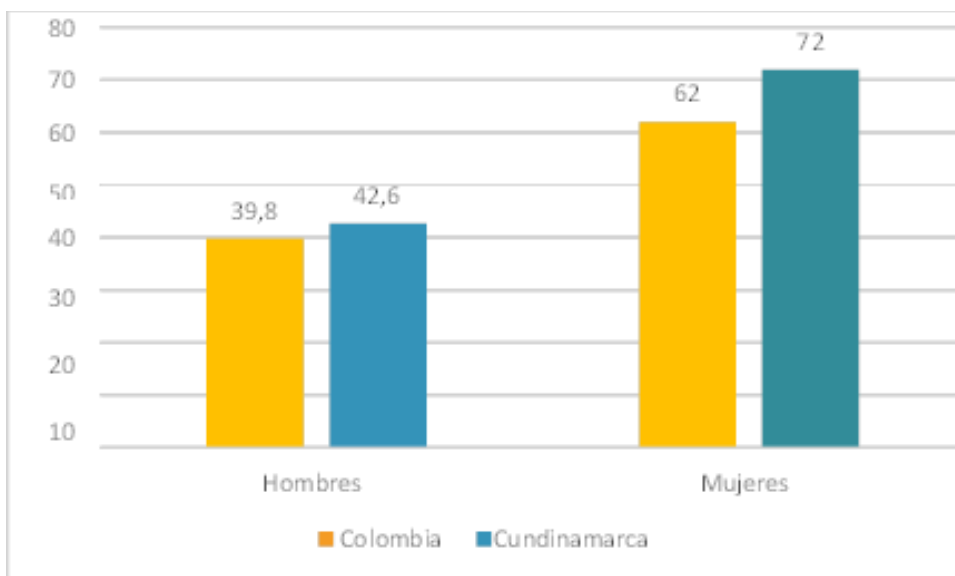




Figura 81. Obesidad abdominal por circunferencia de la cintura en hombre y mujeres entre los 18 y 64 años. Colombia y Cundinamarca. 2010



Fuente: Elaboración propia. Datos: ENSIN2010

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad está relacionada con el desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, según el OMS, y puede pasar por:

- Un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa.
- Un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización. La inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (OMS, 2010, pág. 10)



Dichas causas se encuentran asociadas a los cambios ambientales y sociales relacionados a temas de desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación (OMS, 2016).

Además, se constituyen como factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, como: las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon) (OMS, 2016).

Estos eventos no solo afectan a los adultos, ya que también se está presentando en niños, niñas y adolescentes, debido en parte a la mala ocupación del tiempo libre de los escolares, de los cuales el 70.9% se dedican 2 horas o más a ver televisión o a jugar con video juegos (ENSIN, 2010), siendo el departamento de Cundinamarca el de la mayor problemática a nivel nacional (ASIS 2012, 2012)

2.2.8.1.3 Condiciones factores, psicológicos y culturales

En relación con los determinantes de la salud, las condiciones, factores psicológicos y culturales, pueden entenderse como patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental. OMS (1997). Entre estas conductas las que más afectan la salud, son los hábitos dietéticos, el ejercicio o sedentarismo, el abuso de sustancias, las prácticas sexuales irresponsables las conductas violentas, entre otras (Sanchón Macías, 2012).



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](#) [@CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co



Tabla 99. Factores psicológicos y culturales en Colombia y Cundinamarca

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Cundinamarca	Comportamiento																	
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016								
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA 2011)	39,81	39,61					3,9													
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011)	5,22	4,24					4,2													
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2011)	8,65	8,04					8,0													
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	12,95	15,81	10,1																	

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Cundinamarca	Comportamiento																	
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016								
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2005-2015)	80,9	80,60				↘														
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2016)	1,74	0,00			-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cobertura de tratamiento antiretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2016)	95,89	96,89						-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2016)	158,33	230,40						-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2016)	240,58	359,12						-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘

Fuente: ENSIN 2010. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA 2011). ENDS 2010. Forensis 2015.

Los indicadores departamentales de consumo de alcohol o marihuana en escolares de 11 a 18 años, la prevalencia de fumadores actuales o prevalencia de consumo de





cualquier sustancia ilícita en el último año en población 12 a 65 años; el uso de anticonceptivos, el porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años o la cobertura de tratamiento antirretroviral, no presentan diferencias estadísticas al ser comparados con los datos nacionales. Sin embargo, la tasa de violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer presentan diferencias, siendo superiores las tasas en el departamento en relación con las nacionales. (Tabla)

Consumo de sustancias

En relación con las sustancias psicoactivas, en Colombia, el mayor consumo de este tipo de sustancias se presenta en el grupo poblacional comprendido entre los 18 a 24 años, seguido por los adolescentes y adultos, según datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2013). El consumo está igualmente asociado a problemas de criminalidad como el microtráfico en las diferentes provincias del departamento. (SPD, 2016, págs. 322-324)

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas por adolescentes, en el departamento, se destacó el alcohol como aquella sustancia de mayor consumo, aun cuando exista la prohibición de venta a menores de edad, en parte por la aceptación social y la tolerancia como atenuantes del problema. (SPD, 2016, págs. 322-324) Teniendo un comportamiento similar al indicador nacional. Cabe destacar que las mayores tasas de consumo de alcohol se presentan en las cabeceras municipales y los hombres principalmente.

Según la Encuesta, a medida que se va aumentando el grado escolar de sexto a once, se presenta un mayor uso, especialmente en los establecimientos privados (ENSPA, 2011).

2.2.8.1.4 Sistema sanitario





Tabla 100. Sistema Sanitario Colombia, Cundinamarca. Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios 2005, Cobertura de afiliación al SGSSS 2016, Coberturas administrativas de vacunación 2016 Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal 2015, Cobertura de parto institucional 2015. Porcentaje de partos atendidos por personal 2015

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Cundinamarca	Comportamiento										
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	0,16	0,13											
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005)	0,06	0,04											
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2016)	92,80	78,89					↗	↗	↘	↘	↗	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2016)	88,33	49,02	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	91,25	85,34	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	91,19	85,24	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	92,61	83,68	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2015)	86,49	87,67	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘		



Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2015)	98,63	99,62	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE 2015)	98,71	99,67	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘

Fuente: DNP-DANE 2005. MSPS 2016. EEVV-DANE 2015

El análisis del sistema sanitario como determinante intermediario de la salud, se concentra en aportar insumos que soporten los desarrollos de política pública y sus lineamientos en función de la garantía de la prestación efectiva de los servicios de salud, mediante el adecuado y pertinente acceso de la población al sistema, la optimización del recurso humano, de la infraestructura, la tecnología y la sostenibilidad financiera (MINSALUD, 2014).) Por las razones que se mencionan los indicadores a tener en cuenta se enfocan en: a) identificar la oferta actual de servicios disponibles; b) identificar la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud en marco de su función de producción; c) analizar las brechas en la oferta de servicios de salud para la atención de las necesidades de la población; y d) establecer los mecanismos de ajuste o fortalecimiento de la capacidad de producción de los prestadores de servicios de salud.

Tabla 101. Servicios habilitados. Cundinamarca 2015

Grupo Servicio	Indicador	2015
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	70
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	38
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	52
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	238
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	133
Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	82	





	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	166
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario – alimentación	41
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología – fibrobroncoscopia	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnosticas	111
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	218
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	274
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa bioenergética	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa con filtros	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa manual	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	96
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	282
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	333
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	209
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	37
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	104
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	2
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	53
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	79





Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	7
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	94
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	26
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	7
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	41
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	11
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	32
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	14
Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	114
Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	93
Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	23
Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	32
Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	117
Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	319
Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	8
Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	134
Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	68
Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	61
Número de IPS habilitadas con el servicio de genética	1





Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	8
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	155
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología oncológica	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	9
Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	11
Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	39
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	51
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	39
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	430
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	134
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas – ayurveda	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas – homeopatía	16
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	11
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas – naturopatía	14
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuralterapia	14
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	15
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	45
Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	9
Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	52
Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropediatría	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	190





	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	408
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	71
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología y hematología pediátrica	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	152
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	119
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia infantil	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia pediátrica	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	125
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	84
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	111
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	138
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	69
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	187
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oncológica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	58
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	110
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	75
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	28
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional de paciente crónico	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo pediátrico	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio pediátrico	5





	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	69
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	57
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	72
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de unidad de quemados adultos	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de unidad de quemados pediátricos	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	6
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente agudo	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	2
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	319
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	313
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	254
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	306
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	289
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	301
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	297
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	267
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	270





	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	282
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	298
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	82
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	71
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	302
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	338
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	236
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	229
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía endovascular neurológica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	50
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	44
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	39
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	28
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	38
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	23





	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	31
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiológica	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejido osteomuscular	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejidos cardiovasculares	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante renal	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	2
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	143
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	16
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	127

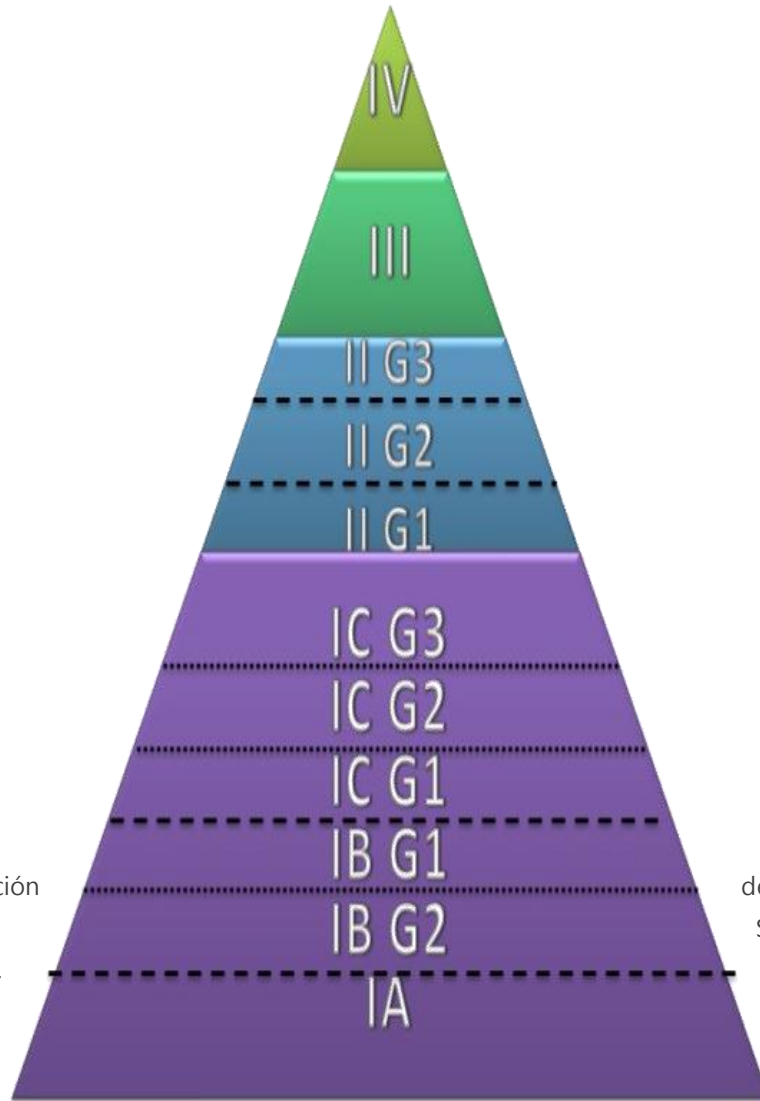
Fuente: SISPRO. Reportes ASIS Oferta Prestadores-Servicios De Salud Habilitados 2015. Consulta diciembre 2017.

Red Pública Departamental

En la actualidad la Red pública del Departamento de Cundinamarca está conformada por 221 instituciones, discriminadas así: una ESE de IV nivel especializado, universitario; 4 ESEs de III nivel de atención; 8 ESEs de II nivel de atención; 31 ESEs de I nivel de atención; 60 Centros de Salud y 117 Puestos de Salud.

Ilustración 1. Niveles y Grados de Complejidad IPS en Cundinamarca





Fuente: Dirección
Servicios.
Cundinamarca.

de Desarrollo de
Secretaría de Salud de
2017



[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov) [@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Clasificación de prestadores públicos por niveles y grados de complejidad

Tabla 102. Tipos De Servicios Por Nivel Y Grado De Complejidad – I Nivel

NIVEL	COMPLEJIDAD	INSTITUCION	URGENCIAS	PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA / CONSULTA EXTERNA / TRANSPORTE ASISTENCIAL	INTERNACION		QUIRURGICOS	APOYO DIGANOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	
					HOSPITALIZACION	ATENCION DE PARTO			
I NIVEL									
COMPLEJIDAD A	PUESTO DE SALUD	NA	Actividades de Promoción y Prevención (intraistitucionales, extramurales .	Actividades de Promoción y Prevención (intraistitucionales, extramurales) . Consulta externa de: Medicina general (disponibilidad permanente de médico general en aquellos municipios donde es la única oferta), Odontología Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución remitosa de tele diagnostico) Acciones colectivas: Salud Pública Transporte Asistencial Básico (Mínimo en los municipios donde se cuenta con el puesto de salud prestador único).	NA	NA	NA	Toma de muestras de Laboratorio Clínico	
			Consultas externas de: Medicina general (disponibilidad permanente de médico general en aquellos municipios donde es la única oferta), Odontología Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución remitosa de tele diagnostico)						
			Acciones colectivas: Salud Pública						
			Transporte Asistencial Básico (Mínimo en los municipios donde se cuenta con el puesto de salud prestador único).						
COMPLEJIDAD B	CENTRO DE SALUD	GRADO 1	Servicio 24 horas, atendido por Medico General	Actividades de Promoción y Prevención (intraistitucionales, extramurales) Consulta externa de: Medicina general, Odontología Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución remitosa de tele diagnóstico), Nutrición, Optometría, Terapias Acciones colectivas: Salud Pública Transporte Asistencial Básico (Mínimo en los municipios donde solo hay centro de salud como prestador)	NA	NA	NA	Toma de muestras de Laboratorio Clínico; Laboratorio Clínico de baja complejidad Rayos X Odontología	
			CENTRO DE SALUD GRADO 2	Servicio 24 horas, atendido por Medico General	Actividades de Promoción y Prevención (intraistitucionales, extramurales) Consulta externa de: Medicina general, Odontología Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución	NA	Atención de parto (bajo riesgo)	NA	Toma de muestras de Laboratorio Clínico; Laboratorio Clínico de baja complejidad Rayos X Odontología





NIVEL COMPLEJIDAD	INSTITUCION	URGENCIAS	PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA / CONSULTA EXTERNA / TRANSPORTE ASISTENCIAL	INTERNACION		QUIRURGICOS	APOYO DIGANOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA
				HOSPITALIZACION	ATENCION DE PARTO		
			<p>remisora de tele diagnóstico), Nutrición, Optometría, Terapias</p> <p>Acciones colectivas: Salud Pública</p> <p>Transporte Asistencial Básico (Mínimo en los municipios donde solo hay centro de salud como prestador)</p>				
COMPLEJIDAD C	HOSPITAL GRADO 1	Servicio 24 horas, atendido por Medico General	<p>Actividades de Promoción y Prevención (intraistitucionales, extramurales)</p> <p>Consulta externa de: Medicina general, Odontología; Psicología, Terapia Respiratoria, Terapia Física, Terapia del Lenguaje, Nutrición, Optometría,</p> <p>Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución remitosa de teleconsulta, tele diagnóstico y tele radiología)</p> <p>Acciones colectivas: Salud Pública</p> <p>Transporte Asistencial Básico</p>	Camas en servicios básicos atendido por Medico General	Atención de parto (bajo riesgo)	NA	Laboratorio Clínico de baja y media complejidad Imágenes diagnosticas de baja complejidad
	HOSPITAL GRADO 2	Servicio 24 horas, atendido por Medico General	<p>Actividades de Promoción y Prevención (intraistitucionales, extramurales)</p> <p>Consulta externa de: Medicina general, Odontología; Psicología, Terapia Respiratoria, Terapia Física, Terapia del Lenguaje, Nutrición, Optometría,</p> <p>Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución remitosa: tele diagnóstico, tele radiología, teleconsulta).</p> <p>Consulta externa especialidades médicas: Pediatría , Medicina Interna, Ginecología</p> <p>Acciones colectivas: Salud Pública</p> <p>Transporte Asistencial Básico</p>	Camas en servicios básicos atendido por Medico General	Atención de parto (bajo riesgo)	NA	Laboratorio Clínico de baja y media complejidad (mas amplia oferta respecto a I Hospital G 1) Imágenes diagnosticas de baja complejidad (mas amplia oferta respecto a I Hospital G 1) Radiología convencional, Ultrasonido
	HOSPITAL	Servicio 24 horas, atendido	Actividades de Promoción y Prevención (intraistitucionales, extramurales)	Camas en servicios básicos atendido por	Atención de parto (bajo riesgo)	Cirugía ambulatoria electiva	Laboratorio Clínico de baja y media complejidad (mas amplia oferta)





NIVEL COMPLEJIDAD INSTITUCION	URGENCIAS	PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA / CONSULTA EXTERNA / TRANSPORTE ASISTENCIAL	INTERNACION		QUIRURGICOS	APOYO DIGANOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA
			HOSPITALIZACION	ATENCION DE PARTO		
	por Medico General	Consulta externa de: Medicina general, Odontología; Psicología, Terapia Respiratoria, Terapia Física, Terapia del Lenguaje, Nutrición, Optometría, Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución remisora: tele diagnóstico, tele radiología, teleconsulta). Consulta externa especialidades médicas: Pediatría , Medicina Interna, Ginecología, Cirugía General y otras especialidades médicas* ; Servicios de atención en Salud Mental Acciones colectivas: Salud Pública Transporte Asistencial Básico	Medico General. Otro tipo de internación * : aprobación previa por el Departamento			respecto a I Hospital G 2) Imágenes diagnosticas de baja complejidad (mas amplia oferta respecto a I Hospital G 2) Radiología convencional, Ultrasonido, Endoscopia; Mamografía.

El desarrollo de los servicios establecidos en la tipificación según la clasificación y que no se estén ofertando están sujetos al resultado del estudio oferta demanda que sustente dicho servicio y la autosostenibilidad de la oferta

*En caso de requerirse otras especialidades médicas presentaran estudios de oferta demanda conforme a la metodología establecida por el Departamento

** Para la oferta de servicios se debe cumplir con la normatividad en materia del Sistema Único de Habilitación.

Fuente: Dirección de Desarrollo de Servicios. Secretaría de Salud de Cundinamarca. 2017

Tabla 103. Tipos de servicios por nivel y grado de complejidad -II nivel

NIVEL COMPLEJIDAD INSTITUCION	URGENCIAS	PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA / CONSULTA EXTERNA / TRANSPORTE ASISTENCIAL	INTERNACION		QUIRURGICOS	APOYO DIGANOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA
			HOSPITALARIOS	ATENCION DE PARTO		
II NIVEL						





NIVEL COMPLEJIDAD INSTITUCION	URGENCIAS	PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA / CONSULTA EXTERNA / TRANSPORTE ASISTENCIAL	INTERNACION		QUIRURGICOS	APOYO DIGANOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA
			HOSPITALARIOS	ATENCION DE PARTO		
II NIVEL G1 HOSPITAL ESPECIALIZADO	Servicio 24 horas, atendido por Medico General: disponibilidad 24 horas de especialidades básicas (Cirugía General, Ginecoobstetricia, Pediatría, Medicina Interna)	Adicional al nivel I G3: Consulta externa especialidades médicas: Pediatría, Medicina Interna, Ginecología, Anestesia, Cirugía General y otras especialidades médicas*	Adicional al nivel I G3: Camas en servicios de mediana complejidad, con especialidades básicas (Pediatría, Medicina Interna, Ginecología, Cirugía General;	Atención de parto (bajo riesgo)	Cirugía de urgencias Cirugía Ambulatoria (programada) Cirugía electiva (con hospitalización)	Laboratorio Clínico de baja, mediana y alta complejidad.
		Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución remisora)				Servicio de Transfusión Sangünea y/o Banco de Sangre Tipo A.
		Servicios de atención en Salud Mental				Imágenes diagnósticas: Radiología convencional, Ultrasonido, Endoscopia; Mamografía.
		Transporte Asistencial Básico y/o medicalizado				
II NIVEL G2 HOSPITAL ESPECIALIZADO	Servicio 24 horas, atendido por Medico General: permanencia 24 horas de especialidades básicas (Cirugía General, Gineco obstetricia, Pediatría, Medicina Interna)	Adicional al Grado I nivel II: Consulta externa especialidades médicas: Pediatría, Medicina Interna, Ginecología, Anestesia, Cirugía General, Oftalmología, Ortopedia, Urología, Gastroenterología y otras especialidades médicas*	Adicional al Grado I nivel II: Cuidados intermedios	Atención de parto (bajo riesgo)	Cirugía de urgencias Cirugía Ambulatoria (programada) Cirugía electiva (con hospitalización)	Laboratorio Clínico de baja, mediana y alta complejidad. (mas amplia oferta que el nivel II Grado 1)
		Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución remisora)				Servicio de Transfusión Sangünea y/o Banco de Sangre Tipo A
		Servicios de atención en Salud Mental				Imágenes diagnósticas: Radiología convencional, Ultrasonido, Endoscopia, Mamografía, (oferta
		Transporte Asistencial Básico y/o medicalizado				





NIVEL COMPLEJIDAD INSTITUCION	URGENCIAS	PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA / CONSULTA EXTERNA / TRANSPORTE ASISTENCIAL	INTERNACION		QUIRURGICOS	APOYO DIGANOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA
			HOSPITALARIOS	ATENCION DE PARTO		
						mas amplia que el nivel II Grado 1)
II NIVEL G3 HOSPITAL ESPECIALIZADO	Servicio 24 horas, atendido por Medico General: permanencia 24 horas de especialidades básicas (Cirugía General, Ginecología, Pediatría, Medicina Interna)	Adicional al Grado I nivel II: Consulta externa especialidades médicas: Pediatría, Medicina Interna, Ginecología, Anestesia, Cirugía General, Oftalmología, Ortopedia, Urología, Gastroenterología y otras especialidades médicas*	Camas en servicios de mediana complejidad, con especialidades básicas; Cuidados intermedios e intensivos, Salud Mental	Atención de parto (bajo riesgo)	Cirugía de urgencias Cirugía Ambulatoria (programada) Cirugía electiva (con hospitalización)	Laboratorio Clínico de baja, mediana y alta complejidad. (mas amplia oferta que el nivel II Grado 2)
		Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución remitora)				Banco de Sangre Tipo A
		Servicios de atención en Salud Mental				Imágenes diagnósticas: TAC, Radiología convencional, Ultrasonido, Endoscopia, Mamografía, (oferta mas amplia que el nivel II Grado 2).
		Transporte Asistencial Básico y/o medicalizado				

*El desarrollo de los servicios establecidos en la tipificación según la clasificación y que no se estén ofertando están sujetos al resultado del estudio oferta demanda que sustente dicho servicio y la autosostenibilidad de la oferta

*En caso de requerirse otras especialidades médicas presentaran estudios de oferta demanda conforme a la metodología establecida por el Departamento

** Para la oferta de servicios se debe cumplir con la normatividad en materia del Sistema Único de Habilitación.

Fuente: Dirección de Desarrollo de Servicios. Secretaría de Salud de Cundinamarca. 2017





Tabla 104. Tipos de servicios por nivel y grado de complejidad - III nivel

NIVEL COMPLEJIDAD	INSTITUCION	URGENCIAS	PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA / CONSULTA EXTERNA / TRANSPORTE ASISTENCIAL	INTERNACION		QUIRURGICOS	APOYO DIGANOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA
				HOSPITALARIOS	ATENCION DE PARTO		
III NIVEL							
III NIVEL	HOSPITAL ESPECIALIZADO	Servicio 24 horas, atendido por Medico General: médicos especialistas permanentes en especialidades básicas, y ortopedia, disponibilidad las 24 horas en especialidades clínicas y quirúrgicas (urología, otorrino, cardiología, cirugía plástica, gastroenterología, neurocirugía, neumología, cirugía pediátrica, etc)	Consulta externa especialidades médicas: según demanda, participación de Medico general.	Camas en servicios de mediana, alta complejidad, con diversas especialidades; Cuidados intermedios; Cuidados intensivos; Otro tipo de internación * : aprobación previa por el Departamento	Atención de parto (alto riesgo)	Cirugía de urgencias Cirugía Ambulatoria (programada) Cirugía electiva (con hospitalización) Procedimientos de alto costo Reemplazos	Laboratorio Clínico de alta complejidad,
		Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución remitora, o centro de referencia)					Banco de Sangre Tipo A
		Transporte Asistencial Básico y/o medicalizado					Imágenes diagnosticas de alta complejidad: Rayos X , Endoscopia, TAC, Mamografía, Ultrasonido de alta resolució, Cardiodiagnóstico

*El desarrollo de los servicios establecidos en la tipificación según la clasificación y que no se estén ofertando están sujetos al resultado del estudio oferta demanda que sustente dicho servicio y la autosostenibilidad de la oferta

*En caso de requerirse otras especialidades médicas presentaran estudios de oferta demanda conforme a la metodología establecida por el Departamento

** Para la oferta de servicios se debe cumplir con la normatividad en materia del Sistema Único de Habilitación.

Fuente: Dirección de Desarrollo de Servicios. Secretaría de Salud de Cundinamarca. 2017





Tabla 105. tipos de servicios por nivel y grado de complejidad - IV nivel

NIVEL COMPLEJIDAD	INSTITUCION	URGENCIAS	PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA / CONSULTA EXTERNA / TRANSPORTE ASISTENCIAL	INTERNACION		QUIRURGICOS	APOYO DIGANOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA
				HOSPITALARIOS	ATENCION D EPARTO		
IV NIVEL							
IV NIVEL	HOSPITAL UNIVERSITARIO ALTAMENTE ESPECIALIZADO - INVESTIGACION - CENTROS DE EXCELENCIA	Servicio 24 horas, atendido por Médico especialista en las especialidades ofertadas, con apoyo de Médico general	Consulta y procedimientos diagnósticos y terapéuticos de especialidades clínicas y quirúrgicas.	Camas en servicios de alta complejidad, con diversas especialidades ; Cuidados intermedios; Cuidados intensivos; Otro tipo de internacion * : aprobacion previa por el Departamento	Atención de parto (alto riesgo)	Cirugía de urgencias Cirugía Ambulatoria (programada) Cirugía electiva (con hospitalización) Procedimientos de alto costo	Laboratorio Clínico de alta complejidad, exámenes super especializados.
			Servicios bajo la modalidad de Telemedicina (institución remisora, o centro de referencia)				Banco de Sangre Tipo B
			Unidad de Oncología y Quimioterapia				Imágenes diagnosticas de alta complejidad: Resonancia Magnética, Endoscopia, TAC, Gamagrafía, Mamografía, Ultrasonido de alta resolución, Hemodinamia.
			Unidad renal.				
			Transporte Asistencial Básico y/o medicalizado				

*El desarrollo de los servicios establecidos en la tipificación según la clasificación y que no se estén ofertando están sujetos al resultado del estudio oferta demanda que sustente dicho servicio y la autosostenibilidad de la oferta

*En caso de requerirse otras especialidades médicas presentaran estudios de oferta demanda conforme a la metodología establecida por el Departamento

** Para la oferta de servicios se debe cumplir con la normatividad en materia del Sistema Único de Habilitación

Fuente: Dirección de Desarrollo de Servicios. Secretaría de Salud de Cundinamarca. 2017





Otros indicadores de sistema sanitario

Tabla 106. Oferta Prestadores-Capacidad Instalada Cundinamarca 2015

Indicador	2015
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,11
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,01
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,12
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0,41
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,04
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,05
Razón de camas por 1.000 habitantes	0,81

Fuente: SISPRO. Reportes ASIS. Oferta Prestadores-Capacidad Instalada. 2015

De acuerdo con la capacidad instalada actual y la distribución de servicios acorde a la organización de la Red Departamental por su nivel, complejidad y grado es necesario apoyarse en la Red Privada ya que la actual (pública) no cumple con la demanda de servicios y capacidad instalada de la misma; es por esta que en la actualidad la Secretaria de salud se encuentra adelantando la actualización del diagnóstico de la red con el fin de incrementar el porcentaje de cobertura y suficiencia de la Red Pública Departamental, al realizar este análisis la Secretaria de Salud registra los siguientes indicadores para el año 2017:

Tabla 107. Capacidad instalada red Departamental

AMBULANCIAS	CANTIDAD
BÁSICAS	200
MEDICALIZADAS	6
CAMAS	CANTIDAD
ADULTOS	868
CUIDADO BÁSICO NEONATAL	9
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	21





CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	13
CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	0
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	33
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	22
CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	0
OBSTETRICIA	287
PEDIÁTRICA	269
PSIQUIÁTRICA	0
SALAS	CANTIDAD
PARTOS	51
PROCEDIMIENTOS	68
QUIRÓFANOS	43
APOYO TERAPEÚTICO	CANTIDAD
SILLAS DE HEMODIÁLISIS	11

Fuente: Dirección de Desarrollo de Servicios. Secretaría de Salud de Cundinamarca. 2017

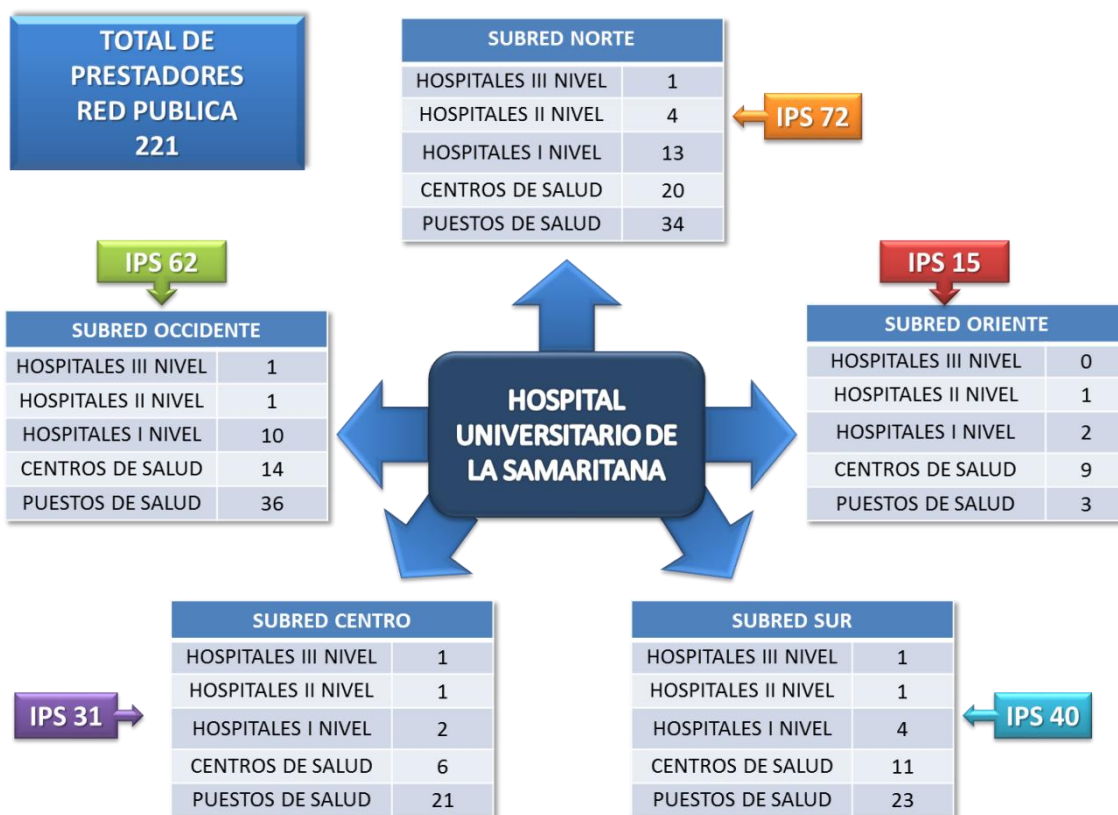


[f/CundinamarcaGov](https://www.facebook.com/CundinamarcaGov) [@CundinamarcaGov](https://www.twitter.com/CundinamarcaGov)
www.cundinamarca.gov.co



Cuantificación instituciones red departamental-Cundinamarca

Ilustración 2. Niveles y Grados de Complejidad IPS en Cundinamarca



Fuente: Dirección de Desarrollo de Servicios. Secretaría de Salud de Cundinamarca. 2017





2.2.8.2 Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

El objetivo de analizar los determinantes estructurales de las inequidades en salud es identificar la influencia de jerarquía y poder que determinan las relaciones sociales. Los determinantes estructurales son condiciones de muy difícil modificación, usualmente las personas que nacen bajo ciertas condiciones no pueden ejercer cambios que modifiquen su vulnerabilidad. Dentro de las condiciones que causan jerarquía están: el estrato, los ingresos, la etnia, la raza, el nivel educativo y la ocupación.

El análisis describirá la forma como cada determinante se presenta en la población para luego entender la relación entre ellos y los efectos de salud en la población (MINSALUD, 2014).

2.2.8.2.1 Educación

La educación además de ser un derecho contemplado en el artículo 67 de la Constitución Política, estableció: “La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social, con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, y a los demás bienes y valores de la cultura” ; también es un componente básico para el desarrollo de una sociedad, es un canal que permite transmitir conocimiento, experiencias sociales, tradiciones, maneras de sentir, pensar y obrar (SPD, 2014) y junto con los hogares son los primeros escenarios de socialización de la población. Las Naciones Unidas a través del PNUD, han establecido la educación como uno de los 17 objetivos del desarrollo sostenible. (SPD, 2016).

Tabla 108. Indicadores de Educación Colombia y Cundinamarca

Indicadores	Colombia	Cundinamarca
-------------	----------	--------------





Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	18,46%	15,31%
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2016)	104,46%	102,16%
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2016)	100,38%	107,01%
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2016)	79,48%	84,23%

Fuente: Ministerio de Educación Nacional. Oficina Asesora de Planeación y Finanzas. COBERTURAS BRUTAS.2005 - 2016

La mayor recepción de estudiantes se da para primaria con un 37.6% del total de estudiantes matriculados, seguido del 30% en secundaria, 10.9% media y 10% en preescolar, esta situación afín a lo presentado a nivel Nacional. Para el año 2016, las coberturas brutas en primaria y secundaria superan el 100% y están por encima de las coberturas nacionales. La cobertura en educación media se encuentra en 84,23; dos puntos por debajo de la reportada para el 2015 (86,49), superando la nacional por 8.68 puntos porcentuales (tabla).

Los Municipios con mayor cobertura son Anolaima, Cota, Fúquene, Guayabetal, La Calera, Venecia, Paratebuena, Sasaima, Subachoque, Tenjo y Viotá. Algunos de ellos superan el 100%, situación que puede asociarse a la ubicación de las instituciones educativas limítrofes entre dos Municipios.

En Cundinamarca se resalta que el 77.5% de los estudiantes matriculados, que ingresan a preescolar, primaria, secundaria y media, se encuentran en el sector oficial. El 22.5% se matricularon en instituciones educativas privadas y del sector contratado, es decir, en intuiciones privadas que suscriben convenios con el Estado para brindar este servicio. Esta proporción es similar a los indicadores nacionales.

La diferencia entre el número de matrículas entre el sector Urbano (58.7%) y rural (41.2%), no es muy amplia, debido en parte a que la gran mayoría de estas instituciones se encuentran ubicadas en las veredas municipales. No obstante, en el país lo que se

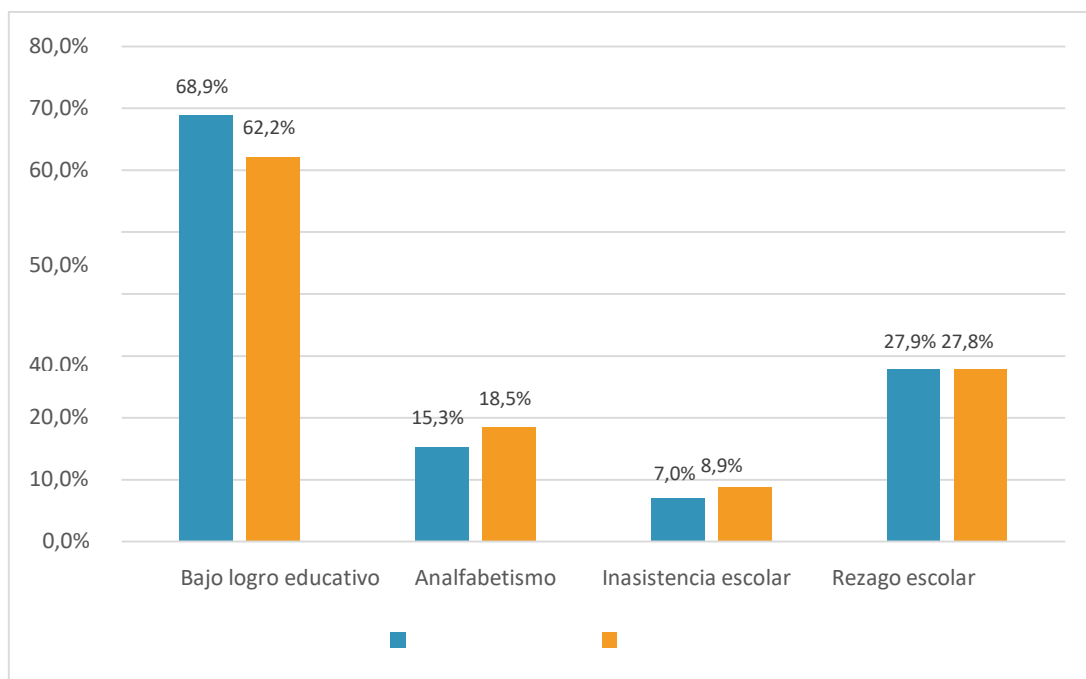




evidenció es que el 76.2% de la escolarización se da en las zonas urbanas y el 23.8% en las zonas rurales.

Aun cuando las coberturas de educación son altas, se continúa presentando problemas en cuanto a la calidad, la deserción escolar, la falta de nuevas tecnologías. A su vez, el índice de Pobreza Multidimensional en sus dimensiones de educación, amplía el panorama en relación la situación escolar del departamento, al evidenciar aspectos preocupantes como el bajo logro educativo, indicador en el cual superamos a la nación, analfabetismo inasistencia y rezago escolar.

Figura 82. Problemáticas educativas Cundinamarca y Colombia. 2005



Fuente: Índice de Pobreza multidimensional Cálculo DNP – SPSCV con datos Censo 2005

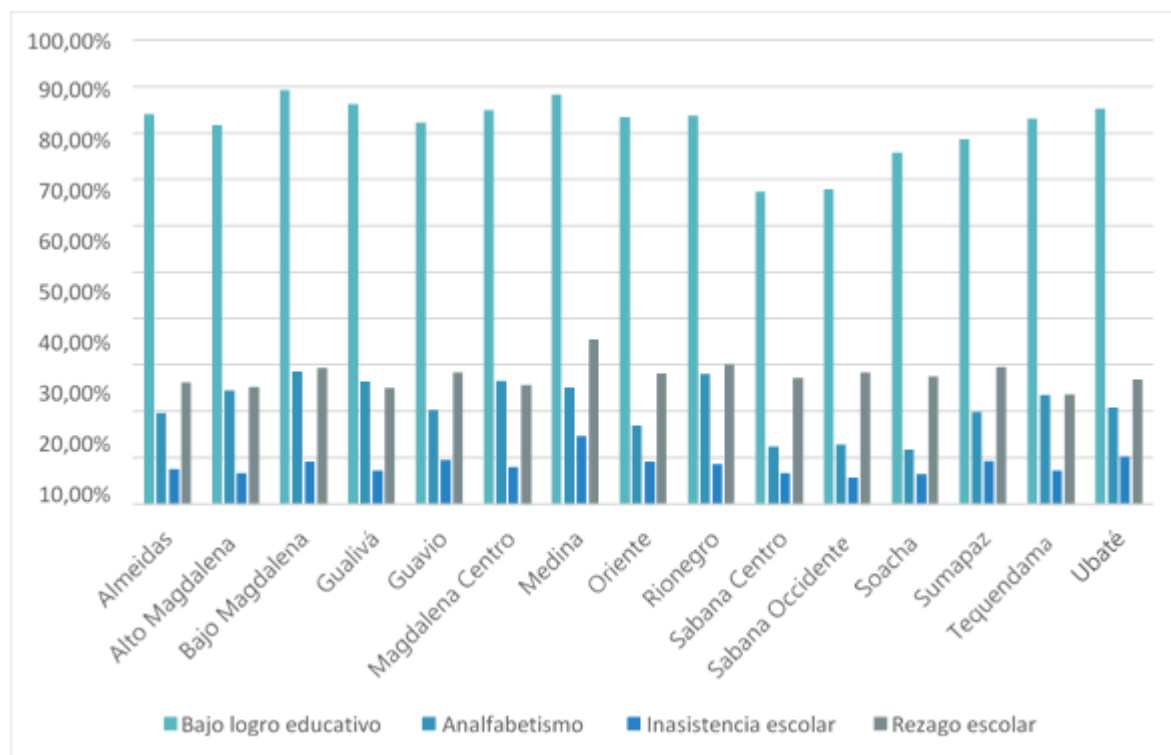
A nivel provincial se observa bajo logro educativo en todos los territorios, superior al 60%, analfabetismo especialmente en Bajo Magdalena, Rionegro y Magdalena Centro. La relación entonces entre salud y educación se puede reconocer desde una mirada



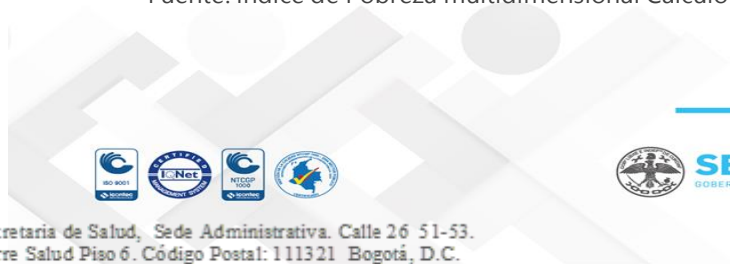


provincial, siendo esta, una herramienta para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de la mujer (OMS).

Figura 83. Problemáticas educativas por provincias.



Fuente: Índice de Pobreza multidimensional Cálculo DNP – SPSCV con datos Censo 2005.





El total de las provincias presenta bajo nivel educativo, todas superan el 50%, las más críticas son Bajo Magdalena, Medina, Gualivá, Ubaté, Magdalena Centro y Almeidas.

2.2.8.2.2 Indicadores de Pobreza

La relación entre pobreza y salud, ha sido el centro análisis de un sin número de investigaciones tanto nacionales como de organismos internacionales, desde hace varias generaciones (Pernalet, 2015); evidenciado que las tasas de mortalidad más altas, se registran en las zonas más pobres o que la población que goza de buena salud suele ser más productiva en el plano económico (OMS, 2013), entre otros aspectos. Salud y pobreza se enmarcan en una relación bidireccional, en la cual se circunscriben diferentes factores dependiendo las condiciones sanitarias y económicas de la población, en donde claramente se observa que las condiciones en las que se nace, crecen y se vive, realmente determinan la situación salud de un individuo o población (OMS).

La pobreza no solo se entiende por la carencia de recursos económicos, sino que es el resultado de diferentes variables. La pobreza es vista ahora, desde la privación o falta de acceso a los medios que les permiten materializar su bienestar (Sainas, 2006) o también como la *"privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos"* (Pernalet, 2015); por tal motivo la su medición es compleja.

Tabla 109. Indicadores de Pobreza Colombia y Cundinamarca

Indicadores	Colombia	Cundinamarca
Incidencia de la Pobreza Multidimensional 2005	49%	41,38%
Proporción de personas en NBI 2005	27,78	21,30
GINI 2016	0,517	0,439





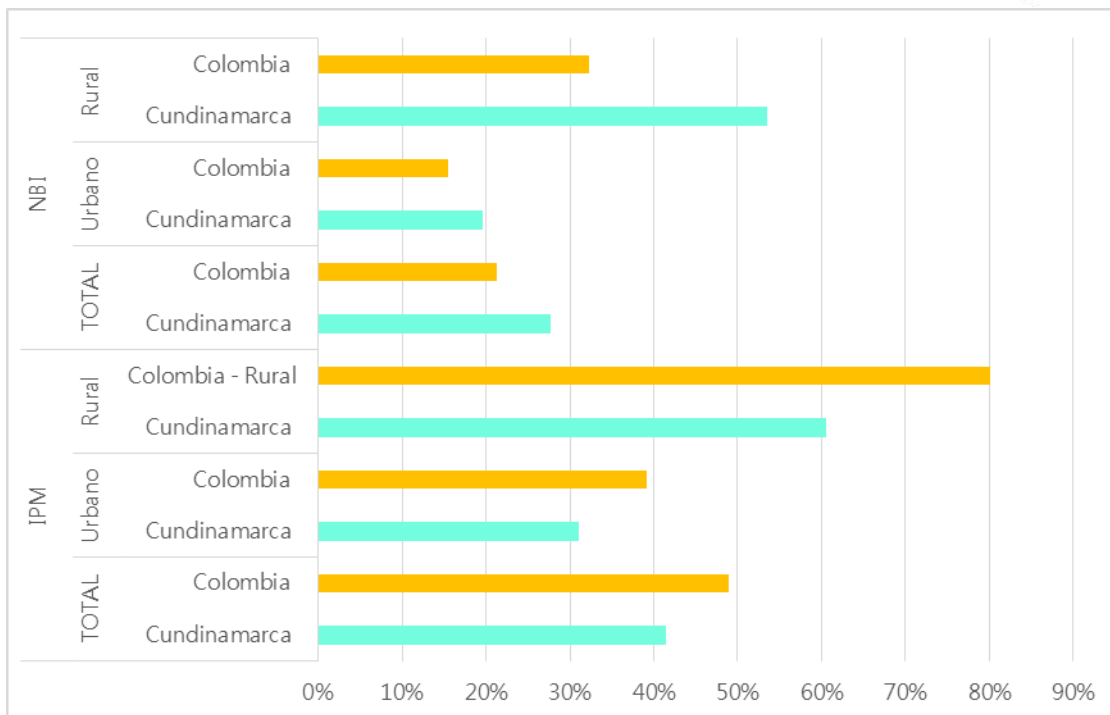
Fuente: Incidencia de la pobreza multidimensional (H) a nivel departamental. Cálculo DNP - SPSCV con datos del Censo 2005. - NBI: DANE, Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a 31 de diciembre de 2011. - GINI: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2016). Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Existen diferentes indicadores, como el **Índice de Pobreza Multidimensional**, desarrollado por el *Oxford Poverty & Human Development Initiative* (OPHI), el cual refleja el grado de privación de las personas en un conjunto de dimensiones como: las condiciones educativas del hogar; las condiciones de la niñez y juventud; el trabajo, el sistema de salud, el acceso a servicios públicos domiciliarios y las condiciones de la vivienda, variables tratadas en acápite anteriores.

Otro indicador, es el **Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas**, el cual determina si una población cubre sus necesidades básicas, describiendo indicadores simples como: Viviendas inadecuadas, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, Viviendas con alta dependencia económica, y viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela (DANE). Por último, en diferentes países también se cuantifica el coeficiente de GINI, el cual es una medida de la desigualdad de ingresos una región.

Figura 84. Pobreza Multidimensional y NBI. Cundinamarca y Colombia por zona urbana, rural y total 2005.





Fuente: Incidencia de la pobreza multidimensional (H) a nivel departamental. Cálculo DNP - SPSCV con datos del Censo 2005. - NBI: DANE, Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a 31 de diciembre de 2011.

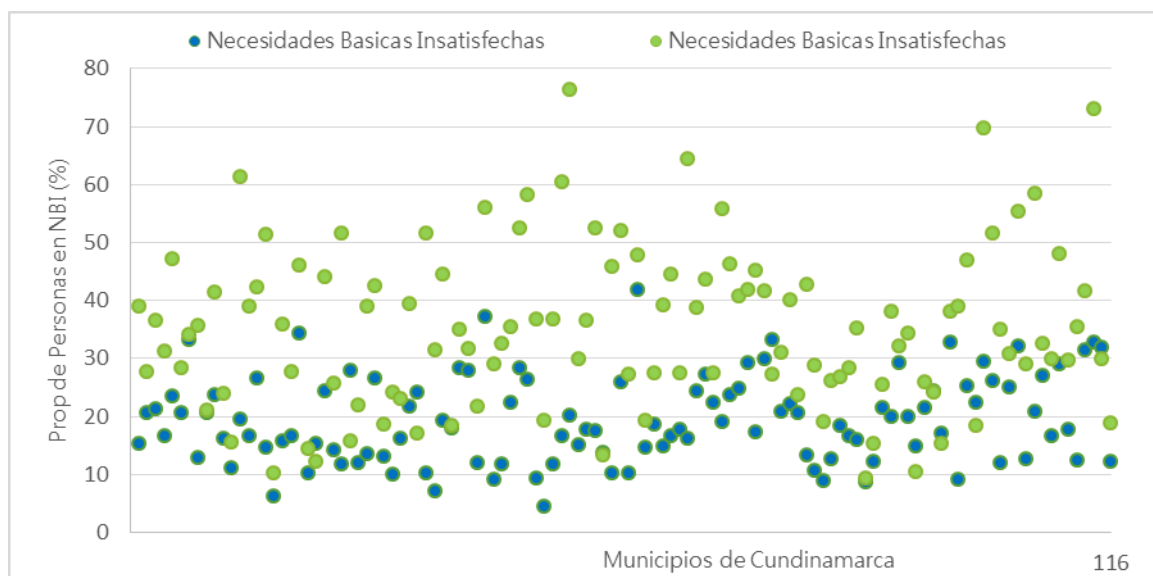
Si se comparan estos indicadores (Ver Tabla), se puede observar que el Departamento está por debajo de la nación entre 8 y 5 puntos y se encuentra entre los seis (6) departamentos con menores indicadores; No obstante, tanto para la Colombia como para Cundinamarca se identifica la discrepancia entre las zonas rurales y urbanas, en tal caso que el 60% de la población rural colombina y del 80% de Cundinamarca, está en condiciones de Pobreza.

Para el caso de Cundinamarca, se calculó que el 21,30% de la población tenía insatisfechas sus necesidades básicas, basados en el censo 2005 y el 41,38% de las personas del departamento vivían en estado de pobreza multidimensional (Ver Figura 1). Asimismo, la proporción de NBI y IPM son mayores en las zonas rurales (32,22%) que en las cabeceras municipales (15,42%); situación similar a lo vivido a nivel nacional.





Figura 85. Dispersión de NBI urbano – rural en Cundinamarca



Fuente: DANE, Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, municipios a 31 de diciembre de 2011.

De los 116 municipios, se observa que el 15% de los municipios la mitad de su población, habitante de las zonas rurales se encuentra con necesidades básicas insatisfechas, como se observa en la figura.

Al comparar las proporciones departamentales con las municipales, la realidad es aún más compleja al encontrar municipios como La Peña (68,49%), Yacopí (64,73%), Topaipí (63,58%), Paimé (59,72%) y Caparrapí (53,90%) que presentan los NBI más altos del departamento, por encima del 50%. Por el contrario, Chía, Sopó, Mosquera, Tabio y Cajicá, tienen los NBI más bajos. (Información de censo 2005 - Estadísticas Cundinamarca 2011 - 2013).

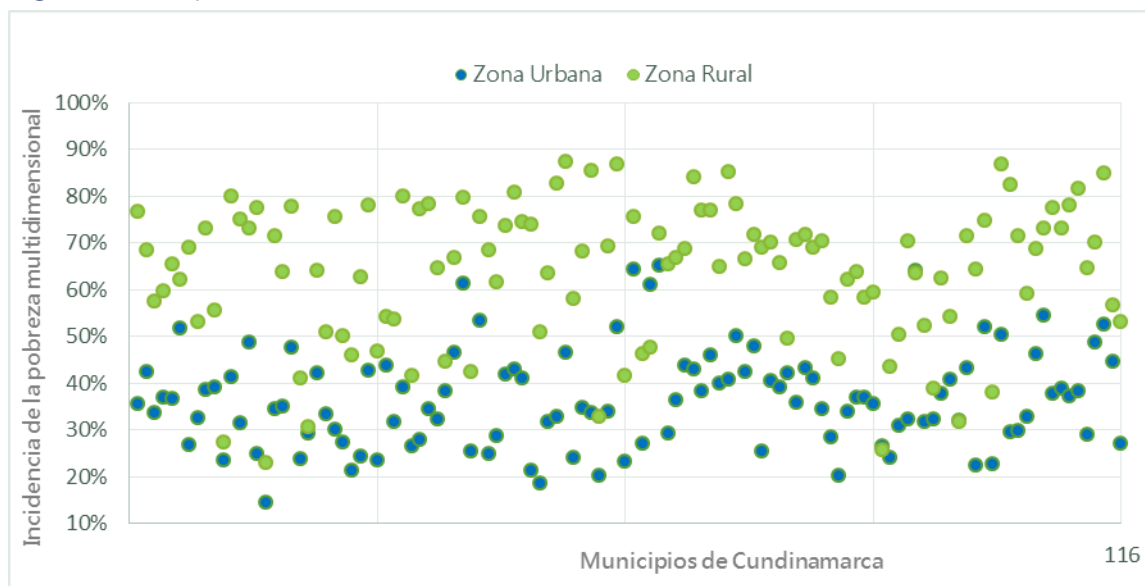
Por zona, en el sector urbano de municipios como Nariño, Guataquí y Chocontá presentaron el mayor nivel de NBI (41,88%, 37,18% y 34,24% respectivamente), mientras que La Peña, Yacopí y Topaipí tuvieron las mayores proporciones de NBI para



las zonas rurales del departamento (76,40%, 72,95% y 69,61% respectivamente). (DANE).

Si continuamos el análisis de la desigualdad presentada entre las zonas rurales y urbanas del departamento, el **Índice de pobreza multinacional** es aún más crítico, al evidenciar que alrededor del 80% de los municipios, tienen más de la mitad de su población en condiciones de pobreza, en comparación con solo el 9% de los municipios con sus zonas urbanas con índices por encima del 50%. Ver Figura.

Figura 86. Dispersión del IPM urbano – rural en Cundinamarca



Fuente: Incidencia de la pobreza multidimensional (H) a nivel departamental. Cálculo DNP - SPSCV con datos del Censo 2005.

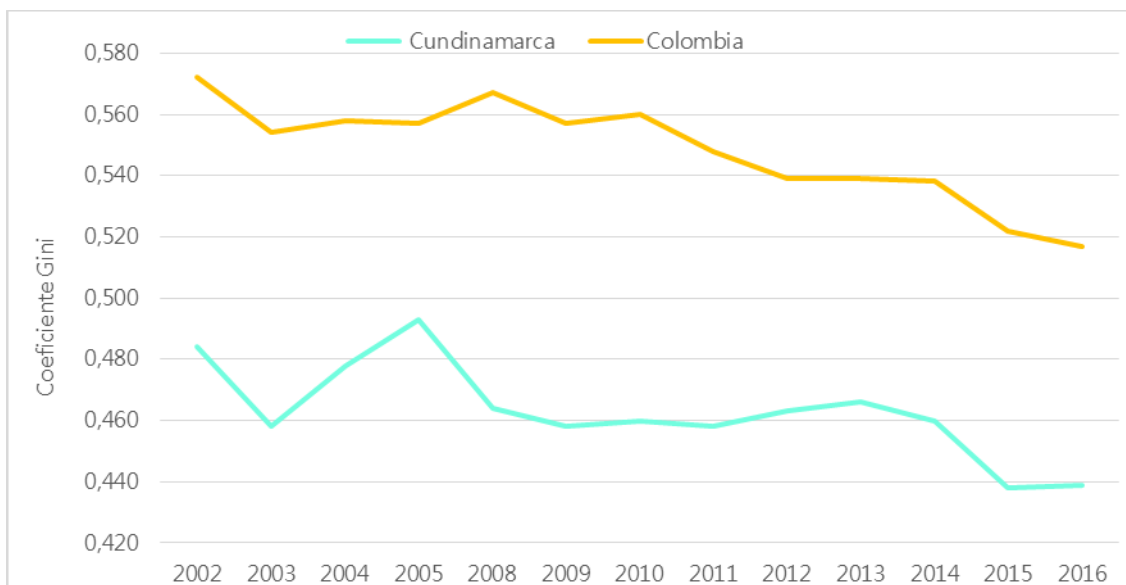
GINI

El coeficiente de **GINI**, que mide el grado de concentración de la riqueza, se utiliza comúnmente para la medición de la desigualdad. Este coeficiente resulta de considerar si el ingreso en conjunto de una población corresponde de manera igualitaria entre todos, o más bien tienden a permanecer en algunos individuos del conjunto de aquella población (Worldbank, 2014)



Lo que es posible evidenciar, es que a medida que una sociedad presente el valor del indicador cercano a la unidad (1), la mayor cantidad de la riqueza se concentrará en algunas pocas personas, lo que implica una sociedad cuyo producto es altamente desigual. Por otro lado, un valor de este coeficiente tendiente a 0 indicará que más individuos gozan del conjunto de los ingresos, lo cual dará como resultado mejores condiciones sociales, de equidad y de bienestar (DANE).

Figura 87. GINI Cundinamarca y Colombia 2003- 2016



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2016). Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005. Fecha de publicación: agosto 11 de 2017.

Según estimaciones del Banco Mundial (2014), se puede evidenciar que Colombia presenta el tercer lugar de los países con mayor desigualdad en la distribución del ingreso del mundo. Para el caso de Cundinamarca, el índice de Concentración de la riqueza ha ido disminuyendo en los últimos años, Sin embargo, se encuentra en un grado medio, situación que se explica en la desigualdad aún persistente entre las zonas





rural y urbana, entre los hombres, mujeres y poblaciones vulnerables. (SPD, 2016, págs. 7-8) No obstante, el departamento fue el tercer menos desigual en el 2016 respecto a la distribución de su ingreso en todos los departamentos, superado por el departamento de Risaralda y Atlántico. (SPD, 2014)

Otros indicadores de pobreza

Tabla 110. Otros indicadores de pobreza Colombia - Cundinamarca 2005

Indicadores	Colombia	Cundinamarca
Proporción de personas Miseria 2005	10,64	5,20
Dependencia Económica 2005	11,33	7,41
Línea de Pobreza 2016	241.673	231.463

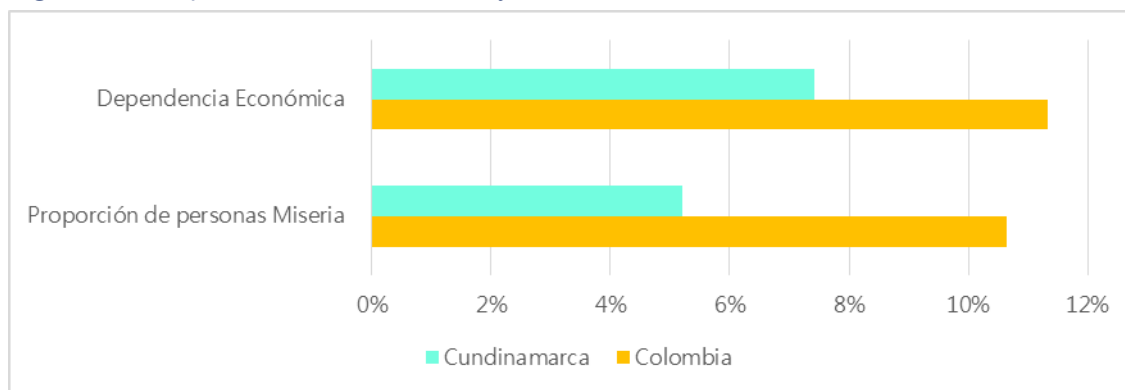
Fuente: DANE, Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, municipios a 31 de diciembre de 2011. LP: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2016). Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005. Fecha de publicación: agosto 11 de 2017.

Los índices de **dependencia económica** y proporción de personas en condición de **miseria** son estimaciones a partir de **NBI**. El cálculo de viviendas con alta dependencia económica clasifica las viviendas, en las cual haya más de tres personas por miembro ocupado. (DANE)





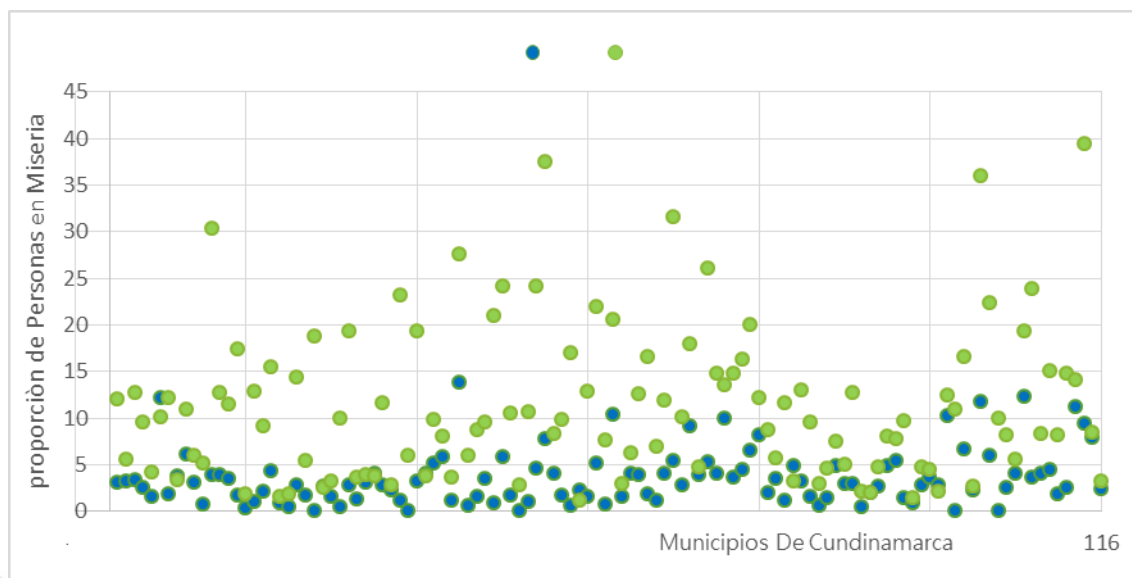
Figura 88. Dependencia Económica y Miseria Colombia - Cundinamarca



Fuente: DANE, Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, municipios a 31 de diciembre de 2011.

Tal cómo se ha ratificado en cada uno de los indicadores vistos, el 25% de los municipios tienen más del 16% de su población rural en condición de **miseria** y en la zona urbana para esa cuarta parte del Departamento, solo el 6% se encuentra en esta condición. Figura.

Figura 89. Dispersión Miseria urbano – rural en Cundinamarca

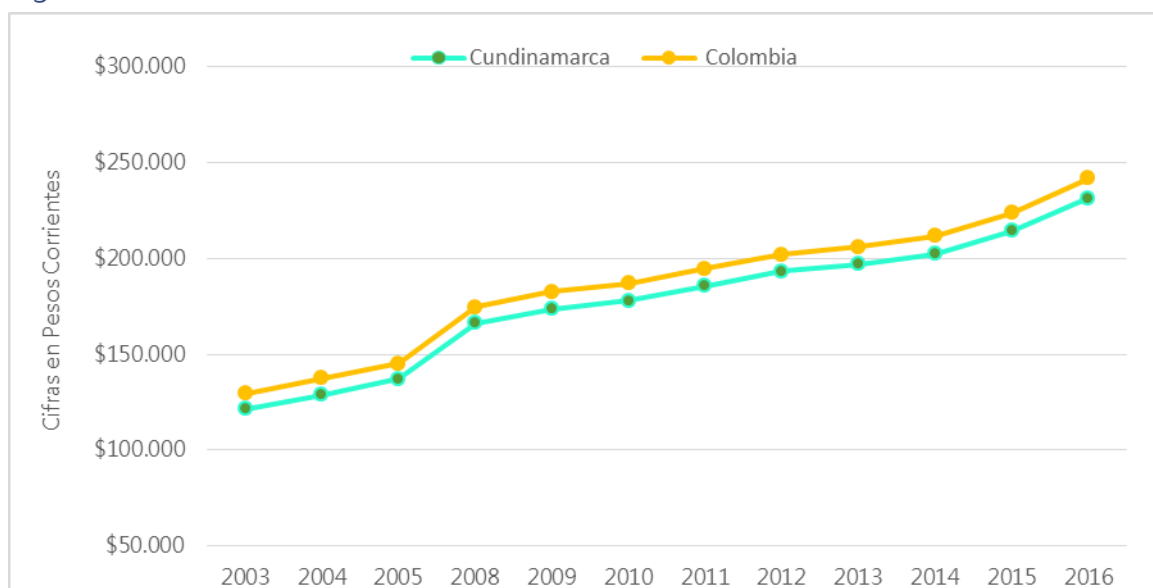




Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2016). Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005. Fecha de publicación: agosto 11 de 2017.

En términos de pobreza monetaria, se mide el porcentaje de la población que tiene un ingreso per cápita en el hogar por debajo de la **línea de pobreza**, en relación con la población total, según el dominio geográfico. Para el caso de Cundinamarca, la línea de pobreza se encontraba en el 2016 en \$231.463, \$10.210 pesos menos que lo considerado para Colombia.

Figura 90. Línea de Pobreza 2003 – 2016 Colombia - Cundinamarca



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2016). Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005. Fecha de publicación: agosto 11 de 2017.

La focalización en la asignación de recursos públicos para incrementar las oportunidades de la población y en general incrementar las posibilidades de tener mejor calidad de vida reduce efectivamente la pobreza monetaria de la población, pero no su desigualdad, aludiendo entonces que muchos de los programas sociales implementados en Cundinamarca y en general en el país, por ejemplo los gastos en educación pública y salud, entre otros, pueden estar disfrazando situaciones





desfavorables para unos y beneficiando a otros grupos que pueden no necesitar apoyo económico del gobierno. Para ello puede ser necesario políticas estructurales de gobierno nacional que intenten orientar acertadamente las acciones de política, con sus ejecutorias de control, que procuren la reducción de las brechas que se presentan entre la población. (Informe de Avance Objetivos de Desarrollo del Milenio en Provincias y Municipios del Departamento de Cundinamarca, Volumen 1 y 2.)

2.2.8.2.3 Ocupación y trabajo

Tabla 111. Estadísticas empleo en Cundinamarca y Colombia 2016

Concepto	Colombia	Cundinamarca
% población en edad de trabajar	80,0	79,9
TGP	64,7	69,8
TO	58,7	64,2
TD	9,2	8,1
Empleo inadecuado por competencias	16,3	21,3
Empleo inadecuado por ingresos	24,2	24,3
Población en edad de trabajar	37.851	2.188
Población económicamente activa	24.480	1.528
Ocupados	22.225	1.405
Desocupados	2.255	123

Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares. Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005. Actualizado a: 13 de marzo de 2017.

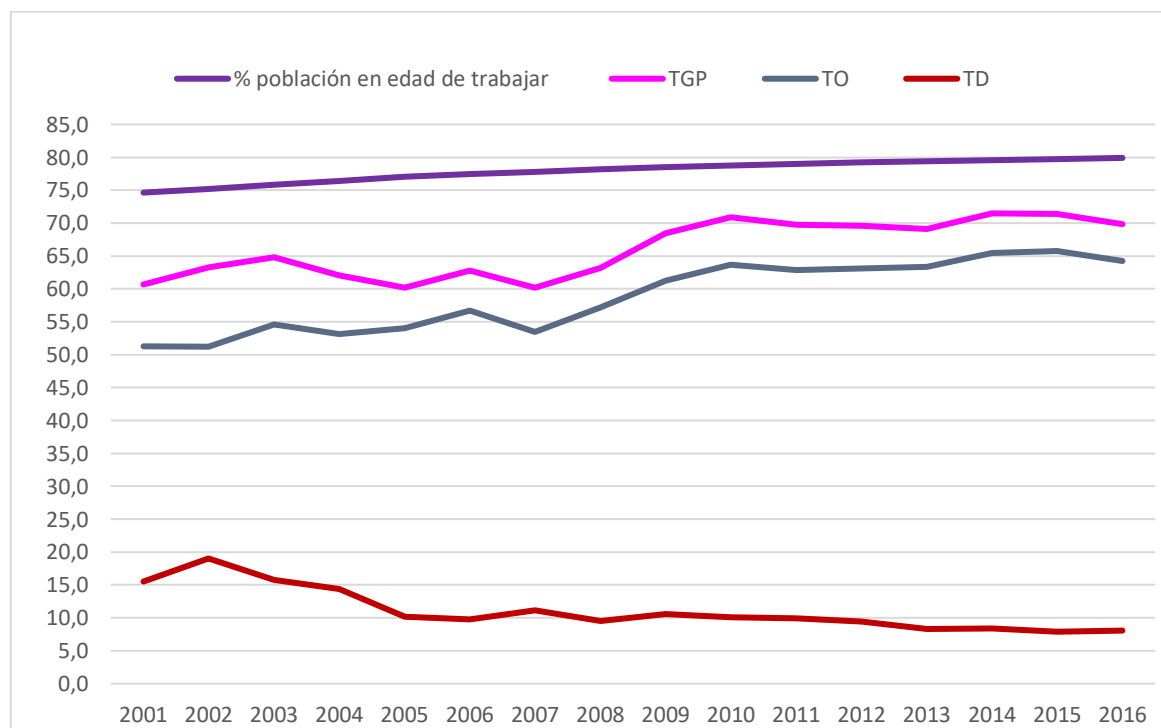
La **población en edad de trabajar**, la cual, según el DANE, es el segmento de la población que está entre los doce años y más en las zonas urbanas, y diez años y más en las zonas rurales (DANE, 2011). Se divide en población económicamente activa y población económicamente inactiva. Tanto para Colombia, como para Cundinamarca



superan el 79% de la población total para el año 2016, evidenciando el aumento en un 5.6% desde el 2001 para el departamento. (Figura)

La **tasa de participación global -TGP** - la cual se mide al relacionar porcentualmente la población económicamente activa y la población en edad de trabajar (DANE, 2011). Para el caso de Cundinamarca, esta tasa se encuentra por encima de la tasa en Colombia (Tabla), lo cual refleja que en el departamento hay mayor presión de la población sobre el mercado laboral, situación que presenta una leve tendencia al alza desde el 2001 con 60.7% a un 69.8% para el 2016. (Figura 91) en Cundinamarca.

Figura 91. Estadísticas empleo en Cundinamarca 2001 a 2016



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares. Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005. Actualizado a: 13 de marzo de 2017.





La **tasa de Ocupación**, Es la relación porcentual entre la **población ocupada**, entendida esta como: “*las personas que durante el período de referencia se encontraban en una de las siguientes situaciones: 1. Trabajó por lo menos una hora remunerada en dinero o en especie en la semana de referencia. 2. Los que no trabajaron la semana de referencia, pero tenían un trabajo. 3. Trabajadores familiares sin remuneración que trabajaron en la semana de referencia por lo menos 1 hora*” (DANE, 2011) y el número de personas que integran la **población en edad de trabajar**; de tal manera que el 58,7% de población de la población en edad de trabajar en Colombia, se encuentra ocupada en cualquiera de las tres formas de ocupación, cifra menor a la presentada en Cundinamarca que es de 64,2%. (Tabla). En parte se debe a la economía agrícola, gran fuerza motora de la producción del departamento, generando una ocupación mayor de la población; más no con mejores condiciones laborales. Dicha tasa ha ido en aumento en el Departamento pasando de 51.3% en el 2001 a 64.2% en el 2016. (Figura)

Durante la última década Cundinamarca ha tenido una **tasa de desempleo** menor que la encontrada a nivel nacional, con algunos picos significativos como en el 2007 Al pasar de 9.7 en el 2006 a 11,2 (Figura), situación diferente en el país para ese año la cual siguió el mismo comportamiento de los años pasados. Para el 2011 esta tasa alcanzo el 8.1 de incidencia aproximándome un punto por debajo a la nacional. (Tabla).

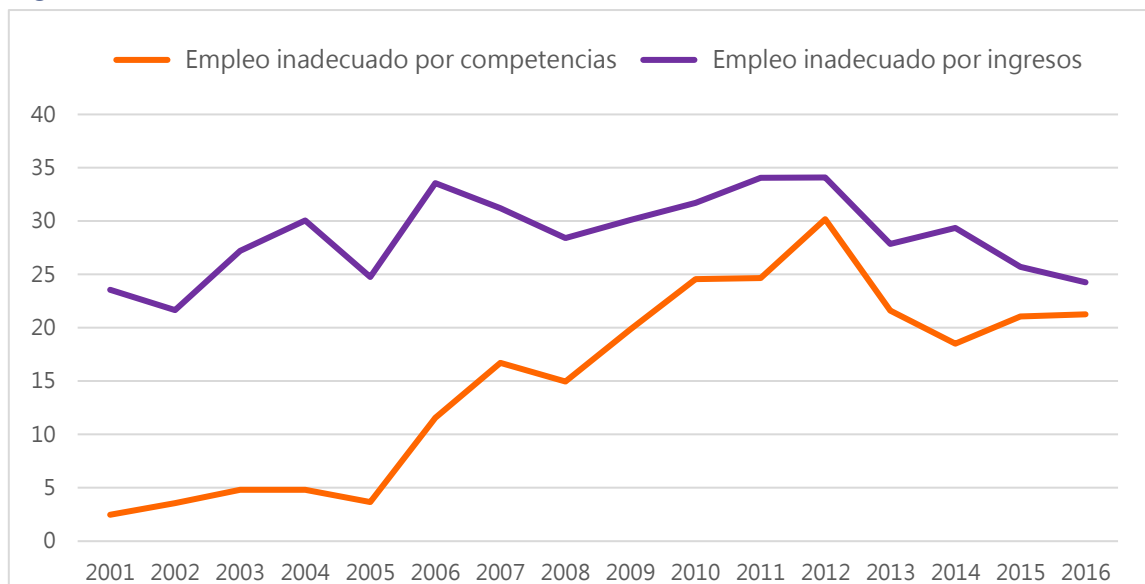
Esta situación puede estar relacionada con la crisis financiera en los Estados Unidos que comenzó a mediados de 2007, que ocasiono la a pérdida de dinamismo en la demanda interna y externa; junto con el problema diplomático presentado entre Venezuela y Colombia, que impacto negativamente en la demanda de los productos colombianos.





Condiciones Laborales

Figura 92. Condiciones Laborales en Cundinamarca, 2001 -2016



La **tasa de subempleo** también aporta información sobre las condiciones de trabajo Cundinamarca, la cual considera las situaciones de empleo inadecuado en relación con insuficiencia de horas, es decir personas que desean trabajar más horas ya sea en su empleo principal o secundario y tienen una jornada inferior a 48 horas semanales y por otro lado las condiciones de trabajo inadecuado, ya sea por **competencias** o por **ingresos** (DANE, 2011). Para el caso de Cundinamarca, esta tasa (32.1), es superior a la nacional (29) situación que se expresa en las dificultades para potenciar y aprovechar las capacidades de la población, en influir en el bienestar de la misma.

Cabe resaltar que las condiciones de empleo inadecuado por competencias ha ido en aumento en el departamento, pasando de un 2.5 en el 2001 a 21.3 en el 2016; lo que implica que hay entre muchas otras consecuencias un aumento de población capacitada que no obtiene una retribución por sus habilidades, si no que se encuentra subvalorada, ocasionando así, un gran aumento de migración de la población competente para el desarrollo del departamento.



En cuanto a las condiciones de trabajo, se encuentran problemas asociados a la cobertura de población ocupada en riesgo laboral, la cual se refleja en la incidencia de accidentalidad en el trabajo; que para el 2013, reportaba una incidencia de 2.484 personas por cada 100.000 habitantes para el departamento (SISPRO), en comparación con el indicador nacional es inferior dado que en Colombia la incidencia es de 45.050.

Además, se encuentra la incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo, que en SISPRO se reporta una incidencia de 63 personas por cada 100.000 habitantes para el departamento en el año 2013, la cual en comparación con el indicador nacional es inferior dado que en Colombia la incidencia es de 772.





Capítulo III. Priorización de los efectos de salud

3.1 Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](#) [@CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co



Dimensión Plan Decenal	Prioridad
1. Salud Ambiental	<p>1. Contaminación del agua. El uso de plaguicidas en el desarrollo de actividades productivas contaminan el agua y el suelo incrementando las cargas contaminantes sobre las fuentes hídricas, junto con el déficit en los servicios públicos, la falta de separación de redes de alcantarillado y aguas lluvia; la baja frecuencia y cobertura de recolección de basuras, falta de disposición final de residuos sólidos, afectan la calidad del agua abastecida a la población siendo esta no apta para consumo humano y siendo causas de las prevalencias de las diferentes enfermedades adquiridas por la ingesta o exposición a agua contaminada.</p>
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	<p>1. Según las atenciones por enfermedades no transmisibles, la mayor frecuencia se presenta por condiciones orales seguida de las enfermedades cardiovasculares.</p> <p>2. De acuerdo a las tasas ajustadas por grandes causas y por tasas ajustadas de AVPP, las Enfermedades del Sistema Circulatorio son la principal de causa de muerte en el departamento de Cundinamarca, seguida de las demás causas.</p> <p>3. De las Enfermedades del Sistema Circulatorio, las principales causas de muerte son las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades hipertensivas.</p> <p>4. De las demás causas de muerte, son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias las que la ocasionan.</p> <p>4. Dentro del grupo de Neoplasias, las principales causas de muerte en los hombres son: tumor de estómago, tumor maligno de otras localizaciones y las no especificadas; y tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon. En los hombres, el tumor maligno de próstata es la cuarta causa de muerte por neoplasias y el tumor maligno de la mama de la mujer. En las mujeres las principales causas de muerte son: tumor maligno de los órganos digestivos, tumor maligno de otras localizaciones y en las mujeres el tumor maligno de la mama de la mujer es la tercera, mientras que el tumor maligno de estómago es la cuarta, el tumor maligno del cuello del útero es la octava causa en las mujeres.</p>
3. Convivencia social y salud mental	<p>1. Dentro de las causas externas, tanto para hombres como para mujeres, las agresiones y los accidentes de transporte terrestre son las principales causas de muerte en Cundinamarca.</p> <p>2. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar del 76,64</p> <p>3. La Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2016) en Cundinamarca es de 230,4</p> <p>4. En el 2012 según boletín de medicina legal y de ciencias forenses se practicaron 1.901 necropsias asociadas a lesiones autoinfligidas, 12 casos más que el año anterior, lo que corresponde a un incremento del 0,64 %. (Forensis 2012).</p>





Dimensión Plan Decenal	Prioridad
4. Seguridad alimentaria y nutricional	1. La tasa de mortalidad por desnutrición en los niños menores de 5 años, en el año 2015 fue de 1,65, estando por debajo de la tasa nacional (6,83)
	2. Para el caso de Cundinamarca, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia-ENSIN, para el año 2010, el 2.5% de los menores de cinco años presentaban desnutrición global, 0,9 puntos porcentuales por debajo del porcentaje nacional
	3. En el 2015, el porcentaje de bajo peso al nacer en Cundinamarca fue de 10,89%, mientras que el porcentaje nacional está en 8,84%.
	4. La Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, aún se encuentra por debajo de la media nacional. Colombia 1,8 y Cundinamarca 0,7 según la ENSIN 2010.
	5. Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años es de 2.5%
	6. Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años 13.1%
	7. Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años es de 37.7%
	8. Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente es del 29.4%
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. Las tasas de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 y de 15 a 19 años, son similares a las tasas nacionales.
	2. El Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2005-2015) es de 80,6, muy similar al porcentaje nacional.
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1. La primera causa de morbilidad en la población total por condiciones transmisibles y nutricionales son las infecciones respiratorias (50,08%), seguida de las enfermedades infecciosas y respiratorias (46,32%)
	2. La primera causa de mortalidad por enfermedades transmisibles, siguen siendo las infecciones respiratorias aguda. La segunda es la Enfermedad por el VIH, en los hombres el VIH - SIDA es la segunda causa de muerte, mientras que en las mujeres es la cuarta según las tasas ajustadas de mortalidad.
	3. La segunda causa de muerte en mujeres es la septicemia, excepto la neonatal
	4. La tuberculosis es la cuarta causa de muerte en la población general, en los hombres es la tercera y en las mujeres es la quinta
7. Salud pública en emergencias y desastres	1. El departamento está conformado por una geología compleja con una dinámica activa, la cual hace que esta región se vea afectada por gran cantidad de eventos naturales como movimientos en masa, avenidas torrenciales, cárcavamiento, inundaciones y sismicidad. Los más recurrentes son los relacionados con remoción en masa, inundaciones e incendios.
8. Salud y Ámbito laboral	1. Las enfermedades musculoesqueléticas empiezan a ser causa de atención desde la adolescencia.
9. Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	1. La mayor población víctima de desplazamiento registrada en Cundinamarca se encuentra en los quinquenios 15 a 19 y 20 a 24 años, siendo mayor en los hombres, seguido las edades entre 5 y 14 años. Se evidencia un predominio de mujeres en los quinquenios de los 25 a 49 años.
	2. La discapacidad de movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas y del sistema nervioso, son las que mayor proporción presentan.
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1. En el 2017, de los 116 municipios, el departamento ejerce las acciones de inspección, vigilancia y control a 103 municipios de categoría 4,5 y 6.
	2. Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia, 12.6%





3.2 Priorización de los problemas de salud

Tabla 112. Priorización de la mortalidad por tasa ajustadas y AVPP

Mortalidad	Gran Causa Priorización	COLOMBIA Año 2015	CUNDINAMARCA Año 2015	Tendencia departamento 2005 a 2015	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*por tasas ajustadas	1. Enfermedades del Sistema Circulatorio	153,88	170,61	Disminución	001
	2. Las demas causas	122,13	129,26	Estable	000
	3. Neoplasias	93,2	84,66	Estable	007
	4. Causas externas	58,31	45,10	Disminución	012
	5. Enfermedades transmisibles	33,16	26,41	Estable	009
General por grandes causas*por % de AVPP	1. Las demas causas	21,74	54.236	Estable	000
	2. Enfermedades del Sistema Circulatorio	18,29	51.020	Aumento	001
	3. Causas externas	26,09	50.063	Disminución	012
	4. Neoplasias	17,41	40.016	Aumento	007
	5. Afecciones periodo perinatal	6,65	14.485	Disminución	008
General por grandes causas*por tasas ajustadas de AVPP	1. Las demás causas	2140,52	2.067,01	Disminución	000
	2. Enfermedades sistema circulatorio	1844,87	1.984,17	Disminución	001
	3. Causas externas	2474,82	1.854,63	Disminución	012
	4. Neoplasias	1733,71	1.549,59	Estable	007
	5. Afecciones periodo perinatal	631,33	530,35	Disminución	008

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. Tasa ajustada de mortalidad, Porcentaje AVPP, Tasa ajustada de AVPP. Colombia y Cundinamarca.





Tabla 113. Priorización de la mortalidad por subcausas





Causa	Subcausa	COLOMBIA Año 2015	CUNDINAMARCA Año2015	Tendencia departamento 2005 a 2015	Grupos de Riesgo (MIAS)
100 - Enfermedades Transmisibles	108 - Infecciones respiratorias agudas	19,21	17,03	Disminución	009
	107 - Enfermedad por el VIH (SIDA)	5,21	2,27	Disminución	009
	106 - Septocemia, excepto la neonatal	2,16	1,93	Disminución	009
	102 - Tuberculosis	2,07	1,65	Disminución	009
	109- Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,34	1,16	Disminución	009
200 - Neoplasias	201 - Tumor Maligno del estómago	11,22	13,81	Disminución	007
	214 - Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	12,57	12,85	Estable	007
	203 - Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estomago v colon	13,94	11,81	Estable	007
	210 - Tumor maligno de la próstata	14,82	10,84	Estable	007
	206 - Tumor maligno de la mama de la mujer	11,54	9,87	Estable	007
	204 - Tumor maligno de la traquea, los bronquios y el pulmón	10,24	6,97	Disminución	007
	215 - Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	6,87	6,87	Aumento	007
	202 - Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	5,94	6,00	Aumento	007
300 - Enfermedades del sistema circulatorio	303 - Enfermedades isquémicas del corazón	79,77	94,75	Estable	001
	307 - Enfermedades cerebrovasculares	33,29	31,78	Disminución	001
	302 - Enfermedades hipertensivas	19,22	19,54	Aumento	001
	304 - Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	10,89	12,49	Disminución	001
	309 - Las demás enfermedades del sistema circulatorio	5,58	6,06	Estable	001
	306 - Insuficiencia cardiaca	4,92	5,81	Disminución	001
400 - Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	404 - Trastornos respiratorios especificos del periodo perinatal	3,23	2,56	Disminución	008
	406 - Resto de ciertas afecciones originadas en el periodod perinatal	1,79	2,20	Estable	008
500 - Causas Externa	501 - Accidentes de transporte terrestre	15,14	14,68	Disminución	012
	512 - Agresiones (homicidios)	25,25	13,66	Disminución	012
	511 - Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	4,84	4,58	Estable	012
	513 - Eventos de intención no determinada	3,76	4,22	Disminución	012
	503 - Caídas	2,81	2,51	Disminución	012
	510 - Los demás accidentes	2,44	2,37	Estable	012
600 - Todas las demás enfermedades	605 - Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	29,63	36,59	Estable	002
	609 - Resto de enfermedades del sistema diigestivo	13,92	16,01	Disminución	002
	601 - Diabetes mellitus	16,62	15,61	Estable	002
	610 - Enfermedades del sistema uniranario	15,15	14,92	Estable	002
	614 - Resto de enfermedades	10,56	10,22	Estable	002
	606 - Resto de enfermedades del sistema respiratorio	7,93	8,56	Estable	002
	604 - Enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis	7,52	7,37	Estable	002
	613 - Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,05	5,19	Disminución	002
	608 - Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	5,58	5,10	Estable	002
700 - Signos, síntomas y afecciones mal definidas	701 - Signos, síntomas y afecciones mal definidas	8,37	10,79	Aumento	

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Reporte Caracterización. Tasa Ajustada de Mortalidad por Municipio : Todos y Cundinamarca.





Tabla 114. Priorización por causa de muerte infantil y la del niño

Mortalidad Infantil y la del niño	COLOMBIA Año 2015	CUNDINAMARCA Año 2015	Tendencia departamento 2005 a 2015
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5,68	4,87	Disminución
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,89	2,78	Disminución
Causas externas de morbilidad y mortalidad	9,19	8,28	Disminución
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,90	6,73	Estable
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	87,37	73,56	Disminución
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	48,18	46,70	Disminución





Tabla 115. Priorización morbilidad

Priorización de la morbilidad por grandes causas. Cundinamarca 2016.				
Morbilidad	Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	CUNDINAMARCA 2016	Tendencia 2009-2016
General por grandes causas.	Primera infancia (0 - 5años)	Enfermedades no transmisibles	42,91	Aumento
		Condiciones transmisibles y nutricionales	35,47	Disminución
		Condiciones mal clasificadas	14,37	Disminución
	Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades no transmisibles	56,73	Aumento
		Condiciones transmisibles y nutricionales	21,65	Disminución
		Condiciones mal clasificadas	14,61	Disminución
	Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades no transmisibles	59,57	Aumento
		Condiciones mal clasificadas	17,65	Estable
		Condiciones transmisibles y nutricionales	11,19	Disminución
	Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades no transmisibles	55,64	Disminución
		Condiciones mal clasificadas	17,23	Aumento
		Condiciones transmisibles y nutricionales	12,14	Disminución
	Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades no transmisibles	70,88	Disminución
		Condiciones mal clasificadas	11,92	Aumento
		Condiciones transmisibles y nutricionales	8,60	Aumento
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Enfermedades no transmisibles	81,36	Disminución	
	Condiciones mal clasificadas	8,78	Aumento	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS. Reportes ASIS Morbilidad Grandes Causas por Sexo y Edad. Bases-datos-externas-actualizacion-asis- 2017





3.3 Estimación del Índice de Necesidades en Salud - INS

La situación de salud en un área geográfica o grupo de población está usualmente caracterizada por diversas variables e indicadores. A veces es necesario sintetizar la información en un índice que tome en consideración los diferentes aspectos de la necesidad en salud. Por otro lado, las necesidades insatisfechas en salud no sólo se expresan a través de indicadores de morbilidad y mortalidad. Por su relación como determinantes de salud, los indicadores sociales son también una fuente informativa importante para la evaluación de necesidades en salud (enfoque de indicadores de indicadores sociales). En este sentido, la necesidad se expresa como un daño o riesgo a la salud, o bien como una carencia. Uno de los procedimientos más robustos y sencillos para el cálculo del Índice de Necesidades se conoce como el método de indicadores sociales, desarrollado en Estados Unidos para la asignación de recursos, y que aún está vigente.

Para estimar el Índice de Necesidades en Salud INS de Cundinamarca, se tuvieron en cuenta los indicadores de mortalidad infantil año 2016 según datos suministrados por la subdirección de Vigilancia en Salud Pública, indicador de barreras de acceso a servicios de salud y el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI.

Los resultados indican que los municipios de Chaguaní, Pulí, Chocontá, Caparrapí, Bituima, Paima, Guayabetal, Gutiérrez, Medina, Yacopí, La Peña, Ubalá, Topaipí, Jerusalén, Viotá, Pandi, Quipile, Gachalá, Quetame, Ubaque, Vergara, Paratebueno, Fosca, Guaduas, Zipacón, Útica, Junín, Sasaima y Fómez, presentan mayores necesidades insatisfechas de salud con respecto





al resto de municipios del departamento, los cuales serían los candidatos principales a recibir atención y recursos prioritariamente.

Índice de Necesidades en Salud. Cundinamarca 216	
Unidades	Puntajes
Chaguaní	-8,65
Pulí	-5,07
Chocontá	-5
Caparrapí	-4,99
Bituima	-4,96
Paime	-4,48
Guayabetal	-4,45
Gutiérrez	-4,09
Medina	-4,04
Yacopí	-3,91
La Peña	-3,61
Ubalá	-3,23
Topaipí	-2,95
Jerusalén	-2,77
Viotá	-2,53
Pandi	-2,52
Quipile	-2,46
Gachala	-2,3
Quetame	-2,2
Ubaque	-2,04
Vergara	-1,98
Paratebueno	-1,86
Fosca	-1,45
Guaduas	-1,27
Zipacón	-1,25
Útica	-1,23
Junín	-1,1
Sasaima	-1,05
Fomeque	-1,03

Índice de Necesidades en Salud. Cundinamarca 216	
Unidades	Puntajes
Lenguazaque	0,39
Villapinzón	0,54
Silvania	0,55
Guatavita	0,57
Fúquene	0,64
Granada	0,74
La Palma	0,74
Suesca	0,75
Tausa	0,8
San Juan de Río	0,85
Caqueza	0,87
Guasca	0,91
Cachipay	0,93
Venecia	0,93
Chipaque	0,99
San Francisco	1
Guayabal de Siqu	1,01
Simijaca	1,08
Anapoima	1,08
Apulo	1,13
Tena	1,14
Puerto Salgar	1,28
Tibirita	1,29
El Colegio	1,31
Pasca	1,34
Bojacá	1,42
Sibaté	1,52
San Antonio del	1,54
El Rosal	1,6





**Índice de Necesidades en Salud.
Cundinamarca 216**

Unidades	Puntajes
Gama	-0,93
El Peñón	-0,87
Villagómez	-0,87
Guachetá	-0,71
Gachetá	-0,56
Anolaima	-0,48
Sutatausa	-0,47
San Cayetano	-0,46
San Bernardo	-0,39
Ricaurte	-0,35
Albán	-0,31
Nariño	-0,31
Tibacuy	-0,26
Cucunubá	-0,21
Carmen de Carupa	-0,17
Tocaima	-0,1
Nocaima	-0,08
Quebradanegra	-0,06
Macheta	-0,03
Manta	0,02
Susa	0,05
Beltrán	0,08
Cabrera	0,1
Une	0,18
Vianí	0,19
Gachancipá	0,23
Arbeláez	0,28
Choachí	0,28
Guataquí	0,37

**Índice de Necesidades en Salud.
Cundinamarca 216**

Unidades	Puntajes
Zipaquirá	1,69
La Mesa	1,71
Nimaima	1,78
Supatá	1,79
Fusagasugá	1,86
Pacho	1,86
Agua de Dios	1,89
Tocancipá	1,91
La Calera	1,96
Sesquilé	1,98
La Vega	2,01
Cogua	2,03
Soacha	2,05
Girardot	2,11
Villa de San Die	2,19
Nemocón	2,21
Funza	2,25
Tenjo	2,26
Madrid	2,35
Cajicá	2,36
Cota	2,45
Tabio	2,47
Villeta	2,48
Nilo	2,79
Chía	2,79
Facatativá	2,81
Mosquera	3,03
Subachoque	3,13
Sopó	3,2

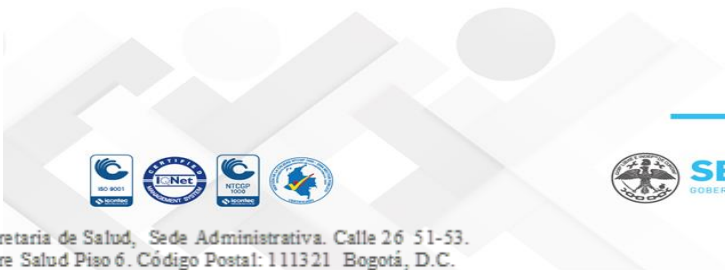




SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](#) [@CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co

Secretaría de Salud, Sede Administrativa. Calle 26 51-53.
Torre Salud Piso 6. Código Postal: 111321 Bogotá, D.C.
Tel. 7491550



SECSALUD
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

[f/CundinamarcaGob](#) [@CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co