



## **ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PARTICIPATIVO**

Alcalde

**Víctor Julián Sánchez Acosta**

Secretaria de Salud

**Nubia Angelica Lugo**

Directora de Salud Pública

**Ivonne Maritza Rivera López**

Equipo de Epidemiología

**José Arley Corzo Castro**

**Heidy Paola Camargo González**

**Soacha, Cundinamarca 2025**





Contenido

INTRODUCCIÓN ..... 5

METODOLOGIA ..... 6

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES..... 8

    Capítulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico..... 9

        1.1 Contexto territorial..... 9

            1.1.2. Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio ..... 13

                1.1.2.2. Altitud y relieve..... 14

                1.1.2.3 Hidrografía, Soacha ..... 16

                1.1.2.4 Zonas de riesgo, Soacha..... 17

                1.1.2.5 Temperatura y Humedad, Soacha ..... 20

        1.2 Contexto poblacional y demográfico, Soacha 2025..... 20

            1.2.1 Estructura demográfica, Soacha..... 22

            1.2.2. Dinámica demográfica..... 28

            1.2.3. Movilidad Forzada, Soacha ..... 31

            1.2.4. Población LGBTIQ+, Soacha ..... 31

            1.2.5. Población Migrante, Soacha ..... 31

            1.2.6. Población Campesina, Soacha..... 33

        1.3. Contexto institucional de protección social y sectorial en salud..... 33

        1.4. Gobierno y gobernanza en el sector salud..... 34

CONCLUSIONES ..... 34

    Capítulo II. Condiciones sociales económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los DSS y los enfoques diferenciales y territoriales..... 35

        2.2. Condiciones de vida del territorio ..... 38

            2.2.1 Bajo peso al nacer, Soacha 2024..... 40

            2.2.2 Desnutrición en menores de 5 años, Soacha 2024..... 41

        2.3. Dinámicas de convivencia en el territorio, Soacha 2024..... 44

CONCLUSIONES ..... 45





Capítulo III. Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio..... 46

    3.1. Análisis de la Morbilidad ..... 46

        3.1.1. Principales causas y subcausas de morbilidad..... 50

        3.1.2. Morbilidad de eventos de alto costo y precursores..... 53

        3.1.3. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria (ENOS) ..... 54

        3.1.4. Análisis de la población con discapacidad ..... 56

        3.1.5. Identificación de prioridades en la morbilidad ..... 58

    3.2.1 Mortalidad general..... 59

    3.2.2. Mortalidad específica por subgrupo (Tasas ajustadas) ..... 68

    Figura 29: mortalidad por sistema circulatorio Hombres, Soacha 2024..... 74

    Figura 30: mortalidad por sistema circulatorio mujeres, Soacha 2024 ..... 75

    Figura 31: mortalidad por sistema circulatorio total, Soacha 2024 ..... 75

    Figura 33: mortalidad por causa externa hombres, Soacha 2024..... 78

    Figura 34: Mortalidad por causa externa mujer, Soacha 2024 ..... 78

    Figura 35: mortalidad por causa externa total, Soacha 2024 ..... 80

    Mal definidos H y M, Soacha 2024..... 81

    Las demás H y M, Soacha 2024..... 81

    3.2.4. Identificación prioridades de la mortalidad ..... 92

Conclusiones..... 94

Capitulo IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el . 95

Capitulo V. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio ..... 99

    Núcleos de inequidad socio sanitarios ..... 99

    4.1. Matriz de análisis de la respuesta de los actores ..... 102

Conclusiones..... 106





Capítulo VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del plan decenal de salud pública 2022-2031 y el modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la atención primaria en salud-APS. .... 107

Bibliografía ..... 111





## INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) sigue los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud y el modelo de determinantes de salud de la OMS. Este análisis es clave en salud pública, ya que permite identificar los procesos de morbilidad y mortalidad en una población específica, brindando una visión clara de los problemas prioritarios y sus factores asociados. Así, el ASIS se convierte en una herramienta esencial para la planificación en salud y la caracterización epidemiológica de los territorios.

A nivel nacional, el ASIS se fundamenta en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2023-2031, formando la base para la planeación de políticas de salud. Esto permite a los actores locales y nacionales en salud tener una visión general de los factores de riesgo y de protección que inciden en la salud de las comunidades, facilitando la creación de Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y Planes Territoriales de Salud Pública.

El ASIS emplea distintos análisis para caracterizar la salud de la población, midiendo y explicando el perfil de salud-enfermedad, además de identificar factores de riesgo. Este análisis se enfoca en los determinantes de salud que impactan el bienestar, incluyendo factores proximales, intermedios y estructurales, los cuales reflejan las necesidades de la población y orientan intervenciones efectivas para mejorar su salud.

Entre los factores analizados, la estrategia Atención Primaria en Salud- "APS" y Equipos Básicos en Salud - "EBS", desempeña un papel importante en el logro del mejoramiento de las condiciones de Salud de la Población de Soacha, mediante la aplicación de los principios de la atención primaria en salud.

Para los Equipos Básicos en Salud, el Ministerio De Salud y Protección Social asigna a la ciudad de Soacha recursos que están destinados a fortalecer la Atención primaria en Salud mediante la financiación, conformación, y operación de Equipos Básicos en Salud. De acuerdo a lo anterior se presenta el siguiente informe de acciones ejecutadas en Soacha.

El ASIS se estructura en seis capítulos: el primero describe las características demográficas, geográficas y políticas; el segundo aborda las condiciones económicas y sociales; el tercero analiza los patrones de morbilidad y mortalidad; y el cuarto presenta un análisis participativo con actores locales a través de cartografía social y un enfoque mixto de datos cualitativos y cuantitativos. Esta estructura permite una comprensión integral del estado de salud en el territorio.





## **METODOLOGIA**

La construcción del Análisis de Situación de Salud, parte de la recolección de información de fuentes primarias y secundarias y con la lectura integral del contexto municipal a partir de perspectivas cuantitativas, cualitativas y espaciales que aportan al análisis de la situación social y de salud de la población, la información primaria que sirve como soporte para la construcción del ASIS son las bases de datos de los subsistemas de vigilancia en salud pública, el resultado de los indicadores del plan de desarrollo municipal, los informes de gestión de vigilancia en salud pública, salud ambiental, y los resultados generados de ejercicios de análisis realizados tanto al interior de la Secretaría como con población de Soacha, la información secundaria utilizada para la construcción del presente documento son diferentes documentos y archivos oficiales generados por instituciones de carácter municipal, departamental y nacional, como las proyecciones de población del DANE y los resultados arrojados por el Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

La construcción del ASIS comprende tres momentos, plasmados en cada uno de los capítulos que componen el documento y la cartografía social con la identificación problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la Salud. El primer momento se centra en una revisión de las fuentes de información primaria y secundaria, partiendo del análisis de perspectivas, cuantitativas, cualitativas y espaciales, que dan lugar a la relación población, ambiente y sociedad, de acuerdo a lo anterior, el eje ordenador del ASIS 2024, se encuentra fundamentado en la comprensión del proceso de salud- enfermedad a la luz del análisis de los determinantes sociales de la salud, a partir de las dimensiones del desarrollo y la identificación de tensiones en salud que afectan directamente dicho proceso y que encuentran sustento en la estrategia BIT PASE a la equidad en salud, entendiendo la situación social y de salud de la población como un engranaje multicausal y cíclico.

En cuanto a la cartografía social, se realizaron mesas de trabajo con la población y líderes de las comunas y corregimientos, y se contextualiza a los asistentes sobre las condiciones del territorio y las principales problemáticas en salud; por medio de actividades geoespaciales se presenta el mapa de cada comuna y corregimiento de Soacha; área urbana y rural, también figuras con categorías de problemas de salud e invitan a los participantes a ubicar en el mapa de acuerdo con el problema identificado.





Por otro lado, se realizó un acercamiento a la situación particular de cada uno de los momentos de curso de vida, teniendo en cuenta el contexto de los mismos dentro de Soacha.

Para el análisis y gestión de la información, así como para la elaboración de tablas y gráficos se utilizaron los programas informáticos EXCEL, EPIDAT 4.2, EPIINFO 7.2. y R Studio.





## **AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES**

El equipo encargado de realizar el ASIS 2024 agradece la participación en la actualización del Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Soacha al Señor alcalde, Víctor Julián Sánchez Acosta, a la señora Secretaria de Salud de Soacha Doctora Nubia Lugo, al equipo de epidemiología de la Secretaría de Salud, así como al equipo de referentes, Geógrafos, profesionales y técnicos de los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública.

Así mismo al acompañamiento y la participación de los equipos de las diferentes secretarías adscritas a la alcaldía de Soacha, y de manera especial se agradece la participación de la comunidad, la cual se vinculó, manifestando sus saberes y dando a conocer sus necesidades en los diferentes espacios de interacción con los equipos de salud.





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

### 1.1 Contexto territorial

#### 1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica

La división político-administrativa oficial de Soacha se encuentra adoptada mediante el Acuerdo N°0012 del 22 de julio de 1997, a través del cual el Concejo Municipal de Soacha dividió el territorio rural en dos (2) corregimientos y el territorio urbano en seis (6) comunas.

Los límites entre el territorio urbano y rural se encuentran definidos por el Plan de Ordenamiento Territorial vigente (Acuerdo 046 de 2000).

Soacha se ubica en la zona sur de la Sabana de Bogotá, colindando con la ciudad de Bogotá por el occidente, a una altura de 2.600 msnm; el territorio municipal tiene una superficie total de 184,45 km<sup>2</sup>, con una extensión urbana de 19 Km<sup>2</sup> y una zona rural de 165,45 Km<sup>2</sup>. Políticamente, Soacha limita al norte con los municipios de Bojacá y Mosquera, al sur con los municipios de Sibaté y Pasca, al oriente con la ciudad de Bogotá Distrito Capital y al occidente con los municipios de Granada y San Antonio del Tequendama.

Soacha está conformado políticamente por seis comunas con 688 barrios en la zona en la zona urbana y en la zona rural se divide en dos corregimientos, encontrando ocho veredas en el corregimiento uno y seis veredas en el corregimiento dos, para un total de 14 veredas.

**Tabla 1. Distribución de por extensión territorial y área de residencia, Soacha**

Área residencial	extensión		DIVISION POLITICA
	KM2	%	
Rural. Urbana	19,00	10%	7 comunas: Comuna1 Compartir, Comuna 2 Centro, Comuna 3 La Despensa, Comuna 5 San Mateo, Comuna 6 San Humberto
Rural	165,5	90%	2 corregimientos Corregimiento 1: Veredas Romeral, Alto de la cabra, La Hungría, San Jorge, Fusungá, Panamá, Chacua, Villanueva Corregimiento 2: Veredas El charquito, Alto de la cruz, San francisco, Cascajal, Canoas, Bosatama
Total	184,45	100%	

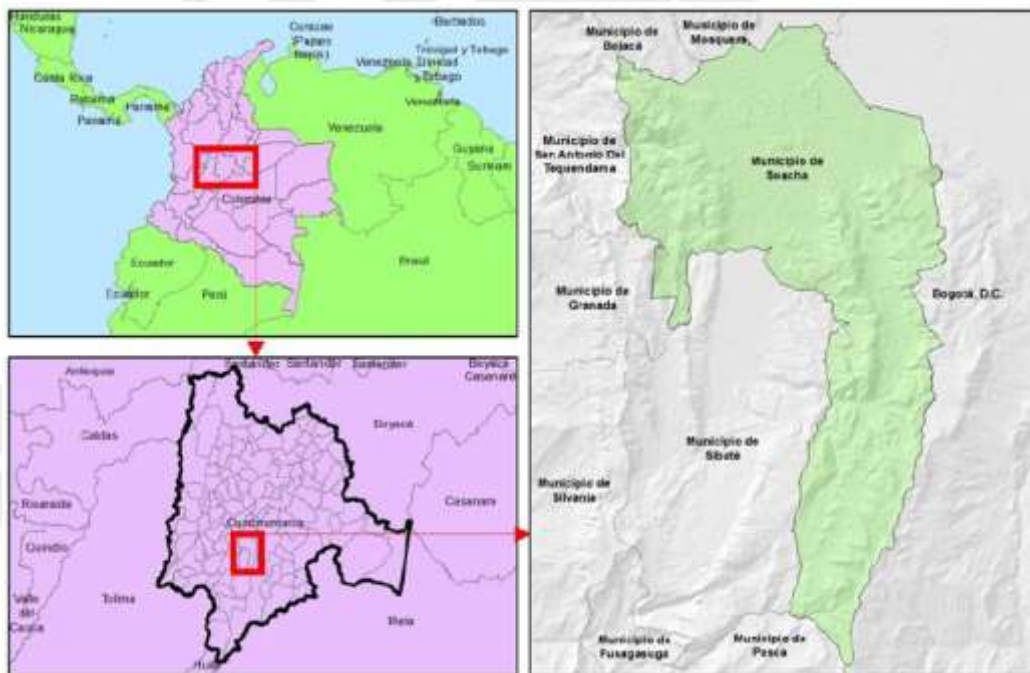
Fuente. Elaboración propia a partir del Geo visor para la consulta de información de catastro multipropósito, Soacha, 2024.





Según la información tomada en terreno, el 85% aproximadamente de la ciudad tiene uso residencial, 10% industrial y el 5% en otras actividades como la de servicios y comercio. Ello muestra un alto porcentaje de vivienda, y de uso mixto con comercio –vivienda, es población flotante con procesos migratorios, por desplazamiento y migración de otros municipios y departamentos, según la Fundación Panamericana para el Desarrollo, en Soacha el alto crecimiento poblacional alcanza la cifra promedio del 3,86% anual, las constantes migraciones que recibe de familias en difícil condición socioeconómica o desplazamiento forzado llegan a las 32.582 personas, existe un crecimiento desbordado y desordenado del territorio y en consecuencia un déficit en la prestación de los servicios públicos. (Fundación Panamericana para el Desarrollo, Ministerio de Trabajo, 2014).

### Mapa 1. Localización general de Soacha



Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial Soacha, documento diagnóstico propuesta actualización POT, año 2025.

En Soacha encontramos 4 tipos de vías: Nacional, Regional, Local y Veredal.

- Nacional: Corresponde a la Autopista Sur, vía que divide en dos al casco urbano desde el límite con el Distrito Capital, hasta el Límite con el Municipio de Sibaté. Cuenta con una longitud de 8 Km aproximadamente, tiene un perfil promedio de: 6





m de andén, 10 m de calzada, 6 m de separador, 10 m de calzada y 6 m de andén, para un total de corona de 30 m.

- Regional: En este tipo, Soacha cuenta con 2 vías: La vía Mondoñedo desde el barrio El Silo hasta la vía La Mesa con una Longitud de 7.5 Km., dentro de su perfil cuenta con bermas a lado y lado que oscilan entre 9.60 m y 1.00 m, la calzada es constante de 9.00 m y no tiene separador. La vía a Mesitas del Colegio, que atraviesa por Soacha en una longitud de 9.7 Km. desde la Autopista Sur hasta límites con San Antonio del Tequendama, cuenta con un perfil promedio de 2 m de berma a cada lado y 8 m de calzada, para un total de corona de 12 m, esta vía comunica el casco urbano de Soacha con las veredas de El Charquito, Alto de la Cruz y San Francisco.

**Tabla 2. Rutas del corredor vial desde la capital a Soacha**

Recorrido	Dirección destino	Denominación
<b>Recorrido 1</b>	Carrera 68 con Calle 80	Avenida 68
<b>Recorrido 2</b>	Av. Boyacá con Calle 80	Avenida Boyacá
<b>Recorrido 3</b>	Calle 37 con Carrera 19	Teusaquillo
<b>Recorrido 5</b>	Av. 1 de mayo con Carrera 11	Restrepo
<b>Recorrido 6</b>	Banderas	Abastos

Fuente. Elaboración propia de secretaria de Movilidad con base a vías desde la capital hacia Soacha- Alcaldía de Soacha año 2024

Como de carácter local encontramos todas las vías que atraviesan a lo largo y ancho de Soacha algunas sin conectividad; de acuerdo con lo observado dentro de Soacha las vías de tránsito como tal, estas se lograron identificar en varios sectores que no se conectan entre sí o únicamente cuentan con una sola vía para realizarlo.

**Tabla 3. Indicadores de rutas del corredor por origen, Soacha.**

Punto de despacho	Promedio de Despachos (Despachos /hora)	Intervalo promedio (Minutos)	Longitud del recorrido (Kilómetros)	Tiempo de ciclo promedio (Minutos)	Velocidad promedio (Km/h)	Vehículo tipo despachado más común
<b>Bellavista</b>	4.53	10.83	49.76	157.46	18.96	Bus





Punto de despacho	Promedio de Despachos (Despachos/hora)	Intervalo promedio (Minutos)	Longitud del recorrido (Kilómetros)	Tiempo de ciclo promedio (Minutos)	Velocidad promedio (Km/h)	Vehículo tipo despachado más común
<b>Ciudad Latina</b>	10	5.33	54.67	192.94	17.00	Bus
<b>Ciudad Verde</b>	8	6.78	47.43	141.44	20.12	Bus
<b>Compartir</b>	17	3.40	52.54	174.16	18.10	Microbús
<b>Danubio</b>	7	6.74	47.58	134.66	21.20	Bus
<b>Hogares</b>	7	8.60	47.58	145.92	19.56	Buseta
<b>Prado Vegas</b>	3	6.82	48.64	127.32	22.92	Microbús
<b>Rincón del Lago</b>	3	12.88	48.20	117.10	24.70	Bus
<b>San Mateo</b>	5	9.01	45.49	191.79	14.23	Microbús
<b>San Nicolás</b>	7	8.13	51.99	153.09	20.38	Bus
<b>San Rafael</b>	3	9.31	49.72	146.27	20.39	Microbús

Fuente. Elaboración propia de secretaria de Movilidad con base a las rutas de corredor vial- Alcaldía de Soacha, año 2024

El sector veredal se caracteriza por tener gran diversidad de caminos carreteables entre los que se destacan: vía Hungría - Alto del Cabra – Fusungá – Romeral, con una longitud de 7 Km y un perfil de 5.50 m de calzada; Vía San Francisco en una longitud de 2.7 Km con un ancho de calzada de 6.00 m, vía Bosatama con una longitud de 7.5 Km y un ancho de calzada de 5 m, vía el Charquito - Alto de La Cruz con una longitud de 1.4 Km; Vía Tinzuque entre Hungría y límite con Sibaté con una longitud de 3.2 Km. El sector veredal: se caracteriza por tener gran diversidad de caminos carreteables entre los que se destacan: vía Hungría - Alto del Cabra – Fusungá – Romeral, con una longitud de 7 Km. y un perfil de 5.50 m de calzada; Vía San Francisco en una longitud de 2.7 Km. con un ancho de calzada de 6.00 m, vía Bosatama con una longitud de 7.5 Km. y un ancho de calzada de 5 m, vía el Charquito





Alto de La Cruz con una longitud de 1.4 Km.; Vía Tinzuque entre Hungría y límite con Sibaté con una longitud de 3.2 Km.

## Mapa 2. Vías de comunicación zona urbana, Soacha.



Fuente: Cartografía Social, Plan de Ordenamiento Territorial Soacha, base cartografía Urbana plano 18, documento diagnóstico propuesta actualización POT, año 2025.

### 1.1.2. Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

#### 1.1.2.1 Humedal Neuta

El Humedal Neuta es uno de los ecosistemas más importantes y mejor conservados de Soacha, Cundinamarca, Colombia. Ubicado en la Comuna 1, específicamente en el barrio Quintas de la Laguna, se encuentra a aproximadamente 800 metros del parque principal de Soacha. Este humedal es considerado una reserva hídrica vital para la región.

El Humedal Neuta abarca una superficie de aproximadamente 40.5 hectáreas. Es un ecosistema de gran biodiversidad, albergando diversas especies de flora y fauna. Entre las aves que se pueden observar se encuentran la tingua, la garza real, patos canadienses y halcones, así como especies migratorias provenientes de lugares tan lejanos como Canadá, Chile y Argentina. Además, cuenta con un mariposario que contribuye a la producción de oxígeno y mejora la calidad del aire en la zona.





## Amenazas y Conservación

A pesar de su importancia ecológica, el Humedal Neuta enfrenta diversas amenazas, incluyendo la expansión urbana, la contaminación por residuos sólidos y aguas residuales, y actividades agropecuarias que afectan su equilibrio natural. La sobrepoblación y la falta de protección adecuada han contribuido a su deterioro.

No obstante, existen esfuerzos significativos por parte de la comunidad y organizaciones ambientales para su conservación. Se han implementado campañas de educación ambiental, jornadas de limpieza y actividades lúdico-deportivas que buscan fomentar el sentido de pertenencia y la protección del humedal entre los habitantes locales.

## Plan de Manejo Ambiental

El Humedal Neuta cuenta con un Plan de Manejo Ambiental adoptado por la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca (CAR), lo que le otorga un marco legal para su protección y conservación. Este plan establece directrices para la gestión sostenible del humedal y busca mitigar las amenazas que enfrenta.

## Mapa 3. Humedal Neuta, Soacha, Cundinamarca



Fuente: CAR, Reserva hídrica de los humedales Neuta y Tierra Blanca, Documento diagnóstico, año 2025, documento diagnóstico propuesta actualización POT, año 2025.

### 1.1.2.2. Altitud y relieve

Soacha se encuentra ubicado en la zona central del país, sobre la cordillera oriental del sistema montañoso de los andes colombianos. Hace parte del departamento de Cundinamarca, limitando por el norte con los municipios de Bojacá y Mosquera; por



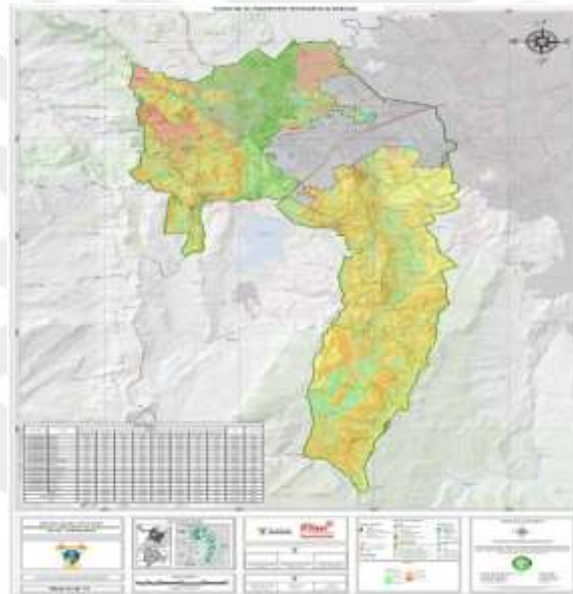


el occidente con los municipios de Granada, San Antonio del Tequendama, y Sibaté; por el sur con el municipio de Pasca; y por el oriente con Bogotá, distrito capital.

En cuanto a la geomorfología de Soacha, el área urbana se localiza en una zona relativamente plana de la sabana de Bogotá, colindante con un sistema de cerros situados al sur del casco urbano, con el río Bogotá hacia el occidente y con la ciudad de Bogotá al oriente. La altitud promedio del área urbana es de aproximadamente 2.550 metros sobre el nivel del mar, incluyendo sectores urbanizados en los cerros del sur.

El área rural se divide en 2 sectores, conocidos como corregimientos. El corregimiento uno, se ubica en la parte sur de Soacha, el cual cuenta con el ecosistema de páramo en su parte más alta, llegando a los 3.700 msnm.

#### **Mapa 4. Relieve Soacha**



Fuente: Plano DR06, pendientes topográficos rurales plano 41, año 2025, documento diagnóstico propuesta actualización POT, año 2025.

Según la descripción presentada en el Artículo 14 del Acuerdo 046 de 2000 el trazado que define la línea limítrofe entre la Cabecera Municipal y el suelo rural y que corresponde la curva de nivel con cota 2.600; como se ha venido mencionando, para la actualización del POT de Soacha se están implementando insumos más detallados que los implementados en el año 2000, entre ellos se encuentra el uso de curvas de nivel generadas a partir de un modelo digital de elevación con tamaño de pixel de 1 metro x 1 metro, es decir información detallada; dado que al comparar el trazado de este sector del límite con la curva de nivel 2600 a escala 1:1.000 implementada en la actualización del POT no hay coincidencia con lo establecido en el año 2000.





Se han tomado dos decisiones al respecto, la primera incluir un nuevo punto denominado Punto 34A cuyo fin es describir el trazado del límite entre el Punto 34 y el punto con coordenadas 2061011,9519 N - 4864111,6382 E (34A), tramo en el cual se hace necesario mantener el límite establecido en el Acuerdo 046 de 2000 dado que el predio por el cual atraviesa el perímetro urbano no permite implementarlo como elemento de decisión pues según la base predial tiene una parte en suelo urbano y otra en suelo rural; y la segunda es implementar el límite predial de la base catastral de Soacha entre el Punto 34A y el Punto 35, se resalta que esta precisión no modifica sensiblemente el trazado de esta sección del límite dado que la base predial implementada se asemeja en demasía al perímetro definido en el Acuerdo 046 de 2000.

### **1.1.2.3 Hidrografía, Soacha**

La red hidrográfica de Soacha se compone de dos principales cuencas: la del río Bogotá y la del Embalse del Muña, donde el río Soacha es fundamental. Este río, que en su origen tiene buena calidad, se contamina a medida que atraviesa áreas urbanas debido a residuos domésticos, industriales y agrícolas. La deforestación y la erosión en las quebradas de la región han disminuido la calidad del agua, afectando la capacidad natural de retención de los ríos, y causando picos de crecidas en invierno y caudales reducidos en verano.

Adicionalmente, se encuentran el humedal de Tibanica, el cual fue declarado como Parque ecológico del Distrito y dentro de las áreas protegidas municipales se encuentran los Humedales de Neuta y Tierra blanca, los cuales fueron declarados Reserva Hídricas por parte de la CAR y el Parque La Poma en Chusacá, considerado como reserva forestal.

La ciudad Soacha, además de ser una encrucijada biológica en la región, es también una estrella hidrográfica cuyas aguas nutren la cuenca del Muña, la cuenca del Sumapaz y las cuencas altas y baja del río Bogotá. En la siguiente tabla se presenta las cuencas y subcuencas localizadas en Soacha.





**Tabla 4. Red de cuencas hidrográficas de Soacha**

CUENCA	SUBCUENCA	AREA Ha	%
CUENCA RIO BOGOTÁ	Embalse del Muña	4.316,34491	23.03
	Río Balsillas	140,830372	0.75
	Río Bogota (Sector Soacha - Salto)	6.677,89862	35.63
	Río Bogota (Sector Salto - Apulo)	578,277449	3.09
	Río Bogota (Sector Tibitoc - Soacha)	469,797441	2.51
	Río Soacha	4.689,72244	25.02
	Río Tunjuelo	766,590533	4.09
CUENCA RIO SUMAPAZ	Río Panches	1.105,25076	5.88

Fuente: Secretaría de Planeación y Ordenamiento Territorial, Corporación Autónoma Regional – CAR.

#### 1.1.2.4 Zonas de riesgo, Soacha

Soacha, se ubica al suroccidente de Bogotá y en la parte baja de la cuenca alta del río Bogotá, enfrenta serias problemáticas ambientales debido a la acumulación de contaminantes provenientes de distintas zonas. El río Bogotá, que recorre 185 kilómetros, atraviesa áreas con intensa actividad agrícola, como cultivos de papa y tala de bosques, y zonas industriales que vierten desechos sin tratamiento. Además, las aguas residuales de Bogotá y otras localidades contribuyen significativamente a la degradación del río, afectando tanto al medio ambiente como a los habitantes de Soacha.

Las amenazas naturales en Soacha incluyen deslizamientos, avenidas torrenciales y erosión, fenómenos agravados por la topografía montañosa, las lluvias y la deforestación. Los deslizamientos, impulsados por la alta humedad y los suelos inestables, afectan gravemente a las comunidades en áreas de pendiente. Por otro lado, la deforestación incrementa el riesgo de avenidas torrenciales y la erosión de orillas de ríos, que amenazan la estabilidad de los terrenos aledaños. Las inundaciones son frecuentes en las zonas planas del municipio, especialmente en las cuencas de los ríos Bogotá, Tunjuelito y Soacha.

A nivel humano, la actividad agrícola y la urbanización descontrolada en Soacha han aumentado la vulnerabilidad de sus suelos y recursos hídricos. La falta de planificación urbana ha llevado al relleno de humedales y a la eutrofización de lagunas como Neuta y Tierra Blanca, poniendo en riesgo la biodiversidad de estos ecosistemas. La urbanización en zonas inadecuadas también incrementa el riesgo de deslizamientos,





especialmente en áreas con pendientes pronunciadas, como las comunas 4 y 6, donde habita una gran parte de la población en situación de desplazamiento.

En cuanto a la gestión de residuos, Soacha carece de políticas eficaces para manejar adecuadamente los desechos industriales y sólidos, lo que agrava la situación ambiental. Las emisiones de materiales tóxicos, como metales y productos químicos, representan un riesgo para la salud de la comunidad y la biodiversidad. Para enfrentar estos desafíos, es esencial que Soacha implemente políticas de conservación, manejo de residuos y control de urbanización para mejorar la sostenibilidad ambiental y proteger a la población de las crecientes amenazas ambientales.

Con el fin de realizar una adecuada gestión del riesgo de desastres, Soacha contrató la realización de estudios básicos de amenaza para el territorio de conformidad con lo estipulado en los artículos 2.2.2.1.3.2.1.1, 2.2.2.1.3.2.1.2 y 2.2.2.1.3.2.1.3 del decreto 1077 de 2015, los cuales hacen parte integral del presente documento, y se enmarcan bajo los siguientes contratos:

- a. Zonificación geomecánica y de amenazas por movimiento en masa de Soacha Cundinamarca zona urbana y de expansión urbana escala 1:5000 (para zonas urbanas, de expansión urbana y centros poblados) de fecha marzo de 2012, y zonificación geomecánica y amenaza por movimientos en masa de Soacha – Cundinamarca escala 1:25000 (para zona rural) de fecha febrero de 2013, desarrollados por el servicio geológico colombiano.
- b. Estudio básico de amenaza por inundación en Soacha– Cundinamarca, desarrollados en el año 2017, por parte de la universidad nacional de Colombia – grupo de investigación biogestión, en marco del contrato interadministrativo 1201-2016.
- c. Estudio básico de amenaza por avenidas torrenciales para Soacha – Cundinamarca, desarrollados en el año 2017, por parte de la universidad nacional de Colombia – grupo de investigación biogestión, en marco del contrato interadministrativo 1201-2016.
- d. Estudio básico de amenaza por incendios forestales para Soacha – Cundinamarca, desarrollado en el año 2020, por parte de la empresa siglo XXII, bajo supervisión de probogotá.





e. Medidas de adaptación frente al cambio climático para incorporar en el plan de ordenamiento de Soacha, elaborado por la ingeniera Fernanda Montenegro Diez, parte del equipo formulador del Plan de Ordenamiento Territorial de Soacha

A partir de los anteriores estudios se determinó que Soacha cuenta con 11039,06 Hectáreas de su extensión con algún tipo de amenaza de nivel medio o alto, de las cuales 6865,27 Hectáreas corresponden a niveles altos de amenaza, lo cual corresponde al 37,23% de la extensión total del Soacha.

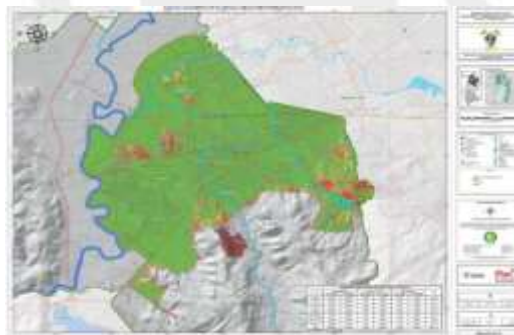
Para el detalle de esta información podrá ser consultada en el Documento Técnico de Soporte DTS Estudio Básico de Gestión del Riesgo VRF, el cual se encuentra publicado en la página de la alcaldía.

### **Mapa 3. Zonificación de amenazas por avenidas torrenciales, Soacha**



Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial Soacha, base cartografía Urbana, documento diagnóstico propuesta actualización POT mapa 28 de 75, año 2025.

### **Mapa 4. Zonificación de amenazas por movimientos de masa, Soacha**



Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial Soacha, base cartografía Urbana, documento diagnóstico propuesta actualización POT mapa 26 de 75, año 2025.





### Mapa 5. Zonificación de amenazas por inundaciones, Soacha 2024



Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial Soacha, base cartografía Urbana, documento diagnóstico propuesta actualización POT mapa 27 de 75, año 2025

#### 1.1.2.5 Temperatura y Humedad, Soacha

En Soacha se registran temperaturas que oscilan entre los 9,5 °C como mínima y los 21 °C como máxima. Los parámetros climáticos serán producto del análisis de los registros de los parámetros de temperatura y precipitación para la cuenca, por otra parte, la elevación se obtendrá a partir de la cartografía base, usando los intervalos de valores para cada uno de los parámetros (IDEAM 2005), se combinarán los mapas para obtener la clasificación correspondiente para el área de la cuenca, de acuerdo con los parámetros mostrados en las siguientes tablas:

Tabla 5: Intervalos de clasificación de caldas- Lang.

PISO TÉRMICO	SIMBOLO	RANGO DE ALTURA (METROS)	TEMPERATURA (°C)	VARIACIÓN DE LA ALTITUD POR CONDICIONES LOCALES
Cálido	C	0 a 1000	$T \geq 24$	Límite superior $\pm 400$
Templado	T	1.001 a 2.000	$24 > T \geq 17.5$	Límite superior $\pm 500$ Límite inferior $\pm 500$
Frío	F	2.001 a 3.000	$17.5 > T \geq 12$	Límite superior $\pm 400$ Límite inferior $\pm 400$
Páramo bajo	P <sub>b</sub>	3.001 a 3.700	$12 > T \geq 7$	
Páramo alto	P <sub>a</sub>	3.701 a 4.200	$T < 7$	

Fuente: POMCA río Bogotá, CAR-Huitaca

#### 1.2 Contexto poblacional y demográfico, Soacha 2025.

La población total para 2025 es de 870.077 habitantes de acuerdo a las proyecciones del DANE basadas en el censo nacional de población y vivienda del 2018 y la





actualización al 31 de julio de 2025 (2), sin embargo, es importante mencionar que el movimiento migratorio en Soacha influye de manera importante con tendencia al aumento de la población no registrado en la información del DANE, con una densidad poblacional proyectada de 4253,52 hab./km<sup>2</sup>.

**Tabla 6. Población por área de residencia, Soacha, 2025.**

AREA GEOGRAFICA	POBLACION	%
Cabecera Municipal	862.705	99,15%
Centros Poblados y Rural Disperso	7.372	0,84%
Total	870.077	100%

Fuente: DANE, proyecciones de población municipal por área periodo 2018 – 2042, actualización 30 de julio 2025

El número total de viviendas para 2024 es de 298.468 de acuerdo a las proyecciones del DANE basadas en el censo nacional de población y vivienda del 2018 (2), la mayoría de ellas se concentran en la cabecera municipal con el 99,5% (n= 296.953).

El número total de hogares para 2024 es de 304.522 de acuerdo a las proyecciones del DANE basadas en el censo nacional de población y vivienda del 2018 (2), la mayoría de ellas se concentran en la cabecera municipal con el 99,5% (n= 303.007).

En relación a la población víctima que se encuentra en el territorio, de acuerdo al Registro Único de Víctimas hay 5.914 personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011 que fueron víctimas de un hecho Victimizante, principalmente por homicidio (n=4.261) y minas antipersonales (n=1.443).

Respecto a la pertenencia étnica, de acuerdo al censo nacional de población y vivienda del 2018 del DANE (2) en Soacha reside población indígena, gitana o Rrom, raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Palenquero de San Basilio, negro, mulato, afrodescendiente, afrocolombiano, siendo estos últimos los que mayor proporción de población con pertenencia étnica representaban en 2018 con 0,98% (n=6.344).

**Tabla 7: Población por pertenencia étnica en Soacha 2024**

Etnia	Proyección 2024	
	Total	Pct.
Ningún grupo étnico	796.010	98,72%

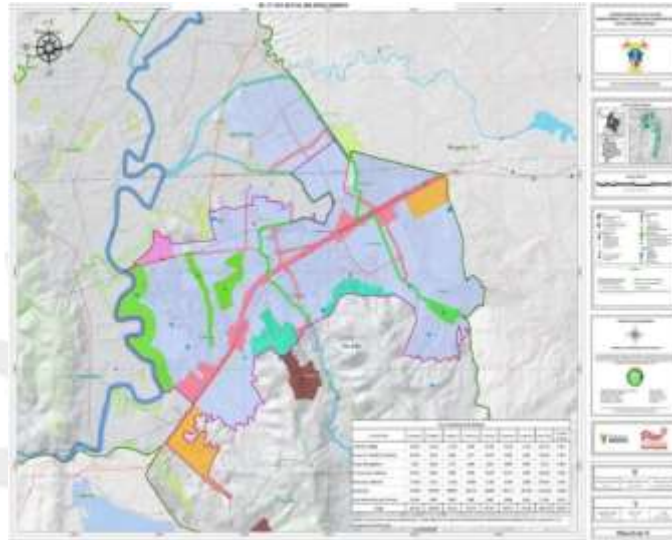




Negro (a), mulato, afrocolombiano o Palenquero de San Basilio	8.063	1%
Indígena	2.091	0,25%
Raizal de San Andrés y Providencia	52	0,006%
Rom (Gitano)	37	0,004%
<b>Total</b>	<b>806.253</b>	<b>100%</b>

Fuente: proyección DANE, Grupos Étnicos, Soacha 2024

### Mapa 6. Población por área de residencia



Fuente: Cartografía uso actual del suelo, plano 25, documento diagnóstico propuesta actualización POT, año 2025.

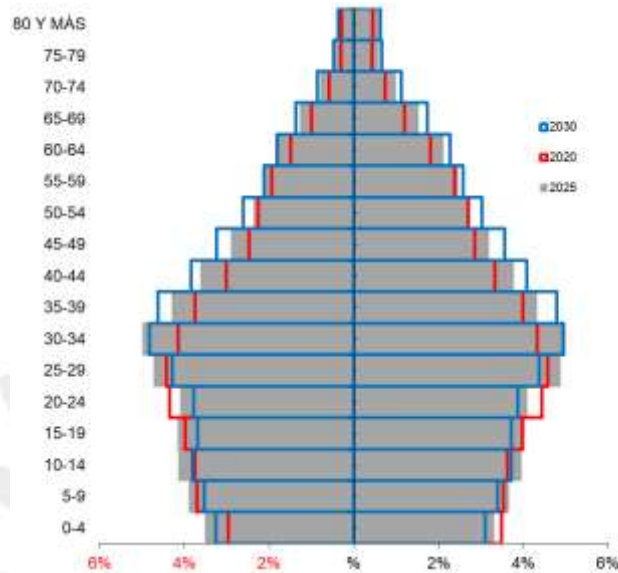
#### 1.2.1 Estructura demográfica, Soacha

La pirámide poblacional compara la estructura por edad y sexo en 2020, 2025 y 2030 y evidencia un proceso claro de envejecimiento demográfico. La base (0–14 años) se estrecha con el tiempo, pasando de valores cercanos al 4% por sexo en 2020 a alrededor de 2–3% en 2030, lo que refleja una disminución sostenida de la fecundidad. En los grupos en edad productiva (25–54 años) se observa el mayor volumen poblacional, especialmente en 30–34 y 35–39 años, que alcanzan aproximadamente 4.5–5% en 2030, mostrando una concentración del peso demográfico en adultos jóvenes y medios. A partir de los 60 años, la pirámide se ensancha progresivamente: el grupo 60–64 pasa de cerca de 2% en 2020 a más de 3% en 2030, y la población de 80 años y más casi se duplica, acercándose al 2%. En conjunto, la pirámide evoluciona de una forma más expansiva a una estructura regresiva–estacionaria, lo que anticipa mayor presión sobre los sistemas de salud y pensiones, así como una reducción futura de la población económicamente activa.





**Figura 1. Pirámide poblacional, Soacha, 2020, 2025, 2030.**



*Fuente: Proyecciones poblacionales DANE, Consultado en Bodega de datos actualización 30 de julio 2025*

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves.

A continuación, se presenta el análisis de los indicadores demográficos de la población de Soacha:

1. En el año 2020 por cada 109 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2025 por cada 97 hombres, había 100 mujeres
2. En el año 2020 por cada 23 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2025 por cada 23 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil





3. En el año 2020 de 100 personas, 21 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 22 personas
4. En el año 2020 de 100 personas, 26 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 26 personas
5. En el año 2020 de 100 personas, 60 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 6 personas
6. En el año 2020 de 100 personas, 24 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 29 personas
7. En el año 2020 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 39 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 40 personas
8. En el año 2020, 32 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 31 personas
9. En el año 2020, 8 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 9 personas
10. 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

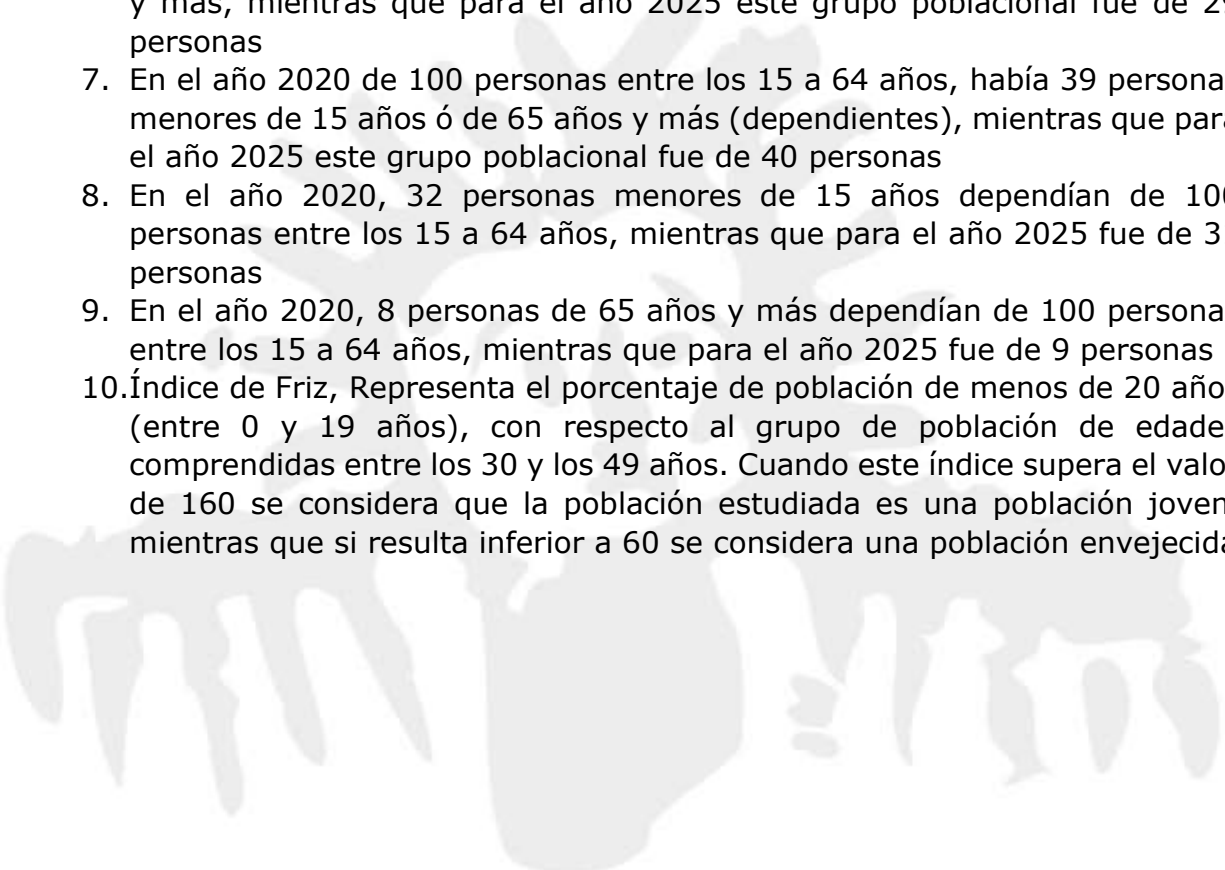




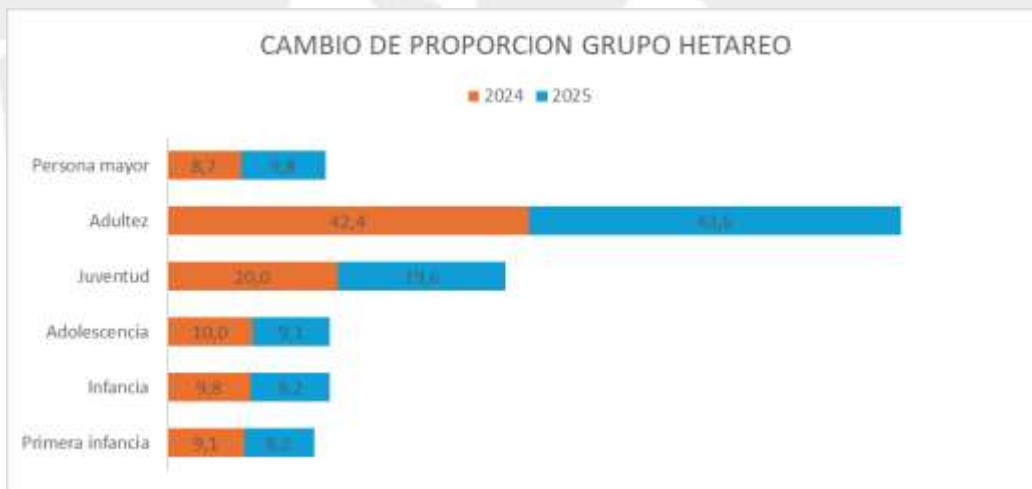
Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios



Fuente: Elaboración propia. Secretaría de Salud de Soacha

El gráfico de Cambio P muestra una trayectoria inicialmente creciente y luego decreciente: en primera infancia se observa un aumento de +0,8, que continúa en infancia con +0,6 (acumulado 1,4), se refuerza en adolescencia con +0,9 (acumulado 2,3) y alcanza su punto máximo en juventud con +0,4, llegando a un acumulado de 2,7. A partir de ahí, la tendencia se revierte con una disminución significativa en adultez de -1,2 (bajando a 1,5) y una nueva caída en persona mayor de -1,1, lo que deja un resultado final cercano a 0,4, evidenciando que las pérdidas en etapas posteriores compensan gran parte de los incrementos iniciales.

Figura 2.1. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios



Fuente: Elaboración propia. Secretaría de Salud de Soacha





La gráfica muestra cambios moderados en la proporción de los grupos etarios entre 2024 y 2025. El grupo de adultos concentra la mayor participación y presenta un aumento de 42,4% en 2024 a 43,6% en 2025, consolidándose como el segmento predominante. Las personas mayores también crecen, pasando de 8,7% a 9,8%, lo que indica un proceso de envejecimiento poblacional. En contraste, la juventud disminuye ligeramente de 20,0% a 19,6%, al igual que la adolescencia, que baja de 10,0% a 9,1%. Los grupos de infancia y primera infancia también registran descensos, de 9,8% a 9,2% y de 9,1% a 8,2%, respectivamente. En conjunto, los datos reflejan un leve desplazamiento de la estructura poblacional hacia edades adultas y mayores, con reducción progresiva en los grupos más jóvenes.

### Tabla 7. Proporción por ciclo vital

Tabla 7. Proporción por ciclo vital

CICLO VITAL	2020		2025		2030	
	Numero absoluto	frecuencia relativa	Numero absoluto	frecuencia relativa	Numero absoluto	frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	66.837	10,0%	71.635	8,2%	74.300	7,4%
Infancia (6 a 11 años)	12.500	1,9%	80.594	9,3%	83.493	8,4%
Adolescencia (12 a 17 años)	76.275	11,4%	85.056	9,8%	90.131	9,0%
Juventud (18 a 28 años)	152.252	22,8%	164.777	18,9%	171.342	17,1%
Adulthood (29 a 59 años)	294.492	44,2%	378.564	43,5%	460.464	46,1%
Persona mayor (60 años y más)	64.608	9,7%	89.451	10,3%	119.770	12,0%
<b>Total</b>	<b>666.964</b>	<b>100,0%</b>	<b>870.077</b>	<b>100,0%</b>	<b>999.500</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia. Secretaría de Salud de Soacha

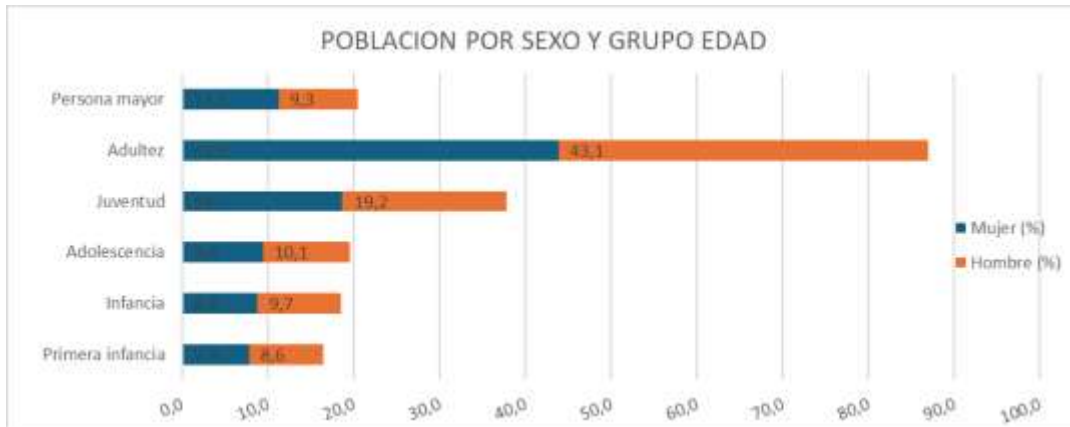
La tabla muestra la distribución del ciclo vital según rangos de edad y su proporción aproximada en la población. La primera infancia (0–5 años) representa entre 8 y 9 %, mientras que la infancia (6–11 años) concentra alrededor del 9 al 10 %, proporción similar a la de la adolescencia (12–17 años) con 9–10 %. La juventud (18–28 años) aumenta de manera significativa, alcanzando entre 19 y 21 %. El grupo con mayor





peso poblacional es la adultez (29–59 años), que concentra aproximadamente 43 a 45 % del total. Finalmente, la persona mayor (60 años y más) representa entre 9 y 11 %. En conjunto, los datos evidencian que más de la mitad de la población se concentra en edades productivas (18–59 años), mientras que los extremos etarios (0–11 y 60+ años) presentan proporciones menores pero relevantes.

**Figura 3. Población por sexo y grupo de edad**



Fuente: Elaboración propia. Secretaría de Salud de Soacha

La gráfica muestra que la adultez concentra la mayor proporción de la población en ambos sexos, con 43,9 % de mujeres y 43,1 % de hombres, siendo el grupo etario dominante. En la juventud la distribución es similar, aunque ligeramente mayor en hombres (19,2 %) que en mujeres (18,7 %). En los grupos más jóvenes se observa predominio masculino: en adolescencia los hombres representan 10,1 % frente a 9,4 % de mujeres, en infancia 9,7 % frente a 8,8 %, y en primera infancia 8,6 % frente a 7,8 %. En contraste, en la población mayor se aprecia una mayor proporción femenina (11,3 %) en comparación con los hombres (9,3 %), lo que sugiere una mayor supervivencia de las mujeres en edades avanzadas. En conjunto, la estructura poblacional es equilibrada por sexo, con diferencias leves según el grupo de edad.





**Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica en Soacha**

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Poblacion total	769.274	870.077	934.672
Poblacion Masculina	400.866	427.412	452.436
Poblacion femenina	368.408	442.665	482.236
Relación hombres:mujer	108,81	96,55	94
Razón niños:mujer	23	23	22
Índice de infancia	21	22	21
Índice de juventud	26	26	24
Índice de vejez	60	6	7
Índice de envejecimiento	24	29	22
Índice demografico de dependenci	39,33	40,43	38,90
Índice de dependencia infantil	31,79	31,42	28,87
Índice de dependencia mayores	7,54	9,01	10,03
Índice de Friz	104,02	95,63	83,17

Fuente: Consultado en Bodega de datos, estructura demográfica en Soacha, proyección DANE, 2025

### 1.2.2. Dinámica demográfica

Según las estimaciones del DANE sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070 (CNPV 2018), las tasas de crecimiento natural muestran un marcado descenso a través del tiempo, pasando de 10,9 personas por cada mil habitantes en el 2005 a una tasa de 3.47 para el 2023, esto en términos absolutos representa una reducción media de cuatro personas por cada 1.000 habitantes. Dado que el crecimiento se da a expensas de los nacimientos, defunciones y la migración, es pertinente resaltar que en Soacha la natalidad ha mostrado una tendencia al descenso.





**Figura 2. Tasa de mortalidad, tasa de natalidad y tasa de crecimiento natural por 1.000 habitantes, Soacha 2005-2023.**



Fuente: Reportes en: SISPRO, elaboración secretaria de Salud, Soacha, Información con corte 2023.

La gráfica muestra que en Soacha la tasa de natalidad fue consistentemente superior a la tasa de mortalidad entre 2005 y 2023, aunque con una clara tendencia descendente. La natalidad pasó de 13,87‰ en 2005 a 8,08‰ en 2023, alcanzando sus valores más altos en 2008 (16,78‰) y 2015 (16,30‰), y una fuerte caída a partir de 2018. La mortalidad, en contraste, se mantuvo relativamente estable, oscilando entre 2,84‰ y 4,20‰, con un pico en 2020 (4,20‰) y un mínimo en 2022 (2,61‰). Como resultado, la tasa de crecimiento natural disminuyó notablemente: de 10,94‰ en 2005 y un máximo de 13,88‰ en 2008, cayó a 4,61‰ en 2023, evidenciando una desaceleración del crecimiento poblacional, especialmente marcada después de 2018, cuando el crecimiento pasó de 11,26‰ a menos de 5‰ en cinco años.

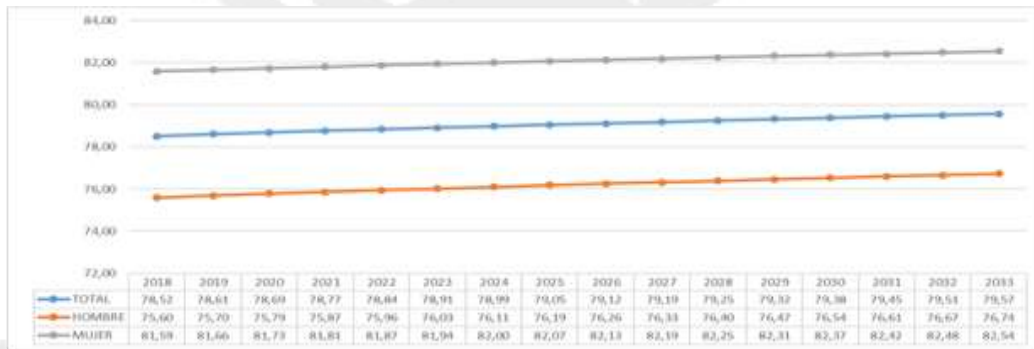
**Figura 3. Otros indicadores: Tasas específicas de fecundidad 10 a 14 y 15 a 19 por 1.000 mujeres del mismo grupo de edad, Soacha 2005-2023.**





Fuente: Reportes en: SISPRO, elaboración secretaria de Salud, Soacha, 2025.

**Figura 4. de Esperanza de vida total, hombre y mujer 2018 a 2023 Cundinamarca**



Fuente: Proyecciones del cambio demográfico: principales indicadores DANE CNPV 2018.

El gráfico muestra una tendencia creciente y sostenida entre 2018 y 2033 para el total de la población y para ambos sexos en el Departamento de Cundinamarca. El valor TOTAL aumenta de 78,52 a 79,57, lo que representa un incremento de 1,05 puntos. En el caso de HOMBRES, el indicador pasa de 75,60 a 76,74, con un aumento de 1,14 puntos, mientras que en MUJERES se observa el nivel más alto durante todo el período, creciendo de 81,59 a 82,54, es decir, 0,95 puntos. La diferencia entre mujeres y hombres se mantiene prácticamente estable, en torno a 5,8 puntos, lo que indica que, aunque ambos grupos mejoran de manera progresiva, no se reduce la brecha de género, y el comportamiento del total se mantiene consistentemente entre ambos valores.





### **1.2.3. Movilidad Forzada, Soacha**

Desde 1997 Colombia reconoció la existencia del desplazamiento interno forzado por medio de la Ley 357 de 1997, normativa que da medidas para la prevención, la protección y la atención de la población en condición de víctima. A partir de 1997 se crea en registro oficial, bajo la responsabilidad de la Agencia Presidencial la Acción Social y Cooperación Internacional. De acuerdo, a los datos del Registro Único de Víctimas, (RUV) a septiembre de 2023, se han registrado 35.452 personas consideradas como víctimas, 53,0% (n=18.7823) mujeres, el 46,7% (n=16.569) hombres y 0,3% (n=101) no definidos o no especificados; para una razón mujer: hombre de 1,1. El 31,9% (n=11.310) de las víctimas desplazamiento forzado son menores de 25 años.

### **1.2.4. Población LGBTIQ+, Soacha**

Desde la secretaria de Desarrollo Social de la Alcaldía de Soacha, se ha generado la consolidación de información actualizada para las de estrategias y la implementación de acciones que contribuyan a garantizar el ejercicio pleno de derechos y la inclusión social de la población LGBTIQ+ en Soacha.

Estas actividades han sido con enfoque diferencial y con las acciones que se disponen desde la Secretaría de Desarrollo Social de Soacha, a través del Programa de Poblaciones Especiales, se cuenta con una base censal de la población LGBTIQ+, en el cual han sido identificadas 100 personas. Esta información es entregada a través del oficio con radicado 20257100117043 Id: 263518, del 26 de septiembre 2025.

Dicho proceso se ha adelantado mediante diversas acciones, entre ellas, convocatorias y participación en eventos conmemorativos orientados a visibilizar a la población, desarrollo de campañas de sensibilización y prevención de la discriminación, realización de mesas de trabajo conjuntas con el sector salud, la Gobernación de Cundinamarca, el Ministerio de Igualdad y Equidad, así como otras entidades del orden nacional y articulación con organizaciones de base comunitaria que trabajan en la promoción de derechos y el acompañamiento a esta población.

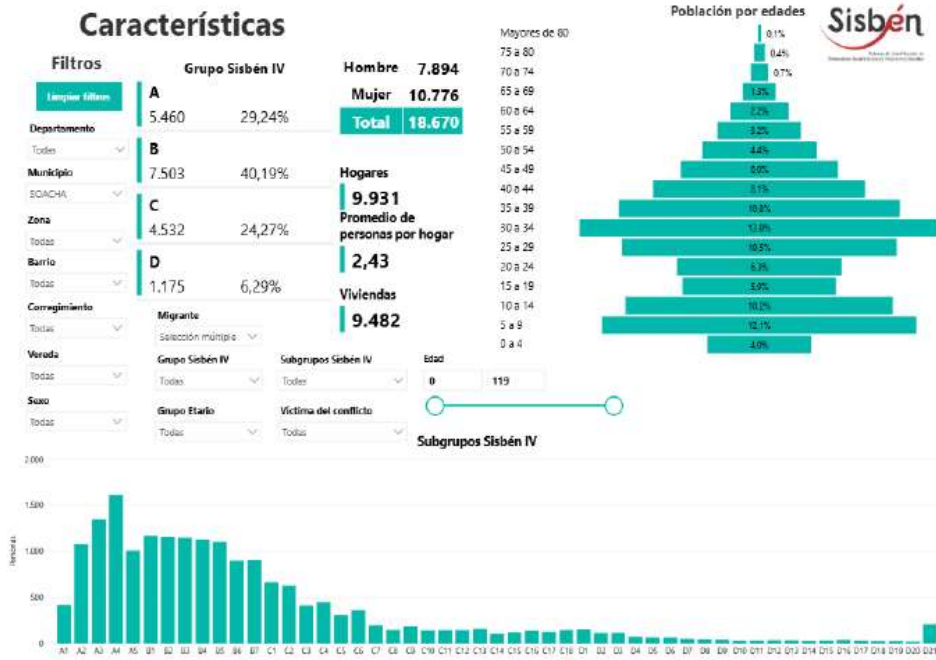
### **1.2.5. Población Migrante, Soacha**

Actualmente Soacha reporta 46.816 ciudadanos migrantes según Plataforma de coordinación interagencial para refugiados y migrantes de Venezuela, y actualmente con corte al 26 de septiembre del 2025, Soacha se han beneficiado 18.670 ciudadanos migrantes de los cuales 18.176 pertenecen a población venezolana representando así el 97,35% del total de migrantes En metodología IV. Otro indicador importante es el porcentaje de la población migrante según los grupos de Sisben, ubicando así 7.503 ciudadanos en Grupo B - Pobreza moderada representando el 40.19% del total de migrantes beneficiados.





Figura 4. Población Migrante que se tiene caracterizada en Soacha año 2024



Fuente: Tomado de <https://territoriosisben.sisben.gov.co/Reportes/ReporteadorT>.

La pirámide poblacional muestra que la mayor proporción de atenciones se presentaron a personas de 20 a 24 años representadas con el 14% (n=549). En cuanto a la distribución por sexo 68% (n=2.572) se realizaron a mujeres, este porcentaje aumenta para los quinquenios de 15 a 19 años y de 20 a 24 llegando a representar el sexo mujer el 76% de las atenciones realizadas, en atenciones la población mayor de 60 años representa el 5,8% (n=220) de las atenciones.

Tabla 9. Datos de Población Extranjera atendida en Soacha según sexo y grupo de edad, Soacha 2024.

TERRITORIO	GRUPO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL, GENERAL
Soacha	De 0 a 05 años	146	146	292
Soacha	De 06 a 11 años	111	114	225
Soacha	De 12 a 17 años	127	61	188
Soacha	De 18 a 28 años	548	120	668
Soacha	De 29 a 59 años	586	275	861





Soacha	De 60 y más	111	77	188
Total, Soacha		1.629	793	2.422

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 08/08/2025

### 1.2.6. Población Campesina, Soacha

El campesino en Colombia puede entenderse como un "sujeto" intercultural que se reconoce a sí mismo como tal y mantiene una conexión vital con la tierra y la naturaleza. Su labor está marcada por formas de organización comunitaria y familiar, generalmente no remuneradas, o por la venta de su fuerza de trabajo (Conceptualización del Campesinado en Colombia, Comisión de Expertos, ICANH, 2018). Estas comunidades campesinas han sido históricamente marginadas en el país, concentrando altos niveles de pobreza y necesidades básicas insatisfechas (NBI). Además, son las más afectadas por el conflicto armado, lo que ha generado desplazamientos masivos.

Según la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), en el 2024, la población de 15 años y más que se identificó subjetivamente como campesina alcanzó los 12,141,000 en todo el país. De esta cifra, el 15,3% reside en cabeceras municipales, lo que representa 4,785,000 personas. En las áreas rurales y centros poblados, el 86,9% de la población se identifica como campesina (7,356,000 personas), en contraste con el 13,0% que no se considera como tal (1,096,000 personas); Soacha es urbanizado, la mayor parte de las veredas son urbanizadas, no se cuenta con población auto reconocida como campesinos, no tenemos un censo de actividades agrícolas y/o comerciales.

### 1.3. Contexto institucional de protección social y sectorial en salud

La Secretaria de Salud de Soacha desarrolla acciones dirigidas a favorecer la salud de los pobladores en cumplimiento y armonización de la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el marco de un gran acuerdo nacional por la paz total, la salud y la vida, cuyo eje central es la garantía del derecho fundamental a la salud a través de un sistema público, universal, preventivo, participativo descentralizado e intercultural, donde el enfoque de la salud es la Atención Primaria en Salud (APS) e incluye a toda la comunidad y tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar, así como la garantía del acceso a los servicios de acuerdo a las necesidades de la población en un proceso continuo que va desde la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos prestados en lugares de los entornos cotidianos de las personas.





De acuerdo al maestro de afiliados Subsidiado-Contributivo BDUA a diciembre de 2023 en Soacha hay 165.808 personas afiliadas al régimen subsidiado y 386.395 personas afiliadas al régimen contributivo, en el territorio hacen presencial las EAPB Famisanar, Compensar, Salud Total, Capital Salud, Sanitas, Suramericana, Nueva EPS y Coosalud principalmente.

Actualmente la Ciudad de Soacha cuenta con 47 IPS, de las cuales 15 están inscritas como objeto social diferente y 3 como prestadores de transporte especial de pacientes. de las 47 IPS habilitadas del territorio 2 son EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, la primera es la E.S.E. REGIÓN SALUD SOACHA HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS, de carácter Departamento que cuenta con 7 sedes que ofertan servicios hospitalarios y las otras 6 que ofertan servicios ambulatorios, la segunda es la E.S.E MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA que cuenta con 5 sedes en las cuales se ofertan servicios ambulatorios.

#### **1.4. Gobierno y gobernanza en el sector salud**

La Secretaria de Salud ha generado un avance significativo en la Gobernanza en salud y el fortalecimiento de la articulación intersectorial, desde el marco de las políticas públicas hasta las instancias de participación como lo son los comités y mesas de trabajo que engloban la articulación con el fin de generar espacios de construcción y de fortalecimiento para el bienestar de los ciudadanos; para lograr esto se ha realizado la caracterización y actualización de actores intersectoriales, seguimiento a la gestión de políticas públicas y comités, establecido rutas intersectoriales que den respuesta a las necesidades en salud, planes de acción específicos para la respuesta a las necesidades de la comunidad. La secretaria de Salud participa en 33 instancias de articulación intersectorial, de los cuales preside 9 y en otros 9 realiza la secretaria técnica.

#### **CONCLUSIONES**

- Soacha, por su ubicación geográfica mantiene una estrecha relación con Bogotá en términos poblacionales, de mercado, vivienda, laboral, comercio, servicios, cultural.
- La migración venezolana ha impactado la atención en salud en Soacha, en donde la mayor atención fue principalmente en mujeres jóvenes. Estos datos resaltan la necesidad de fortalecer los servicios locales para responder a las demandas de esta población.





- La pirámide poblacional de Soacha muestra un perfil regresivo, caracterizado por una disminución en la fecundidad y natalidad y una concentración de población en grupos de edad intermedia (20-34 años). Este cambio indica un envejecimiento progresivo de la población, con proyecciones de un mayor número de personas adultas mayores hacia 2030.
- Soacha ha experimentado una notable reducción en las tasas de fecundidad y natalidad entre 2005 y 2024, reflejo de cambios sociales, económicos y demográficos que influyen en el crecimiento poblacional. Factores como el mayor acceso laboral de las mujeres y el uso de anticonceptivos han contribuido a este descenso, y se espera que la tendencia continúe en los próximos años, impactando la estructura demográfica y las condiciones sociales de las familias en la región.
- Soacha ha avanzado en la consolidación de un sistema de salud orientado a la Atención Primaria en Salud, con una red de IPS y un enfoque preventivo para garantizar el derecho a la salud. No obstante, la baja disponibilidad de ambulancias y camas por habitante plantea retos en términos de capacidad de respuesta, resaltando la importancia de ampliar los recursos y servicios para mejorar la cobertura y calidad de atención en el municipio

**Capítulo II. Condiciones sociales económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los DSS y los enfoques diferenciales y territoriales**

**2.1. Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio, Soacha**

El valor agregado es definido de acuerdo al DANE como el valor adicional que adquieren los bienes y servicios al ser transformados durante el proceso productivo del municipio. En ese sentido, de acuerdo a los datos suministrados por el DNP y el DANE a través de TerriData, sobre el valor agregado de Soacha durante los años 2011- 2023 se obtuvo que este se ha incrementado con el pasar de los años, pasando de \$3.222 (valor en miles de millones de pesos corrientes) en 2011 a 8.944 (valor en miles de millones de pesos corrientes) en 2023

**Tabla 10. Valor agregado en Soacha en miles de millones de pesos corrientes, Soacha 2011-2023**

Valor agregado	
2011	3222
2012	3556





2013	3639
2014	3944
2015	4155
2016	4794
2017	5001
2018	5342
2019	5779
2020	5551
2021	6823
2022	7964
2023p	8945

Fuente: Elaboración propia. Datos de DANE- TerriData. DNP. (2024)

Por otro lado, respecto a la información suministrada por el Ministerio de Trabajo-FILCO se obtuvo datos sobre el número de trabajadores cotizantes entre diversos rangos de edad, donde se evidenció que la mayoría de los cotizantes se encuentran dentro de los 29 y 40 años con un 32,48% con respecto al total de trabajadores afiliados (18.047) y en menor proporción los trabajadores que se encuentran entre los 17 años o menos con un 0,007%.

**Tabla 11. Trabajadores cotizantes por rango de edad, Soacha 2024**

Indicador	Dato Numérico	%
Trabajadores cotizantes con 17 años o menos	13	0,07%
Trabajadores cotizantes entre 18 y 28 años	4123	22,85%
Trabajadores cotizantes entre 29 y 40 años	5862	32,48%
Trabajadores cotizantes entre 41 y 50 años	3911	21,67%
Trabajadores cotizantes entre 51 y 59 años	2620	14,52%
Trabajadores cotizantes entre 60 años o más	1252	6,94%
Trabajadores cotizantes sin reporte de edad	266	1,47%

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Soacha 2020 -2024

Respecto a la información suministrada por el Ministerio de Trabajo, los trabajadores cotizantes según el género corresponden en su mayoría al sexo masculino con un 54,67% equivalente a 9.865 personas con respecto al total de trabajadores cotizantes, a diferencia de las mujeres que solo representan el 45,33% del total general de trabajadores cotizantes.





Por otro lado, respecto al número de empresas generadoras de trabajo dentro de Soacha y que contribuyen a reducir las tasas de desempleo del territorio entre los años 2010-2016 por cada 10.000 habitantes se ha incrementado de manera considerable en esos últimos 6 años con un incremento de 3 empresas más para el año 2016 con respecto al año anterior para alcanzar un total de 41 empresas para ese último año como se observará en la gráfica.

**Tabla 12. Mercado laboral Soacha 2024**

Concepto	SOACHA			
	2021	2022	2023	2024
% población en edad de trabajar	76,2	76,6	76,8	77,0
Tasa Global de Participación (TGP)	72,6	71,5	72,0	73,3
Tasa de Ocupación (TO)	58,5	62,1	64,3	64,3
Tasa de Desocupación (TD)	19,5	13,2	10,7	12,3
Tasa de Subocupación (TS)	9,8	8,9	7,3	10,1
Población total	780	804	827	853
Población en edad de trabajar (PET)	595	616	635	657
Fuerza de trabajo	432	441	457	482
Población ocupada	348	383	408	423
Población desocupada	84	58	49	59
Población fuera de la fuerza de trabajo	163	175	177	175
Población subocupada	42	39	33	48
Fuerza de trabajo potencial	21	22	26	25

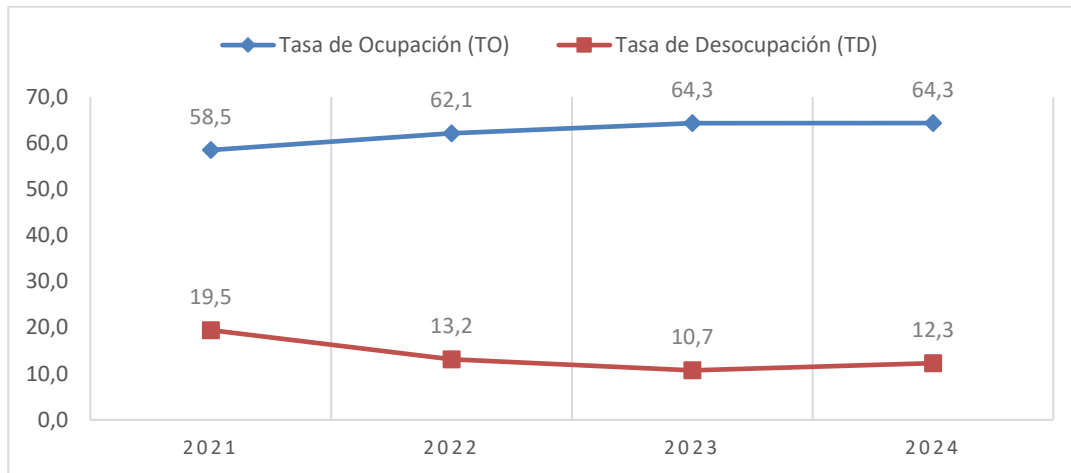
Fuente: Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). Dirección Sistemas de Información Geográfico, Análisis y Estadística.

De acuerdo a la Encuesta integrada de hogares (GEIH) realizada por el DANE, y de acuerdo a los datos suministrados por la Dirección de Sistemas de Información Geográfico, Análisis y Estadística se reporta que población en edad de trabajar en el año 2024 corresponde al 77%, con una tasa global de participación de 73,3% de los habitantes del territorio y la tasa de ocupación el 64,3%, con una alta tasa de desocupación del 12.3%





**Figura 5 Tasas de ocupación y desempleo, Soacha, 2021-2024**



Fuente: DANE, Gran encuesta integrada de hogares – GEIH, elaboración secretaria de Salud, Soacha, 2025

La tasa de ocupación para 2024 en Soacha fue de 64,3%, el comportamiento de este indicador muestra una tendencia lineal con una disminución para el año 2021 y acorde a este comportamiento la tasa de desempleo muestra una tendencia lineal con un pico en el año 2021 en donde se registró una tasa de 19.5%.

## 2.2. Condiciones de vida del territorio

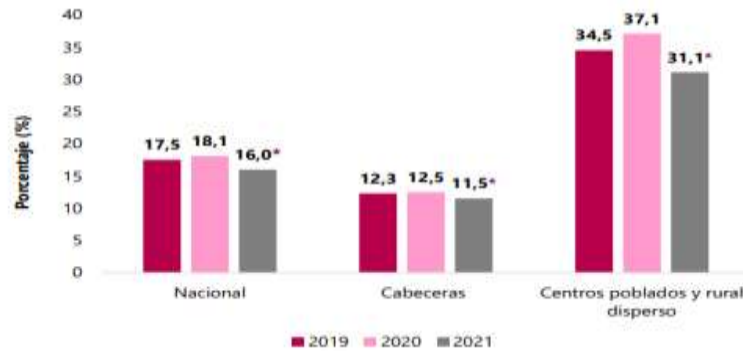
El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) identifica múltiples carencias a nivel de los hogares y las personas en los ámbitos de la salud, la educación y el nivel de vida. Utiliza microdatos de encuestas de hogares para determinar la pobreza multidimensional de las entidades territoriales.

En ese sentido, de acuerdo a los datos obtenidos a través del DANE a mediante el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV 2022), se identificó que el índice de Pobreza Multidimensional de acuerdo a los dominios es el siguiente: cabecera municipal es del 13,9; en los centros poblados y rural disperso es del 35,0; y en el dominio total este índice corresponde al 14,1 como se presenta a continuación en la gráfica.





**Figura 6. Índice pobreza multidimensional, Soacha, 2021.**



Fuente: censo Nacional de población y vivienda (CNPV 2021)

En relación a las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), a metodología de NBI busca determinar, con ayuda de algunos indicadores simples, si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Los grupos que no alcancen un umbral mínimo fijado, son clasificados como pobres. Los indicadores simples seleccionados, son: Viviendas inadecuadas, Viviendas con hacinamiento crítico, Viviendas con servicios inadecuados, Viviendas con alta dependencia económica, Viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela. Entre 2020 y 2021 hubo una disminución de 2,1 puntos porcentuales en la tasa de incidencia de la pobreza multidimensional a nivel nacional, de 1,0 puntos porcentuales en las cabeceras y de 6,0 puntos porcentuales en los centros poblados y rural disperso. En 2021, el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional en centros poblados y rural disperso fue 2,7 veces el de las cabeceras.

**Tabla 13. Condiciones de vida de acuerdo a indicadores de coberturas de servicios públicos, Soacha, 2019-2022**

Determinantes intermediarios de la salud	Cundinamarca	Soacha
Cobertura de servicios de electricidad	99,4%	100%
Cobertura de acueducto	71,29	54,75
Cobertura de alcantarillado	54,9	44,72
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	4,99	7,63
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	10,4	6,5
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	57,89	71,52

Fuente: Índice de cobertura de energía eléctrica - ICEE 2019, Reporte de estratificación y cobertura (Soacha 2022, Cundinamarca 2020), Informe consolidado del IRCA anual 2022, Indicadores de pobreza multidimensional DANE: Soacha 2018, Cundinamarca-2019.





La cobertura de acueducto y alcantarillado es mayor en la cabecera municipal que en el resto del territorio, esta diferencia es estadísticamente significativa.

**Tabla 14. Condiciones de vida de acuerdo a indicadores de coberturas de servicios públicos por área, Soacha, 2019-2022**

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	100	0
Cobertura de acueducto	57,11	54,8
Cobertura de alcantarillado	45,1	44,7

Fuente: Reporte de estratificación y cobertura 2022, elaboración secretaria de Salud, Soacha, 2025.

El análisis del sistema sanitario 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. El aporte de los diferentes determinantes en la salud de la población refiere que el sistema sanitario aporta el 11% en la reducción de la mortalidad, mientras que el estilo de vida aporta el 43%.

A nivel municipal, los diez (10) indicadores sanitarios revisados muestran que las diferencias relativas para cada uno de ellos no tienen diferencias estadísticamente significativas con relación a los indicadores calculados a nivel departamental.

### 2.2.1 Bajo peso al nacer, Soacha 2024

De acuerdo a la base de nacidos vivos del año 2024 se identifica que, en relación al bajo peso al nacer en Soacha, se identificaron patrones geospaciales importantes que evidencian una mayor concentración de casos en comunas como la 1, 2 y 6. Desde el punto de vista clínico, se observa que un porcentaje considerable de los recién nacidos presentaron un peso inferior a 2500 gramos, lo que confirma la condición de bajo peso al nacer. Además, se identificaron casos críticos por debajo de los 1500 gramos, lo cual representa un alto riesgo para la salud neonatal. Muchos de estos casos estuvieron asociados a embarazos múltiples y partos por cesárea, lo que coincide con la evidencia científica que asocia estas condiciones con mayor probabilidad de prematuridad y bajo peso.

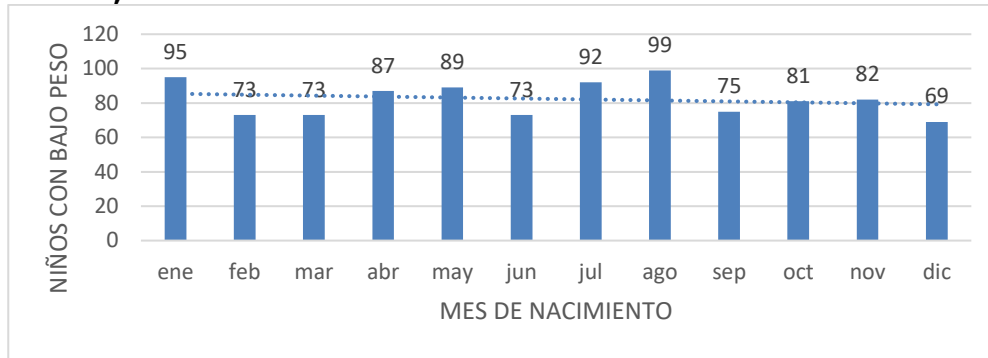
En cuanto a las características maternas, se encontró un grupo significativo de madres adolescentes (menores de 18 años), especialmente en comunas de alta vulnerabilidad. La edad materna baja se relaciona con una mayor probabilidad de





complicaciones en el embarazo, lo cual puede contribuir al bajo peso al nacer. Asimismo, la mayoría de los partos en esta población fueron espontáneos, aunque en los casos críticos predominó la cesárea, probablemente como medida de emergencia.

**Figura 7. Nacimientos por residencia de bajo peso al nacer, Soacha Cundinamarca, año 2024**



Fuente: RUAUF/ND Nacimientos por residencia año 2024.

### 2.2.2 Desnutrición en menores de 5 años, Soacha 2024

La desnutrición aguda en la infancia es un problema de salud pública que indica un deterioro reciente del estado nutricional, generalmente relacionado con deficiencias alimentarias o enfermedades infecciosas. Este evento se identifica a través del indicador peso para la talla (P/T), el cual se interpreta utilizando los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud. Se considera desnutrición aguda cuando el puntaje Z de P/T es menor a -2 desviaciones estándar (DE) (Instituto Nacional de Salud [INS], 2024).

Se observa que en 2024 se registraron un total de 367 casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, en cuanto a la distribución por sexo, en 2024 se reportaron 312 casos en niños (60.5%) y 203 casos en niñas (39.5%), por grupos de edad, en ambos años los menores de 2 años concentran la mayor parte de los casos. En 2024, el grupo de 1 año representó el 26,1% y los menores de 12 meses el 22,3% del total. En 2025, se observa un cambio, siendo los menores de 12 meses los más afectados (30,2%), seguidos de los niños de 1 año (23,7%). Esto refuerza la evidencia de que la desnutrición aguda afecta principalmente a los menores de 24 meses, etapa en la que la vulnerabilidad nutricional es mayor debido a la inmadurez inmunológica, la dependencia del entorno familiar y la necesidad de una alimentación complementaria adecuada.







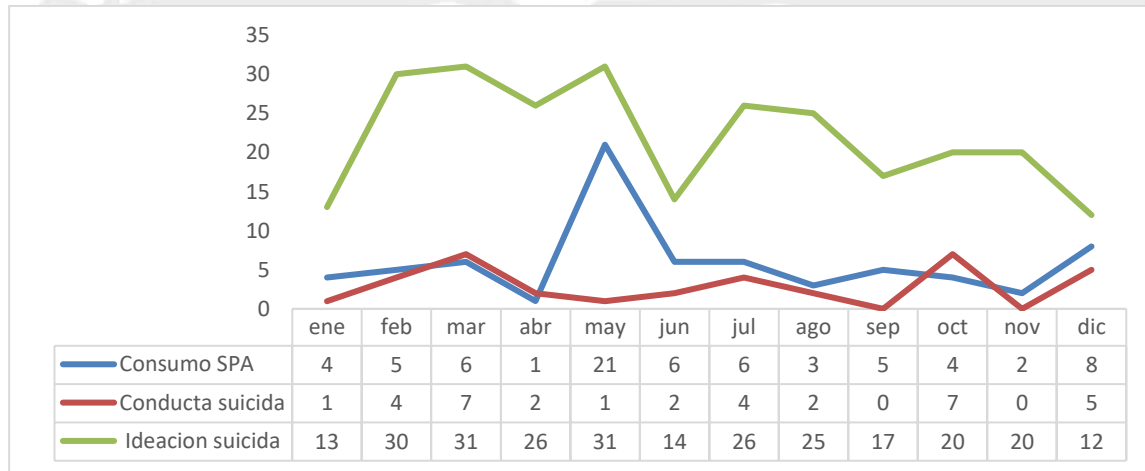
En relación a los niveles de cobertura de educación de Soacha se pueden hacer las siguientes observaciones: las coberturas de educación para primaria, y secundaria están por debajo del departamento y en los últimos presentan una tendencia a la disminución, las diferencias entre Soacha y el departamento no son estadísticamente significativa

Tabla 16. Cobertura de educación, Soacha, 2011-2022

Indicadores	Cundinamarca	Soacha	Comportamiento											
			2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	3,35	1,76									☑			
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	104,15	99,33	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	115,67	103,71	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	91,38	83,78	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑

Fuente: Ministerio de Educación Nacional. Datos Abiertos MEN. estadísticas sectoriales de educación preescolar, básica y media, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2025

Figura 11: Ideación, Conducta suicida, consumo SPA, Notificación por residencia, año 2024



Fuente: SIVIGILA 4.0, Notificación evento 356- Intento de suicidio por residencia, año 2024





El análisis de los factores de riesgo revela que los antecedentes de trastornos psiquiátricos y la ideación suicida persistente son los principales indicadores de vulnerabilidad. Estos datos subrayan la necesidad de una atención prioritaria en salud mental, con un enfoque en la prevención, el diagnóstico temprano y la intervención psicológica o psiquiátrica oportuna.

El plan organizado de suicidio representa un nivel avanzado de riesgo, lo que exige estrategias de detección temprana y protocolos de intervención inmediata. Además, los antecedentes de violencia o abuso refuerzan la relación entre experiencias traumáticas y la aparición de pensamientos o intentos suicidas, lo que resalta la importancia del apoyo psicosocial y programas de protección.

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y el abuso del alcohol están estrechamente vinculados a la impulsividad y la agravación de trastornos mentales, por lo que las estrategias de reducción de consumo y rehabilitación deben ser una prioridad dentro de la política de salud mental. Si bien los antecedentes familiares de conducta suicida presentan una menor incidencia, siguen siendo un factor de riesgo que requiere monitoreo, especialmente en poblaciones con historial clínico de salud mental.

### 2.3. Dinámicas de convivencia en el territorio, Soacha 2024

En relación a los indicadores de criminalidad como fuente de análisis de la convivencia en el territorio se observa de 2018 a 2023 un aumento en los hurtos pasando de 500 a 1079 hurtos por cada 100.000 habitantes. La tasa de violencia intrafamiliar también muestra una tendencia de aumento

Figura 12. Indicadores de criminalidad en Soacha, Soacha 2024



Fuente: TerriData: DNP, Disponible en: [https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha\\_25754.pdf](https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha_25754.pdf)





Para 2022 la tasa de homicidio intencional fue de 17,2 por cada 100.000 habitantes, siendo mayor en los hombres con 31,13 por cada 100.000 habitantes.

**Tabla 17. Indicadores de criminalidad, Soacha, 2023.**

Variable	Valor
16 ♂ Tasa de homicidio intencional por cada 100.000 habitantes (2023)	18.7
16 ♂ Tasa de homicidio intencional en hombres por cada 100.000 habitantes (2023)	34.9
16 ♀ Tasa de homicidio intencional en mujeres por cada 100.000 habitantes (2023)	3.5
16 ♂ Tasa de homicidio intencional en áreas urbanas por cada 100.000 habitantes (2023)	18.8
16 ♀ Tasa de homicidio intencional en áreas rurales por cada 100.000 habitantes (2023)	NA
5 ♀ Tasa de exámenes por presunto delito sexual a mujeres por cada 100.000 habitantes (2022)	NA
5 ♀ Tasa de suicidio de hombres por cada 100.000 habitantes (2022)	NA
5 ♀ Tasa de suicidio de mujeres por cada 100.000 habitantes (2022)	NA
5 ♀ Tasa de violencia de pareja a mujeres por cada 100.000 habitantes (NA)	NA

Fuente: TerriData: DNP, Disponible en: [https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha\\_25754.pdf](https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha_25754.pdf)

En el territorio no se han reportado eventos de minas antipersonales y el último año reportado 2022 se registraron 89 personas en proceso de reincorporación.

## CONCLUSIONES

- el valor agregado en Soacha ha mostrado un crecimiento sostenido entre 2011 y 2023, pasando de \$3.222 a \$8.945 miles de millones de pesos corrientes. Aunque la mayoría de la población está en edad de trabajar, la participación laboral es moderada y más de la mitad de los trabajadores se encuentran en la informalidad, lo que refleja desafíos económicos y la necesidad de fortalecer el
- En relación a los indicadores de criminalidad como fuente de análisis de la convivencia en el territorio se observa de 2018 a 2023 un aumento en los hurtos pasando de 500 a 1079 hurtos por cada 100.000 habitantes con empleo formal para aprovechar mejor el potencial productivo del municipio.
- Se identificó que el índice de Pobreza Multidimensional de acuerdo a los dominios es el siguiente: cabecera municipal es del 13,9; en los centros poblados y rural disperso es del 35,0; y en el dominio total este índice corresponde al 14,1. Estos indicadores subrayan la necesidad de intervenciones focalizadas para reducir la pobreza, especialmente en áreas rurales, y mejorar el acceso a servicios básicos y educación.





- En relación a las tasas de incidencia de violencia se ha evidenciado una ligera disminución sin embargo esta no es muy significativa nivel estadístico.
- En relación al nivel educativo se ha evidencia que Soacha presenta niveles inferiores versus los reportados a nivel Cundinamarca lo que se podría inferir que se tiene riesgo de analfabetismo.

### **Capítulo III. Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio.**

#### **3.1. Análisis de la Morbilidad**

Para ampliar la interpretación se utilizarán tablas por ciclo vital, donde se pondera el peso que tiene cada uno de los grupos por ciclo vital y por grandes causas, al mismo tiempo muestra la proporción año a año de cada una de las atenciones por grandes causas dejando ver la diferencia absoluta entre los años 2023 y el 2024

La morbilidad general es analizada por ciclo vital, lo cual permite caracterizar el proceso salud enfermedad y enfocar la planeación acorde con las necesidades reales del Municipio. Durante todos los años en observación y para todos los ciclos vitales las enfermedades no transmisibles son las más frecuentes, seguido por las condiciones transmisibles y nutricionales, y las lesiones, es importante resaltar que las condiciones mal clasificadas representan una proporción significativa, lo cual indica que los registro de RIPS realizados por los prestadores de servicios de salud que alimentan los cubos SISPRO, no cumplen con la calidad necesaria en el diagnostico incluido en los archivos planos

En la primera infancia para el año 2024 las primeras causas de consulta a los servicios de salud son las enfermedades no transmisibles con una proporción de 43.1%, en diferencia de proporciones 2023-2024 presentó un aumento de 2,69%. La segunda causa de morbilidad general en la primera infancia son las condiciones mal clasificadas con el 29,31% que aumentaron con relación al año anterior el 8,64%, es importante resaltar que para todos los ciclos vitales las condiciones mal clasificadas representan una proporción importante durante los años en observación, esto nos refleja errores ya sea en el proceso de clasificación diagnostica durante la consulta médica o la inadecuada estructuración y cargue de los archivos RIPS a la plataforma SISPRO.





En la infancia, la adolescencia y la juventud las condiciones no transmisibles cobran representatividad con el 63,63%, 65,25% y 57,10% respectivamente, seguido por las condiciones mal clasificadas.

Para los adultos y personas mayores se observa que las enfermedades no transmisibles en el año 2023 son la primera causa de morbilidad, y comparado con los demás ciclos vitales presentan una proporción más representativa 71,28% y 84,26%.

Tabla 18: morbilidad por curso de vida total, Soacha 2015-2024

Table with columns: Ciclo vital, Gran causa de morbilidad, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, Δ pp 2024-2023. Rows include categories like Primera infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adultez, and Persona mayor, with sub-categories like Condiciones transmisibles y nutricionales, Enfermedades no transmisibles, Lesiones, and Condiciones mal clasificadas.

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

Al igual que lo observado en la población general, para las mujeres en todos los grupos de ciclo vital las enfermedades no transmisibles son la principal causa de





morbilidad, presentando la mayor proporción en el ciclo vital persona mayor con un 84,55 para 2024 y una relación porcentual de 0,94% entre los años 2023 y 2024.

En el ciclo de vida de adolescencia, se identifica un comportamiento similar que persona mayor al establecer como los más relevantes en su distribución y cambio porcentual de los causales tales como las enfermedades no transmisibles con un 64,92 en relación entre el año 2023 y 2024, y las condiciones mal clasificadas, que refleja un dato de 23,22; asimismo se identifica igual comportamiento en los ciclos de vida de primera infancia con un dato en condiciones no transmisibles de 42,7 y de 30,9 en condiciones mal clasificadas; igual situación se produce en el grupo poblacional de infancia con un dato en condiciones no transmisibles de 62,14 y de 20,04 en condiciones transmisibles y nutricionales.

Tabla 19. Morbilidad atendida por curso de vida, Mujeres, Soacha 2015-2024.

Table with columns: Ciclo vital, Gran causa de morbilidad, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, Δ pp 2024-2023. Rows include categories like Primera infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-18 años), Juventud (14-26 años), Adultez (27-59 años), and Persona mayor (Mayores de 60 años) with sub-categories like Condiciones transmisibles y nutricionales, Condiciones maternas, Enfermedades no transmisibles, Lesiones, and Condiciones mal clasificadas.

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024





La morbilidad general en los hombres tiene un comportamiento similar que la general, durante los años en observación y para todos los ciclos vitales la primera causa de consulta son las enfermedades no transmisibles, seguidas por las transmisibles y nutricionales y las lesiones.

Para el año 2024 la mayor proporción de consultas a los servicios de salud son las enfermedades no trasmisibles, con un incremento a partir de infancia, llama la atención que las condiciones transmisibles y nutricionales, segunda causa de morbilidad en todos los ciclos vitales aumento, en primera infancia e infancia en -10,23% y -4,26% puntos porcentuales comparando los dos últimos años.

Tabla 20. Morbilidad atendida por curso de vida, Hombres, Soacha 2015-2024.

Table with columns: Ciclo vital, Gran causa de morbilidad, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, Δ pp 2024-2023. Rows include categories like Primera infancia (0-5 años), Infancia (6-11 años), Adolescencia (12-18 años), Juventud (14-26 años), Adultez (27-59 años), and Persona mayor (Mayores de 60 años) with sub-categories like Enfermedades no transmisibles, Lesiones, etc.

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración secretaria de Salud, Soacha, 2024





### 3.1.1. Principales causas y subcausas de morbilidad

#### Morbilidad por subcausas total

#### Morbilidad atendida por subcausas de morbilidad, población general

Las enfermedades no transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad, con variaciones porcentuales mínimas entre 0.00 % y -0.13 %, lo que evidencia un comportamiento estable y una carga persistente asociada a condiciones crónicas de larga evolución. Las condiciones transmisibles y nutricionales permanecen en segundo lugar, mostrando incrementos como +1.18 % en infecciones respiratorias y +0.57 % en infecciones intestinales, mientras las deficiencias nutricionales presentan una disminución de -4.45 %, reflejando un patrón más fluctuante y sensible a determinantes sociales y dinámicas poblacionales. En tercer lugar se ubican las lesiones, cuya variación oscila entre +0.12 %, -0.17 % y +0.28 %, indicando una tendencia general estable y una persistencia de eventos asociados a accidentalidad, violencias y otras exposiciones externas.

**Tabla 21. Morbilidad atendida por subcausas de morbilidad, Total, Soacha 2015-2024**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	3.37	2.10	2.74	2.94	3.14	3.50	5.91	4.73	4.16	5.34	1.18
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	45.35	45.49	40.54	41.29	38.76	44.89	42.02	28.86	30.75	36.02	5.27
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	51.27	52.41	56.72	55.77	58.10	51.61	52.07	66.42	65.09	58.64	-6.45
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	27.95	16.99	12.53	16.22	22.08	24.59	24.95	24.30	24.99	27.87	2.88
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	72.05	83.01	87.47	83.78	77.92	75.41	75.05	75.70	75.01	72.13	-2.88
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1.46	1.33	1.11	1.10	0.99	1.19	0.98	0.74	0.75	0.73	-0.02
	Otras neoplasias (D00-D48)	7.40	8.04	7.65	8.25	8.11	10.12	10.04	10.02	11.57	10.53	-1.04
	Diabetes mellitus (E10-E14)	18.57	18.94	21.04	18.38	20.57	12.09	14.77	15.40	13.48	18.72	5.24
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6.00	5.99	5.98	6.49	6.32	6.72	7.05	6.49	6.08	6.10	0.02
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	2.03	2.50	2.71	2.78	3.00	4.11	3.66	4.04	3.83	3.56	-0.27
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	11.51	11.83	13.86	11.00	11.61	13.62	12.87	14.78	15.53	14.48	-1.06
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	4.54	4.37	4.17	4.16	3.98	4.31	4.23	4.13	4.06	4.12	0.07
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	11.00	10.27	8.55	8.54	8.71	7.88	8.36	7.58	7.65	6.60	-1.05
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7.02	6.37	6.02	6.44	6.26	6.60	5.88	5.72	6.01	6.34	0.33
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9.31	9.13	8.44	11.52	9.97	11.70	10.73	9.20	8.28	7.94	-0.34
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	14.14	14.39	13.91	14.47	14.20	14.52	14.81	15.03	15.37	13.89	-1.47
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	3.72	3.62	3.53	3.61	3.21	3.43	3.16	3.55	3.78	3.21	-0.57
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1.83	1.93	1.80	1.93	1.79	2.41	2.24	2.01	2.25	2.26	0.01
	Condiciones orales (K00-K14)	1.46	1.32	1.23	1.32	1.27	1.50	1.40	1.31	1.36	1.52	0.16
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	0.07	0.01	0.04	0.02	0.04	0.04	0.04	0.03	0.01	0.01	0.00
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.38	0.48	0.43	0.48	0.68	0.85	0.97	0.91	0.91	0.91	0.00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	19.10	23.48	18.93	20.40	15.21	6.15	8.54	5.19	3.86	4.74	0.88
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	80.45	76.03	80.60	79.09	84.07	92.95	90.44	93.87	95.21	94.34	-0.88
is y síntomas mal definidos (R00-R99)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00	

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024





Las enfermedades no transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad en la población general, con variaciones porcentuales mínimas entre 0.00 % y -0.13 % en sus subgrupos más representativos, lo que evidencia un comportamiento epidemiológico estable y una carga sostenida asociada a patologías crónicas de alta prevalencia. En segundo lugar, se ubican las condiciones transmisibles y nutricionales, que muestran incrementos relevantes como +1.18 % en infecciones respiratorias y +0.57 % en infecciones intestinales, junto con una reducción marcada de -6.45 % en deficiencias nutricionales, reflejando una dinámica más sensible a cambios ambientales, sociales y estacionales. En tercer lugar, se encuentran las lesiones, cuya variación oscila entre +0.12 %, -0.17 % y +0.28 %, lo que indica una tendencia estable y una persistencia de eventos asociados a accidentalidad, violencias y otras exposiciones externas que mantienen su impacto en la carga de morbilidad nacional.

Tabla 22. Morbilidad atendida por subcausas de morbilidad, Mujeres, Soacha 2015-2024

Table with columns: Grandes causas de morbilidad, Subgrupos de causa de morbilidad, and years 2015-2024. It lists various medical conditions like infectious diseases, maternal conditions, non-communicable diseases, and injuries, along with their respective rates and percentage changes over time.

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaria de Salud, Soacha, 2024





En las mujeres durante 2024, las enfermedades no transmisibles siguen encabezando la morbilidad, destacándose las enfermedades del sistema circulatorio con 31,11 %, seguidas por las condiciones orales con 1,99 %, lo que refleja la continuidad de un perfil crónico dominante. En el grupo de lesiones, las de intencionalidad indeterminada muestran una reducción de 0,94 % frente a 2023, manteniendo un comportamiento relativamente estable. Como tercera causa, las condiciones transmisibles y nutricionales conservan alta carga, especialmente las infecciones respiratorias, que alcanzan 31,11 % y registran un aumento de 1,38 %, señalando sensibilidad a variaciones ambientales y epidemiológicas. En conjunto, el patrón refleja predominio crónico, persistencia de infecciones y estabilidad en lesiones

Tabla 23. Morbilidad atendida por subcausas de morbilidad, Hombres, Soacha 2015-2024

Table with columns: Grandes causas de morbilidad, Subgrupos de causa de morbilidad, Hombres (2015-2024), and Δ pp 2024-2023. Rows include categories like 'Condiciones transmisibles y nutricionales', 'Condiciones maternas perinatales', 'Enfermedades no transmisibles', 'Lesiones', and 'Signos y síntomas mal definidos'.

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

Respecto a la morbilidad atendida en salud mental para todos los grupos de ciclo vital las lesiones por traumatismo y envenenamiento representan la mayor proporción de atenciones, siendo del 43% en primera infancia. En el grupo poblacional de infancia, los cuales oscilan entre los 6 a 11 años, pues es en este grupo etario donde





identificamos un mayor porcentaje de afectación para la población en general desagregada por grupos etarios, siendo que se expresa con un porcentaje del 65% para el año 2024.

### 3.1.2. Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

El análisis de los eventos de alto costo, muestra que la diferencia relativa de la tasa de incidencia de VIH notificada entre Soacha y el departamento es estadísticamente significativa, siendo mayor en Soacha con 14,82 casos nuevos por 100.000 habitantes para 2024. Los demás indicadores de los eventos de alto costo no presentan diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 24. eventos de alto costo, Soacha 2017-2024**

Evento	CUNDINAMARCA	SOCHA	Comportamiento									
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	55,80	53,24	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗		
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	5,90	6,29	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗		
Tasa de incidencia de VIH notificada	12,57	14,82	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mielóide (menores de 15 años)	1,20	1,20	↗	↘	-	↗	↘	-	-	↗		
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	3,20	3,10	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗		

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración secretaria de Salud, Soacha, 2024

Es importante establecer las diferencias de la población de Soacha relacionadas con esta patología donde las acciones fundamentales para la prevención, detección y tratamiento deben estar dirigidas a la población con y sin aseguramiento siendo esta última la que mayor porcentaje de población diagnosticada representa sin tratamiento se deben establecer estrategias de evaluación del impacto del VIH en la salud pública de Soacha la cual debe incluir poder evaluar la carga de enfermedad, la mortalidad, los costos económicos y sociales asociados y las necesidades de intervención y prevención de las acciones territoriales deben estar enfocadas en varios aspectos siendo la Educación y Concientización la más importante la cual cobra campañas educativas para aumentar la conciencia sobre el VIH, sus modos de transmisión, medidas preventivas y la importancia de la detección temprana y el tratamiento; Promoción de la Prueba del VIH que busque fomentar la realización regular de pruebas





del VIH, no solo en los entornos clínicos sino involucrar los entornos comunitarios y educativos con el objetivo de aumentar la detección temprana.

### Semaforización y tendencia de los eventos precursores, Soacha, 2017-2024.

Para el análisis de eventos precursores se toman como referencia la prevalencia de diabetes mellitus y de hipertensión arterial. En 2024, Soacha solo supera al departamento en la prevalencia de hipertensión arterial, con 7,60 % frente al 7,31 % reportado para Cundinamarca, diferencia que no alcanza significancia estadística. En cuanto a diabetes mellitus, Soacha presenta una prevalencia ligeramente menor (2,90 %) respecto a la del departamento (3,20 %), manteniéndose dentro del comportamiento habitual observado en los últimos años.

**Tabla 25. eventos precursores, Soacha, 2017-2024.**

Evento	Cundinamarca año 2024	Soacha año 2024	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
cia de diabetes mellitus	3,20	2,90	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗
cia de hipertensión arterial	7,31	7,60	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

### 3.1.3. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria (ENOS)

Durante los años en observación desde 2017 a 2023, el evento más notificado al sistema de vigilancia epidemiológico SIVIGILA es el 300-agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con un acumulado de 17.372 personas, seguido de evento 875-violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual (VCM, VIF, VSX) con un acumulado de 16.693 notificaciones durante los años 2016-2024.

Para el año 2024, la primera causa de notificación sigue siendo el evento 300 agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, en segundo lugar, está el evento 875 - violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual (VCM, VIF, VSX), el evento 875 violencias, seguido de evento 330 Varicela individual.

**Tabla 26. eventos de notificación obligatoria, Soacha 2015- 2024**

Evento	Comportamiento
--------	----------------





	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
100 - ACCIDENTE OFIDICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
110 - BAJO PESO AL NACER	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
112 - MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
205 - CHAGAS	✓	✓	✓	-	-	-	-	✓	✓	✓
210 - DENGUE	✓	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
217 - CHIKUNGUNYA	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-
220 - DENGUE GRAVE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓
228 - EXPOSICIÓN A FLÚOR	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-
230 - DIFTERIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
298 - EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
305 - TRACOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
310 - FIEBRE AMARILLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
320 - FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	-	✓
330 - HEPATITIS A (BROTE)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
340 - HEPATITIS B	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓
341 - HEPATITIS C	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
342 - ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	✓
343 - HIPOTIROIDISMO CONGENITO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
345 - ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
348 - INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
351 - ENDOMETRITIS PUERPERAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
356 - INTENTO DE SUICIDIO	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
357 - INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVOS	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	✓
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
380 - INTOXICACIÓN POR METANOL	✓	-	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓
390 - INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-
400 - INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓
412 - INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓
414 - INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	✓	✓
430 - LEISHMANIASIS MUCOSA	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	✓	-
440 - LEISHMANIASIS VISCERAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
450 - LEPRO	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓
455 - LEPTOSPIROSIS	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
457 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA MIELOIDE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
458 - LESIONES POR POLVORA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
459 - CANCER INFANTIL	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
460 - MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-





470 - MALARIA FALCIPARUM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
480 - MALARIA MALARIE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
490 - MALARIA VIVAX	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
495 - MALARIA COMPLICADA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
500 - MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	↗	↘	↗	-	↗	↘	-	-	-	↗
510 - MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	↗	↘	↗	↘	↗	-	↘	↗	↗	↘
520 - MENINGITIS POR NEUMOCO	↗	-	↘	↗	↘	↘	↗	-	-	↘
530 - MENINGITIS TUBERCULOSA	↗	↘	↗	↗	↘	-	↘	↗	↘	↘
540 - MORTALIDAD POR MALARIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗
550 - MORTALIDAD MATERNA	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗
580 - MORTALIDAD POR DENGUE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗
590 - MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
600 - MORTALIDAD POR IRA	↗	↗	↘	↘	↗	↘	-	↗	↘	↗
610 - PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (< DE 15 AÑOS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗
620 - PAROTIDITIS	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗
670 - RABIA HUMANA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
710 - RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗
730 - SARAMPiÓN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘
739 - SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS ASOCIADO A SARS-COV2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	↗	↘	↗	-	↗	-	↘	↘	↘	↗
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗
760 - TÉTANOS ACCIDENTAL	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-
770 - TÉTANOS NEONATAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
780 - TIFUS EPIDÉMICO TRASMITIDO POR PIOJOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
790 - TIFUS ENDÉMICO TRASMITIDO POR PULGAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
800 - TOSFERINA	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	-	↗	↗
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗
825 - TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	↗	↘	↗	-	↘	-	↗	↘	↗	↘
831 - VARICELA INDIVIDUAL	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗
875 - VCM, VIF, VSX	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗
880 - VIRUELA SIMICA (MONKEYPOX)	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗
895 - ZIKA	-	↗	↘	↘	-	-	-	-	-	↗

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración secretaria de Salud, Soacha, 2024

### 3.1.4. Análisis de la población con discapacidad

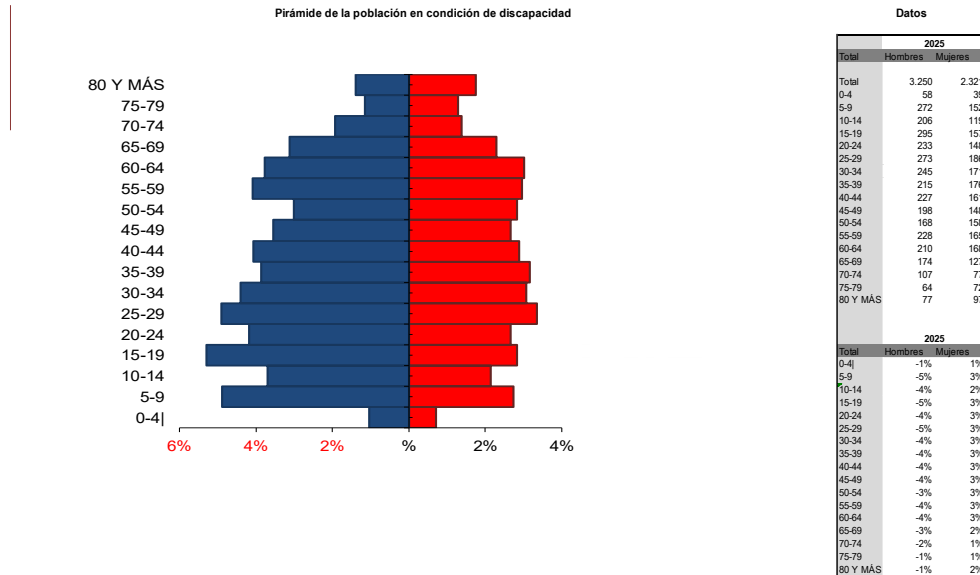
#### Pirámide de la población en condición de discapacidad

En Soacha la población en condición de discapacidad para el 2024 es de 5.571 personas, el 41,6% (n=2.321) son mujeres. Presenta una pirámide atípica, con mayor número de casos en el grupo de 15 a 19 años para los dos sexos.





**Figura 13. población en condición de discapacidad año 2024.**



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

Según las alteraciones permanentes registradas en la población con discapacidad para Soacha en 2024, se identifica que el 48,26% corresponde a discapacidades en el sistema nervioso, seguida del 49,88% de las discapacidades de movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, siendo una discapacidad que trae consecuencias en la calidad de vida de las personas que las padecen, mientras que el 41,6% son discapacidades relacionadas con los ojos.

**Tabla 27. Distribución de las alteraciones permanentes en personas con discapacidad, Soacha 2024.**

Categoría Discapacidad	Hombres	Proporción Hombres**	Mujeres	Proporción Mujeres**
Física	1566	100,00	1213	100,00
Visual	408	26,05	323	26,63
Auditiva	320	20,43	286	23,58
Intelectual	1608	102,68	1079	88,95
Psicosocial (Mental)	1393	88,95	927	76,42
Sordoceguera	3	0,19	5	0,41
Múltiple	1574	100,51	1115	91,92
Total	1566	100,00	1213	100,00

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración secretaria de Salud, Soacha, 2024





### 3.1.5. Identificación de prioridades en la morbilidad

Posterior al análisis de información de morbilidad se establecen las siguientes prioridades:

**Tabla 28. Identificación de prioridades en la morbilidad por grandes causas, específica por subcausas, alto costo, precursores, eventos de notificación obligatoria y discapacidad, Soacha, 2024.**

Morbilidad	Orden de prioridad	Tendencia
Grandes causas de morbilidad	1. Primera infancia: Enfermedades no transmisibles	Constante
	2. Infancia: Enfermedades no transmisibles	Constante
	3. Adolescencia: Enfermedades no transmisibles	
	4. Juventud: Enfermedades no transmisibles	
	5. Adultez: Enfermedades no transmisibles	Constante
	6. Vejez: Enfermedades no transmisibles	
Específicas por Subgrupos	1. Lesiones: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	Disminuyó
	2. Condiciones Materno Perinatales: Condiciones maternas	Disminuyó
	3. Transmisibles y nutricionales: Infecciones respiratorias	Constante
	4. No transmisibles: Condiciones orales	Constante
Alto costo	1. Tasa de incidencia de VIH notificada	Aumento
	2. Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	Aumento
Precursores	1. Prevalencia de Diabetes Mellitus	Aumento
	2. Prevalencia de Hipertensión arterial	Aumento
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Bajo peso al nacer	Aumento
	2. Morbilidad materna extrema	Aumento
	3. Violencia intrafamiliar, sexual y de la mujer	Aumento
	4. Conducta suicida	Aumento
	5. Tasa de incidencia de sífilis congénita	Aumento
	6. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	Aumento
Discapacidad	1. El sistema nervioso	Constante
	2. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	Constante
	3. Los ojos	Constante

Fuente: Elaboración Secretaría de Salud, Soacha, a partir de la información disponible en el capítulo de morbilidad ASIS 2025.



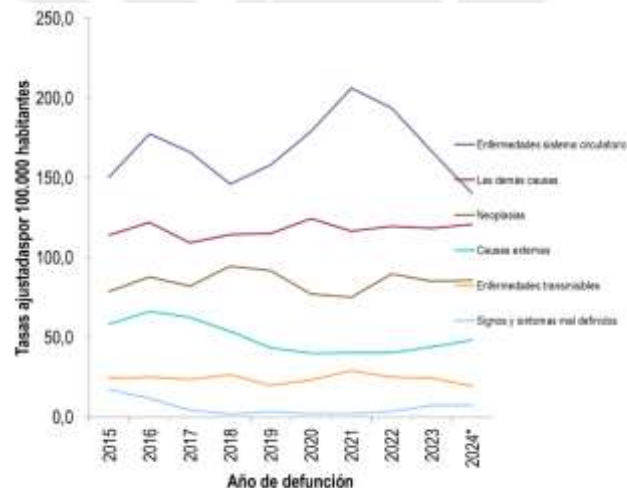


### 3.2.1 Mortalidad general

La mortalidad es un indicador indirecto de las condiciones de salud de una población. El análisis de la mortalidad se basa en el conteo, agrupación y clasificación de los datos que aparecen en el certificado de defunción. La integridad del registro y la calidad de los datos se correlacionan con la atención médica y la responsabilidad del personal de salud.

De acuerdo a la información preliminar del DANE en el año 2024 murieron 2.517 habitantes de Soacha, lo que representa una tasa bruta de mortalidad de 3,46 por 1.000 habitantes; en 2020 y 2021 se registraron las tasas más altas de mortalidad en Soacha, esto como resultado del impacto de la pandemia por SARS-Cov2 Covid-19 que causó un aumento considerable en la tasa bruta de mortalidad.

**Figura 14. Tasas ajustadas total, Soacha 2024**



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

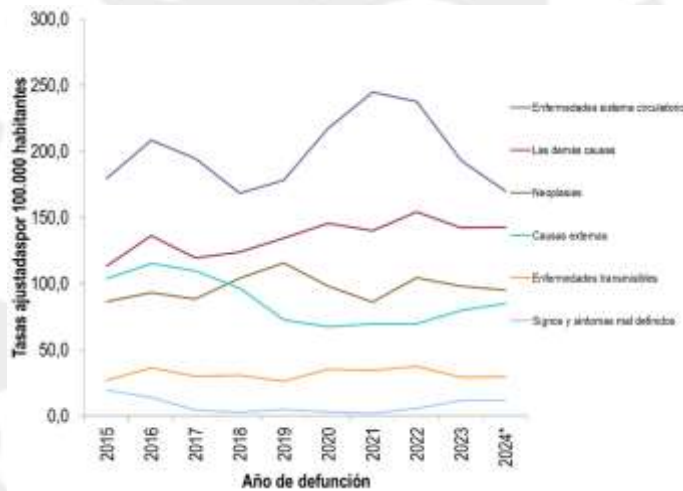
Entre 2015 y 2024\*, las tasas ajustadas de mortalidad por 100.000 habitantes en Soacha muestran un claro predominio de las enfermedades del sistema circulatorio, que aumentan de aproximadamente 150 en 2015 hasta un pico cercano a 205 en 2021, lo que representa un incremento cercano al 37 %, seguido de un descenso progresivo hasta alrededor de 140 en 2024, aunque manteniéndose como la principal causa de mortalidad. Las demás causas presentan un comportamiento relativamente estable durante todo el período, con valores que oscilan entre 110 y 125, cerrando en torno a 120 en 2024, lo que indica una carga constante sobre la mortalidad general. Las neoplasias muestran variabilidad moderada, pasando de cerca de 80 en





2015 a un máximo aproximado de 95 en 2018, disminuyendo hasta 75 en 2021 (-21 %) y recuperándose parcialmente a valores entre 85 y 90 en 2024. Las causas externas evidencian una reducción sostenida desde 60–65 en 2015–2016 hasta alrededor de 40 entre 2020 y 2022 (disminución cercana al 35 %), con un leve repunte a 48 en 2024, lo que sugiere cambios recientes en la dinámica del riesgo. Las enfermedades transmisibles se mantienen en niveles bajos durante todo el período, entre 20 y 30, con un pico puntual alrededor de 30 en 2021 y descenso posterior, mientras que los signos y síntomas mal definidos disminuyen marcadamente de aproximadamente 18 en 2015 a 3–5 entre 2018 y 2021, con un leve aumento a cerca de 8 en 2024, lo que podría reflejar mejoras en la calidad del registro de causas de defunción.

**Figura 15. Tasas ajustadas hombres, Soacha 2024**



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

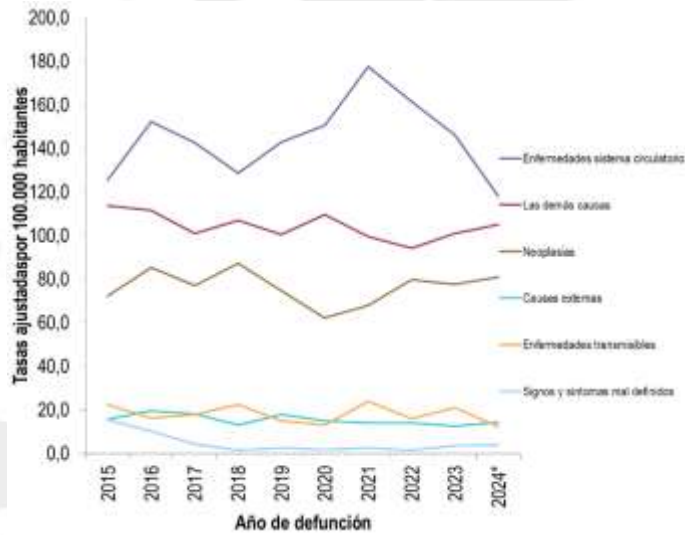
Durante el período 2015–2024\*, las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la principal causa de mortalidad en hombres, con tasas consistentemente más altas que en mujeres, aumentando desde aproximadamente 180 en 2015 hasta un pico cercano a 245 en 2021, seguido de una disminución sostenida hasta alrededor de 170 en 2024. Las demás causas presentan valores elevados y relativamente estables, con un incremento gradual hasta 2022 y estabilización posterior alrededor de 140–145. Las neoplasias muestran un comportamiento oscilante, con un aumento hasta 2019, una disminución entre 2020 y 2021 y una recuperación moderada hacia





2024. Las causas externas mantienen una carga importante en la mortalidad masculina, con tasas superiores a las observadas en mujeres, disminuyendo de 105–115 en 2015–2016 a valores cercanos a 70 en 2020–2021, y aumentando nuevamente hasta aproximadamente 85 en 2024. Las enfermedades transmisibles se mantienen en niveles moderados, con fluctuaciones entre 28 y 38 y un descenso hacia el final del período. Los signos y síntomas mal definidos permanecen como la categoría de menor frecuencia, con valores bajos y una leve tendencia al aumento en los últimos años.

**Figura 16. Tasas ajustadas mujeres, Soacha 2024**



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

En el período 2015–2024, las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la principal causa de mortalidad en mujeres, con un incremento marcado hasta 2021, seguido de una reducción sostenida hacia 2024, aunque manteniéndose como la causa predominante. Las demás causas presentan un comportamiento relativamente estable, con variaciones leves y sin cambios estructurales significativos. Las neoplasias muestran un patrón oscilante, con disminución alrededor de 2020 y recuperación progresiva en los años posteriores. Las causas externas y las enfermedades transmisibles se mantienen en niveles bajos durante todo el período, con fluctuaciones moderadas y sin incrementos sostenidos. Los signos y síntomas mal





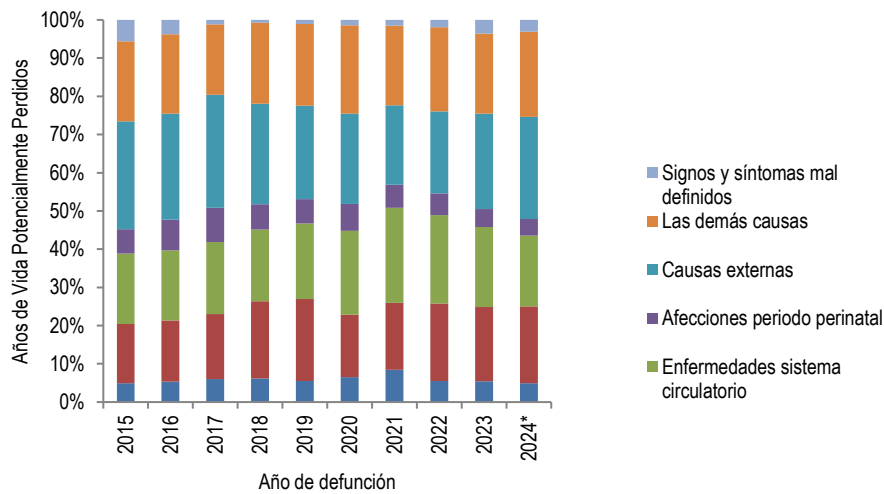
definidos presentan una tendencia descendente, con un leve aumento reciente, lo que sugiere una mejora general en la calidad del registro de la causa de defunción.

### 3.2.1.1 AVPP total

Se logra identificar que las causas externas y las enfermedades del sistema circulatorio representan una proporción considerable de los AVPP a lo largo de los años.

Las afecciones del periodo perinatal y las neoplasias (cáncer) también contribuyen significativamente, aunque las neoplasias parecen mostrar cierta estabilidad en su contribución, adicionalmente se identifica que las afecciones del periodo perinatal Mantienen una contribución constante y significativa a los AVPP, lo que indica una alta mortalidad temprana, las enfermedades del sistema circulatorio también mantienen un nivel significativo de AVPP, lo que sugiere la necesidad de estrategias preventivas más efectivas para enfermedades cardiovasculares.

**Figura 17. Años de vida potencialmente perdidos total (AVPP), Soacha 2024**



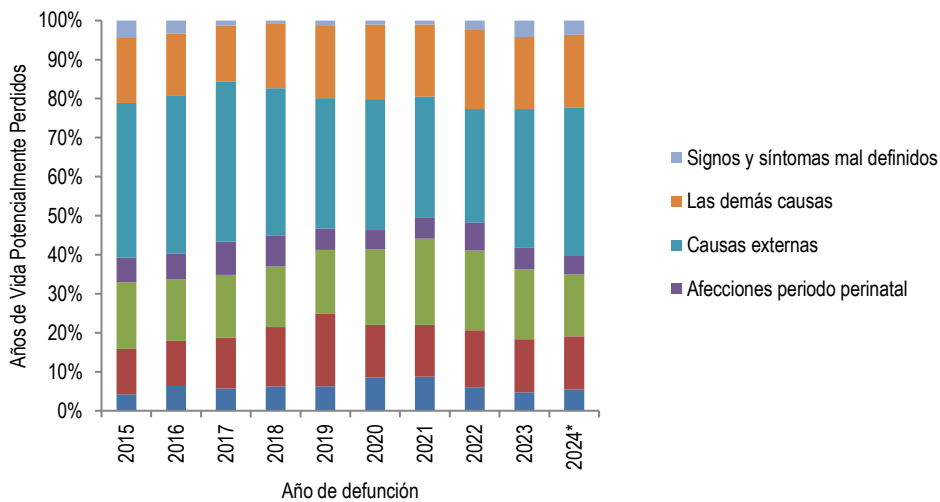
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración secretaria de Salud, Soacha, 2024





Entre 2015 y 2024, los años de vida potencialmente perdidos en Soacha se concentran principalmente en las causas externas, que aportan de forma sostenida cerca del 25–30 % del total durante todo el período, evidenciando su alto impacto en muertes prematuras. Las enfermedades del sistema circulatorio representan entre el 18 % y el 25 % de los AVPP, con un aumento marcado alrededor de 2021 y una leve reducción posterior, manteniéndose como una de las principales causas estructurales de pérdida de años de vida. Las neoplasias muestran una tendencia creciente hasta 2019, alcanzando cerca del 25 %, seguida de una disminución en 2020 y estabilización alrededor del 20 % en los años más recientes. Las enfermedades transmisibles contribuyen de manera menor, con proporciones generalmente inferiores al 8 %, aunque con un incremento puntual en 2021. Las afecciones del período perinatal mantienen una participación constante, cercana al 5–7 %, reflejando su peso en edades tempranas. Finalmente, las demás causas y los signos y síntomas mal definidos presentan proporciones relativamente estables y bajas, lo que sugiere una adecuada clasificación de las causas de defunción y un patrón persistente de mortalidad prematura asociada principalmente a causas prevenibles.

**Figura 18. Años De Vida Potenciales Perdidos (AVPP) Hombres, Soacha 2024**



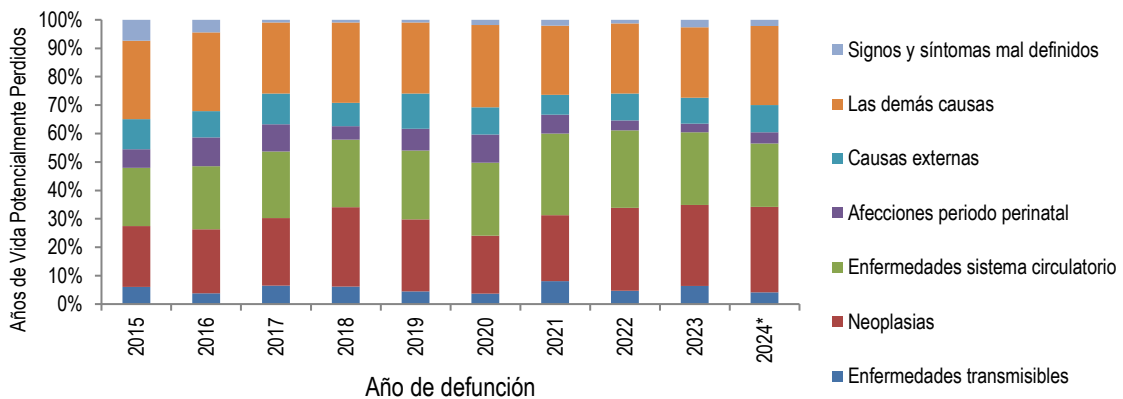
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaria de Salud, Soacha, 2024





Los años de vida potencialmente perdidos en hombres se concentran principalmente en las causas externas, que representan de forma sostenida entre el 35 % y el 45 % del total, confirmándose como la principal fuente de mortalidad prematura en este grupo poblacional. Las enfermedades del sistema circulatorio aportan entre el 15 % y el 22 % de los AVPP, con un incremento progresivo hasta 2021 y una reducción posterior, manteniéndose como una causa estructural relevante. Las neoplasias contribuyen entre el 12 % y el 18 %, con un aumento hasta 2019, descenso en 2020 y estabilización en los años siguientes. Las enfermedades transmisibles y las afecciones del período perinatal presentan participaciones menores, generalmente inferiores al 10 %, con variaciones leves a lo largo del período. Las demás causas mantienen una proporción relativamente estable, mientras que los signos y síntomas mal definidos representan un porcentaje mínimo, lo que sugiere una adecuada calidad del registro de la información.

**Figura 19. Años De Vida Potenciales Perdidos (AVPP) Mujeres, Soacha 2024**



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

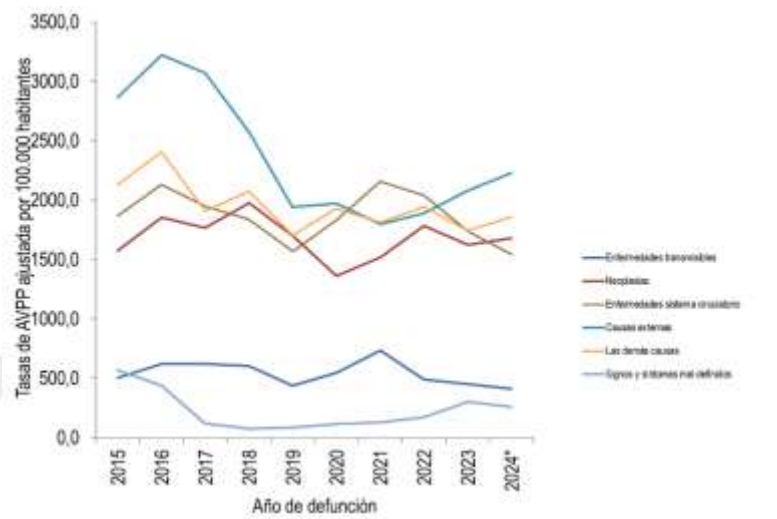
los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) en mujeres de Soacha se concentran principalmente en neoplasias, que aportan alrededor del 33–35% del total, manteniéndose como la primera causa, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio con cerca del 22–25%. Las demás causas representan aproximadamente 28–30%, mostrando un peso relevante y estable en los últimos años. Las causas externas contribuyen cerca del 9–10%, mientras que las afecciones del período perinatal y las enfermedades transmisibles tienen participaciones menores, alrededor del 4% y 2–3%, respectivamente, y los signos y síntomas mal definidos no superan el 2%. En conjunto, el perfil de 2024 confirma que más del 55% de los AVPP se





explican por neoplasias y enfermedades circulatorias, reflejando una carga predominante de enfermedades crónicas en la mortalidad femenina del municipio.

**Figura 20 Tasas ajustadas de AVPP Total, Soacha 2024**



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

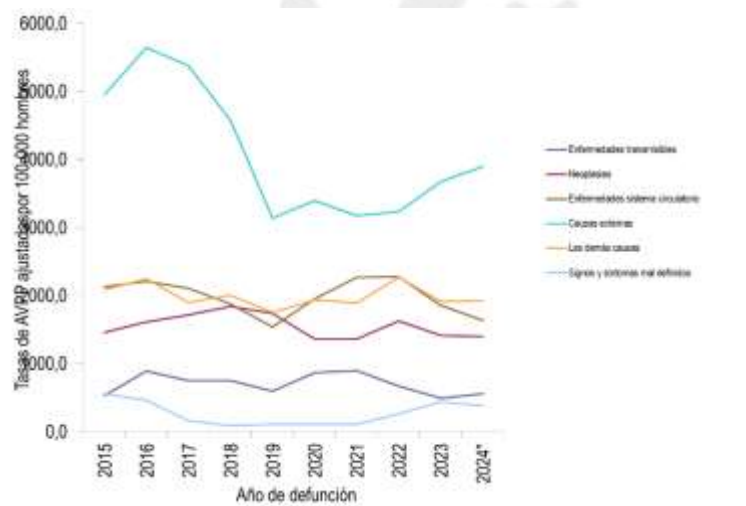
A continuación, se presenta un análisis integrado que permite identificar, dentro de los seis grandes grupos de causas, los subgrupos de mortalidad que explican el comportamiento de las tasas ajustadas de AVPP total en Soacha, así como su peso relativo y tendencia en el tiempo. En el grupo de enfermedades transmisibles, aunque no constituyen la principal causa de AVPP frente a causas externas o enfermedades crónicas, sí evidencian aportes relevantes en la mortalidad general; particularmente, las infecciones respiratorias agudas se posicionan como el subgrupo más representativo, aportando en 2024 una tasa cercana a 12,24 por 100.000 habitantes, superior al resto de subgrupos infecciosos, con una tendencia históricamente mayor en el género masculino, que presenta una relación aproximada de 2:1 frente al femenino. Por su parte, el subgrupo de resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ocupa una posición secundaria dentro de las transmisibles, con una tasa aproximada de 1,66 por 100.000 habitantes, destacándose nuevamente un mayor





aporte masculino (2,55 por 100.000) frente al femenino (0,98 por 100.000), este último con una tendencia descendente entre 2023 y 2024. En conjunto, estos hallazgos confirman que, si bien las enfermedades transmisibles no lideran la pérdida prematura de vida en AVPP, mantienen un impacto diferenciado por sexo y una carga persistente que requiere seguimiento, especialmente en los subgrupos respiratorios.

Figura 21. Tasas ajustadas de AVPP Hombres, Soacha 2024



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración secretaria de Salud, Soacha, 2024

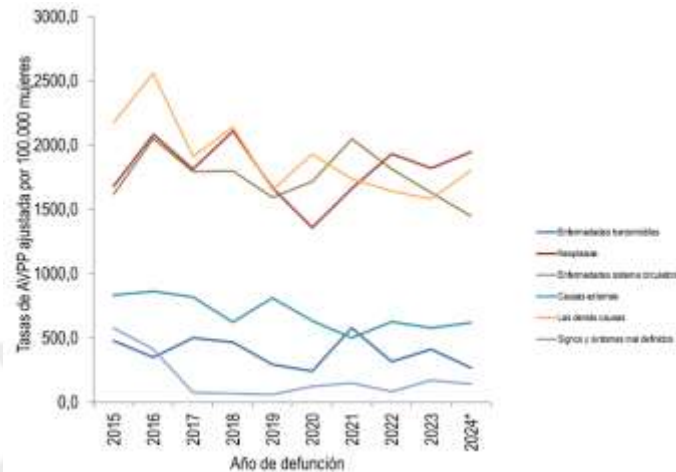
las tasas ajustadas de AVPP total en hombres en Soacha evidencian que las causas externas continúan siendo la principal fuente de pérdida prematura de vida, con una tasa cercana a 3.800–4.000 por 100.000 hombres, mostrando un incremento frente a 2022 tras la marcada reducción observada entre 2018 y 2020. En segundo lugar se ubican las demás causas, con alrededor de 1.900 por 100.000, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio, que aportan aproximadamente 1.400–1.500 por 100.000, ambas con oscilaciones moderadas a lo largo del periodo. Las neoplasias registran tasas cercanas a 1.300–1.400 por 100.000, manteniendo un comportamiento relativamente estable en los últimos años. Las enfermedades transmisibles presentan una menor contribución, alrededor de 500 por 100.000, mientras que los signos y síntomas mal definidos permanecen como la causa de menor peso, por debajo de 800 por 100.000, aunque con un leve aumento reciente.





En conjunto, el patrón confirma que en los hombres la carga de AVPP en 2024 se concentra principalmente en causas externas, con una brecha importante frente a las enfermedades crónicas y transmisibles.

**Figura 22: Tasas ajustadas de AVPP Mujeres, Soacha 2024**



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

las tasas ajustadas de AVPP en mujeres en Soacha muestran que las neoplasias constituyen la principal causa de pérdida prematura de vida, con una tasa cercana a 1.900–2.000 por 100.000 mujeres, evidenciando un incremento frente a 2022 y consolidándose como la primera causa en el sexo femenino. En segundo lugar se ubican las demás causas, con aproximadamente 1.800 por 100.000, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio, que presentan una tasa cercana a 1.450 por 100.000, ambas con fluctuaciones moderadas a lo largo del periodo analizado. Las causas externas muestran una contribución menor en comparación con los hombres, alrededor de 600 por 100.000, manteniendo un comportamiento relativamente estable en los últimos años. Por su parte, las enfermedades transmisibles registran tasas cercanas a 250–300 por 100.000, mientras que los signos y síntomas mal definidos se mantienen como la causa de menor impacto, por debajo de 200 por 100.000, confirmando que en 2024 la carga de AVPP en mujeres se concentra principalmente en enfermedades crónicas no transmisibles.

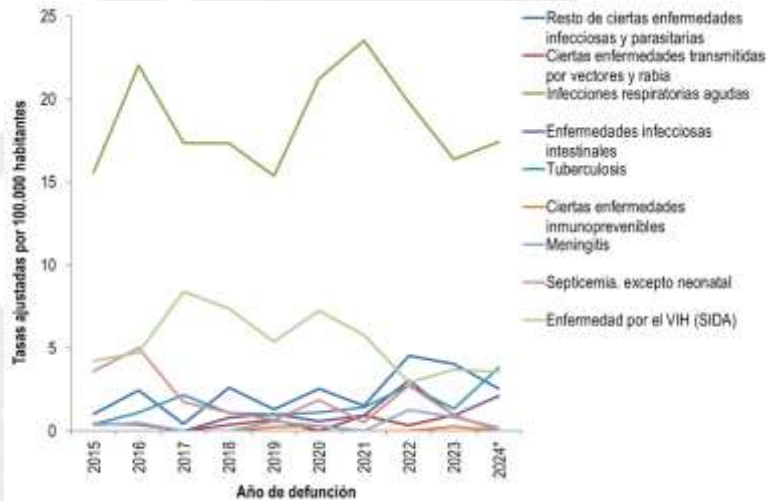




### 3.2.2. Mortalidad específica por subgrupo (Tasas ajustadas)

En Soacha, la mortalidad específica por subgrupo muestra que las causas externas generan la mayor pérdida prematura de vida, especialmente en hombres, concentrándose en edades jóvenes. Las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio predominan en mujeres y mantienen una alta carga en ambos sexos, reflejando el peso de las enfermedades crónicas. Dentro de las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas son el subgrupo más relevante, con mayor impacto en el sexo masculino. Los signos y síntomas mal definidos presentan baja participación, aunque requieren seguimiento por calidad de la información. En conjunto, el municipio enfrenta una doble carga de mortalidad por causas externas y enfermedades crónicas.

**Figura 23: Mortalidad por enfermedades transmisibles en Hombres, Soacha 2024**



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

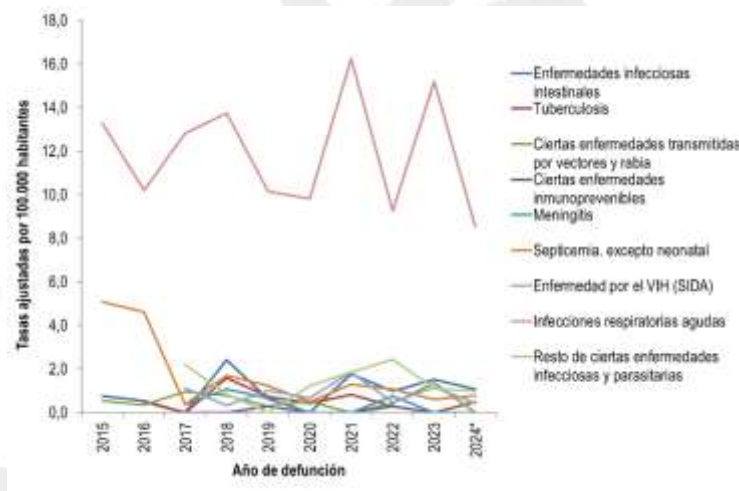
la mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres en Soacha evidencia que las infecciones respiratorias agudas son el subgrupo con mayor impacto, alcanzando tasas cercanas a 17–18 por 100.000 habitantes, pese a la reducción frente al pico observado en 2021 (23 por 100.000), manteniéndose muy por encima del resto de causas transmisibles. En segundo lugar se ubica la enfermedad por VIH (SIDA), con tasas alrededor de 3–4 por 100.000, mostrando un incremento progresivo desde 2021. El resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias presenta una tasa cercana a 2–3 por 100.000, con variaciones interanuales y un aumento reciente.





Subgrupos como tuberculosis, enfermedades infecciosas intestinales, meningitis, septicemia (excepto neonatal) y enfermedades inmunoprevenibles mantienen tasas bajas, generalmente inferiores a 1 por 100.000, con comportamientos fluctuantes. En conjunto, el patrón confirma que la mortalidad transmisible en hombres está dominada por las infecciones respiratorias, con aportes secundarios pero crecientes de VIH y otras infecciones.

**Figura 24: Mortalidad por enfermedades transmisibles en mujeres, Soacha 2024**



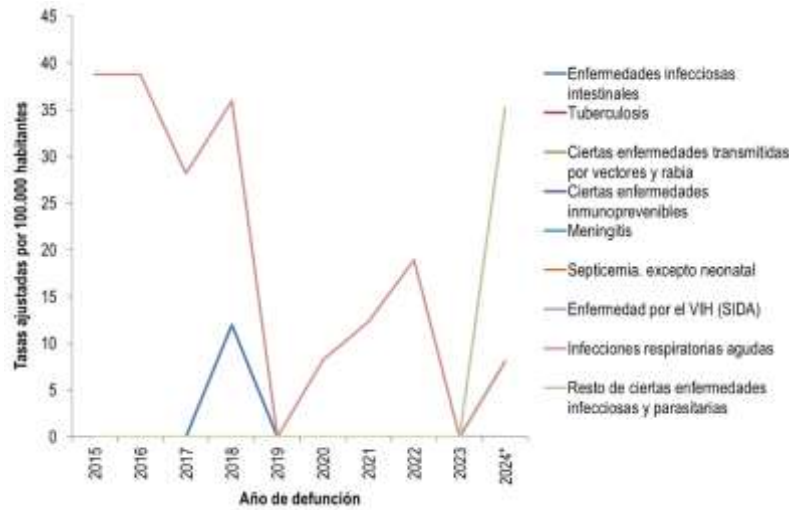
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

las infecciones respiratorias agudas continúan siendo el subgrupo de mayor peso, con una tasa cercana 8 – 9 por 100.000 habitantes, valor claramente inferior al observado en hombres (17 –18 por 100.000), evidenciando una brecha por sexo consistente en el tiempo. En los demás subgrupos, las tasas se mantienen bajas y generalmente por debajo de 2 por 100.000, destacándose el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades transmitidas por vectores y rabia, con leves incrementos interanuales. La tuberculosis, la septicemia (excepto neonatal), la meningitis y las enfermedades inmunoprevenibles presentan aportes marginales y fluctuantes. La enfermedad por VIH (SIDA) registra tasas bajas, inferiores a 1 por 100.000, sin incrementos sostenidos recientes.





**Figura 25: Mortalidad por enfermedades transmisibles total, Soacha 2024**



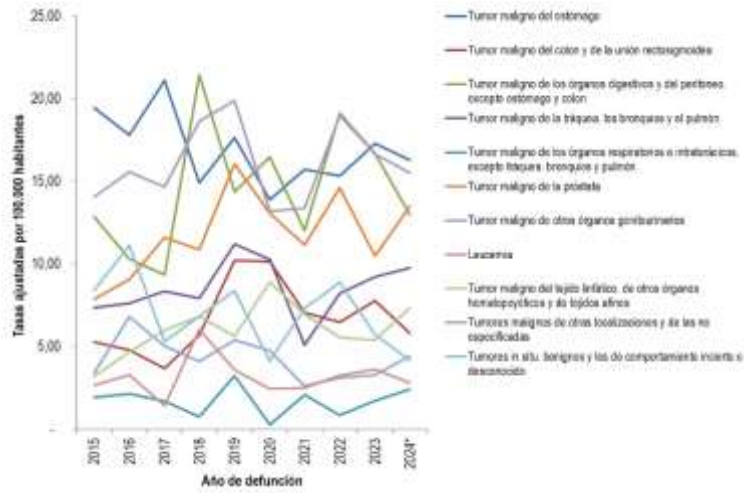
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

la mortalidad total por enfermedades transmisibles en Soacha confirma que las infecciones respiratorias agudas continúan siendo el principal subgrupo, con una tasa cercana a 8 por 100.000 habitantes, mostrando una recuperación frente al valor nulo observado en 2023, aunque muy por debajo de los niveles registrados en 2015 – 2018, cuando superaban los 35 por 100.000. El resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias presenta en 2024 un incremento marcado, alcanzando aproximadamente 35 por 100.000, constituyéndose como el subgrupo con mayor tasa en el año y contrastando con los valores cercanos a cero observados en años previos, lo que sugiere un evento atípico o cambios en la clasificación diagnóstica. Los demás subgrupos enfermedades infecciosas intestinales, tuberculosis, VIH (SIDA), meningitis, septicemia (excepto neonatal) y enfermedades inmunoprevenibles mantienen tasas bajas o nulas, sin tendencia sostenida en el tiempo. En conjunto, el comportamiento total refleja una alta variabilidad interanual de la mortalidad transmisible, dominada por picos específicos de infecciones respiratorias y por eventos puntuales en otros subgrupos, lo que refuerza la necesidad de vigilancia epidemiológica continua.





Figura 26: Mortalidad por neoplasias en hombres, Soacha 2024



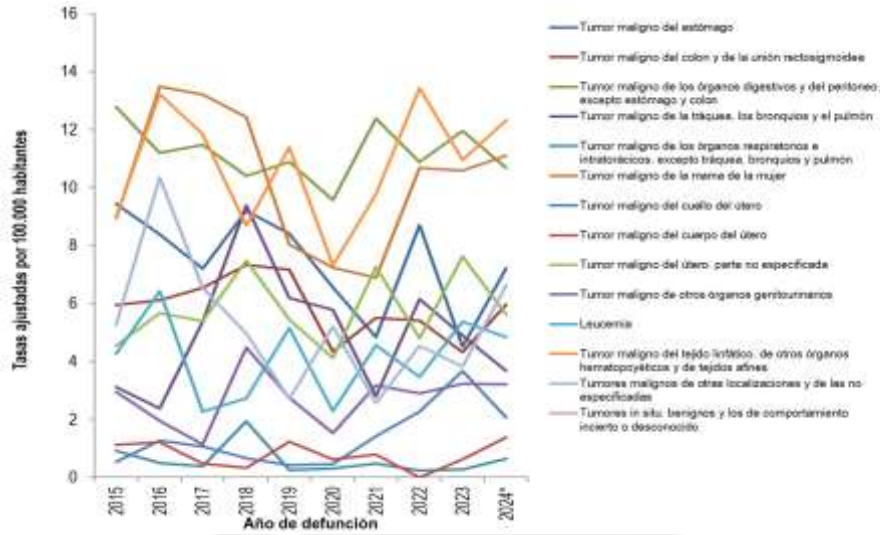
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaria de Salud, Soacha, 2024

La mortalidad por neoplasias en hombres en Soacha muestra que los tumores malignos del estómago continúan entre las principales causas, con tasas cercanas a 16 –1 7 por 100.000 habitantes, pese a la reducción frente a los picos observados entre 2016 y 2017 (20 – 21 por 100.000). Los tumores malignos de la próstata presentan una tasa aproximada de 13 – 14 por 100.000, con un comportamiento fluctuante y repunte frente a 2023. Los tumores malignos de la tráquea, bronquios y pulmón se ubican alrededor de 9 – 10 por 100.000, mostrando una tendencia moderadamente ascendente desde 2021. Los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo (excepto estómago y colon) alcanzan tasas cercanas a 13 por 100.000, con variabilidad interanual. En contraste, la leucemia, los tumores de otros órganos genitourinarios y los tumores de otras localizaciones y no especificadas presentan tasas menores, generalmente inferiores a 5 por 100.000. En conjunto, el patrón evidencia que en los hombres la mortalidad por neoplasias se concentra principalmente en cánceres digestivos, respiratorios y de próstata, con oscilaciones en el tiempo pero manteniendo un peso relevante en 2024.





Figura 27: Mortalidad por neoplasias en mujeres, Soacha 2024



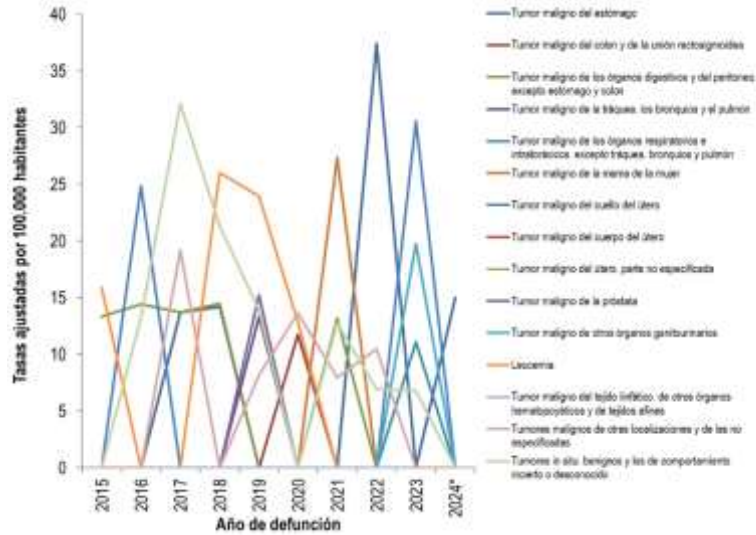
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

El comportamiento de la mortalidad por neoplasias en mujeres en Soacha muestra una distribución más diversificada que en los hombres, con predominio de tumores propios del sexo femenino. El cáncer de mama se consolida como la principal causa, con tasas cercanas a 12–13 por 100.000 mujeres, evidenciando un repunte frente a 2023. Le siguen los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo (excepto estómago y colon), con valores alrededor de 10–11 por 100.000, manteniendo un comportamiento relativamente estable en el periodo analizado. El cáncer de estómago presenta tasas próximas a 7 por 100.000, con oscilaciones interanuales y un aumento reciente. Los tumores del cuello y cuerpo del útero muestran tasas más bajas, generalmente inferiores a 2 por 100.000, aunque con leves incrementos en 2024. Por su parte, los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, la leucemia y los tumores de otros órganos genitourinarios mantienen aportes moderados, entre 3 y 5 por 100.000. En conjunto, el perfil femenino evidencia que la carga de mortalidad por neoplasias en 2024 se concentra principalmente en cáncer de mama y neoplasias digestivas, con un patrón más heterogéneo y fluctuante a lo largo del tiempo.





Figura 28: Mortalidad por neoplasias total, Soacha 2024



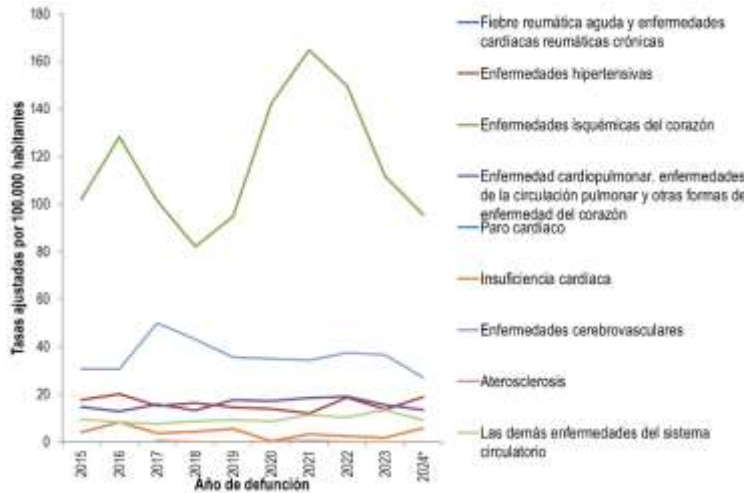
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

La mortalidad total por neoplasias en Soacha presenta un comportamiento altamente variable a lo largo del periodo 2015–2024, con picos pronunciados que reflejan el bajo número absoluto de eventos y su impacto en las tasas. En 2024\*, las mayores tasas se concentran en los tumores malignos del estómago (≈15 por 100.000 habitantes) y en los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (≈13–14 por 100.000), consolidándose como los principales aportantes a la mortalidad por cáncer. Los tumores de tráquea, bronquios y pulmón y los tumores de mama muestran valores intermedios, con oscilaciones marcadas entre años y descensos posteriores a picos específicos observados en 2017–2022. Subgrupos como leucemia, tumores del cuello y cuerpo del útero, tumores de próstata y tumores de otros órganos genitourinarios presentan tasas bajas o intermitentes, con apariciones esporádicas. En conjunto, el perfil total evidencia que la mortalidad por neoplasias en Soacha está dominada por cánceres digestivos, acompañada de una alta inestabilidad interanual





**Figura 29: mortalidad por sistema circulatorio Hombres, Soacha 2024**



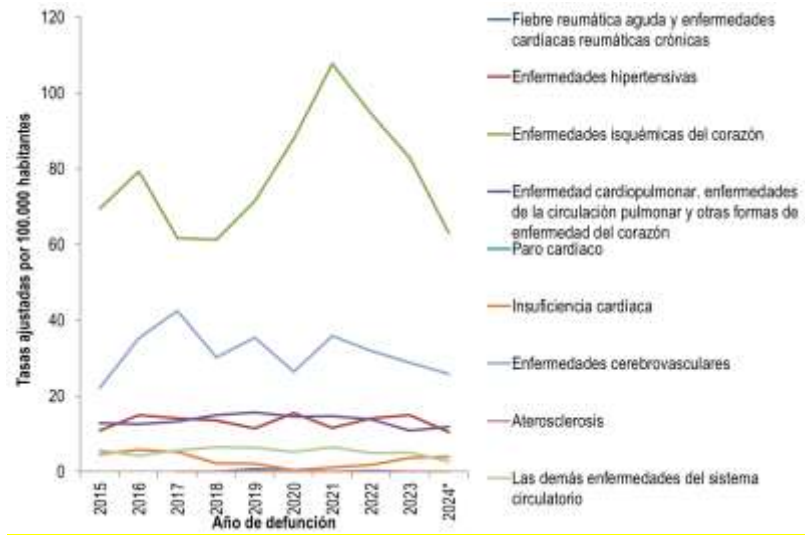
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres en Soacha está dominada por las enfermedades isquémicas del corazón, que registran tasas cercanas a 95–100 por 100.000 habitantes, manteniéndose como la principal causa pese al descenso observado frente al pico alcanzado en 2020–2021 ( $\approx 160$  por 100.000). En segundo lugar, se ubican las enfermedades cerebrovasculares, con alrededor de 25–30 por 100.000, mostrando una tendencia relativamente estable con ligera disminución reciente. Las enfermedades hipertensivas y la insuficiencia cardíaca presentan tasas intermedias, cercanas a 15–18 por 100.000 y 3–5 por 100.000, respectivamente, con fluctuaciones moderadas en el periodo. Otras causas como la enfermedad cardiopulmonar, el paro cardíaco, la aterosclerosis y las enfermedades reumáticas cardíacas mantienen tasas bajas, generalmente inferiores a 10 por 100.000. En conjunto, el patrón confirma que la mortalidad circulatoria masculina en 2024 se concentra principalmente en eventos isquémicos y cerebrovasculares, con una carga persistente, aunque menor a los máximos observados en años previos.





Figura 30: mortalidad por sistema circulatorio mujeres, Soacha 2024

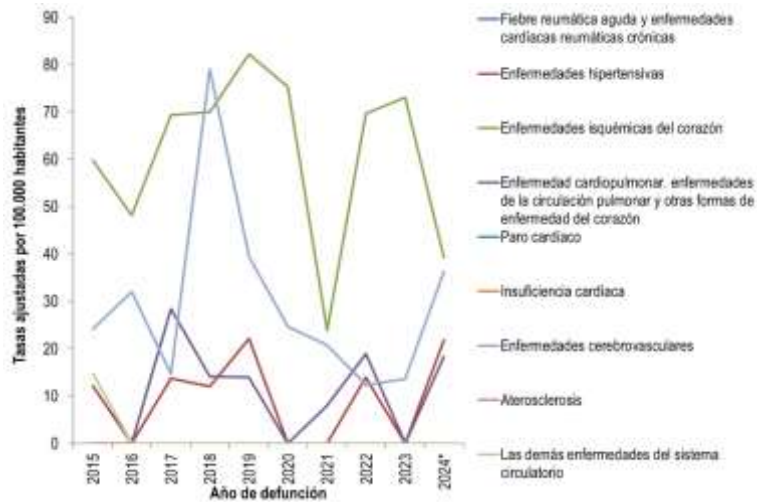


Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres en Soacha muestra un patrón similar al observado en los hombres, aunque con tasas consistentemente menores. Las enfermedades isquémicas del corazón se mantienen como la principal causa, con valores cercanos a 60–65 por 100.000 mujeres, evidenciando un descenso frente al pico registrado en 2020–2021 (~105 por 100.000). En segundo lugar se encuentran las enfermedades cerebrovasculares, con tasas alrededor de 25 por 100.000, manteniendo un comportamiento relativamente estable en el periodo analizado. Las enfermedades hipertensivas presentan tasas próximas a 10–12 por 100.000, con fluctuaciones leves a lo largo del tiempo. Otras causas como la enfermedad cardiopulmonar, la insuficiencia cardíaca, la aterosclerosis, el paro cardíaco y las enfermedades reumáticas cardíacas registran aportes bajos, generalmente inferiores a 5 por 100.000. En conjunto, el perfil femenino confirma que la mortalidad circulatoria se concentra principalmente en eventos isquémicos y cerebrovasculares, con menor intensidad que en los hombres y una tendencia general a la disminución reciente.

Figura 31: mortalidad por sistema circulatorio total, Soacha 2024





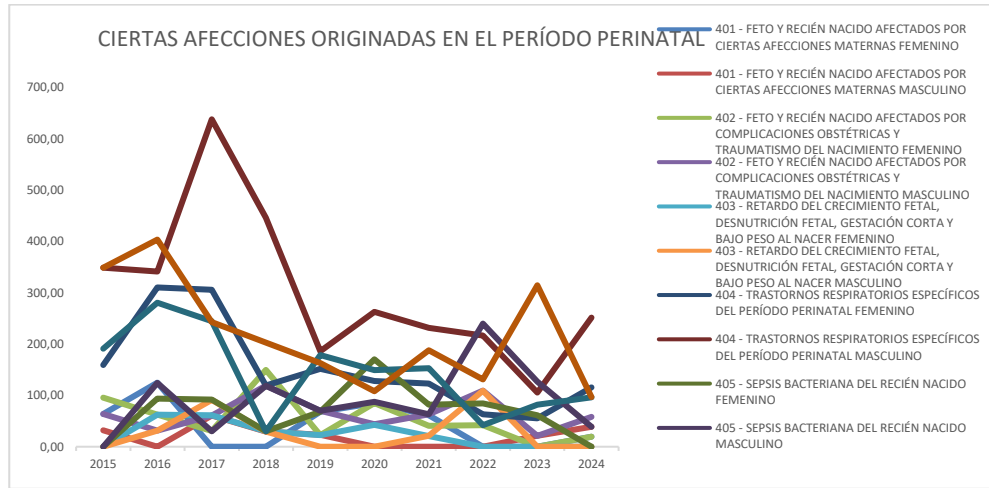
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

La mortalidad total por enfermedades del sistema circulatorio en Soacha continúa concentrándose principalmente en las enfermedades isquémicas del corazón, con una tasa cercana a 40 por 100.000 habitantes, a pesar de la reducción frente a los picos observados en 2019 y 2022, cuando superaron los 70–80 por 100.000. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar, alcanzando aproximadamente 35 por 100.000, mostrando una recuperación tras el descenso marcado en 2023. Las enfermedades hipertensivas y la enfermedad cardiopulmonar presentan tasas intermedias, alrededor de 20 por 100.000 y 17 por 100.000, respectivamente, con una alta variabilidad interanual. Subgrupos como la insuficiencia cardíaca, la aterosclerosis, el paro cardíaco y las enfermedades reumáticas cardíacas mantienen tasas bajas o nulas en la mayoría de los años. En conjunto, el comportamiento total refleja una marcada inestabilidad en el tiempo, asociada a picos específicos, pero confirma que la mortalidad circulatoria en el municipio está dominada por eventos isquémicos y cerebrovasculares.





Figura 32: Mortalidad Periodo perinatal H y M, Soacha 2024



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaria de Salud, Soacha, 2024

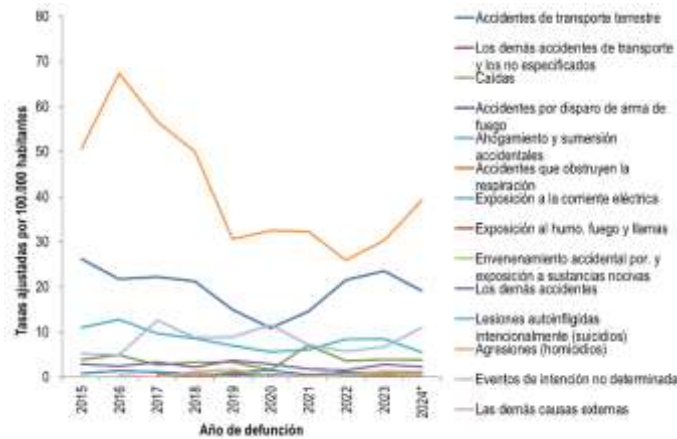
La mortalidad perinatal total (2015–2024\*) muestra alta variabilidad anual, con picos muy marcados entre 2016 y 2017, cuando varias causas superan las 300–600 muertes por 100.000 nacidos vivos, seguidas de una reducción relativa desde 2018 y repuntes puntuales en 2022–2024. Las causas con mayor magnitud numérica son las afecciones maternas que afectan al feto y al recién nacido (401) y los trastornos respiratorios específicos del período perinatal (404), que concentran los valores máximos del periodo. En contraste, sepsis neonatal (405) y complicaciones obstétricas/traumatismo del nacimiento (402) presentan tasas generalmente inferiores a 100, con picos aislados.

Por sexo, se observa predominio masculino en la mayoría de las causas, especialmente en 401, 403 y 404, con diferencias que en los años pico alcanzan 100–200 puntos por 100.000 frente al sexo femenino. El retardo del crecimiento fetal, prematuridad y bajo peso (403) mantiene una presencia sostenida (≈50–200), con aumentos recientes, mientras que el grupo 406 (otras afecciones perinatales) aporta una carga variable pero relevante. En conjunto, el patrón numérico sugiere inestabilidad por bajo número de eventos y señala como prioridades la prevención y manejo de afecciones maternas, trastornos respiratorios y prematuridad, responsables de la mayor carga cuantitativa del periodo.





Figura 33: mortalidad por causa externa hombres, Soacha 2024

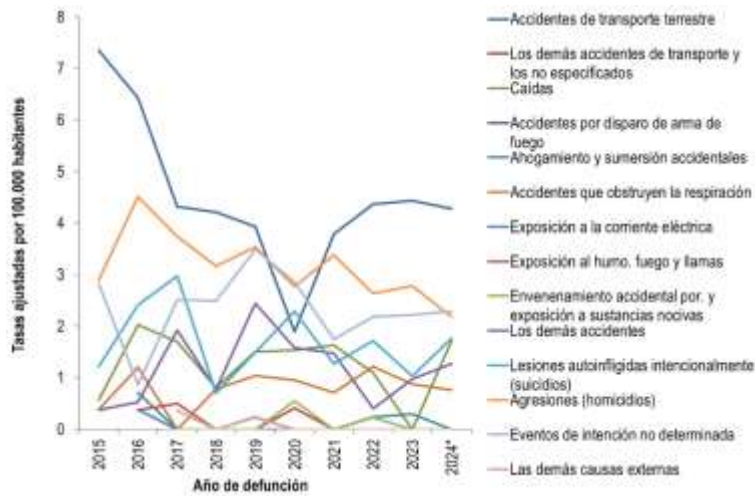


Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

La mortalidad por causas externas en hombres en Soacha continúa concentrándose principalmente en las agresiones (homicidios), con una tasa cercana a 39 por 100.000 hombres, evidenciando un repunte frente a 2022 y manteniéndose como la principal causa externa. En segundo lugar, se ubican los accidentes de transporte terrestre, que registran aproximadamente 19 por 100.000, con una disminución respecto a 2023, pero conservando un peso relevante. Las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) presentan tasas cercanas a 6 por 100.000, mostrando una reducción frente a años previos. Otros eventos como el ahogamiento y sumersión accidental, los eventos de intención no determinada y las caídas se sitúan en rangos intermedios, generalmente entre 3 y 10 por 100.000, con fluctuaciones moderadas. En contraste, causas como exposición a la corriente eléctrica, envenenamientos accidentales, exposición al humo, fuego y llamas y disparos de arma de fuego accidentales mantienen tasas bajas, inferiores a 2 por 100.000. En conjunto, el patrón confirma que la mortalidad externa masculina en 2024 está dominada por violencia interpersonal y siniestros viales, con una carga persistente sobre la población masculina.

Figura 34: Mortalidad por causa externa mujer, Soacha 2024





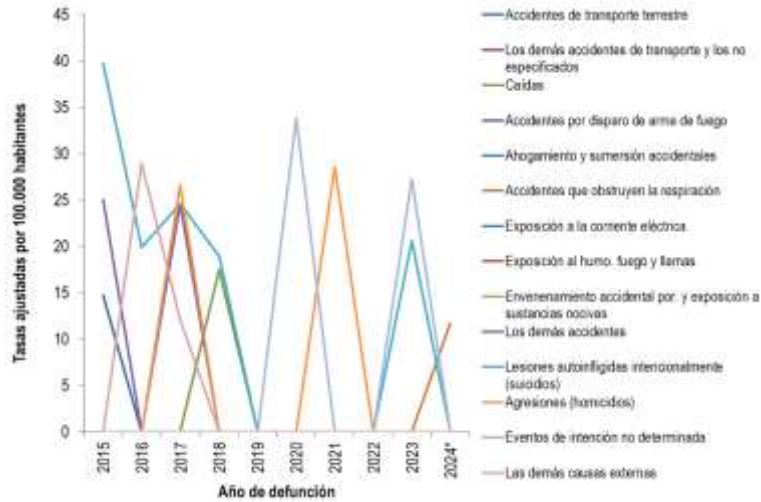
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

La mortalidad por causas externas en mujeres en Soacha presenta tasas considerablemente menores que en los hombres, con un patrón más disperso y sin una causa claramente dominante. La principal causa externa continúa siendo las agresiones (homicidios), con una tasa cercana a 2,2 por 100.000 mujeres, mostrando una reducción frente a años previos y confirmando un impacto menor en comparación con la población masculina. Los accidentes de transporte terrestre se ubican en un nivel similar ( $\approx 4,3$  por 100.000), manteniéndose relativamente estables tras el descenso observado entre 2015 y 2020 y el posterior repunte desde 2021. Las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) presentan tasas alrededor de 1,7 por 100.000, con fluctuaciones a lo largo del periodo y un leve aumento frente a 2023. Otras causas como el ahogamiento y sumersión accidentales, los eventos de intención no determinada y las caídas se mantienen en valores bajos, generalmente entre 1 y 2 por 100.000, sin una tendencia sostenida. En contraste, eventos como exposición al humo, fuego y llamas, exposición a la corriente eléctrica, envenenamientos accidentales y otras causas externas registran tasas muy bajas o cercanas a cero en varios años. En conjunto, el comportamiento evidencia que la mortalidad femenina por causas externas es baja y más estable, con predominio relativo de violencia interpersonal y siniestros viales, pero con una magnitud muy inferior a la observada en hombres, lo que refleja diferencias importantes por sexo en la exposición y el riesgo de estas causas.





Figura 35: mortalidad por causa externa total, Soacha 2024



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

En la mortalidad total por causas externas en Soacha, el comportamiento del periodo 2015–2024\* se caracteriza por una alta variabilidad interanual, con picos marcados que sugieren bajo número de eventos absolutos y, por tanto, mayor inestabilidad en las tasas. Las agresiones (homicidios) se mantienen como una de las principales causas externas, con picos importantes en 2017 y 2021, lo que confirma su peso en la mortalidad externa total, aunque sin una tendencia sostenida en el tiempo. Los accidentes de transporte terrestre también presentan valores relevantes en los primeros años del periodo, con descenso posterior y ausencia de una tendencia clara hacia 2024. Destacan los eventos de intención no determinada, que muestran picos muy elevados en 2020 y 2023, lo cual puede reflejar problemas en la certificación o clasificación de la causa básica de defunción, más que un aumento real del riesgo. Las lesiones autoinfligidas (suicidios) presentan valores altos en años específicos (especialmente 2015 y 2023), pero con un patrón irregular. Otras causas como ahogamiento, caídas, accidentes que obstruyen la respiración, exposición eléctrica o al fuego aparecen de forma esporádica, con tasas elevadas en años puntuales y valores nulos en otros, reforzando la idea de fluctuaciones asociadas a pocos casos. En conjunto, la mortalidad total por causas externas en Soacha muestra un perfil dominado por violencia interpersonal y eventos accidentales, con marcada inestabilidad estadística, lo que sugiere la necesidad de interpretar estas tasas con cautela y complementarlas con análisis de números absolutos y calidad del registro.





### Mal definidos H y M, Soacha 2024

En el grupo de las causas mal definidas, se presenta el criterio de signos, síntomas y afecciones mal definidas, con un consolidado total en el año 2024 con el 7,58 por 100.000 habitantes, y para el género que predomina este indicador son en el masculino con el 11, 72 por 100.000 hombres, y en mujeres representa el 3.75 por 100.000 mujeres, y la tasa general ha presentado aumento desde el 2021.

**Figura 36: Mal definidos H y M, Soacha 2024**



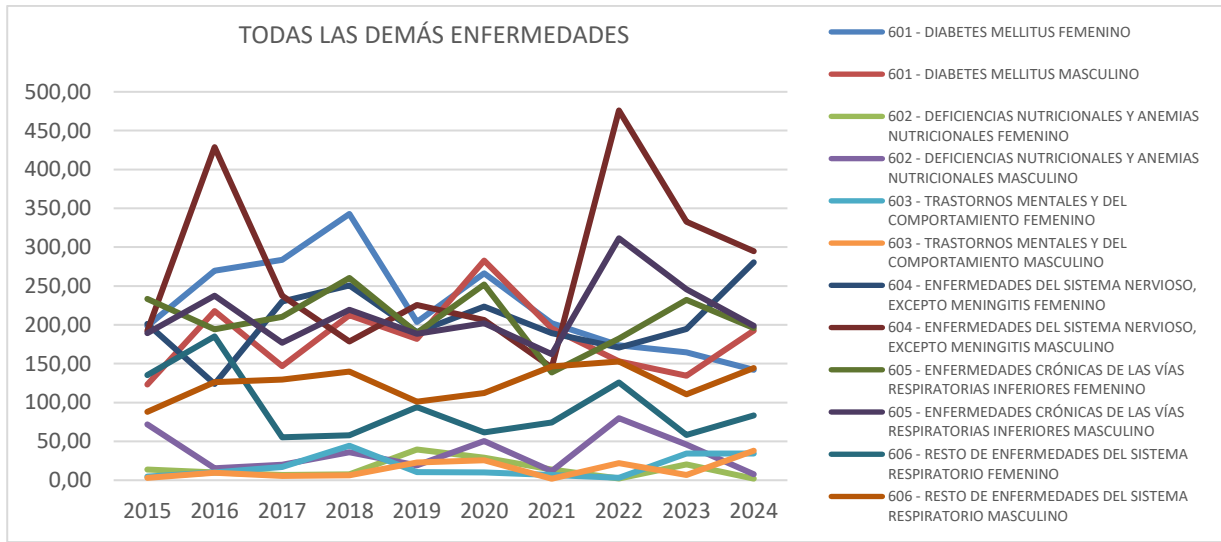
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

### Las demás H y M, Soacha 2024

El grupo de las demás causas constituye un grupo residual que incluye los siguientes códigos diagnósticos no clasificados en otros grupos: D50-D89, E00-E90, F00-F99, G04-G98, H00-H59, H60-H95, J30-J98, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Q00-Q99 (14). Entre 2015 y 2024, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron la primera causa de muerte dentro del grupo, siendo la única causa que durante todo el periodo presentó tasas superiores a las 25 mortalidades por 100.000 habitantes, en segundo lugar, el resto de enfermedades del sistema digestivo muestra una tendencia de aumento desde 2015 pasando de 14,53 a 16,74 mortalidades por 100.000 habitantes.

**Figura 37: Las demás H y M, Soacha 2024**





Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

### 3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

#### 3.2.3.1. Tasas específicas 16 grandes grupos menores de 1 año, Soacha 2024

El análisis de la mortalidad infantil en Soacha se realizó mediante una lista de 16 grupos de causas, como enfermedades infecciosas, tumores, enfermedades del sistema respiratorio y digestivo, entre otras. A nivel mundial, la probabilidad de sobrevivir varía según el lugar de nacimiento y está influenciada por factores como la salud materna. Se estima que dos de cada tres muertes neonatales podrían evitarse con una atención adecuada durante el parto y la primera semana de vida.

En Soacha, entre 2015 y 2024, las principales causas de mortalidad infantil en menores de un año fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas. En 2024, la tasa de mortalidad por afecciones perinatales fue de 6,17 por 1.000 nacidos vivos, y por malformaciones congénitas, 2,51. Desde 2015, estas cifras se han mantenido por debajo de 7 muertes por 1.000 nacidos vivos para afecciones perinatales y 3 para malformaciones. Las enfermedades del sistema circulatorio también fueron una causa relevante con una tasa de 0,50 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2024. Estas causas afectan tanto a hombres como a mujeres en proporciones similares.





**Tabla 28: grandes grupos menores de 1 año, Soacha 2024**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias		0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)		0,23	0,00	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,47		0,00	0,00	0,00	0,24	0,00	0,27	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,23	0,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26	0,27	0,31	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31	0,98
Enfermedades del sistema respiratorio	0,47	1,39	0,68	0,72	1,37	0,24	0,79	1,10	0,62	0,65
Enfermedades del sistema digestivo	0,23	0,23	0,23	0,00	0,23	0,24	0,00	0,00	0,00	0,33
Enfermedades del sistema genitourinario			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5,85	6,93	8,21	7,42	5,03	5,22	6,55	9,88	8,07	7,82
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,45	2,77	2,74	2,63	2,06	4,04	4,19	3,29	2,17	3,91
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,70	1,16	0,23	0,00	0,00	0,47	0,52	0,82	0,62	0,00
Todas las demás enfermedades			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,23	0,23	0,91	0,48	0,23	0,71	0,00	0,00	0,00	0,33

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,74		0,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,32	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,25	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas			0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio			0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,32	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,98	0,98	0,48	0,50	0,00	0,00	0,27	0,29	0,32	0,00
Enfermedades del sistema digestivo		0,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,32	0,34
Enfermedades del sistema genitourinario			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,94	6,87	5,70	2,77	5,05	7,66	5,96	3,21	2,90	4,47
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,97	5,40	2,14	2,77	1,68	2,22	1,08	1,46	1,61	1,03
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,49	1,72	0,00	0,00	0,00	0,25	0,27	0,29	0,65	1,03
Todas las demás enfermedades			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,49	0,49	0,00	0,25	0,96	0,49	0,27	0,00	0,00	0,34

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,36	0,12	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)		0,12	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,16	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,12	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	0,17
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,24		0,00	0,00	0,00	0,24	0,00	0,14	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,12	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,14	0,16	0,33
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio			0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,32	0,50
Enfermedades del sistema respiratorio	0,72	1,19	0,58	0,61	0,70	0,12	0,53	0,71	0,47	0,33
Enfermedades del sistema digestivo	0,12	0,36	0,12	0,00	0,12	0,12	0,00	0,00	0,16	0,33
Enfermedades del sistema genitourinario			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4,92	6,90	6,98	5,15	5,04	6,42	6,26	6,65	5,53	6,19
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,24	4,05	2,44	2,70	1,87	3,15	2,66	2,40	1,90	2,51
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,60	1,43	0,12	0,00	0,00	0,36	0,40	0,57	0,63	0,50
Todas las demás enfermedades			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,36	0,36	0,47	0,37	0,59	0,61	0,13	0,00	0,00	0,33

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración secretaria de Salud, Soacha, 2024





En Soacha, entre 2015 y 2024, las principales causas de mortalidad infantil en menores de un año fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas. En 2024, la tasa de mortalidad por afecciones perinatales fue de 6,17 por 1.000 nacidos vivos, y por malformaciones congénitas, 2,51. Desde 2015, estas cifras se han mantenido por debajo de 7 muertes por 1.000 nacidos vivos para afecciones perinatales y 3 para malformaciones. Las enfermedades del sistema circulatorio también fueron una causa relevante con una tasa de 0,50 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2024. Estas causas afectan tanto a hombres como a mujeres en proporciones similares.

**Tabla 29: tasas específicas 16 grandes grupos menores de 1 a 4 años, Soacha 2024**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,78	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	5,12	5,05	9,97	14,75	17,30	0,00	0,00	8,52	8,49	4,12
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		5,05	0,00	0,00	4,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,26	8,49	0,00
Enfermedades del sistema nervioso		10,10	9,97	4,92	4,32	0,00	0,00	17,04	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	5,12	10,10	0,00	0,00	4,32	0,00	0,00	0,00	4,24	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	5,12	5,05	14,96	4,92	0,00	0,00	7,84	8,52	0,00	4,12
Enfermedades del sistema digestivo			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	5,12		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,24	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal			4,99	0,00	0,00	0,00	3,92	0,00	4,24	4,12
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	15,36	5,05	14,96	9,84	17,30	0,00	19,60	17,04	8,49	12,35
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,12	15,15	9,97	0,00	0,00	0,00	0,00	8,52	4,24	12,35
Todas las demás enfermedades			0,00	4,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	5,12		19,95	4,92	0,00	4,06	7,84	12,78	8,49	8,23

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias			10,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,43	0,00
Tumores (neoplasias)	5,38	5,30	0,00	0,00	9,11	0,00	8,18	13,37	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		5,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,46	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,38		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	5,38	5,30	0,00	0,00	4,55	0,00	0,00	0,00	0,00	4,38
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio		5,30	0,00	0,00	4,55	4,25	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	5,38		0,00	0,00	13,66	8,50	0,00	4,46	8,86	4,38
Enfermedades del sistema digestivo			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal		5,30	0,00	5,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10,75	10,61	10,47	5,18	9,11	4,25	0,00	0,00	13,29	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	32,26		0,00	5,18	0,00	8,50	8,18	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades			0,00	0,00	0,00	4,25	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	21,51	15,91	0,00	15,53	4,55	4,25	0,00	0,00	0,00	4,38





Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias			5,11	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54	2,17	0,00
Tumores (neoplasias)	5,25	5,17	5,11	7,56	13,31	0,00	4,00	10,89	4,33	2,17
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		5,17	0,00	0,00	2,22	0,00	0,00	2,18	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,62		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,18	4,33	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	2,62	7,76	5,11	2,52	4,44	0,00	0,00	8,71	0,00	2,12
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	2,62	7,76	0,00	0,00	4,44	2,07	0,00	0,00	2,17	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	5,25	2,59	7,66	2,52	6,65	4,15	4,00	6,54	4,33	4,24
Enfermedades del sistema digestivo			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	2,62		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,17	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal		2,59	2,55	2,52	0,00	0,00	2,00	0,00	2,17	2,12
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	13,11	7,76	12,77	7,56	13,31	2,07	10,01	8,71	10,84	6,36
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	18,36	7,76	5,11	2,52	0,00	4,15	4,00	4,36	2,17	6,36
Todas las demás enfermedades			0,00	2,52	0,00	2,07	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	13,11	7,76	10,22	10,09	2,22	4,15	4,00	6,54	4,33	6,36

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

En el grupo de 1 a 4 años, para 2024 las principales causas de mortalidad fueron las malformaciones congénitas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorios con 6,36 muertes por cada 1.000 nacidos vivos siendo esta las mayores causas de muertes del género masculino con un 12,25 de casos por 1.000 nacidos vivos, mientras que para el género femenino no se presentaron fallecimientos por esta causa.

**Tabla 30: tasas específicas 16 grandes grupos menores de 5 años, Soacha 2024**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias		4,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,41	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	4,09	8,06	7,95	11,77	13,91	3,27	0,00	6,94	6,89	3,33
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		4,03	0,00	0,00	3,48	0,00	0,00	0,00	3,45	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	8,18		0,00	0,00	0,00	3,27	0,00	6,94	6,89	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	4,09	16,12	7,95	3,92	3,48	0,00	3,17	17,36	3,45	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	4,09	8,06	0,00	0,00	3,48	0,00	0,00	0,00	6,89	9,98
Enfermedades del sistema respiratorio	12,27	28,21	23,86	15,70	20,87	3,27	15,85	20,83	6,89	9,98
Enfermedades del sistema digestivo	4,09	4,03	3,98	0,00	3,48	3,27	0,00	0,00	0,00	3,33
Enfermedades del sistema genitourinario	4,09		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,45	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	102,24	120,88	147,15	121,66	76,53	72,01	82,45	124,96	93,07	83,18
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	89,97	52,38	59,66	51,02	45,22	55,64	66,59	55,54	31,02	49,91
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	16,36	32,23	11,93	0,00	0,00	6,55	6,34	17,36	10,34	9,98
Todas las demás enfermedades			0,00	3,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	8,18	8,06	31,82	11,77	3,48	13,09	6,34	10,41	6,89	9,98





Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	12,86		16,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,60	0,00
Tumores (neoplasias)	4,29	4,23	0,00	0,00	7,32	0,00	6,62	10,89	3,60	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	4,29	8,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,63	0,00	3,54
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,29		0,00	0,00	0,00	3,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	4,29	4,23	0,00	0,00	3,66	0,00	0,00	0,00	0,00	10,61
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio		4,23	4,18	0,00	3,66	3,43	0,00	3,63	3,60	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	21,44	16,92	8,36	8,26	10,99	6,86	3,31	7,26	10,80	3,54
Enfermedades del sistema digestivo		8,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,60	3,54
Enfermedades del sistema genitourinario			0,00	0,00	0,00	0,00		3,63	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	68,60	122,69	100,27	49,57	76,90	106,36	72,86	39,94	32,39	45,99
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	42,88	101,54	45,96	49,57	32,96	34,31	13,25	18,16	28,79	10,61
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	34,30	29,61	0,00	4,13	0,00	10,29	9,94	3,63	7,20	10,61
Todas las demás enfermedades			0,00	0,00	0,00	3,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	25,73	21,15	0,00	16,52	18,31	10,29	3,31	0,00	0,00	7,08

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,28	2,06	8,15	0,00	0,00	0,00	0,00	5,32	1,76	
Tumores (neoplasias)	4,19	6,19	4,08	6,04	10,70	1,68	3,24	8,87	5,28	1,71
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,09	6,19	0,00	0,00	1,78	0,00	0,00	1,77	1,76	1,71
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,28		0,00	0,00	0,00	3,35	0,00	3,55	3,52	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	4,19	10,32	4,08	2,01	3,57	0,00	1,62	8,87	1,76	5,14
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	2,09	6,19	2,04	0,00	3,57	1,68	0,00	1,77	5,28	5,14
Enfermedades del sistema respiratorio	16,75	22,70	16,30	12,07	16,06	5,03	9,72	14,20	8,80	6,86
Enfermedades del sistema digestivo	2,09	6,19	2,04	0,00	1,78	1,68	0,00	0,00	1,76	3,43
Enfermedades del sistema genitourinario	2,09		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,77	1,76	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	85,82	121,76	124,29	86,54	76,71	88,78	77,76	83,41	63,38	65,16
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	66,98	76,36	52,98	50,31	39,25	45,23	40,50	37,27	29,93	30,86
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	25,12	30,96	6,11	2,01	0,00	8,38	8,10	10,65	8,80	10,29
Todas las demás enfermedades			0,00	2,01	0,00	1,68	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	16,75	14,45	16,30	14,09	10,70	11,73	4,86	5,32	3,52	8,57

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

Las principales causas de mortalidad en menores de cinco años de 2015 a 2024 corresponden a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de 65,16 para el año 2024 y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que para 2024 presentaron tasas de 30,86 muertes por 1.000 nacidos vivos respectivamente.





**Tabla 31: Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Soacha 2024**

Causa de muerte	CUNDINAMARCA AÑO 2024	SOACHA AÑO 2024	Comportamiento										
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	
Razón de mortalidad materna	48,08	83,75	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad neonatal	6,10	7,37	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	8,76	11,22	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	10,91	13,57	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4,66	5,26	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,00	0,00	↗	↘	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↘	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,00	0,00	↗	↘	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, elaboración Secretaría de Salud, Soacha, 2024

Al comparar los indicadores de la mortalidad potencialmente evitable de Soacha y Cundinamarca para el 2024, se identifica que la razón de mortalidad materna presentada en Soacha es más de 83,8 con un ligero incremento en el año 2020 (120,9), Para los demás indicadores relacionados a pesar de ser superiores a los del departamento, la diferencia relativa no es estadísticamente significativa.

### **Análisis indicadores trazadores salud materno perinatal**

Los indicadores trazadores de salud materno-perinatal muestran, en general, altas coberturas en la atención del parto y del personal calificado, lo que refleja una adecuada capacidad instalada y acceso institucional a los servicios de salud. Durante todo el periodo analizado, la proporción de partos atendidos por personal calificado se mantiene por encima del 99 %, con valores cercanos al 100 %, y los partos institucionales superan de manera constante el 99 %, lo que constituye una fortaleza





del sistema de salud y reduce el riesgo de complicaciones maternas y perinatales asociadas a la atención no segura del parto. Estos resultados indican que la mayor parte de los nacimientos ocurren en entornos controlados, lo cual es un elemento clave para la prevención de la mortalidad materna y neonatal.

En contraste, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer presenta una tendencia al incremento en los últimos años, pasando de valores cercanos al 11-13 % en la década inicial a 16,53 % en 2024, lo que alerta sobre problemas persistentes en la salud materna, la nutrición durante el embarazo y la calidad del control prenatal. Adicionalmente, aunque el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales muestra una mejora progresiva en el periodo reciente (86,20 % en 2023 y 87,81 % en 2024), aún se identifican brechas que pueden estar influyendo en los desenlaces perinatales adversos. Para la toma de decisiones en salud, estos hallazgos priorizan el fortalecimiento del control prenatal oportuno y de calidad, con énfasis en la detección temprana de riesgos nutricionales y obstétricos, más allá de la alta cobertura institucional del parto.

### **Razón de mortalidad materna:**

La razón de mortalidad materna a 42 días presenta un comportamiento fluctuante a lo largo del periodo 2015-2024. Entre 2015 y 2017 se observa una tendencia descendente sostenida, pasando de 71,98 a 34,90 muertes por 100.000 nacidos vivos, lo que sugiere mejoras en el acceso y la calidad de la atención materna. En 2018 y 2019 el indicador se mantiene relativamente estable (36,79 y 35,15), reflejando un estancamiento en los avances logrados. Sin embargo, en 2020 se evidencia un incremento abrupto hasta 120,93, asociado principalmente al impacto de la pandemia por COVID-19 sobre los servicios de salud, la atención oportuna de emergencias obstétricas y el control del embarazo.

Posteriormente, en 2021 se registra una reducción importante (79,91), continuando el descenso en 2022 (42,44), lo que indica una recuperación progresiva del sistema de salud y de la atención obstétrica. No obstante, en 2023 y 2024 el indicador vuelve a incrementarse (53,48 y 83,65 respectivamente), lo que alerta sobre persistentes brechas en la atención prenatal, intraparto y del puerperio, así como posibles desigualdades territoriales y sociales. Este comportamiento resalta la necesidad de fortalecer la vigilancia del riesgo materno, la atención oportuna de complicaciones obstétricas y el seguimiento posparto para prevenir muertes evitables.





### **Tasa de mortalidad perinatal**

La mortalidad perinatal, medida a partir del número de casos registrados entre 2015 y 2024, muestra un comportamiento variable sin una tendencia lineal sostenida, lo que evidencia la sensibilidad del evento a factores obstétricos, neonatales y de calidad de la atención. En 2015 se registraron 41 casos, con un incremento marcado en 2016 y 2017, alcanzando los valores más altos del periodo (60 y 61 casos respectivamente), lo que señala un aumento significativo de eventos adversos en el periodo perinatal. Posteriormente, en 2018 y 2019 se observa una reducción (44 y 45 casos), seguida de un nuevo incremento en 2020 (54 casos), coincidente con alteraciones en la atención en salud durante la emergencia sanitaria. En 2021 y 2022 los casos se mantienen en niveles intermedios (51 y 48), lo que indica una relativa estabilización del evento, mientras que en 2023 y 2024 se evidencia una disminución importante hasta 38 casos en ambos años. Finalmente, en 2025 se registra el valor más bajo del periodo analizado (25 casos), lo que consolida una reducción reciente de la mortalidad perinatal. En conjunto, el comportamiento del indicador refleja la interacción de condiciones maternas, calidad del control prenatal, atención del parto y cuidado neonatal inmediato, así como la influencia de contextos coyunturales sobre la ocurrencia de muertes perinatales, reafirmando su relevancia como trazador del desempeño del sistema de salud materno-perinatal.

### **Tasa de mortalidad infantil**

La tasa de mortalidad infantil en el periodo 2015–2024 presenta un comportamiento fluctuante, con una tendencia general a la estabilización en valores intermedios. En 2015 la tasa fue de 10,80 y aumentó de manera significativa en 2016 (14,88), lo que representa el valor más alto del periodo analizado y sugiere un deterioro coyuntural de las condiciones de salud infantil o del acceso oportuno a los servicios. Posteriormente, entre 2017 y 2019 se observa un descenso sostenido, alcanzando su punto más bajo en 2019 (8,32), lo que indica mejoras en la atención materno-infantil, el control prenatal y la atención del recién nacido.

A partir de 2020 se evidencia un nuevo incremento del indicador, con tasas que oscilan entre 10,12 y 11,71 hasta 2024. Este comportamiento puede asociarse al impacto indirecto de la pandemia por COVID-19 sobre la continuidad de los servicios de salud, la atención oportuna de la primera infancia y el seguimiento del binomio madre-hijo. Aunque en 2023 se presenta una leve reducción (9,80), el aumento registrado en 2024 (11,71) alerta sobre persistentes brechas en la prevención de





muerres evitables, especialmente relacionadas con causas perinatales, infecciosas y condiciones sociales. En el contexto del ASIS, la tasa de mortalidad infantil continúa siendo un indicador trazador del desempeño del sistema de salud y de las inequidades sociales, por lo que se prioriza el fortalecimiento del control prenatal, la atención neonatal oportuna y las estrategias de seguimiento integral durante el primer año de vida.

### **Tasa de mortalidad niñez**

La tasa de mortalidad en la niñez durante el periodo 2015–2024 evidencia un comportamiento heterogéneo, caracterizado por una reducción global del 41,6 % al pasar de 240,71 en 2015 a 140,60 en 2024, lo que indica una mejora sostenida en los resultados de salud infantil en el territorio. El valor máximo se registró en 2016 (303,37), seguido de un descenso continuo hasta 2019 (165,91), lo que sugiere un periodo de mayor efectividad en la atención integral de la niñez y en el control de causas prevenibles. En 2020 se observa una estabilización relativa (169,18), mientras que en 2021 se alcanza uno de los valores más bajos del periodo (145,79). Sin embargo, en 2022 se presenta un incremento significativo (184,56), que interrumpe la tendencia descendente y coincide con alteraciones en la dinámica de atención sanitaria y en los determinantes sociales de la salud. Posteriormente, el indicador retoma la tendencia a la disminución en 2023 y 2024, alcanzando los niveles más bajos del periodo analizado. Este comportamiento refleja la influencia combinada de factores estructurales, epidemiológicos y de acceso a los servicios de salud, así como la sensibilidad del indicador a eventos externos que afectan la continuidad de la atención y la vigilancia en salud pública, confirmando su utilidad como trazador del desempeño del sistema de salud y de las condiciones de vida de la población infantil.

### **Tasa de mortalidad por EDA**

La mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en Soacha evidencia un comportamiento fluctuante con una tendencia general a la disminución a largo plazo, lo cual es consistente con mejoras progresivas en el acceso a servicios de salud, vacunación, manejo clínico oportuno y acciones de saneamiento básico. En los primeros años del periodo analizado se registran tasas relativamente más elevadas, particularmente en 2005, donde el total alcanza 4,74 y en el sexo femenino se observa una tasa de 9,72, lo que sugiere un escenario inicial de alta vulnerabilidad infantil frente a enfermedades prevenibles. Posteriormente, entre 2009 y 2016 se identifican valores más bajos y estables, con tasas totales que oscilan entre 4,56 y





2,09, indicando avances sostenidos en la prevención y control de la EDA en la población infantil.

No obstante, el análisis reciente revela rebrotes importantes del indicador, especialmente a partir de 2019 y con mayor énfasis durante el periodo 2020–2022, donde la tasa total pasa de 1,78 en 2019 a 3,35 en 2020 y se mantiene elevada en 2022 (3,55). Este comportamiento coincide con el impacto indirecto de la pandemia por COVID-19, que afectó la continuidad de los programas de promoción y prevención, el acceso oportuno a los servicios de salud y las condiciones socioeconómicas de los hogares. Al analizar por sexo, se observa que históricamente las tasas han sido ligeramente mayores en niñas en algunos años, mientras que en otros periodos el sexo masculino presenta valores relevantes, lo que indica que la EDA sigue siendo un evento transversal que afecta a toda la población infantil, aunque condicionado por factores ambientales, de cuidado en el hogar y acceso a agua potable y saneamiento.

### **Tasa de mortalidad por IRA**

La mortalidad por IRA en menores de cinco años en Soacha evidencia un comportamiento fluctuante con tendencia general a la disminución, aunque con picos asociados a coyunturas epidemiológicas específicas. En 2015 y 2016, la tasa total se ubicó en 10,47 y 18,57 respectivamente, reflejando una carga aún significativa de mortalidad infantil por causas respiratorias. A partir de 2017 se observa un descenso progresivo del indicador, alcanzando valores de 16,30 en 2017 y 9,68 en 2018, lo que sugiere mejoras en la atención oportuna, la vacunación y el manejo clínico de las IRA. No obstante, en 2019 se presenta un nuevo incremento (12,49), previo al periodo pandémico, que puede asociarse a factores ambientales, estacionales y sociales propios del territorio.

En 2020 se registra una disminución abrupta de la tasa total (3,35), fenómeno que probablemente se relaciona con el subregistro y la reducción en la consulta por otras causas respiratorias durante la pandemia por COVID-19, así como con las medidas de aislamiento y uso de tapabocas. Posteriormente, en 2021 y especialmente en 2022, se evidencia un incremento del indicador (4,86 y 12,42 respectivamente), compatible con un efecto de rebote epidemiológico tras la reapertura de los servicios y la mayor circulación de virus respiratorios. En los años más recientes, 2023 y 2024, la mortalidad por IRA vuelve a mostrar una tendencia descendente, con tasas de 7,04 y 5,14, lo que indica una recuperación progresiva de las acciones de prevención y control. El análisis por sexo durante todo el periodo confirma una mayor afectación





en el sexo masculino, consistente con la evidencia epidemiológica, y resalta la necesidad de fortalecer intervenciones focalizadas en la primera infancia, especialmente en contextos de hacinamiento, contaminación del aire y barreras de acceso a servicios de salud. Este indicador continúa siendo un trazador clave de inequidades sociales y desempeño del sistema de salud en el ASIS del municipio de Soacha.

### **Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años**

La mortalidad por desnutrición en menores de cinco años en Soacha se mantiene en niveles bajos, con tasas totales que oscilan entre 0,02 y 0,04, lo que indica que este evento no constituye una causa frecuente de muerte infantil en el municipio. Sin embargo, la persistencia del indicador, aun en valores reducidos, evidencia la existencia de muertes evitables asociadas a condiciones de vulnerabilidad social, inseguridad alimentaria y fallas en la detección y manejo oportuno de la desnutrición infantil. Entre 2015 y 2018 la tasa total se mantiene estable alrededor de 0,04, reflejando un comportamiento constante del evento sin reducciones sostenidas.

En los años más recientes se observa un comportamiento fluctuante, con una tasa total de 0,03 en 2020, un leve incremento a 0,04 en 2022 y un descenso a 0,02 en 2024, lo que podría estar relacionado con el fortalecimiento de estrategias de vigilancia nutricional, atención integral a la primera infancia y programas de apoyo alimentario. El análisis por sexo muestra una mayor ocurrencia en el sexo masculino en varios años del periodo, lo que coincide con patrones observados en otros indicadores de salud infantil. En el contexto del ASIS, la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años debe interpretarse como un evento centinela, que refleja inequidades estructurales y la necesidad de mantener y reforzar acciones intersectoriales orientadas a la seguridad alimentaria, el seguimiento nutricional temprano y la atención prioritaria de niños y niñas en mayor riesgo social y económico.

#### **3.2.4. Identificación prioridades de la mortalidad**

El análisis del comportamiento de la mortalidad en el municipio de Soacha durante el año 2024 permite identificar eventos prioritarios que continúan representando una alta carga de enfermedad, muerte prematura y pérdida de años de vida saludables, con impactos diferenciales según ciclo vital, sexo y determinantes sociales.

##### **1. Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**





Las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores malignos y la diabetes mellitus se consolidan como las principales causas de mortalidad en la población adulta y adulta mayor. Estas causas reflejan la persistencia de factores de riesgo como sedentarismo, alimentación no saludable, obesidad, hipertensión arterial y barreras en el acceso oportuno a servicios de detección temprana y control continuo.

Prioridad sanitaria, por su alta contribución a la mortalidad general y su potencial de prevención mediante acciones de promoción, prevención y atención integral.

## 2. Mortalidad por causas externas

Las lesiones por causas externas (homicidios, accidentes de tránsito y otras lesiones no intencionales) continúan afectando de manera significativa a la población joven y adulta, con mayor impacto en hombres. Este patrón evidencia problemáticas asociadas a violencia interpersonal, inseguridad vial, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, así como condiciones sociales y económicas adversas.

Evento prioritario, por su impacto en mortalidad prematura y años potenciales de vida perdidos.

## 3. Mortalidad materna y perinatal

Aunque de menor frecuencia absoluta, la mortalidad perinatal y neonatal mantiene relevancia epidemiológica, asociada a complicaciones del embarazo, parto y periodo neonatal, como trastornos respiratorios del recién nacido y otras afecciones del periodo perinatal. La mortalidad materna, cuando se presenta, se vincula a condiciones prevenibles como trastornos hipertensivos del embarazo y barreras en la atención oportuna.

Alta prioridad en salud pública, por su carácter evitable y su relación directa con la calidad de los servicios de salud materno-infantil.

## 4. Mortalidad por enfermedades transmisibles seleccionadas

Las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles continúan generando mortalidad, especialmente en población vulnerable, personas mayores y personas con comorbilidades. Su persistencia se relaciona con determinantes sociales, condiciones de hacinamiento y dificultades en la adherencia a los tratamientos.

Prioridad de vigilancia y control, para evitar reemergencia y brotes.





## 5. Mortalidad en persona mayor

La población de 60 años y más concentra una proporción importante de las defunciones, asociadas principalmente a ECNT, deterioro funcional y multimorbilidad. Este comportamiento exige fortalecer el enfoque de envejecimiento activo, atención integral y cuidados de largo plazo.

Prioridad demográfica, ante el proceso de transición y envejecimiento poblacional.

### **Conclusiones**

- En todos los grupos de ciclo vital las enfermedades no transmisibles son la principal causa de morbilidad
- Respecto a los cambios de la proporción para cada una de las subcausas el mayor cambio se presenta para las condiciones mal clasificadas en todos los grupos de ciclo vital, para la primera infancia muestra un aumento 2021 a 2024.
- En el grupo de enfermedades no transmisibles, las condiciones orales representan la mayor proporción de morbilidad atendida en 2024.
- Para los hombres, en 2024 en el grupo de enfermedades no transmisibles, las condiciones orales representan la mayor proporción de morbilidad atendida, seguida de las enfermedades musculo esqueléticas.
- Para las mujeres, en 2024 en el grupo de enfermedades no transmisibles, las enfermedades musculo esqueléticas representan la mayor proporción de morbilidad atendida seguida de las condiciones orales y las enfermedades cardiovasculares.
- Para los hombres, en los grupos de adolescencia y vejez en 2021 y 2024 la mayor proporción de morbilidad atendida corresponde a trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de SPA.
- Para las mujeres en 2024, en todos los grupos de ciclo vital la mayor proporción de morbilidad atendida corresponde a trastornos mentales y del comportamiento.
- En Soacha la población en condición de discapacidad para el 2024 es de 5.571. Presenta una pirámide invertida, con mayor número de casos en el grupo mayores de 80 años para los dos sexos.
- la mortalidad infantil en Soacha está principalmente influenciada por afecciones perinatales y malformaciones congénitas, con tasas estables por debajo de 7 muertes





por 1.000 nacidos vivos en los últimos años. A pesar de que las enfermedades respiratorias también contribuyen, las tasas se mantienen relativamente bajas. Estas estadísticas subrayan la importancia de mejorar la atención materno-infantil, especialmente durante el parto y la primera semana de vida, para prevenir muertes neonatales evitables.

- la mortalidad por enfermedades transmisibles en Soacha ha mostrado una tendencia a la baja, especialmente en infecciones respiratorias agudas, que siguen siendo la principal causa de muerte dentro de este grupo, con una tasa notablemente más alta en hombres. Aunque el VIH (SIDA) ocupa el segundo lugar en este grupo, las tasas de mortalidad de enfermedades infecciosas y parasitarias también son significativas, destacando un mayor impacto en los hombres. Estos patrones subrayan la necesidad de enfoques específicos de salud pública para reducir la mortalidad masculina y continuar mejorando la prevención y tratamiento de las enfermedades respiratorias e infecciosas.

#### **Capítulo IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio**

Para el desarrollo de este capítulo, se utilizarán la Metodología general ajustada para la formulación de proyectos de inversión DNP, en el módulo 1 de Identificación, sección 3. Participantes, adicionalmente se debe seleccionar la entidad a la que pertenece el actor, sus intereses y expectativas frente al problema y la posición que podría asumir dentro de las siguientes categorías: Beneficiario, Cooperante, Oponente o Perjudicado.

**Beneficiarios:** Aquellos individuos u organizaciones que recibirán directa o indirectamente los beneficios de las intervenciones que se proponga realizar a través del proyecto.

**Cooperantes:** Comprende a todas aquellas personas o entidades que pueden vincularse aportando recursos de diferente tipo ya sea en dinero o en especie para el desarrollo de dichas intervenciones.

**Oponentes:** Es una persona, grupo o institución que no está de acuerdo con el proyecto que se está Problemática Respuesta Institucional E Intersectorial presentando, o tiene una opinión contraria frente al mismo, estos podrían obstaculizar el logro de los objetivos del proyecto.





**Perjudicado:** Es una persona, grupo o institución que se puede ver afectado por los objetivos del proyecto y a pesar de ello puede o no oponerse.

Dentro del desarrollo de este ejercicio participativo se evidencia entre muchas otras la necesidad de establecer metas y recursos para favorecer la salud mental de las personas con el fin de disminuir enfermedades como la depresión y la ansiedad; y la necesidad de diferenciar las estrategias de salud pública relacionadas con el curso de vida, educación e ingresos económicos y la necesidad de contar con servicios públicos completos y de calidad.

Por tanto, la necesidad de realizar la priorización en salud considerando los criterios de Magnitud, que permite determinar el tamaño de un problema o necesidad. Hace referencia a la identificación de las características de las personas afectadas (grupos de edad, sexo, etnia, situación o condición, área geográfica), el comportamiento de los daños en el transcurso del tiempo, para determinar tendencias en la variación por regiones. Se refiere a qué tan grande e importante es un problema de salud y se puede medir a través de tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas.

La Pertinencia social e intercultural, es la medición entre una necesidad real (tangible) de interés en salud pública, ante una percepción formal de la comunidad obtenida a través del ASIS participativo.

En este caso la pregunta a responder es ¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?

La Transcendencia, Permite valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psicosociales, socioeconómicas, socioculturales de los daños en salud en las personas, las familias, las comunidades y el territorio. En este caso la pregunta a responder es: ¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo? Se va a definir por cuartiles.

La capacidad de intervención Se determina a partir de dos categorías:

- Factibilidad y Viabilidad Factibilidad, esta primera se refiere a las posibilidades desde el punto de vista político, a través de las autoridades regionales, los planes nacionales de salud, el ministerio de salud, agencias, voluntarios y/o otras fuentes de intervenir y jerarquizar la resolución de los problemas de salud. Para algunos autores se refiere al costo- eficiencia de las actividades, y a la estimación de los resultados que se





obtendrán utilizando recursos de costo conocido y se encuentra tazado bajo las ponderaciones: Bajo- Medio- Alto- Muy alto

- La Viabilidad: Es la posibilidad de llevar un programa de salud con la voluntad política. Hace referencia al personal humano capacitado, recursos materiales e infraestructura, capacidad física instalada, capacidades básicas para la gestión de la salud pública en el territorio y se encuentra tazado bajo las ponderaciones: Bajo- Medio- Alto- Muy alto.

### **Análisis información**

De acuerdo con los Núcleos de Inequidad socio-sanitaria, el incremento de los casos de morbilidad materna extrema en el territorio, muchos de ellos atendidos en IPS fuera de Soacha, evidencia barreras de acceso, oportunidad y continuidad en la atención, así como brechas en la capacidad resolutive local y en la vigilancia epidemiológica y comunitaria. En este contexto, la transformación esperada en el marco del PDT se orienta a reducir la incidencia de la morbilidad materna extrema mediante el fortalecimiento de una atención integral, oportuna y de calidad, con enfoque diferencial y territorial, priorizando la mejora de las coberturas de control prenatal, la capacidad de respuesta de las IPS ante emergencias obstétricas y la optimización de los sistemas de referencia y contrarreferencia. Asimismo, se plantea el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica a través de la notificación oportuna al SIVIGILA, la realización sistemática de unidades de análisis y la implementación de planes de mejora, articulados con EAPB e IPS, junto con acciones de vigilancia comunitaria, educación a gestantes y familias, y gestión intersectorial que permita la identificación temprana de riesgos, la reducción de inequidades y el seguimiento continuo mediante indicadores que evalúen el impacto real de las intervenciones en el territorio. Estas intervenciones están a cargo de las diferentes entidades a nivel territorial, lo cual al momento de intervenir, traería beneficios en la ejecución de las propuestas.

La información evidencia que los núcleos de inequidad en el territorio se concentran en barreras estructurales de acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud, afectando de manera desproporcionada a poblaciones con enfermedades crónicas, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad. La entrega incompleta o tardía de medicamentos, la insuficiente atención en salud mental, las dificultades de transporte hacia servicios especializados —principalmente en Bogotá—, la demora en citas con especialistas y la escasez de talento humano especializado generan discontinuidad en la atención, diagnósticos tardíos y mayor riesgo de complicaciones,





hospitalizaciones evitables y desconfianza en el sistema. A ello se suman problemáticas sociales como la inseguridad y el consumo de SPA en espacios comunitarios, que deterioran el bienestar psicosocial, así como barreras administrativas para la certificación de discapacidad, que limitan el acceso a derechos, servicios y apoyos.

Las transformaciones esperadas y las respuestas propuestas en el marco del PDT muestran coherencia con los problemas identificados, al priorizar el fortalecimiento de la logística y dispensación de medicamentos, la atención integral en salud mental, la optimización de los procesos de referencia y la mejora del transporte sanitario, junto con estrategias de atracción y retención de especialistas. Asimismo, la incorporación del enfoque diferencial, la construcción de entornos seguros y la simplificación de trámites para el reconocimiento de la discapacidad apuntan a reducir brechas de inequidad y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. No obstante, de no implementarse de manera efectiva y articulada, persisten riesgos de afectaciones negativas como la profundización de desigualdades, el agravamiento de condiciones de salud y el deterioro del bienestar social. Por tanto, el impacto positivo dependerá de la ejecución sostenida, intersectorial y con seguimiento permanente a resultados en acceso, oportunidad y calidad de la atención.

### **Conclusiones**

El análisis de las respuestas de los diferentes actores institucionales, comunitarios e intersectoriales evidencia que las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio son ampliamente reconocidas y coinciden con los núcleos de inequidad socio-sanitaria identificados en el ASIS participativo. La clasificación de los actores como beneficiarios, cooperantes, oponentes o potenciales perjudicados permite comprender sus intereses, expectativas y posiciones frente a las intervenciones propuestas, destacándose un mayor peso de actores beneficiarios y cooperantes, lo cual constituye una oportunidad para la articulación y el logro de los objetivos del proyecto.

La priorización en salud, basada en los criterios de magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia y capacidad de intervención, demuestra que problemas como la morbilidad materna extrema, las deficiencias en salud mental, las barreras de acceso a servicios especializados y la entrega incompleta de medicamentos tienen un impacto significativo y sostenido en el tiempo, con repercusiones biológicas, psicosociales y socioeconómicas para las personas, las familias y el territorio. Estos problemas presentan alta pertinencia social, al corresponder tanto a necesidades objetivas como a percepciones y demandas expresadas por la comunidad.





El análisis de la capacidad de intervención evidencia que, aunque existen limitaciones estructurales en talento humano, infraestructura y capacidad resolutive local, se cuenta con un marco normativo, político e institucional que hace factible y viable la implementación de acciones orientadas a reducir las inequidades en salud. La voluntad política, la alineación con los planes nacionales y territoriales, y la participación de múltiples actores fortalecen la posibilidad de desarrollar intervenciones costo-efectivas y sostenibles, siempre que se garantice la articulación intersectorial y el seguimiento continuo.

Finalmente, se concluye que las transformaciones esperadas planteadas en el marco del PDT son coherentes con las problemáticas priorizadas y responden de manera integral a las necesidades del territorio. No obstante, el impacto positivo dependerá de la ejecución efectiva, coordinada y sostenida de las acciones, del compromiso real de los actores involucrados y de la capacidad para evaluar resultados en términos de acceso, oportunidad, calidad y equidad en la atención. De no lograrse esta articulación, existe el riesgo de profundizar las desigualdades existentes; por el contrario, una implementación adecuada permitirá avanzar en la garantía del derecho a la salud y en la mejora del bienestar y la calidad de vida de la población.

## **Capítulo V. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio**

### **Núcleos de inequidad socio sanitarios**

Los determinantes sociales de la salud son una extensa escala de elementos que influyen en el bienestar y la salud de las personas, estos aspectos incluyen elementos sociales, económicos, culturales y ambientales que tienen un impacto significativo en la clasificación de la salud de las poblaciones. Algunos de estos determinantes sociales de la salud son:

- Condiciones socioeconómicas: Ingreso, educación, empleo, vivienda, seguridad alimentaria y acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento.
- Entorno físico: Calidad del aire y del agua, exposición a contaminantes ambientales, acceso a espacios verdes y seguridad en la comunidad.
- Estilos de vida y comportamientos saludables: Hábitos alimentarios, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas, y prácticas sexuales seguras.





- Redes de apoyo social: Familia, amigos, comunidad y participación cívica que brindan apoyo emocional y recursos materiales.
- Acceso y calidad de los servicios de salud: Disponibilidad de atención médica, acceso a medicamentos y tratamientos, y calidad de la atención recibida.
- Factores culturales y de género: Creencias, normas culturales, roles de género y discriminación que pueden influir en el acceso a la salud y los comportamientos relacionados con la salud.
- Políticas y sistemas sociales: Políticas gubernamentales, sistemas de justicia, políticas de bienestar social y estructuras de poder que pueden afectar el acceso a recursos y oportunidades.

En cuanto a las principales causas de morbilidad y mortalidad en Soacha, se destacan enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades crónicas no transmisibles, salud materno infantil, enfermedades respiratorias las cuales, son determinantes en salud que significan desafíos para la política pública en salud, por lo que requieren intervenciones integrales, donde se incluyan políticas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y acceso a los servicios de salud.

En el contexto de un análisis de las posibles causas y los desenlaces de salud en un estudio de Epidemiología Transaccional (ET), es fundamental comprender las interacciones, vínculos o relaciones que existen entre estos elementos. Aquí hay algunas de las principales interacciones que pueden ocurrir:

- Interacciones entre las posibles causas: Las posibles causas de un problema de salud pueden estar interrelacionadas entre sí. Por ejemplo, las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden influir en los estilos de vida y comportamientos saludables, como una dieta poco saludable o la falta de ejercicio físico. Del mismo modo, el entorno físico puede influir en los comportamientos de las personas, como la exposición a contaminantes ambientales que pueden afectar la salud.
- Interacciones entre los desenlaces de salud: Los diferentes desenlaces de salud también pueden estar interrelacionados entre sí. Por ejemplo, una enfermedad crónica como la diabetes puede aumentar el riesgo de desarrollar complicaciones como enfermedad cardiovascular o insuficiencia renal. Del mismo modo, la presencia de una enfermedad puede afectar la salud mental y el bienestar emocional de una persona.

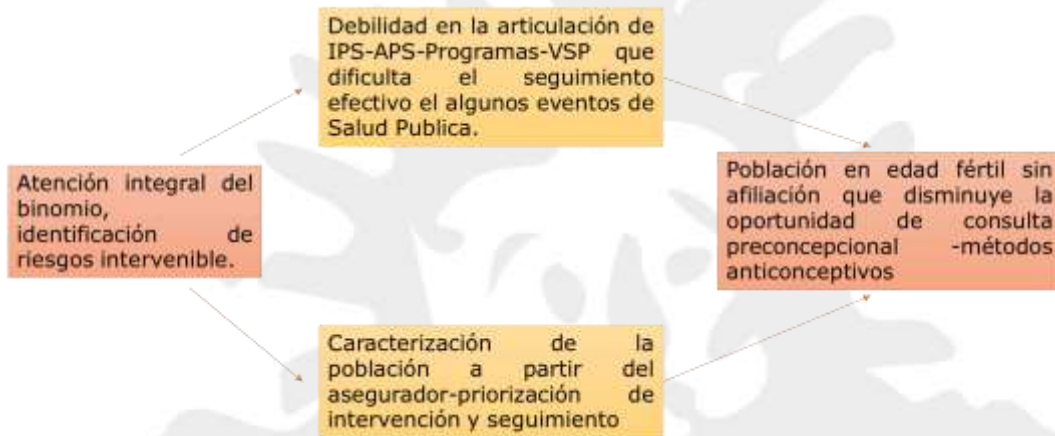




- Interacciones mediadoras o moderadoras: Además de las interacciones directas entre las posibles causas y los desenlaces de salud, también pueden existir factores mediadores o moderadores que influyen en esta relación. Por ejemplo, el acceso a recursos económicos puede mediar la relación entre las condiciones socioeconómicas y los desenlaces de salud, mientras que factores como la genética o el apoyo social pueden moderar la relación entre los comportamientos de riesgo y los desenlaces de salud.

### Núcleos de inequidad

Casos de morbilidad materna en la población del territorio con incremento, reportadas en diferentes IPS de fuera de Soacha con criterios con posibilidad de intervención.



Se identifica que dentro de este núcleo de inequidad que la falta de caracterización, identificación y búsqueda activa de la población materna en Soacha trae consigo que este grupo que demanda la prestación de los servicios de salud y la garantía de las mismas para el binomio madre-hijo se vean limitado por el acceso a los programas del estado que vela por la protección y caracterización de esta población, dado que al no estar identificadas dentro de este grupo de maternas se convierte en limitante que invalida el acceso a los programas, por otro lado la falta de afiliación de algunos individuos que congrega este grupo de maternas hace que se dificulte el acceso y las garantías de salud como también la identificación de las necesidades de esta población, esto nos revela una falta de articulación de los prestadores de salud en sus programas de atención prioritaria en salud y programas como la vigilancia en salud pública dificultando el aseguramiento y seguimiento efectivo de los binomios madre-hijo en el municipio, dichas dificultades se materializan con:

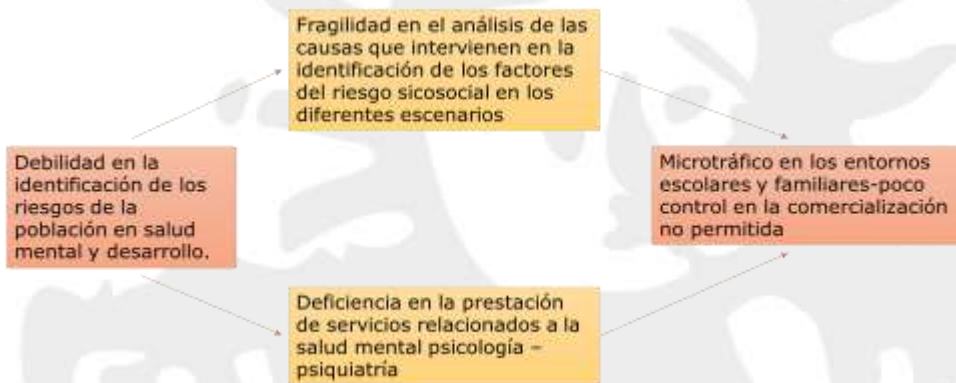




1. Limitado acceso a la salud: la falta de un aseguramiento en salud permanente dificulta el acceso a la atención médica cuando se presentan emergencias médicas o condiciones de salud urgentes que pueden ser prevenibles con los programas de seguimiento a las maternas. Esto puede resultar en retrasos en la atención o en la imposibilidad de recibir una atención preventiva que mitigue los riesgos en salud para el binomio.

2. Mayor riesgo de complicaciones: La falta de acceso a atención médica oportuna y de calidad puede aumentar el riesgo de complicaciones de salud y de resultados adversos para los pacientes. Esto puede incluir un mayor riesgo de discapacidad, hospitalización o incluso muerte prematura debido a condiciones de salud no tratadas o mal gestionadas.

Incrementos en los casos de intento de suicidio, consumo de spa, suicidio consumado, violencia intrafamiliar en los diferentes grupos atareos y sus consecuencias en el comportamiento.



#### 4.1. Matriz de análisis de la respuesta de los actores

A continuación, se presenta el análisis de los núcleos de inequidad socio-sanitaria identificados, evidenciando sus causas estructurales y efectos en la salud de la población del territorio:

Los casos de morbilidad materna en aumento, reportados en IPS fuera de Soacha, reflejan barreras significativas de acceso y oportunidad en la atención obstétrica, asociadas a la limitada capacidad resolutoria local, la fragmentación de los servicios y las dificultades de referencia y contrarreferencia. Esta situación incrementa los riesgos para la salud materna y perinatal, pese a tratarse de eventos con criterios de intervención prevenible y controlable mediante fortalecimiento de la atención prenatal, vigilancia epidemiológica y atención oportuna.





La entrega incompleta o tardía de medicamentos constituye un núcleo crítico de inequidad que afecta principalmente a personas con enfermedades crónicas, comprometiendo la continuidad terapéutica, la adherencia al tratamiento y la estabilidad clínica. Estas fallas en la cadena de suministro y dispensación incrementan el riesgo de complicaciones, hospitalizaciones evitables y deterioro de la calidad de vida.

La insuficiente atención en salud mental, tanto en adultos mayores como en adolescentes, evidencia brechas en la oferta de servicios especializados y en la detección temprana. En adultos mayores impacta negativamente el bienestar integral y la funcionalidad, mientras que en adolescentes se asocia al aumento de ideación suicida, depresión y suicidios consumados, configurándose como un problema de salud pública que requiere un abordaje integral y preventivo.

El problema de transporte se consolida como una barrera estructural de acceso, especialmente para la atención especializada, debido a que la mayoría de las citas se asignan en Bogotá. Esto limita la asistencia a controles médicos, retrasa diagnósticos y tratamientos, y profundiza las inequidades para poblaciones con menores recursos económicos o movilidad reducida.

La falta de oportunidad en las citas con especialistas y la escasez de especialistas en el territorio generan retrasos en la atención de condiciones complejas, afectando la resolutivez del primer nivel y aumentando la dependencia de servicios externos. Estas brechas impactan negativamente los desenlaces en salud y sobrecargan los niveles de mayor complejidad.

Las dificultades de acceso a servicios de salud de calidad para poblaciones vulnerables y con enfoque diferencial evidencian inequidades asociadas a condiciones socioeconómicas, discapacidad, edad y otras vulnerabilidades, limitando el ejercicio efectivo del derecho a la salud y perpetuando desigualdades en resultados sanitarios.

El aumento de la violencia, la inseguridad y el consumo de sustancias psicoactivas en espacios comunitarios, como parques, tiene un impacto directo en la salud mental, la convivencia y el bienestar colectivo, incrementando factores de riesgo psicosocial y afectando especialmente a niños, adolescentes y jóvenes.

Finalmente, la falta de atención adecuada a personas con discapacidad, sumada a los problemas de acceso a certificados de discapacidad, restringe el acceso a servicios,





apoyos y beneficios, agravando condiciones de salud, aumentando la dependencia y profundizando la exclusión social.

En conjunto, estos núcleos de inequidad reflejan la necesidad de fortalecer la capacidad institucional del territorio, mejorar la accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud, y desarrollar estrategias integrales con enfoque diferencial que permitan reducir brechas y mejorar los resultados en salud de la población.

### Priorización de problemáticas y necesidades en salud

Crterios Problemas	Magnitud ¿Cuál es el número de personas afectadas por el problema o la necesidad en salud? Tasas, razones, casos, proporciones, brechas de desigualdad en salud u otras medidas.	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	Viabilidad del problema o necesidad en salud
Incremento de casos de Morbilidad Materna Extrema - MME en la población del territorio, reportadas en diferentes IPS externas al municipio de Soacha, las cuales cuentan con posibilidad de intervención en el mismo.	<b>Total = 5 MUY ALTO</b>	<b>Total = 5 (MUY ALTO)</b>	<b>Total = 3 (ALTO)</b>	<b>Total = 3 (ALTO)</b>	<b>Total = 2 (ALTO)</b>
Entrega incompleta o demorada en la entrega de medicamentos: La falta de suministro oportuno de medicamentos puede afectar la continuidad del tratamiento de los pacientes, lo que podría empeorar su condición de salud en especial aquellos que tiene enfermedades crónicas.	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>
La falta de atención a la salud mental en adultos mayores puede afectar su bienestar general al igual que en la adolescencia incide en el aumento de ideación suicida, depresión y suicidios consumados.	<b>Total = 5 MUY ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>
Problema de transporte: La falta de transporte adecuado puede dificultar el acceso de los residentes a las citas médicas, lo que afecta directamente su capacidad para recibir atención médica oportuna además de que en su mayoría las citas con especialistas son en Bogotá.	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>
Falta de oportunidad en las citas con especialistas: Las demoras en las citas con especialistas pueden resultar en un retraso en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas específicas, lo que impacta negativamente en la salud de los pacientes.	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total=3 MEDIO</b>	<b>Total=3 MEDIO</b>	<b>Total=3 MEDIO</b>	<b>Total=3 MEDIO</b>
Falta de especialistas: La escasez de especialistas puede limitar la capacidad de los centros de salud para brindar atención especializada y de alta calidad dentro del territorio.	<b>Total = 3 MEDIO</b>	<b>Total = 2 Bajo</b>	<b>Total = 2 Bajo</b>	<b>Total = 2 Bajo</b>	<b>Total = 2 Bajo</b>





Acceso a servicios de calidad para poblaciones vulnerables y diferenciales	<b>Total = 3 MEDIO</b>	<b>Total = 2 Bajo</b>	<b>Total = 2 Bajo</b>	<b>Total = 2 Bajo</b>	<b>Total = 2 Bajo</b>
El aumento de la violencia y la sensación de inseguridad pueden tener un impacto negativo en la salud mental y el bienestar de la comunidad, además de visualizar un alto consumo de sustancias psicoactivas en parques.	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 3 MEDIO</b>	<b>Total = 3 MEDIO</b>	<b>Total = 2 Bajo</b>
La falta de atención adecuada puede agravar las condiciones de salud de las personas con discapacidad.	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 4 ALTO</b>	<b>Total = 3 MEDIO</b>	<b>Total = 3 MEDIO</b>	<b>Total = 2 Bajo</b>
Problemas de acceso a certificados de discapacidad	<b>Total = 3 MEDIO</b>	<b>Total = 3 MEDIO</b>	<b>Total = 3 MEDIO</b>	<b>Total = 3 MEDIO</b>	<b>Total = 3 MEDIO</b>

Fuente: Elaboración propia Secretaría de Salud Soacha

### Análisis información

El poder identificar las necesidades sociales en salud del municipio por medio de una herramienta que permite la síntesis y priorización de los determinantes sociales de la salud en el municipio de Soacha, Cundinamarca es de vital importancia para identificar y gestionar aquellos factores negativos que tienen incidencia en la salud de los diferentes grupos o comunidades del territorio. Esta herramienta se basa en el análisis del diagnóstico situacional de condiciones de salud con énfasis en el análisis de desigualdades, que señala algunas condiciones que se tornan injustas y que generan inequidad sociosanitaria en la población del municipio de Soacha.

Al abordar estos determinantes sociales de la salud identificados que destacan las condiciones de injusticia en el municipio de Soacha en un contexto socioeconómico, que refleja un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar de la población Soachuna.

Dichos determinantes de injusticias se revelan a través de la pobreza, la discriminación social y laboral, la falta de accesibilidad a los servicios básicos y servicios de salud, la falta acceso a la educación y la brecha idiosincrática entre géneros, entre otros.

Además, de estar inmersos en contextos del fenómeno de migración que para el municipio de Soacha trae consigo una gran carga humana y presupuestal para mantener las garantías de derecho de esta población migrante en el municipio, los cuales exigen de manera pasional e eufórica la garantía de los derechos ciudadanos trayendo consigo una percepción de desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios, que generan retos y dificultades para la convivencia pacífica en comunidad.

El análisis de priorización evidencia que el incremento de la Morbilidad Materna Extrema (MME) constituye el problema de mayor relevancia en el territorio, al presentar calificaciones muy altas en magnitud y pertinencia social, así como niveles





altos de factibilidad y viabilidad de intervención, lo que lo posiciona como una prioridad en salud pública. De manera similar, la falta de atención en salud mental, especialmente en adultos mayores y adolescentes, alcanza una magnitud muy alta, asociándose al aumento de ideación suicida, depresión y suicidios consumados, con alta trascendencia social. Otros problemas como la entrega incompleta o demorada de medicamentos, las barreras de transporte, la inseguridad y consumo de sustancias psicoactivas, y la falta de oportunidad en citas con especialistas presentan valoraciones altas en la mayoría de los criterios, reflejando barreras estructurales de acceso y continuidad de la atención. En contraste, problemáticas como la escasez de especialistas, el acceso a servicios de calidad para poblaciones vulnerables y las dificultades en la certificación de discapacidad muestran niveles medios o bajos de priorización, principalmente por limitaciones en su viabilidad y factibilidad de intervención a corto plazo, aunque siguen representando retos relevantes para el sistema de salud local.

## Conclusiones

Se presenta un análisis detallado de cada una de las problemáticas mencionadas.

- Entrega incompleta o demorada en la entrega de medicamentos: La falta de suministro oportuno de medicamentos puede afectar la continuidad del tratamiento de los pacientes, lo que podría empeorar su condición de salud en especial aquellos que tiene enfermedades crónicas.
- La falta de atención a la salud mental en adultos mayores puede afectar su bienestar general al igual que en la adolescencia incide en el aumento de ideación suicida, depresión y suicidios consumados.
- Problema de transporte: La falta de transporte adecuado puede dificultar el acceso de los residentes a las citas médicas, lo que afecta directamente su capacidad para recibir atención médica oportuna además de que en su mayoría las citas con especialistas son en Bogotá.
- Falta de oportunidad en las citas con especialistas: Las demoras en las citas con especialistas pueden resultar en un retraso en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas específicas, lo que impacta negativamente en la salud de los pacientes.





- Falta de especialistas: La escasez de especialistas puede limitar la capacidad de los centros de salud para brindar atención especializada y de alta calidad dentro del territorio.
- Acceso a servicios de calidad para poblaciones vulnerables y diferenciales
- El aumento de la violencia y la sensación de inseguridad pueden tener un impacto negativo en la salud mental y el bienestar de la comunidad, además de visualizar un alto consumo de sustancias psicoactivas en parques.
- La falta de atención adecuada puede agravar las condiciones de salud de las personas con discapacidad.
- Problemas de acceso a certificados de discapacidad
- Falta de proyectos enfocados en la promoción de educación sexual con enfoque diferencial

## **Capítulo VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del plan decenal de salud pública 2022-2031 y el modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la atención primaria en salud-APS.**

El análisis participativo de la situación de salud en Soacha Cundinamarca, permitió identificar problemáticas y consolidar diez núcleos prioritarios que demandan la acción articulada de la entidad territorial y otros actores. Este capítulo presenta las propuestas de respuesta y recomendaciones orientadas a fortalecer estrategias, programas y políticas del Plan Territorial de Salud, en coherencia con el Modelo de Atención Preventivo y Predictivo. Las acciones se alinean con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031 y el Plan Territorial de Salud (PTS) de Cundinamarca 2024–2027, los cuales se enfocan en abordar los núcleos priorizados: Incremento de casos de Morbilidad Materna Extrema - MME en la población del territorio, reportadas en diferentes IPS externas al municipio de Soacha, las cuales cuentan con posibilidad de intervención en el mismo, entrega incompleta o demorada en la entrega de medicamentos: La falta de suministro oportuno de medicamentos puede afectar la continuidad del tratamiento de los pacientes, lo que podría empeorar su condición de salud en especial aquellos que tiene enfermedades crónicas, la falta de atención a la salud mental en adultos mayores puede afectar su bienestar general al igual que en





la adolescencia incide en el aumento de ideación suicida, depresión y suicidios consumados, problema de transporte: La falta de transporte adecuado puede dificultar el acceso de los residentes a las citas médicas, lo que afecta directamente su capacidad para recibir atención médica oportuna además de que en su mayoría las citas con especialistas son en Bogotá, falta de oportunidad en las citas con especialistas: Las demoras en las citas con especialistas pueden resultar en un retraso en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas específicas, lo que impacta negativamente en la salud de los pacientes.

Falta de especialistas: La escasez de especialistas puede limitar la capacidad de los centros de salud para brindar atención especializada y de alta calidad dentro del territorio, acceso a servicios de calidad para poblaciones vulnerables y diferenciales, el aumento de la violencia y la sensación de inseguridad pueden tener un impacto negativo en la salud mental y el bienestar de la comunidad, además de visualizar un alto consumo de sustancias psicoactivas en parques, la falta de atención adecuada puede agravar las condiciones de salud de las personas con discapacidad, problemas de acceso a certificados de discapacidad, con el fin de mejorar las condiciones de salud y avanzar hacia la equidad.

Se presentan las propuestas de respuesta del territorio ante el modelo de salud preventivo y predictivo propuesto en donde se propone un enfoque integral para el fortalecimiento y desarrollo del sistema de salud en el municipio, basándose en los pilares fundamentales de gobernanza, accesibilidad, y participación comunitaria, promovidos por el Plan Decenal de Salud Pública (PDS) 2022-2031.

La Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad destaca la importancia de adaptar las políticas de salud a las particularidades territoriales y culturales, haciendo énfasis en la anticipación y gestión eficiente de los riesgos relacionados con desastres, emergencias y el cambio climático. En un modelo de salud predictivo, se busca no solo responder a estas amenazas, sino preverlas y mitigar sus efectos antes de que se conviertan en crisis.

- **Objetivo:** Reducir los impactos de las emergencias, desastres naturales y fenómenos relacionados con el cambio climático en la salud pública mediante la creación de un sistema que anticipe riesgos a través de datos en tiempo real. Este objetivo implica desarrollar la capacidad de respuesta rápida y efectiva, asegurando la resiliencia de las comunidades frente a eventos adversos.





- **Propuesta:** Implementar sistemas de monitoreo avanzados que identifiquen y analicen las vulnerabilidades de la población. Estos sistemas deben ser capaces de procesar grandes cantidades de información para proporcionar alertas tempranas y guiar intervenciones preventivas. La planificación debe incluir a la comunidad y contemplar sus características específicas, lo que facilita la creación de estrategias más adaptadas y efectivas.

- **Recomendación:** La Administración Municipal debe asumir un papel central en el desarrollo y coordinación de estos sistemas predictivos, asegurando que todas las acciones estén respaldadas por un análisis de datos riguroso. Es esencial fortalecer la cooperación intersectorial y promover programas de formación para el personal de salud y las autoridades locales, de manera que puedan implementar con eficacia las medidas preventivas.

Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud se enfoca en la construcción de redes de salud basadas en la atención primaria y la prevención. En el modelo predictivo, estas redes no solo están diseñadas para tratar enfermedades, sino para anticipar las necesidades de salud de la población. Se priorizan las intervenciones preventivas, y la gestión de servicios se optimiza para responder de manera proactiva a las demandas.

- **Objetivo:** Garantizar que la atención sanitaria sea continua, equitativa, y adaptada a las necesidades locales mediante la implementación de un enfoque preventivo. Este objetivo implica prever las condiciones de salud de los individuos y las comunidades, permitiendo una asignación más eficiente de recursos y una intervención temprana en áreas de mayor riesgo.

- **Propuesta:** Transformar el sistema de atención primaria en una red inteligente, capaz de anticipar brotes de enfermedades y gestionar recursos con base en proyecciones de salud. Esto incluye la integración de datos sobre determinantes sociales, ambientales, y biológicos para diseñar estrategias preventivas y personalizadas. Las redes deben facilitar el acceso a servicios esenciales en zonas rurales, indígenas y periurbanas, asegurando que la prevención sea el eje central del sistema.

- **Recomendación:** Se recomienda a la Administración Municipal priorizar la formación y capacitación de los profesionales de salud en el uso de herramientas predictivas y enfoques preventivos. Además, es crucial fomentar la colaboración con otros





sectores, como educación, medio ambiente y tecnología, para garantizar un enfoque integral y coordinado.

La Integridad del Sector Salud se enfoca en fortalecer la ciencia, la tecnología y la innovación para mejorar la gestión de la salud pública, con un énfasis en garantizar la transparencia, la ética y la eficiencia en la administración de los recursos sanitarios.

- **Objetivo:** Establecer un entorno de salud resiliente y autónomo capaz de anticipar problemas sanitarios y proponer soluciones eficaces. El objetivo es que el sistema de salud esté preparado para afrontar cualquier desafío mediante la gestión proactiva del conocimiento y la aplicación de tecnologías avanzadas.
- **Propuesta:** Fortalecer la gestión del conocimiento en salud para mejorar la respuesta a emergencias sanitarias, el control de enfermedades y la prevención mediante la innovación tecnológica. Esto incluye promover la investigación científica y aplicar soluciones tecnológicas que permitan anticipar y gestionar de manera eficiente las amenazas a la salud pública.
- **Recomendación:** La Administración Municipal debe Implementar estrategias para garantizar que todas las Entidades relacionadas al sector salud contribuyan a la generación de conocimiento en salud pública que permita dar solución a los principales problemas de salud de la población.

En conjunto, estas propuestas promueven un sistema de salud que se adapta a las particularidades territoriales, optimiza los recursos mediante el aprendizaje continuo y prioriza la transparencia y la ética en la administración sanitaria, garantizando el bienestar de la población de manera equitativa y sostenible.





## Bibliografía

Cartografía Social, Plan de Ordenamiento Territorial Soacha, base cartografía Urbana plano 18, documento diagnóstico propuesta actualización POT, año 2025.  
<https://www.alcaldiasoacha.gov.co/Transparencia/Paginas/Plan-de-Ordenamiento-Territorial---POT.aspx>. (s.f.).

[https://rsvr2.sispro.gov.co/caracterizacionpoblacional/\(S\(gcp4jeppx43v1csvg0ykiwjt\)\)/default.aspx](https://rsvr2.sispro.gov.co/caracterizacionpoblacional/(S(gcp4jeppx43v1csvg0ykiwjt))/default.aspx). (s.f.).

[https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/220713\\_soacha-bogota.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/220713_soacha-bogota.pdf). (s.f.).

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo/geih-historicos>. (s.f.).

Población Migrante; <https://territoriosben.sisben.gov.co/Reportes/ReporteadorT>. (s.f.).

POMCA río Bogotá, CAR-Huitaca -<https://www.car.gov.co/vercontenido/41>. (s.f.).

TerriData: DNP, Disponible  
en:[https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha\\_25754.pdf](https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha_25754.pdf). (s.f.).

TerriData: DNP, Disponible  
en:[https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha\\_25754.pdf](https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha_25754.pdf). (s.f.).

Cartografía Social, Plan de Ordenamiento Territorial Soacha, base cartografía Urbana plano 18, documento diagnóstico propuesta actualización POT, año 2025.  
<https://www.alcaldiasoacha.gov.co/Transparencia/Paginas/Plan-de-Ordenamiento-Territorial---POT.aspx>. (s.f.).

[https://rsvr2.sispro.gov.co/caracterizacionpoblacional/\(S\(gcp4jeppx43v1csvg0ykiwjt\)\)/default.aspx](https://rsvr2.sispro.gov.co/caracterizacionpoblacional/(S(gcp4jeppx43v1csvg0ykiwjt))/default.aspx). (s.f.).

[https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/220713\\_soacha-bogota.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/220713_soacha-bogota.pdf). (s.f.).





<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo/geih-historicos>. (s.f.).

Población Migrante; <https://territoriosben.sisben.gov.co/Reportes/ReporteadorT>. (s.f.).

POMCA río Bogotá, CAR-Huitaca -<https://www.car.gov.co/vercontenido/41>. (s.f.).

TerriData: DNP, Disponible  
en:[https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha\\_25754.pdf](https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha_25754.pdf). (s.f.).

TerriData: DNP, Disponible  
en:[https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha\\_25754.pdf](https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha_25754.pdf). (s.f.).

