

Asunto: Respuesta a Derecho de Petición 2025-ER-46925, solicitud de información sobre actuaciones de la Personería Distrital relacionadas con mortalidad fetal, neonatal y protección de derechos del nasciturus (2015–2024)

En el marco de la investigación doctoral titulada: “Estudio del abuso fetal como vulneración de derechos humanos en el contexto de la responsabilidad médica”, la investigadora Danna Carolina Rivera León ha requerido acceso a información oficial, consolidada y desagregada sobre los registros epidemiológicos de mortalidad fetal y neonatal en Colombia, con el fin de analizar patrones, causas y factores de riesgo asociados a la protección del nasciturus en contextos de especial vulnerabilidad.

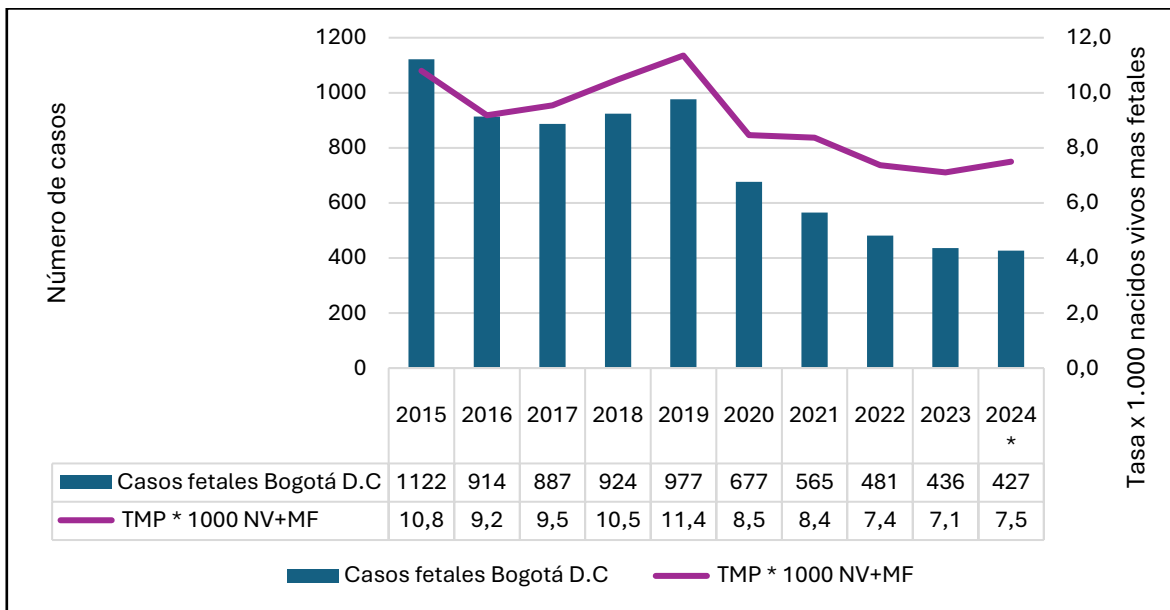
Desde la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. se da respuesta a la solicitud y, dada su naturaleza nacional, se traslada formalmente la petición al Ministerio de Salud y Protección Social, entidad competente para suministrar la información consolidada a nivel nacional. Señalamos que la fuente oficial de carácter nacional para esta información corresponde a los registros administrados por el RUAF y a las bases de datos epidemiológicas custodiadas por el Ministerio, por lo cual se solicita su atención y respuesta directa a la investigadora.

Comportamiento epidemiológico de la Mortalidad Perinatal en Bogotá D.C.

Mortalidad Perinatal

La mortalidad perinatal ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación y/o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta antes de los siete días después del nacimiento. Una muerte perinatal es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación. El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud.

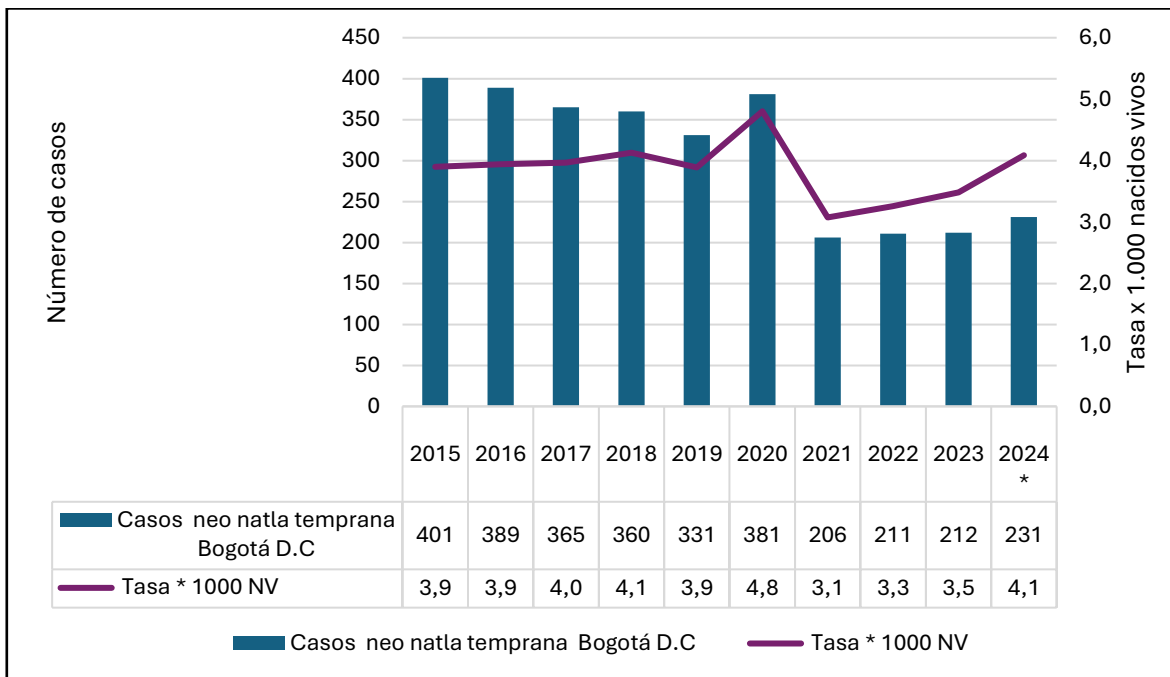
Gráfica # 1. Casos y tasas de mortalidad fetal en Bogotá D.C



Fuente 2015 -2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 10-01-2024-ajustada 26-02-2024).
Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025

La gráfica muestra la evolución de la mortalidad fetal en Bogotá D.C. entre 2015 y 2024 (preliminar), evidenciando una tendencia general a la disminución tanto en número absoluto de casos como en la tasa por 1.000 nacidos vivos más muertes fatales, en 2015 se reportaron 1.122 casos con una tasa de 10,8, alcanzando el pico en 2019 con 977 casos y una tasa de 11,4, para luego descender de manera marcada en los años siguientes, con 427 casos y una tasa de 7,5 en el corte preliminar de 2024, este comportamiento sugiere una mejoría en factores relacionados con la atención prenatal, la detección temprana de riesgos y posiblemente cambios en la cobertura y calidad de los servicios de salud materna, aunque persisten fluctuaciones que podrían estar influenciadas por variaciones en el acceso a servicios, factores sociodemográficos, prevalencia de patologías maternas y condiciones sociales, la tendencia descendente reciente refleja avances, pero el nivel aún elevado indica la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y vigilancia epidemiológica.

Gráfica # 2. Casos y tasas de mortalidad neonatal temprana en Bogotá D.C



Fuente 2015 -2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 10-01-2024-ajustada 26-02-2024).
Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025

La mortalidad neonatal temprana en Bogotá D.C. muestra un comportamiento fluctuante entre 2015 y 2024 (preliminar), inicialmente se observan cifras elevadas con más de 400 casos en 2015 y una tasa de 3,9 por 1.000 nacidos vivos, manteniéndose estable hasta 2018; en 2020 se presenta un repunte con 381 casos y una tasa de 4,8, lo cual puede relacionarse con el impacto de la pandemia sobre la atención perinatal y las barreras de acceso a servicios de salud, posteriormente, los casos descienden de manera marcada en 2021 (206 casos y tasa de 3,1), manteniéndose relativamente estables en los años siguientes, aunque en 2024 (preliminar) se evidencia un incremento a 231 casos con una tasa de 4,1, estos patrones sugieren influencia de factores estructurales en la calidad y oportunidad del cuidado prenatal y neonatal, la disponibilidad de unidades de cuidado intensivo neonatal y las condiciones de salud materna, lo cual resalta la necesidad de fortalecer la atención obstétrica y perinatal, así como el seguimiento a las poblaciones de mayor riesgo.

Tabla # 1. Casos y tasas de mortalidad fetal distribuidos por localidad de residencia en Bogotá D.C.

Localidad	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024p	
	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf
Usaquen	44	6,9	45	7,2	40	6,7	46	8,3	41	7,8	33	7,2	31	7,4	27	6,4	23	5,8	23	6,0
Chapinero	13	6,7	9	4,4	14	7,1	21	12,5	16	9,8	8	5,6	2	1,6	12	9,9	4	3,4	6	5,2
Santafé	12	7,7	13	9,4	21	13,2	22	14,1	33	19,2	22	14,4	12	9,6	12	10,4	15	13,8	7	7,1
San Cristóbal	77	12,6	37	6,4	70	13,3	63	13,3	59	13,4	30	7,2	30	8,3	19	5,8	16	5,5	22	7,6
Usme	77	13,9	52	9,4	55	10,5	62	12,3	57	12,0	41	9,2	35	9,1	38	10,6	17	5,2	23	7,6
Tunjuelito	31	11,3	26	9,8	22	9,0	24	10,3	27	12,1	21	10,1	8	4,6	18	11,3	12	8,3	8	5,9
Bosa	111	10,5	71	7,0	81	8,5	98	10,6	80	8,9	73	8,5	66	9,2	46	6,8	37	6,0	44	7,6
Kennedy	171	11,3	131	9,2	110	8,2	133	10,6	151	12,5	95	8,6	96	10,3	65	7,2	66	7,9	63	7,9
Fontibón	34	7,9	46	10,8	40	10,5	34	9,1	29	8,1	22	7,0	27	9,9	15	5,5	18	6,8	11	4,3
Engativá	100	10,5	75	8,4	82	9,9	57	7,1	78	10,0	47	6,6	37	6,5	39	6,8	55	9,5	48	9,2
Suba	141	9,4	129	9,3	121	9,0	122	10,0	150	12,4	82	7,2	68	7,1	53	5,6	53	5,8	64	7,8
Barrios Unidos	9	5,7	14	8,9	10	6,8	12	8,9	15	11,7	12	9,3	8	8,2	6	5,9	7	7,6	3	3,3
Teusaquillo	16	12,1	9	7,2	10	8,3	12	10,0	10	7,7	8	7,3	2	2,4	4	4,2	2	2,3	5	6,4
Mártires	9	7,6	13	11,7	15	14,2	18	16,4	24	18,0	11	9,0	10	9,5	11	11,7	8	8,5	6	6,8
Antonio Nariño	10	8,3	10	8,1	9	8,7	11	11,8	11	11,4	6	6,0	9	11,2	9	12,0	12	16,6	5	8,0
Puente Aranda	33	10,6	26	9,0	19	7,8	28	12,1	21	8,6	19	8,4	23	11,9	9	4,9	12	6,8	4	2,5
Candelaria	3	8,6	0	0,0	17	47,9	3	11,9	6	20,9	3	12,6	1	5,6	0	0,0	2	12,0	1	6,5
Rafael Uribe	53	9,8	49	9,0	51	10,8	53	11,3	57	12,3	38	8,5	27	7,4	34	9,6	20	6,1	38	12,9
Ciudad Bolívar	134	12,8	128	12,9	83	8,8	87	9,2	95	10,4	94	10,7	71	9,2	64	9,1	56	8,7	34	5,7
Sumapaz	2	51,3	0	0,0	0	0,0	2	55,6	0	0,0	0	0,0	1	27,8	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Sin dato de locali	42	91,1	31	42,2	17	78,3	16	82,5	17	118,1	12	93,8	1	9,7	0	0,0	1	71,4	11	343,8
Total	1122	10,8	914	9,2	887	9,5	924	10,5	977	11,4	677	8,5	565	8,4	481	7,4	436	7,1	427	7,5

Fuente 2015 - 2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 10-01-2024-ajustada 26-02-2024).

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025

El análisis de la mortalidad fetal en Bogotá D.C. por localidades entre 2015 y 2024p evidencia una tendencia general descendente en el número de casos y en las tasas, aunque con marcadas variaciones territoriales, localidades como Kennedy, Suba, Engativá, Bosa y Ciudad Bolívar concentran históricamente la mayor carga de casos, lo que se relaciona con su alta densidad poblacional y mayor número de nacimientos, mientras que en localidades pequeñas como Sumapaz o La Candelaria se observan tasas muy elevadas en algunos años, probablemente asociadas al bajo denominador poblacional más que a un exceso real de riesgo; a lo largo del periodo, se observa un pico en 2019 (977 casos, tasa 11,4 por 1.000 NV+MF), seguido de una reducción sostenida hasta 2023 (436 casos, tasa 7,1), con una leve estabilización en 2024 preliminar (427 casos, tasa 7,5), factores como el acceso desigual a controles prenatales, condiciones socioeconómicas, disponibilidad de servicios obstétricos y diferencias en la calidad de la atención perinatal influyen en las variaciones entre localidades. Aunque la tendencia global es positiva, persisten territorios con tasas altas que requieren intervenciones focalizadas para reducir inequidades en salud materno-perinatal.

Tabla # 2. Casos y tasas de mortalidad neonatal temprana distribuidos por localidad de residencia en Bogotá D.C.

Localidad	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024p	
	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf	Casos	tasa x 1.000 nv+mf
Usaquen	26	4,1	23	3,7	15	2,5	20	3,6	17	3,3	13	2,8	13	3,1	12	2,9	10	2,5	17	4,4
Chapinero	7	3,6	3	1,5	1	0,5	5	3,0	10	6,2	6	4,2	3	2,4	2	1,7	5	4,2	2	1,7
Santafé	6	3,9	8	5,9	4	2,5	8	5,2	13	7,7	3	2,0	1	0,8	4	3,5	4	3,7	3	3,1
San Cristóbal	29	4,8	21	3,6	22	4,2	23	4,9	19	4,4	29	7,0	9	2,5	10	3,1	13	4,5	8	2,8
Usme	13	2,4	15	2,7	20	3,8	21	4,2	19	4,0	24	5,4	17	4,5	13	3,7	12	3,7	16	5,3
Tunjuelito	8	3,0	20	7,6	14	5,8	9	3,9	15	6,8	8	3,9	2	1,2	3	1,9	7	4,9	8	6,0
Bosa	35	3,4	37	3,7	31	3,3	20	2,2	32	3,6	41	4,8	16	2,3	25	3,7	26	4,2	22	3,8
Kennedy	59	3,9	51	3,6	64	4,8	44	3,6	45	3,8	55	5,0	30	3,3	27	3,0	37	4,4	37	4,7
Fontibón	20	4,7	17	4,0	25	6,6	12	3,2	9	2,5	14	4,5	6	2,2	11	4,0	14	5,3	7	2,8
Engativá	32	3,4	32	3,6	37	4,5	35	4,4	25	3,2	40	5,7	19	3,4	16	2,8	16	2,8	16	3,1
Suba	64	4,3	54	3,9	55	4,1	54	4,5	46	3,8	46	4,1	22	2,3	27	2,8	21	2,3	27	3,3
Barrios Unidos	8	5,1	5	3,2	5	3,4	4	3,0	5	3,9	8	6,3	3	3,1	2	2,0	3	3,3	3	3,4
Teusaquillo	4	3,1	4	3,2	4	3,4	6	5,1	3	2,3	5	4,6	3	3,7	6	6,3	3	3,4	5	6,4
Mártires	6	5,1	5	4,6	5	4,8	6	5,5	6	4,6	3	2,5	4	3,8	3	3,2	3	3,2	4	4,6
Antonio Nariño	2	1,7	9	7,3	3	2,9	2	2,2	2	2,1	2	2,0	3	3,8	3	4,0	3	4,2	3	4,8
Puente Aranda	13	4,2	10	3,5	10	4,1	13	5,7	11	4,6	11	4,9	11	5,8	11	6,1	6	3,4	5	3,1
Candelaria	2	5,8		0,0	4	11,8	1	4,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	1	5,1	12	72,7	0	0,0
Rafael Uribe	19	3,5	23	4,3	15	3,2	17	3,7	20	4,4	22	5,0	12	3,3	4	1,1	0	0,0	13	4,5
Ciudad Bolívar	43	4,2	39	4,0	30	3,2	50	5,3	28	3,1	46	5,3	30	3,9	30	4,3	17	2,7	28	4,7
Sumapaz	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	23,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	52,6
Sin dato de localidad	6	14,3	13	18,5	1	-	10	-	6	-	3	-	2	-	1	-	0	-	6	-
Total	402	3,9	389	3,9	365	4,0	360	4,1	331	3,9	381	4,8	206	3,1	211	3,3	212	3,5	231	4,1

Fuente 2015 -2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 10-01-2024-ajustada 26-02-2024).

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025

La mortalidad neonatal temprana en Bogotá D.C. entre 2015 y 2024p muestra una tendencia general a la disminución, con tasas que pasaron de valores cercanos a 4,0 por 1.000 nacidos vivos en el quinquenio inicial a un descenso marcado en 2021 (3,1), seguido de una estabilización y leve repunte en 2024p (4,1); sin embargo, persisten diferencias territoriales: localidades de gran volumen como Kennedy, Suba, Engativá y Bosa concentran el mayor número absoluto de casos, mientras que en zonas con baja natalidad, como Mártires, Teusaquillo o La Candelaria, se observan tasas elevadas influenciadas por pequeñas denominadores, y en localidades como Usme, Rafael Uribe y Tunjuelito se mantienen riesgos superiores al promedio, lo que evidencia desigualdades en el acceso y la calidad de la atención materno-neonatal y la necesidad de intervenciones focalizadas.

Tabla # 3. Casos y tasas de mortalidad fetal distribuidos por edad materna en Bogotá D.C.

Rango de edad	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024p	
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
10 a 14	9	24,5	7	21,7	8	25,6	7	24,8	7	32,9	1	5,5	2	12,8	0	0,0	6	38,5	2	11,5
15 a 19	180	11,7	123	8,9	133	10,9	131	12,1	138	14,1	101	11,9	67	10,2	66	11,4	49	9,5	38	8,6
20 a 24	274	9,9	244	9,1	229	9,2	250	10,6	277	12,1	217	10,2	155	9,3	109	7,4	103	7,5	87	6,9
25 a 29	245	9,8	181	7,4	197	8,5	220	9,8	218	9,6	135	6,3	119	6,4	118	6,4	97	5,6	100	6,2
30 a 34	204	9,9	175	8,7	151	8,1	153	14,3	168	9,7	98	6,1	105	7,2	89	6,0	96	6,6	105	7,7
35 y mas	210	15,1	156	11,2	146	10,6	151	7,5	148	11,3	112	9,0	110	10,0	82	7,3	75	7,2	78	7,9
Sin dato	0	-	28	-	23	-	12	-	21	-	13	-	7	-	17	-	10	-	17	-
Total	1122	10,9	914	9,2	887	9,5	924	10,5	977	11,4	677	8,5	565	8,4	481	7,4	436	7,1	427	7,5

Fuente 2015 -2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 10-01-2024-ajustada 26-02-2024).

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025

El análisis de la mortalidad fetal en Bogotá D.C. según grupo de edad materna entre 2015 y 2024p evidencia una disminución progresiva en el número de casos y en la tasa global, que pasó de 10,9 en 2015 a 7,5 en 2024p; sin embargo, persisten patrones diferenciales de riesgo: las gestantes adolescentes de 10 a 14 años presentan tasas muy altas e inestables, con picos como en 2019 (32,9) y 2023 (38,5), lo que refleja su alta vulnerabilidad pese al bajo número absoluto de casos, mientras que el grupo de 15 a 19 años mantiene tasas consistentemente superiores al promedio poblacional; en las mujeres de 35 años y más también se observa un exceso de riesgo, con tasas que fluctúan entre 7,2 y 15,1, asociadas a complicaciones obstétricas y mayor frecuencia de comorbilidades. En contraste, los grupos de 20 a 34 años concentran la mayor carga de casos en términos absolutos, pero con tasas más bajas y estables, estos hallazgos evidencian que la mortalidad fetal sigue siendo un problema ligado tanto a la edad materna extrema (muy temprana o avanzada) como a factores de acceso y calidad de la atención prenatal, lo que orienta la necesidad de estrategias diferenciadas de prevención y vigilancia epidemiológica.

Tabla # 4. Casos y tasas de mortalidad neonatal temprana distribuidos edad materna en Bogotá D.C.

Rango de edad	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024p	
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
10 a 14	0	0,0	2	6,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	5,5	1	6,5	0	0,0	1	6,7	2	11,6
15 a 19	65	4,2	58	4,2	42	3,5	46	4,3	41	4,3	41	4,9	13	2,0	15	2,6	22	4,3	9	2,1
20 a 24	100	3,6	97	3,7	106	4,3	78	3,3	87	3,8	99	4,7	56	3,4	42	2,9	44	3,2	55	4,4
25 a 29	85	3,4	84	3,4	80	3,5	87	3,9	80	3,6	79	3,7	46	2,5	67	3,6	56	3,3	62	3,9
30 a 34	84	4,1	76	3,8	68	3,7	70	6,6	59	3,4	72	4,5	39	2,7	47	3,2	38	2,6	56	4,1
35 y mas	67	4,8	53	3,8	68	5,0	66	3,3	52	4,0	65	5,3	44	4,0	31	2,8	42	4,0	38	3,9
Sin dato	0	-	19	-	0	-	13	-	12	-	24	-	7	-	9	-	9	-	9	-
Total	401	3,9	389	3,9	365	4,0	360	4,1	331	3,9	381	4,8	206	3,1	211	3,3	212	3,5	231	4,1

Fuente 2015 -2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 10-01-2024-ajustada 26-02-2024).

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025

El análisis de la mortalidad perinatal según rango de edad materna entre 2015 y 2024p muestra una tendencia general de estabilidad en las tasas globales, que oscilaron entre 3,1 y 4,8 por 1.000 nacidos vivos y muertes fetales, cerrando el 2024p en 4,1. Los grupos de 20 a 34 años concentran la mayor carga absoluta de casos, lo cual es esperado por corresponder a las edades de mayor fecundidad, aunque con tasas relativamente bajas y estables, en contraste, se observan mayores fluctuaciones en los extremos de la edad materna: las adolescentes de 10 a 14 años, pese a tener pocos casos, muestran tasas elevadas en años específicos (6,7 en 2023 y 11,6 en 2024p), mientras que en las mujeres de 35 años y más las tasas son consistentemente más altas que el promedio (entre 3,8 y 5,3), asociadas a un mayor riesgo obstétrico, estos resultados resaltan que, aunque la carga absoluta se concentra en las edades intermedias, el mayor riesgo relativo recae en las gestantes muy jóvenes y en las de edad avanzada, lo que orienta la necesidad de intervenciones diferenciadas para reducir el impacto en estos grupos vulnerables.

Tabla # 5. Proporción de causas de mortalidad fetal en Bogotá D.C.

Causas agrupadas 6/67 - fetales	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024p	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	519	46%	415	45%	343	39%	322	35%	357	37%	371	55%	348	62%	293	61%	274	63%	267	63%
4,01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	143	13%	110	12%	119	13%	109	12%	111	11%	150	22%	109	19%	92	19%	77	18%	70	16%
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	308	27%	261	29%	304	34%	379	41%	406	42%	66	10%	47	8%	51	11%	38	9%	41	10%
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	97	9%	65	7%	71	8%	53	6%	42	4%	42	6%	34	6%	24	5%	25	6%	19	4%
4,03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	24	2%	24	3%	22	2%	29	3%	32	3%	22	3%	14	2%	10	2%	9	2%	16	4%
4,04 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	30	3%	39	4%	26	3%	28	3%	19	2%	10	1%	12	2%	9	2%	12	3%	13	3%
1,09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1	0%	0	0%	2	0%	4	0%	10	1%	16	2%	1	0%	2	0%	1	0%	0	0%
2,15 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Total general	1122	100%	914	100%	887	100%	924	100%	977	100%	677	100%	565	100%	481	100%	436	100%	427	100%

Fuente 2015 -2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 10-01-2024-ajustada 26-02-2024).

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025

El análisis de las causas agrupadas de muerte fetal entre 2015 y 2024p muestra una transición marcada en la distribución de los principales factores asociados. Inicialmente, las “afecciones originadas en el período perinatal” (CIE 4,06) tenían una alta participación (27-42% entre 2015 y 2019), pero a partir de 2020 disminuyen drásticamente hasta ubicarse en un 10% en 2024p. En contraste, las “complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento” (CIE 4,02) adquieren un peso creciente, pasando del 35-46% antes de 2019 a concentrar más del 60% de los casos desde 2021, consolidándose como la principal causa. Las “afecciones maternas” (CIE 4,01) mantienen una participación estable alrededor del 11-13% en los primeros años, pero presentan un repunte en 2020 (22%), para luego estabilizarse en torno al 16-19% en los últimos años. Las malformaciones congénitas (CIE 6,13) se mantienen en niveles bajos (4-9%), al igual que el retardo del crecimiento fetal y trastornos respiratorios, que oscilan entre 2-4% y 1-3% respectivamente. Estos resultados reflejan un cambio epidemiológico importante, donde las complicaciones obstétricas se consolidan como el principal determinante de la

mortalidad fetal reciente, lo que orienta la necesidad de fortalecer la calidad de la atención prenatal y perinatal para reducir su impacto.

Tabla # 5. Proporción de causas de mortalidad neonatal en Bogotá D.C.

Causas agrupadas 6/67 - Neonatales tempranas (no fatales)	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024p	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
4.04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	110	27%	110	28%	88	24%	70	19%	80	24%	95	25%	29	14%	52	25%	48	23%	66	29%
6.13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	108	27%	92	24%	88	24%	91	25%	77	23%	25	7%	52	25%	40	19%	40	19%	44	19%
4.06 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	49	12%	52	13%	49	13%	44	12%	54	16%	99	26%	42	20%	32	15%	32	15%	26	11%
4.05 Sepsis bacteriana del recién nacido	32	8%	33	8%	34	9%	45	13%	33	10%	57	15%	26	13%	28	13%	39	18%	38	16%
4.02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	57	14%	54	14%	48	13%	64	18%	51	15%	60	16%	31	15%	25	12%	27	13%	49	21%
4.03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	14	3%	14	4%	25	7%	19	5%	14	4%	25	7%	12	6%	18	9%	8	4%	0	0%
4.01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	30	7%	23	6%	27	7%	25	7%	16	5%	20	5%	12	6%	12	6%	13	6%	8	3%
1.09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0	0%	1	0%	2	1%	2	1%	1	0%	0	0%	1	0%	3	1%	0	0%	0	0%
3.04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%	0	0%
2.15 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%
1.05 Meningitis	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%	0	0%
5.13 Eventos de intención no determinada	1	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%
5.12 Agresiones (homicidios)	0	0%	4	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
0 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	0	0%	3	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%
2.11 Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
1.08 Infecciones respiratorias agudas	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
1.01 Enfermedades infecciosas intestinales	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
5.02 Los demás accidentes de transporte y los especificados	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
1.07 Enfermedad por VIH (SIDA)	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
6.14 Resto de enfermedades	1	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total general	402	100%	389	100%	365	100%	360	100%	331	100%	381	100%	206	100%	211	100%	212	100%	231	100%

Fuente 2015 -2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 10-01-2024-ajustada 26-02-2024).

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV- PRELIMINARES ajustado 13-01-2025

El análisis de las causas agrupadas de mortalidad neonatal temprana entre 2015 y 2024p muestra un patrón dominado por tres grupos principales: trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (4,04) y malformaciones congénitas (6,13), que a lo largo de la serie aportan entre el 19% y 29% cada uno, y el resto de las afecciones originadas en el periodo perinatal (4,06), que oscila entre el 11% y 26%, se observa un pico de esta última en 2020 (26%), probablemente asociado a condiciones críticas del sistema de salud durante la pandemia, con posterior descenso; la sepsis bacteriana (4,05) adquiere relevancia creciente, pasando del 8-9% en los primeros años al 16-18% en 2023-2024p, mientras que las complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento (4,02) muestran una variabilidad entre 12% y 21%, con incremento notorio en 2024p; el retardo del crecimiento fetal y bajo peso al nacer (4,03) mantiene una participación baja y en descenso, llegando a desaparecer en 2024p, y las afecciones maternas (4,01) se reducen paulatinamente hasta 3% en 2024p. Otras causas (infecciones, accidentes, tumores, VIH, meningitis) representan porcentajes marginales (<1%). En conjunto, los hallazgos evidencian que las causas neonatales tempranas están fuertemente relacionadas con la atención perinatal y la calidad del cuidado inmediato al recién nacido, destacando la necesidad de fortalecer la prevención de infecciones, el manejo oportuno de complicaciones respiratorias y obstétricas, y la detección temprana de malformaciones congénitas.

Conclusiones

- La mortalidad fetal muestra una tendencia sostenida a la disminución en número de casos y tasas, pasando de 10,8 en 2015 a 7,5 en 2024p, mientras que la mortalidad neonatal temprana, aunque también ha descendido globalmente, presenta fluctuaciones más marcadas con picos relacionados a coyunturas críticas como la pandemia (2020) y un leve repunte en 2024p. Esto evidencia que, aunque ambas reducen su impacto, la mortalidad neonatal temprana es más sensible a cambios estructurales y coyunturales en el sistema de salud.
- En términos de causas, la mortalidad fetal se concentra crecientemente en las complicaciones obstétricas y las afecciones maternas, reflejando problemas durante la gestación y el parto; en contraste, la neonatal temprana se caracteriza por una multicausalidad más amplia, con peso de trastornos respiratorios, malformaciones congénitas e infecciones como la sepsis bacteriana. Esto indica que mientras la prevención de la mortalidad fetal depende en gran medida de la calidad del control prenatal y la atención obstétrica, la reducción de la neonatal temprana requiere además fortalecer el cuidado inmediato y especializado del recién nacido.
- A partir de la distribución por edad materna y localidad, se concluye que la mortalidad fetal y neonatal temprana se concentra en gestantes jóvenes y en mujeres mayores de 35 años, lo que refleja tanto los riesgos asociados a la inmadurez biológica como a la edad materna avanzada. En cuanto al territorio, se observa mayor carga en localidades con altas densidades poblacionales y condiciones socioeconómicas más vulnerables, lo que evidencia inequidades en el acceso y la calidad de los servicios de salud materno-perinatal. Esto sugiere la necesidad de fortalecer las acciones diferenciadas en los extremos de la edad reproductiva y en territorios priorizados, con un enfoque de equidad y prevención.