BED Boletín Epidemiológico Distrital

Secretaría Distrital de Salud — Bogotá, D. C.
ISSN 0123-8590 — 12 de agosto al 3 de noviembre de 2001
Volumen 6, números 9, 10 y 11 — Semanas 33 a 44

Anuario epidemiológico de Bogotá, D. C., 2000

Primera parte. Vigilancia de eventos mórbidos y mortales

Presentación

En el nuevo modelo de seguridad social en salud, que se basa en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la vigilancia y el control de los factores de riesgo ambientales, sociales, del comportamiento y de los servicios de salud, la vigilancia en salud recobra gran importancia ya que mediante el análisis de la información permite construir una situación o diagnóstico del *estado de salud-enfermedad de la población* y sus determinantes; buscando mejorar los procesos de planeación, formulación de políticas, definición de prioridades y el diseño e implementación de estrategias de intervención.

Contenido

Introducción / Materiales y métodos / Sistema de registro civil y estadísticas vitales 2
Sistema alerta acción 3
Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional / Sistema de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias 3
Sistema de vigilancia epidemiológica del maltrato y la violencia intrafamiliar (Sivim) 4
Sistema de vigilancia del consumo de sustancias psicoactivas (Vespa) 4
Indicadores demográficos de Bogotá, D. C / Resultados / Estadísticas vitales. 5
Mortalidad 7
Sistema alerta acción 9
Mortalidad evitable 10
Enfermedades transmisibles 17
Enfermedades transmitidas por vectores 29
Situación alimentaria y nutricional 32
Situación de las infecciones intrahospitalarias (IIH) 39
Situación del maltrato y la violencia intrafamiliar 42

BED Boletín Epidemiológico Distrital

Secretario Distrital de Salud
José Fernando Cardona Uribe
Subsecretario
Elkin Hernán Otálvaro Cifuentes
Directora de salud pública
Gilma Constanza Mantilla
Área de acciones en salud pública
Stella Vargas Higuera
Área de vigilancia en salud pública
Sonia Esperanza Rebollo Sastoque
Área de análisis y políticas de salud pública
Consuelo Peña Aponte
Laboratorio de salud pública
Elkin Osorio Saldarriaga
Comité editorial
María Teresa Buitrago
Gladys Espinosa García
Luis Jorge Hernández
Elkin Osorio Saldarriaga
Sonia Esperanza Rebollo Sastoque
Luz Adriana Zuluaga Salazar
Coordinación editorial
Oficina de comunicaciones en salud
Diseño, diagramación y edición
Cerec
que sólo actúa en la preparación editorial
y en la producción del Boletín

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Dirección de salud pública
Área de vigilancia en salud pública
Calle 13 nº 32 -69, cuarto piso
Bogotá-Colombia
Teléfono 364 90 90, extensiones 9629 y 9673
Fax 375 10 73
Correo electrónico serebollo@saludcapital.gov.co

Esta segunda versión del "Anuario epidemiológico de

Introducción

En el proceso de fortalecimiento de la vigilancia en salud pública se han venido desarrollando diferentes sistemas de vigilancia que tienen su propia estructura, sus componentes de información, análisis e intervención claramente definidos, además de una dinámica y desarrollo diferentes; este *Boletín Epidemiológico Distrital* presenta la segunda edición del anuario epidemiológico de Bogotá, D. C., correspondiente a 2000, abordada por los diferentes sistemas de vigilancia en salud pública de la ciudad, que se han venido fortaleciendo e implementando, como es el caso del sistema de vigilancia epidemiológica ambiental (Sisvea), que vigila los puntos críticos de los cuatro grupos de factores de riesgo ambientales de competencia del sector salud, y que será presentado en la segunda parte del anuario.

Este anuario está dividido en dos secciones; en la primera se describen los materiales y métodos utilizados para su elaboración teniendo en cuenta las particularidades de cada sistema, su objetivo y la estructura de su red de unidades notificadoras.

La segunda sección contiene los resultados obtenidos por los sistemas, que se acompañan de tablas, gráficos e indicadores básicos, de fácil comprensión.

Materiales y métodos

Para el análisis de la información presentada se tuvieron en cuenta las particularidades de cada sistema, por lo que, por ejemplo, la información de los sistemas alerta acción (SAA) y de vigilancia alimentaria y nutricional (Sisvan) es más íntegra y tiene mayor cobertura. A continuación se describen brevemente los sistemas y la metodología de análisis utilizada.

Sistema de registro civil y estadísticas vitales

El sistema de registro civil y estadísticas vitales está orientado a recolectar información sobre los hechos que ocurren a lo largo de la vida de las personas, tales como: nacimientos, matrimonios, divorcios, anulación, adopción, legitimación, reconocimiento y defunción.

Este sistema tiene dos componentes:

1. *Registro civil*, que establece la inscripción de los hechos vitales ocurridos y sus características con fines jurídicos y administrativos.
2. *Estadísticas vitales*, que recoge, analiza y divulga la información de los hechos vitales [illegible]

- Facilitar la construcción de indicadores demográficos como tasas de fecundidad, mortalidad general, perinatal, infantil, y materna y tasa por causas, nacionales y departamentales.

Dentro de este sistema, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. es el ente responsable de la distribución y recolección, control de calidad, evaluación y análisis de la información distrital por conducto del comité de estadísticas vitales.

Bogotá cuenta con una red de 219 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), que notifican defunciones y nacimientos, tres notarías que notifican nacimientos y 2.650 médicos particulares que reportan defunciones.

La información de nacido vivo que se presenta se basa en el análisis de las variables contenidas en el certificado, el cálculo de la tasa de fecundidad por grupo de edad y total para Bogotá

El análisis de la información de defunción se basa en los certificados de defunción, tomando la causa básica de acuerdo con la codificación establecida en la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE X), y la agrupación en 103 causas.

Sistema alerta acción

Por medio de este sistema se realiza la vigilancia epidemiológica intensificada de los eventos mórbidos y mortales de alto potencial epidémico y mortalidad evitable, así como la intervención de los mismos mediante acciones de control establecidas en los protocolos de vigilancia epidemiológica.

En 2000 este sistema contaba con una red conformada por 708 unidades notificadoras (UN), de las cuales 20,2% (143) correspondía al sector público y 79,8% (565) a las IPS del sector privado. Según niveles de atención, 88,8% (629) correspondía al primer nivel, 6,64% (47) al segundo y 4,5% (32) al tercero.

Se presenta inicialmente una tabla resumen de los eventos reportados por este sistema, luego el análisis de los mismos agrupándolos de la siguiente manera, de acuerdo con sus características: mortalidad evitable, enfermedades transmisibles y enfermedades transmitidas por vectores.

Se calculan indicadores básicos de incidencia sobre la base de los casos que fueron notificados como confirmados por laboratorio, clínicos y compatibles.

Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá implementó a partir de 1997 el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional –Sisvan–, que ha venido fortaleciendo el componente de antropometría en los últimos años y desarrollando básicamente el componente nutricional, con enfasis en los menores de 7 años.

Este sistema aporta información actual y oportuna sobre la situación de esos niños y sobre escolares de estratos bajos, atendidos en las IPS y escuelas públicas de Bogotá.

Esta información fue obtenida en los centros de salud de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Los datos correspondientes a los niños(as) escolares se recolectaron en las escuelas públicas de la Secretaría de Educación Distrital, población que corresponde especialmente a los estratos 1 y 2.

Los datos sobre peso al nacer, por ser la resultante del análisis de información del certificado de nacido vivo, dan cuenta de todos los niños nacidos en Bogotá.

Parámetros utilizados en la valoración nutricional

La valoración del estado nutricional en los niños menores de 10 años se realiza a partir de la distribución normal de probabilidades, utilizando el Z score de tres índices nutricionales básicos y universales que son talla/edad –indicador de retraso en talla o desnutrición crónica–, peso/talla –indicador de adelgazamiento o desnutrición aguda– y peso/edad –indicador de insuficiencia ponderal o desnutrición global– (para la descripción de esta metodología, véase el *Boletín Epidemiológico Distrital*, volumen 6, número 3, "Plan de alimentación y nutrición").

Con estos tres índices se analizan los diferentes riesgos de desnutrición, así: el índice peso/talla es el indicador más sensible en este grupo poblacional para determinar el déficit o el exceso de peso, y el índice talla/edad para medir el crecimiento (véase Ibid).

Sistema de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) son aquellas adquiridas en el hospital y causadas por microorganismos reconocibles mediante manifestaciones clínicas o confirmación microbiológica.

Las características dependen del agente causal, del sitio anatómico afectado y de las condiciones del huésped. Pueden ocurrir durante la estancia hospitalaria o hasta 72 horas después del egreso del paciente, dependiendo del tiempo de hospitalización y del periodo de incubación de la enfermedad.

También se consideran infecciones intrahospitalarias las adquiridas por los trabajadores de la institución o la comunidad en general como consecuencia de contagio con otros pacientes o con los desechos patógenos de instituciones hospitalarias.

Durante 2000 se contó con 60 instituciones de salud como unidades notificadoras de la red pública y privada, de los diferentes niveles de atención, cuyos representantes hacen parte del comité distrital de infecciones intrahospitalarias de la Secretaría Distrital de Salud

De acuerdo con el censo de instituciones de salud de la Secretaría de Salud, en la ciudad existen 200 clínicas y hospitales. Considerando esta cifra, la representatividad del sistema equivale a 30% (60), de las cuales son efectivas 21,5% (43) (véase la tabla 1).

Tabla 1. Distribución de unidades notificadoras efectivas de infecciones intrahospitalarias. Bogotá, D. C., 2000.

Institución de salud	*Nivel uno*	*Nivel dos*	*Nivel tres*	*Total*
Públicas	4	5	5	14
Privadas	29			29
Total	*33*	*5*	*5*	*43*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-IIH.

Según el censo de empresas sociales del estado (ESE) en Bogotá, la representatividad del sector público, por niveles, fue la siguiente: 80% (4) de tercer nivel; 62% (5) de segundo nivel; y 24% (5) de primer nivel (centros de atención médica inmediata, Cami).

Respecto a la red privada, se toma como referencia la red de unidades notificadoras del sistema alerta acción, que cuenta con 29 IPS privadas de tercer nivel como unidades notificadoras, de las cuales 100% (29) envió notificación de IIH en 2000.

Aún no se cuenta con notificación de las instituciones de primero y segundo nivel de la red privada; según el censo del área de vigilancia y control de la oferta, en el segundo nivel de atención existen 43 IPS privadas y 25 en el primero, que cuentan con camas de hospitalización.

De acuerdo con los lineamientos para la vigilancia de IIH, existe un conjunto de indicadores epidemiológicos básicos que describen la magnitud y el comportamiento de las infecciones intrahospitalarias: el índice de infección intrahospitalaria; el porcentaje de infección por servicio; el porcentaje por localización anatómica y por microorganismo causal. Dichos indicadores son los que se captan desde las unidades notificadoras efectivas.

Sistema de vigilancia epidemiológica del maltrato y la violencia intrafamiliar (Sivim)

Actualmente, las unidades notificadoras que integran el Sivim son, esencialmente, instituciones o centros de atención especializada en el manejo de casos de violencia ejercida principalmente contra la mujer y contra los menores de edad. Considerando que el sistema capta casos indirectos de violencia intrafamiliar, no se excluyen los centros educativos, las instituciones de salud en general e incluso los casos denunciados por la comunidad.

Es indispensable continuar fomentando la identificación indirecta de los casos por conducto de las instituciones prestadoras de servicios de salud de Bogotá.

Una vez depuradas y consolidadas periódicamente las bases de datos, la descripción y caracterización de la violencia intrafamiliar se realiza por medio de estadígrafos descriptivos, que permiten caracterizar el fenómeno y dar cuenta de su distribución a partir de variables básicas tales como el sexo, la edad, la escolaridad, el tipo de violencia y la relación agresor-agredido, entre otras.

Sistema de vigilancia del consumo de sustancias psicoactivas (Vespa)

En 1997, el número de unidades notificadoras de la ventana de centros de tratamiento del sistema Vespa fue de 15, y el total de reportes para el mismo año fue de 578 casos. Considerando que a diciembre de 1999 se registraron 109 centros de tratamiento y el Vespa contaba con 65 unidades notificadoras, la representatividad estimada para el mismo periodo fue de aproximadamente 60% (véase la tabla 2).

Tabla 2. Número de reportes y unidades notificadoras según año. Sistema Vespa. Bogotá, D. C., 1997-2000

	1997	*1998*	*1999*	*2000*
Unidades notificadoras	15	49	65	49
Registros	578	1.851	3.794	3.400

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Vespa.

Durante 2000, 49 centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia reportaron 3.400 casos; la disminución de unidades notificadoras obedece al cierre de algunos centros de tratamiento que venían notificando desde 1999.

Acerca de la metodología por medio de la cual el sistema lleva a cabo el análisis de los datos registrados, se destacan las acciones específicas orientadas hacia la exactitud y validez de la información que se genera periódicamente por medio del sistema. Una vez depuradas y consolidadas las bases de datos, la información se enfoca hacia la identificación de los patrones de consumo preponderantes; esto incluye las frecuencias en las sustancias primarias, el ingreso de nuevas sustancias psicoactivas, las adicciones según psicotrópico y grupos de edad.

El uso de estadígrafos descriptivos permite caracterizar el fenómeno y dar cuenta de su distribución a partir de

variables de persona, lugar y tiempo. Los análisis de relación entre variables proveen elementos útiles para orientar el desarrollo de estudios analíticos que contribuyan a comprender la problemática de las adicciones.

Indicadores demográficos de Bogotá, D. C.

En la tabla 3 se presentan algunos indicadores demográficos que permiten tener un perfil general de la población de Bogotá, como son tamaño, estructura, tasas de fecundidad y mortalidad, entre otros.

A continuación se definen los indicadores presentados en la tabla 3, para su mejor interpretación.

- *Tasa de crecimiento anual:* relaciona el crecimiento de la población en un periodo dado, teniendo en cuenta nacimientos, defunciones y migración.
- *Tasa bruta de natalidad:* expresa cuántas personas nacen por cada 1.000 habitantes, siendo la tasa de Bogotá menor que la del país.
- *Tasa total de fecundidad:* indica el número de hijos que una mujer alcanzaría en su vida reproductiva; según la *Encuesta nacional de demografía y salud,* la de Bogotá es de 2,4 hijos por mujer y la del país de 2,6; sin embargo, cuando se realiza el cálculo con la información proveniente del certificado de nacido vivo, la tasa para Bogotá es de 2,1 hijos por mujer.
- *Tasa bruta de mortalidad:* indica cuántas personas fallecen por 1.000 habitantes; según los datos obtenidos del total de defunciones de Bogotá, esta tasa es de 4,41 por 1.000 habitantes, siendo menor que la del país
- *Tasa de mortalidad infantil:* indica el riesgo que tiene de morir un menor durante el primer año de vida; según la *Encuesta nacional de demografía y salud,* la tasa para Bogotá es de 17 por 1.000 nacidos vivos y para el país de 21; pero según los datos de estadísticas vitales de la Secretaría de Salud de Bogotá esta tasa es de 21 por 1.000.
- *Esperanza de vida al nacer:* estima la duración promedio de años adicionales que puede vivir una generación sujeta a las condiciones de vida observadas en un periodo dado. Para Bogotá es de 71,7 y para el país de 70,6, siendo diferencial por sexo y mayor para las mujeres.

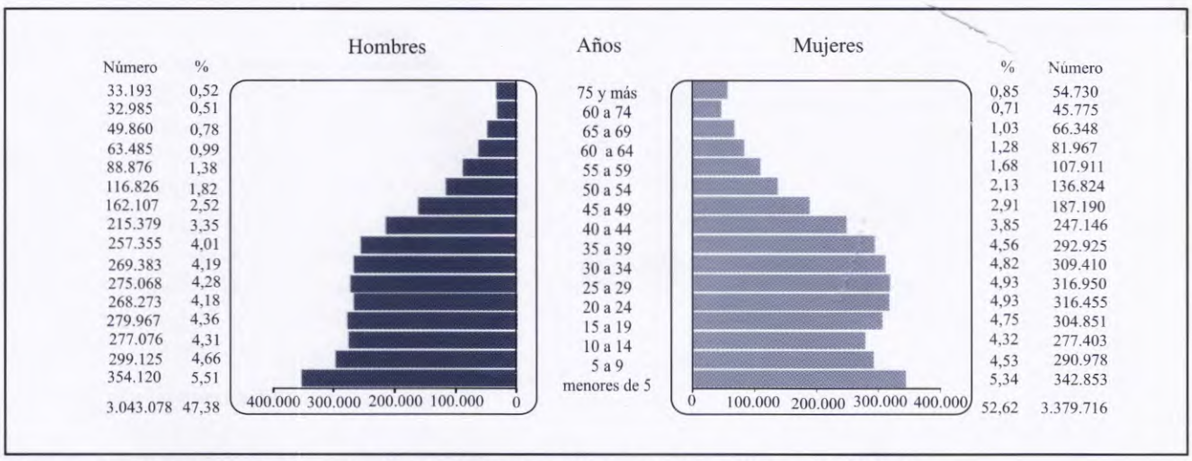
En general se observa que los indicadores de Bogotá son mejores que los del país, debido probablemente al mejoramiento del acceso a los servicios de salud y de la calidad de vida, situación que se ve reflejada en el aumento de la población de 70 años y más.

En cuanto a la pirámide poblacional (véase el gráfico 1), esta muestra modificaciones relacionadas con mejoras en las expectativas de vida y el descenso sostenido de la fecundidad; la base de la población continúa estrechándose, el grupo de la población adulta joven de género masculino ha disminuido, debido posiblemente al impacto de la violencia que lleva a una sobremortalidad en este grupo; en la población de adultos mayores, desde 1985 ha venido presentándose un leve aumento, manteniendo la diferencia por género.

Tabla 3. Indicadores demográficos básicos, Bogotá D. C. y Colombia, 2000

Indicador	*Bogotá, D. C.*		*Colombia*	
Tasa de crecimiento media anual	2,3	por 100 habitantes [2]	1,8	por 100 habitantes [2]
Tasa bruta de natalidad	20,3	por 1.000 habitantes [2]	24,4	por 1.000 habitantes [2]
Tasa total de fecundidad	2,2	hijos por mujer [2]	2,8	hijos por mujer [2]
	2,4	hijos por mujer [4]	2,6	hijos por mujer [4]
Tasa bruta de mortalidad	4,41	por 1.000 habitantes [3]	5,79	por 1.000 habitantes [5]
Tasa de mortalidad infantil	21,1	por 1.000 nacidos vivos [3]	21	por 1.000 nacidos vivos [4]
(0 a 1 año de vida)	17	por 1.000 nacidos vivos [4]		
Esperanza de vida al nacer (total)	71,7	años [2]	70,6	años [2]
Esperanza de vida al nacer (hombres)	68,5	años [2]	67,2	años [2]
Esperanza de vida al nacer (mujeres)	75,2	años [2]	74,2	años [2]

Gráfico 1. Pirámide poblacional. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital-Proyecciones Corporación Centro Regional de Población.

Resultados

Estadísticas vitales

Fecundidad

Los certificados de nacido vivo recolectados durante 2000 fueron 134.404, con un porcentaje de certificados anulados de 3,48% (4.682), para un total de 129.722 certificados como base para el análisis.

De la información recolectada y analizada puede concluirse que la tasa de fecundidad total se encuentra en 2,1 hijos por cada mujer en edad fértil que habita en la capital, menor que la presentada en 1999 (2,2 hijos por mujer).

La tasa de natalidad bruta para 2000 se encuentra en 20,32 por 1.000 habitantes, menor a la de 1999, que fue de 21,27 por 1.000 habitantes. La tasa general de fertilidad está en 61 por 1.000 mujeres en edad fértil.

En el gráfico 2 puede observarse que la edad de fecundidad se inicia en el grupo de edad 10 a 14 años, alcanzando la cúspide máxima en el grupo de 20 a 24 años, con un descenso hasta el grupo de 50 a 54 años. Es importante anotar que de acuerdo con esta gráfica la distribución modal o máxima de la fecundidad de Bogotá puede catalogarse como de *cúspide temprana*, es decir, se concentra en el grupo de mujeres jóvenes.

En la tabla 4 se observa el comportamiento de otras variables contenidas en el certificado de nacido vivo, en las que puede verse como dato relevante que la cobertura de atención del parto en Bogotá es de 99,6% con respecto al total de los nacimientos; de estos, 99,5% son atendidos por personal médico.

Gráfico 2. Tasa de fecundidad específica por grupo de edad por 1.000 nacidos vivos. Bogotá D. C., 2000

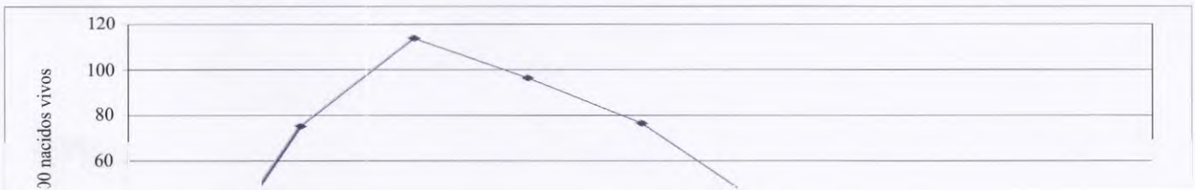


Tabla 4. Características de los nacimientos. Bogotá, D. C., 2000

Sitio de parto	Institución de salud	129.257	99,6%
	Domicilio	326	0,3%
	Otro	130	0,1%
	Sin información	9	0,01%
Atendió el parto	Médico	129.138	99,5
	Enfermera	111	0,09
	Sin información	473	0,36
Estado civil de la madre	Soltera	22.409	17,27
	Casada	37.765	29,11
	Viuda	309	0,24
	Unión libre	66.021	50,89
	Separada	958	0,74
	Sin información	2.260	1,74
Nivel educativo de la madre	Preescolar	208	0,2
	Primaria completa	16.031	12,4
	Primaria incompleta	7.379	5,7
	Secundaria completa	37.101	28,6
	Secundaria incompleta	40.472	31,2
	Universitaria completa	15.398	11,9
	Universitaria incompleta	9.617	7,4
	Ninguno	545	0,4
	Sin información	2.971	2,3
Tiempo de gestación	Menos de 20 semanas	52	0,04
	De 20 a 27 semanas	552	0,43
	De 28 a 37 semanas	17.530	13,51
	De 38 a 41 semanas	107.744	83,06
	De 42 o más semanas	617	0,48
	Sin información	3.227	2,49
Tipo de parto	Espontáneo	79.556	61,3
	Cesárea	44.159	34,0
	Instrumentado	4.516	3,5
	Sin información	1.491	1,1
Seguridad social	Contributivo	64.946	50,1
	Subsidiado	21.977	16,9
	Vinculado	22.699	17,5
	Particular	1.910	1,5
	Sin información	18.190	14,0

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

En cuanto al tiempo de gestación, 83,06% estaba entre 38 y 41 semanas; el tipo de parto predominante es el espontáneo, con 61,3%; y por régimen de seguridad social 50,1% pertenecía al régimen contributivo.

Mortalidad

Mortalidad por género, 2000

El análisis se realiza sobre un total de 28.148 muertes certificadas en 2000. La tasa de mortalidad general equivale a 4,41 muertes por cada 1.000 habitantes, menor a la de 1999 (4,68 por 1.000 habitantes); de esas muertes, el mayor número de casos se presentó en los hombres, con 15.682 muertes, tasa de 5,22 por 1.000; en las mujeres hubo 12.466 muertes, para una tasa de mortalidad de 3,69 por 1.000.

El gráfico 3 muestra la distribución de la mortalidad por grupos de edad y género; es posible observar que la incidencia es mayor en los menores de 5 años –especialmente la mortalidad en menores de un año– y en los mayores de 60, permaneciendo dentro de las diez primeras causas las infecciosas prevenibles, seguidas de las crónicas y de las causas violentas.

Al analizar esta situación frente al modelo de transición epidemiológica descrito por Omran[1], en el que las sociedades pasan de unas tasas de mortalidad y fecundidad altas, con una esperanza de vida al nacer muy baja y un predominio de las enfermedades transmisibles –edad de la pestilencia y el hambre–, a una baja mortalidad y fecundidad, con incremento en la esperanza de vida y de la población mayor de 60 años –edad de la recesión de las pandemias–, a un predominio de las enfermedades degenerativas y ocasionadas por el hombre –edad de las enfermedades degenerativas y ocasionadas por el hombre–, podríamos concluir que, en general, Bogotá se encuentra en un proceso de transición epidemiológica, que puede observarse simultáneamente en las tres edades.

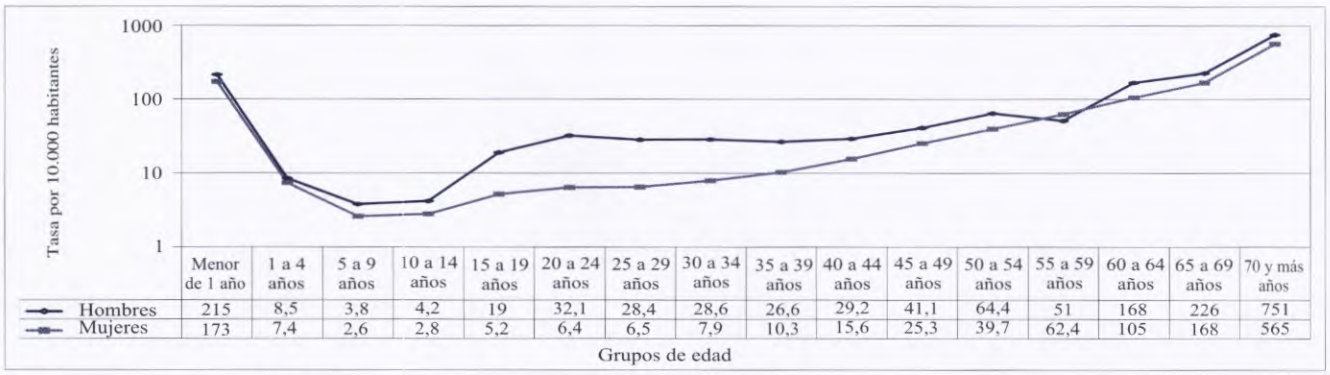
Sin embargo, la ganancia en la esperanza de vida para los hombres es menor que en las mujeres, debido a las altas tasas de mortalidad masculina asociadas a causas violentas.

Al analizar la estructura de la mortalidad por género y grupo de edad (véanse la tabla 5 y el gráfico 4) existe sobre mortalidad masculina en todos los grupos de edad a excepción del grupo de 55 a 59 años, debido probablemente a problemas de subregistro; este índice se acentúa a partir del grupo de 15 a 19 años hasta el de 40 a 44 años, siendo mayor en los jóvenes de 20 a 24, en el que el riesgo de muerte masculina es cinco veces mayor a la femenina. Al analizar esta sobremortalidad por causa se observa que se encuentra asociada a causas violentas –agresiones, accidentes de transporte, todas las demás causas externas y lesiones autoinfligidas intencionalmente–.

En el grupo de hombres 45 años y más las enfermedades del complejo cardiocerebrovascular son las que aportan mayor mortalidad.

1 Proceso de transición en salud en Colombia e implicaciones para el próximo milenio, Juan Eduardo Céspedes Londoño.

Gráfico 3. Tasas de mortalidad por género y grupos etáreos. Bogotá, D. C., 2000



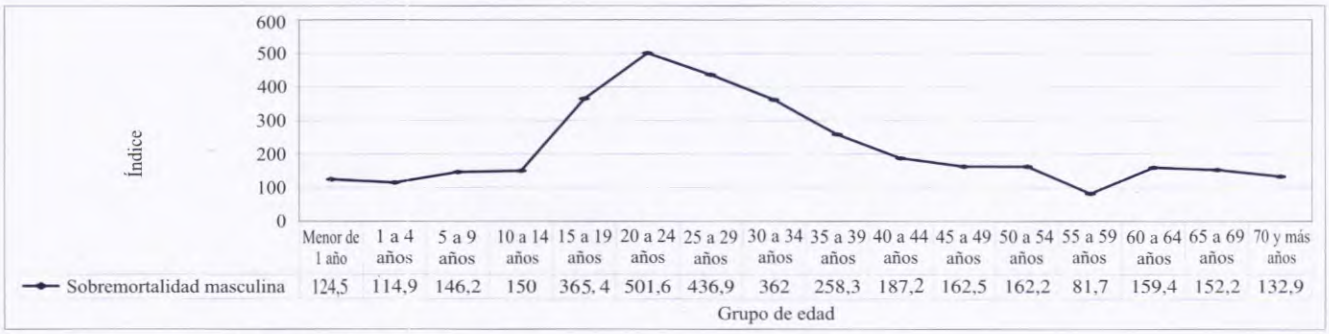
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Certificados de defunción, Dane.

Tabla 5. Tasas de mortalidad por género y grupos etáreos. Índice de sobremortalidad masculina. Bogotá, D. C., 2000

Grupos de edad	Tasa de mortalidad por 1.000		Índice de sobremortalidad masculina por 100
	Hombres	Mujeres	
Menor de 1 año	215,9	173,4	124,5
1 a 4	8,5	7,4	114,9
5 a 9	3,8	2,6	146,2
10 a 14	4,2	2,8	150
15 a 19	19	5,2	365,4
20 a 24	32,1	6,4	501,6
25 a 29	28,4	6,5	436,9
30 a 34	28,6	7,9	362
35 a 39	26,6	10,3	258,3
40 a 44	29,2	15,6	187,2
45 a 49	41,1	25,3	162,5
50 a 54	64,4	39,7	162,2
55 a 59	51	62,4	81,7
60 a 64	168	105,4	159,4
65 a 69	255,5	167,9	152,2
70 y más años	750,7	565	132,9

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública. Certificados de defunción. Dane.

Gráfico 4. Índice de sobremortalidad masculina por grupos etáreos. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública. Certificados de defunción. Dane.

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil se considera uno de los indicadores más sensibles del desarrollo de un país; esta tasa expresa la probabilidad de morir durante el primer año de vida. Aun cuando durante 2000 presentó un ligero descenso en comparación con 1999 (21,17 por 1.000 nacidos vivos en 2000 y 22,03 en 1999), continúa siendo alta, a pesar de los avances en salud pública, el acceso a los servicios de salud y la participación comunitaria, entre otros factores.

Dentro de las principales causas de muerte se encuentran ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, comunes a ambos géneros, y asociadas a factores endógenos, es decir, a problemas genéticos e inmaturidad seguida de las enfermedades infecciosas de origen respiratorio o intestinal.

Sistema alerta acción

La tabla 6 presenta el resumen del total de casos notificados por medio del sistema alerta acción, y que son la base para el análisis de los eventos que se describen en este anuario.

Tabla 6. Notificación de eventos prioritarios en salud pública. Bogotá, D. C., 2000

Eventos	Casos reportados 1999			Casos reportados 2000			Tasa de notificación Colombia
	Número	Porcentaje	Tasa de notificación	Número	Porcentaje	Tasa de notificación	
Dengue clásico	34	0,19	0,57	42	0,19	0,66	53,9
Dengue hemorrágico	12	0,07	0,20	42	0,19	0,66	4,3
Exposición rábica	3.744	20,81	62,40	4.786	22,06	74,97	
Hepatitis A	2.364	13,14	39,40	2.016	9,29	31,58	
Hepatitis B	198	1,10	3,30	188	0,87	2,94	3,1
Hepatitis C	12	0,07	0,20	36	0,17	0,56	
Malaria	191	1,06	3,18	263	1,21	4,12	
Meningitis meningococcica	40	0,22	0,67	27	0,12	0,42	
Meningitis por haemophilus	27	0,15	0,45	8	0,04	0,13	0,3
Parálisis flácida aguda* (menores)	44	0,24	2,45	43	0,20	2,35	1,2
Parotiditis	344	1,91	5,73	469	2,16	7,35	
Reacción posvacunal	17	0,09	0,28	21	0,10	0,33	
Rubéola	260	1,45	4,33	540	2,49	8,46	4
Sarampión	228	1,27	3,80	221	1,02	3,46	
Sífilis congénita por 100.000	125	0,69	94,43	195	0,90	143,82	89,2
Tosferina	8	0,04	0,13	41	0,19	0,64	1,1
Tuberculosis	728	4,05	12,13	775	3,57	12,14	27,5
Varicela	8.096	45,01	134,93	10.230	47,18	160,29	
VIH/sida	441	2,45	7,35	437	2,01	6,85	
Mortalidad perinatal	682	3,79	11,37	663	3,06	10,39	
Mortalidad materna	50	0,28	0,83	70	0,32	1,10	
Mortalidad por IRA (menores de 5)	144	0,80	21,53	181	0,83	26,14	
Mortalidad por EDA (menores de 5)	27	0,15	4,04	23	0,11	3,32	
Lepra		0,0	0,0	57	0,26	0,89	1,7
Mortalidad por malaria	1	0,01	1	1	0,0	0,02	
Brote por ETA	46	0,26	0,77	34	0,16	0,53	
Brote por varicela	99	0,55	1,65	226	1,04	3,54	
Intoxicación por químicos	5	0,03	0,08	8	0,04	0,13	
Intoxicación por plaguicidas	2	0,01	0,03	2	0,01	0,03	
Otros brotes	20	0,11	0,33	43	0,20	0,67	
Total notificaciones	*17.789*	*100*	*299,82*	*21.691*	*100*	*339,76*	

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema alerta acción.

Mortalidad evitable

Mortalidad por neumonía en menores de 5 años

Del conjunto de infecciones respiratorias agudas, la que mayor mortalidad aporta, especialmente en menores de 5 años, es la neumonía. El total de muertes por neumonía en menores de 5 años en 2000 fue 387, y de estos 78% (300) residía en Bogotá, 12% (48) en Cundinamarca, 3% (11) en Tolima, 2% (7) en Boyacá y Meta cada uno, y el 5% restante (14) en Bolívar, Caquetá, Casanare, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo y San Andrés.

Por lugar de residencia, las localidades que presentaron el mayor número de casos fueron Kennedy y Ciudad Bolívar, con 43 casos cada una, seguidas de Engativá con 34 casos (véase el mapa 1).

Según sexo, 56,3% eran niños y 43,6% niñas; el grupo de edad más afectado fueron los menores de un año, con 81,7% (245), y de estos los menores de un mes, con 17,5%.

La tasas de mortalidad por neumonía en menores de un año fue de 166,35 por 100.000; de 10,09 por 100.000 para el grupo de 1 a 4 años; y de 43,3 por 100.000 para los menores de 5 años (véase el gráfico 5).

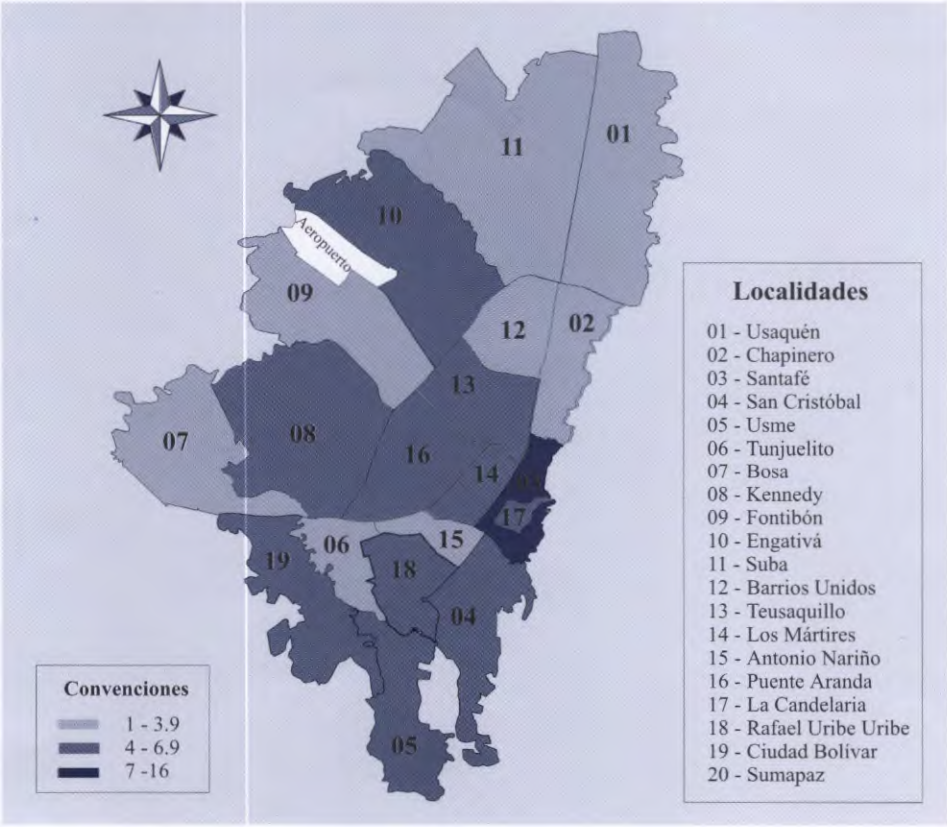
Según régimen de seguridad social, 38,3% (115) pertenecía al régimen subsidiado, 29% (87) al contributivo, 15% (45) al vinculado, 15% (45) a particulares y de 8% (8) no se tuvo el dato.

Del total de muertes se notificaron en forma inmediata por el sistema alerta acción 141; sin embargo, fue posible analizar 24% (34/141), de las cuales 70,6% (24) correspondía a casos de neumonía, 14,7% (5) residía fuera de Bogotá, 8,8% (3) no fue caso de neumonía y 5,8% (2) se clasificó como perinatal.

Al revisar la información de los análisis y del certificado de defunción para los menores de un año, se encontró que 14,2% (35/245) era de madres entre 14 y 19 años, y 6,5% (16/245) de madres entre 35 y 50 años, factor que se considera de alto riesgo para los menores; 52,2% (128/245) eran madres entre 20 y 34 años y 41,4% (121/245) no tenía el dato sobre la edad de la madre.

Dentro de los factores de riesgo asociados a la calidad de atención se encontró que en tres de los 34 casos analizados la institución de salud no contaba con unidad de cuidados intensivos (UCI) pediátrica y no fue posible ubicar a los niños en otra institución.

Mapa 1. Mortalidad por IRA en menores de 5 años. Bogotá, D. C., 2000 (tasa por 100.000)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Certificados de defunción, Dane.

Mortalidad por EDA en menores de 5 años

Durante 2000 se registraron 126 casos de mortalidad por enfermedad diarreica, de los cuales 85 eran menores de 5 años. De estos, 84,75% (72) residía en la ciudad de Bogotá, 7,05% (6) en Cundinamarca, 3,5% (3) en Tolima y 1,2% (4) en Arauca, Casanare, Guaviare y Meta, respectivamente.

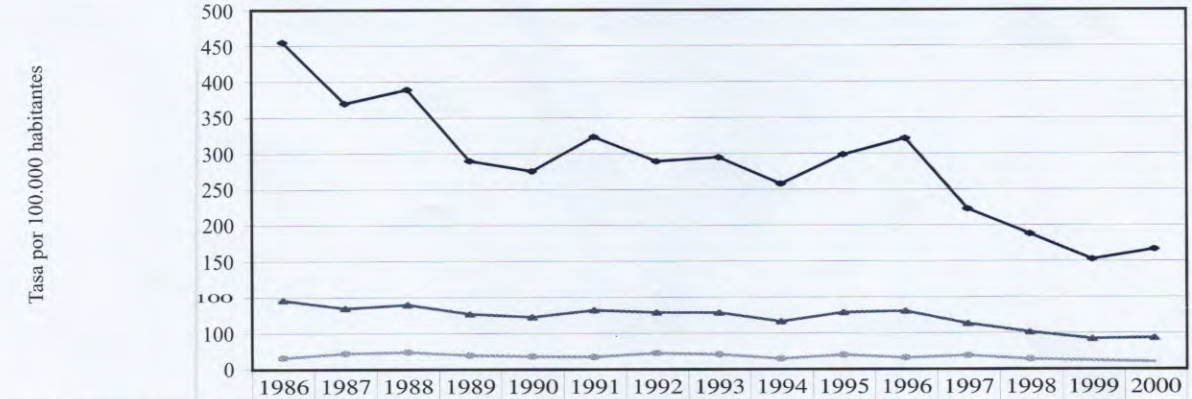
En 2000 la tasa de incidencia para los menores de un año fue de 43,4 por 100.000 menores de un año y para los niños de 1 a 4 años de 1,47 por 100.000 menores de 1 a 4 años (véase el gráfico 5); para los menores de 5 años fue de10,4 por 100.000.

Por localidad de residencia, el mayor porcentaje residía en Ciudad Bolívar, con 14 casos, seguida de Engativá con 9 casos, Kennedy con 8 y Rafael Uribe con 7 (véase el mapa 2).

El 44,4% (32) pertenecía al régimen subsidiado; al contributivo y particulares 22,2% (16) cada uno; 9,7% (7) eran particulares y de 1,4% (1) no tenía el dato.

De los análisis de los casos notificados, la investigación no permite evaluar los factores de riesgo de los menores, por lo que no pude realizarse ningún análisis adicional.

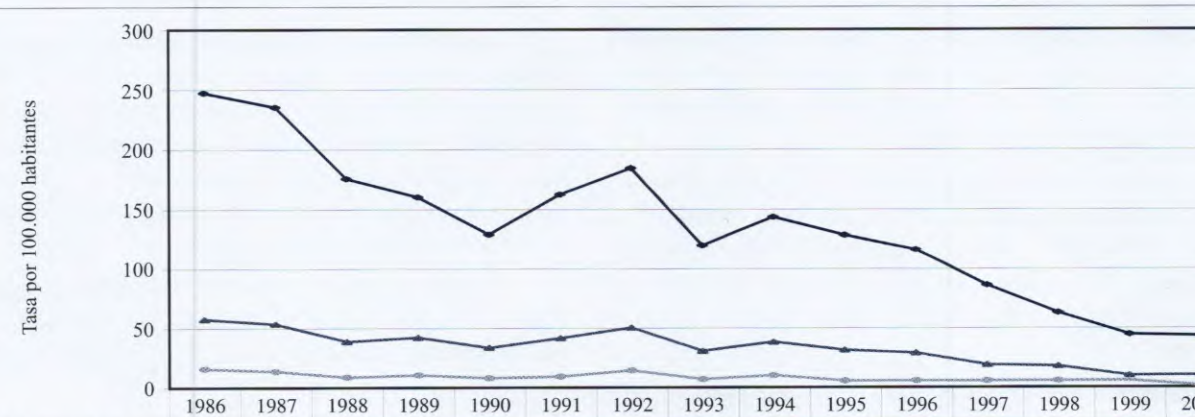
Gráfico 5. Mortalidad por neumonía en menores de 5 años. Bogotá, D. C., 2000



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Menores de un año	455	370	389	290	276	323	289	295	258	298	321	223	188	152	166
De 1 a 4 años	16	22	23,8	19,4	17,9	17,3	22,3	20,6	14,6	19,8	15,9	18,9	13,8	11,9	10
Menores de 5 años	95,7	84,6	89,6	76,7	72,5	82,1	78,8	78,5	66,1	78,9	80,6	63,2	51,3	42	43,3

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública. Certificados de defunción. Dane.

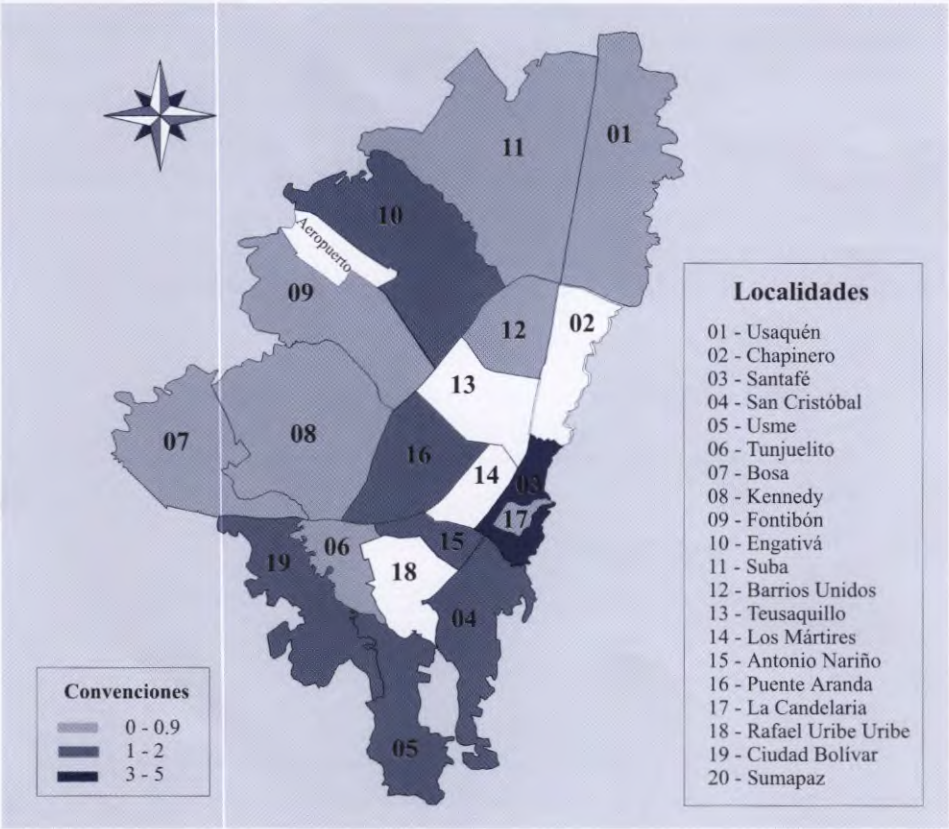
Gráfico 6. Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. Bogotá, D. C., 1986-2000



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Menores de un año	247,4	235,5	175,8	160,3	129,2	162,4	184,4	120,1	143,5	128,6	116,5	86,3	63	44,6	43,4
De 1 a 4 años	16	13,9	8,8	10,6	8,05	9,3	14,5	7	10,2	5,5	5,6	5,5	5,5	5,7	1,4
Menores de 5 años	57,7	53,8	38,9	42,3	33,7	41,7	50,5	30,9	38,4	31,6	29,1	19,1	17,9	10,02	10,4

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública. Certificados de defunción. Dane.

Mapa 2. Mortalidad por EDA en menores de 5 años. Bogotá, D. C., 2000 (tasa por 100.000)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Certificados de defunción, Dane

Mortalidad materna

Antes de presentar los resultados acerca de la mortalidad materna se presentan las definiciones utilizadas. Según CIE-10, *defunción materna,* es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

- *Defunciones obstétricas directas:* son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo –embarazo, parto y puerperio–, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- *Defunciones obstétricas indirectas:* las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
- *Defunción materna tardía:* es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.
- *Defunción relacionada con el embarazo:* es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción

Con el propósito de dar mayor claridad acerca de la mortalidad materna se calcularon las diferentes tasas por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. La tasa de mortalidad materna es la utilizada para evaluar la tendencia de este evento y al ajustarla por subregistro es de 81,4 por 100.000 nacidos vivos, con un incremento significativo con respecto a los dos periodos anteriores (véanse la tabla 7 y el gráfico 7)[2].

Según causa básica de muerte, el principal componente fueron las causas obstétricas directas que constituyeron 86% (n= 86/100) de las muertes; de estas, la primera causa fue el

2 Dado que el denominador de nacidos vivos de 1990 a 1997 había sido tomado del entonces SIS 116, registro de hospitalización, que no cubría todas las instituciones de la ciudad, la tasa para los mismos años fue recalculada, restando a partir de 1997 y retrospectivamente, teniendo como base 1998, el crecimiento poblacional estimado (2,8%) por DNP, UDS, DIOGS con base en Dane censos 1951-1993 y proyecciones 1995-2005.

edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, seguida de las complicaciones del trabajo de parto y parto y otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (véase la tabla 8).

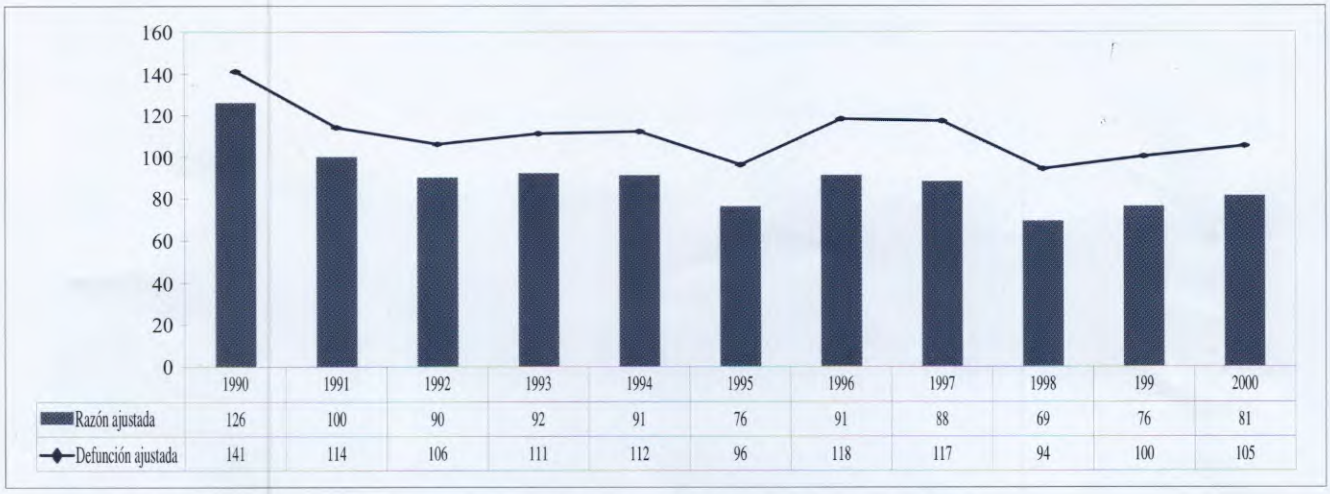
Tabla 7. Tasa* de mortalidad materna por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Bogotá, D. C. 2000

Tasa de mortalidad materna global (77,3 por 100.000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad materna (77,3 por 100.000 nacidos vivos)**	Tasa de mortalidad materna directa (66,5 por 100.000 nacidos vivos)
	Tasa de mortalidad materna tardía (No hubo)	Tasa de mortalidad materna indirecta (10,8 por 100.000 nacidos vivos)
		Tasa de mortalidad materna tardía directa (No hubo)
		Tasa de mortalidad materna tardía indirecta (No hubo)

* El uso del término *tasa*, aunque inexacto en este contexto, se mantiene por razones de continuidad. El denominador de nacidos vivos utilizado fue de 129.722, dato obtenido el 17 de abril de 2002 en la Secretaría Distrital de Salud-Área vigilancia en salud pública-Base de datos de nacidos vivos.

** Ajustada con factor de corrección por subregistro (1.0526) es de *81.4* por 100.000 nacidos vivos.

Gráfico 7. Mortalidad materna relacionada con el embarazo, parto y puerperio. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública. Certificados de defunción. Dane.

Tabla 8. Mortalidad materna relacionada con el embarazo, parto y puerperio. Bogotá, D.C., 2000

Código	*Causa básica*	*Muertes*	*Porcentaje*	*Tasa*
010-016	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	40	40	30,9
070-075	Complicaciones de trabajo de parto y parto	19	19	14,7
095-099	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	16	16	12,4
000-008	Embarazo terminado en aborto	8	8	6,2
085-092	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	10	10	7,7
030-048	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	5	5	3,9
020-029	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	2	2	1,5
Total		*100*	*100*	*77,4*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública. Certificados de defunción. Dane.

Según variables registradas en el certificado de defunción, es posible afirmar que las edades extremas, el bajo nivel educativo, el no tener compañero, no pertenecer a un régimen de seguridad social y tener el parto fuera de la institución de salud se convierten en variables de riesgo para la mortalidad materna con tasas que llegan a ser muy altas (véase la tabla 9).

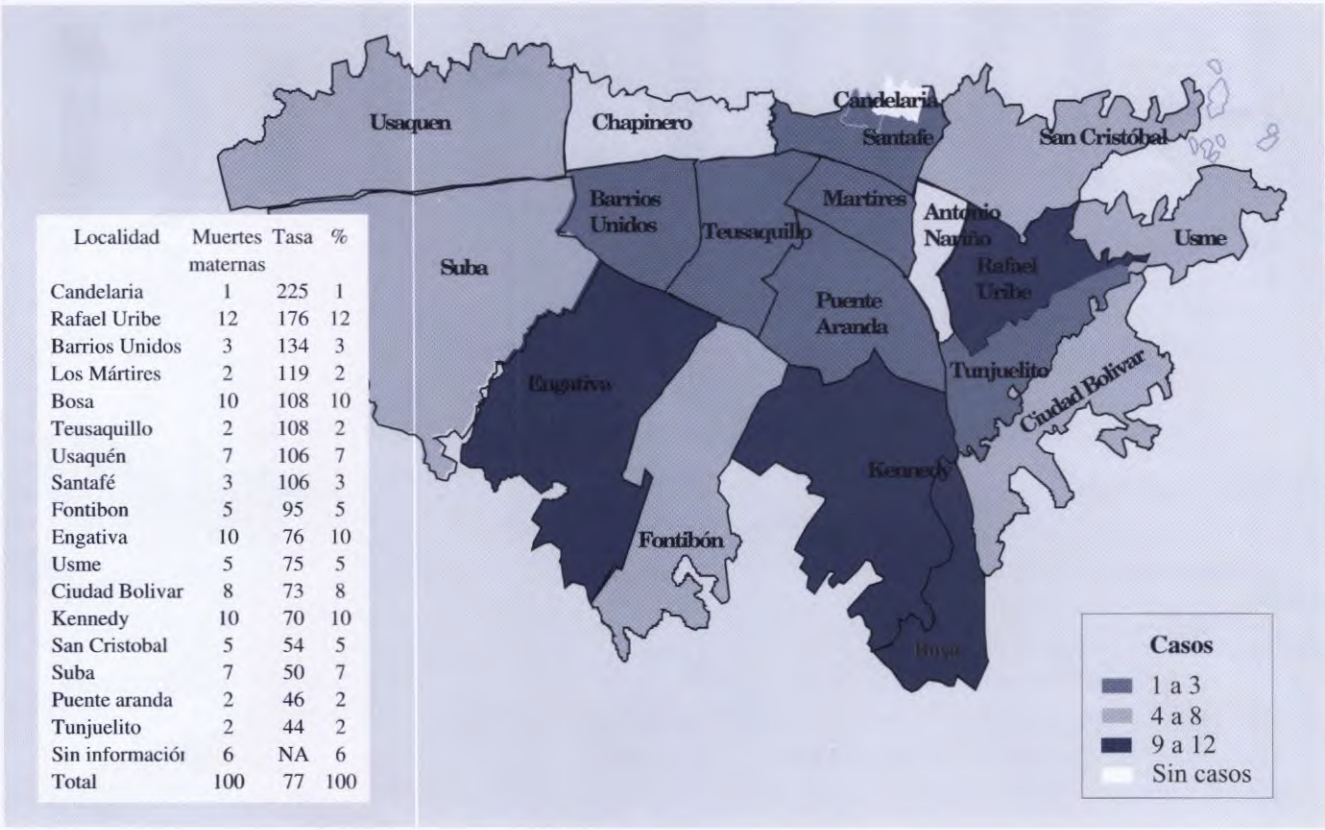
Por localidad de residencia, no se presentaron casos en Chapinero, Antonio Nariño y Sumapaz; si bien la tasa más alta fue reportada por La Candelaria, con un solo caso, la localidad con mayor número de casos fue Rafael Uribe, con 12% de los mismos; La Candelaria, Rafael Uribe, Barrios Unidos, Los Mártires, Bosa, Teusaquillo, Usaquén, Santafé y Fontibón, alcanzaron tasas por encima de la tasa de la ciudad (véase el mapa 3).

Tabla 9. Mortalidad materna según variable de riesgo. Bogotá, D. C., 2000

Variable de riesgo	*Muertes maternas*	*Nacidos vivos*	*Tasa*	*Porcentaje*
40 a 44 años	9	2.939	306,5	9
10 a14 años	1	568	176,1	1
Primaria completa	15	16.031	93,6	15
Primaria incompleta	5	7.379	67,8	5
Separada o divorcida	5	958	521,9	5
Soltera	31	22.409	138,3	31
Régimen particular	13	1.910	680,6	13
Parto en casa/domicilio	5	326	1.533,7	5
Parto en otro lugar	1	130	769,2	1

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública. Certificados de defunción. Dane.

Mapa 3. Mortalidad materna por localidad. Bogotá D.C., 2000



Localidad	Muertes maternas	Tasa	%
Candelaria	1	225	1
Rafael Uribe	12	176	12
Barrios Unidos	3	134	3
Los Mártires	2	119	2
Bosa	10	108	10
Teusaquillo	2	108	2
Usaquén	7	106	7
Santafé	3	106	3
Fontibon	5	95	5
Engativa	10	76	10
Usme	5	75	5
Ciudad Bolivar	8	73	8
Kennedy	10	70	10
San Cristobal	5	54	5
Suba	7	50	7
Puente aranda	2	46	2
Tunjuelito	2	44	2
Sin informaciói	6	NA	6
Total	100	77	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Certificados de defunción. DANE – Área de Vigilancia en Salud Pública.

Finalmente, de los análisis de 30 casos puede concluirse que el promedio estancia en la UCI fue de tres días, a pesar de antecedentes de alto riesgo en gestaciones anteriores hubo un nuevo embarazo, dos de las muertes analizadas evidenciaron infección nosocomial, en tres la remisión al tercer nivel fue fallida, en dos tardó tres días, en tres varias horas y en otras tres aunque hubo acceso al tercer nivel, no había cama en la UCI; todas tuvieron en común un control prenatal irregular o sin control y en dos de las muertes hubo maltrato del compañero.

Mortalidad perinatal

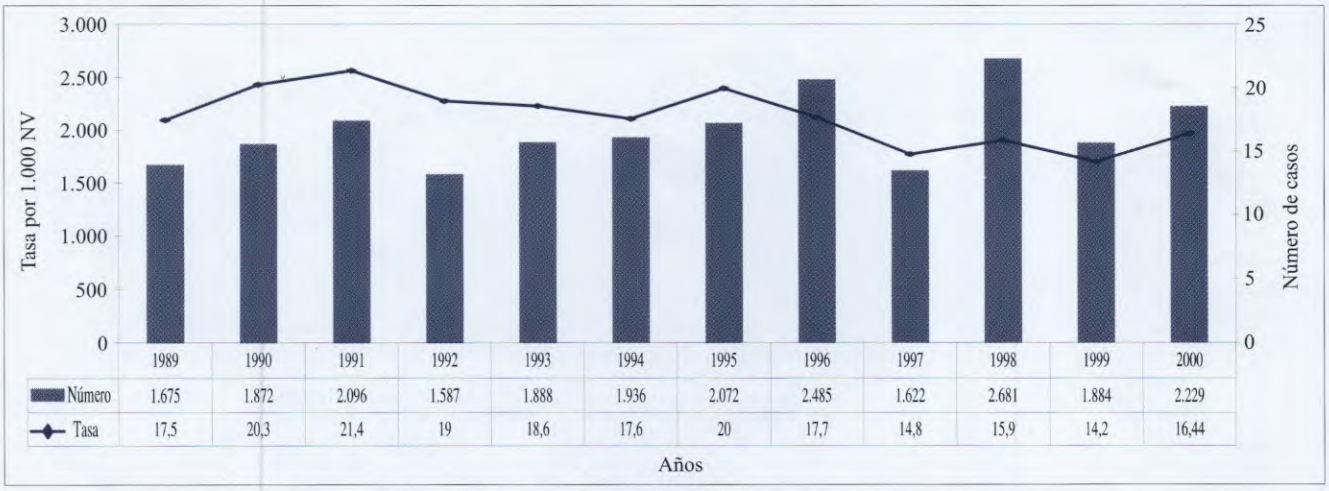
La mortalidad perinatal (MP) es otro evento trazador de la calidad de vida que le brinda un país a sus ciudadanos, y es un indicador sensible, a corto plazo, de las estrategias desarrolladas para mejorar la calidad de la atención durante la gestación y el parto.

La tasa de MP en Bogotá para 2000, según datos reportados por los certificados de defunción, permaneció estable en relación con 1999 y fue de 14,2 por 1.000 nacidos vivos (NV). Las muertes neonatales precoces representaron 48%, y los mortinatos 52%. Este dato incluye las muertes entre las 22 semanas de gestación y los 7 días de nacido, para un total de 1.839 (véase el gráfico 8).

Como variables de riesgo que deben tenerse en cuenta, el análisis muestra, en orden de importancia: atender el parto en casa o domicilio o en otro sitio diferente a la institución de salud, con una tasa de 558 y 269 por 1.000 NV respectivamente, mientras que al atender el parto en la institución de salud la tasa desciende a 11,5 por 1.000 NV; le sigue la pertenencia al régimen de afiliación particular, con una tasa de 118 por 1.000 NV[3], mientras que para los otros regímenes –subsidiado, vinculado y contributivo– la tasa observada fue de 20,7, 14 y 12 por 1.000 NV, respectivamente; el embarazo múltiple con una tasa de 45,8 por 1.000 NV; las edades extremas 40 a 44 años y menores de 15 años, cuyas tasas fueron de 40,1 y 26,4 por 1.000 NV; ser madre cabeza de familia, con tasas que oscilaron entre 29,1 por 1.000 NV para las viudas, 17,7 por 1.000 NV para las separadas o divorciadas y 14,5 por 1.000 NV para las solteras; y el bajo nivel educativo, esto es, preescolar, primaria completa e incompleta con tasas de 24, 17,2 y 14,9 por 1.000 NV.

La distribución de las diez primeras causas muestra, según criterios de evitabilidad de la muerte, que las causas 2, 3, 4, 5 y 6, esto es 34% de las muertes, serían prevenibles mediante el control prenatal adecuado; esta proporción asciende a 42% si se tiene en cuenta el total de causas; las causas 4 y 9 constituyen 8% de las muertes, y están relacionadas con la atención del parto, la proporción total de las mismas es de 13%; finalmente, las causas 1 y 3 están relacionadas con el diagnóstico y tratamiento médico precoz, y constituyen 21% de las muertes, proporción que se incrementa a 33,6% teniendo en cuenta el total de causas (véase la tabla 10).

Gráfico 8. Tasa de mortalidad perinatal. Bogotá, D. C., 2000



	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Número	1.675	1.872	2.096	1.587	1.888	1.936	2.072	2.485	1.622	2.681	1.884	2.229
Tasa	17,5	20,3	21,4	19	18,6	17,6	20	17,7	14,8	15,9	14,2	16,44

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública. Certificados de defunción. Dane.

El perfil de los 50 casos analizados en el mismo periodo señala como causas no médicas de muerte la búsqueda tardía (36 a 72 horas) de ayuda a partir del inicio de los signos de alarma; 60% de los casos llega como óbito fetal a la institución de salud; 35% no tuvo control prenatal; en 15% el control fue irregular; 7% tuvo más de siete controles; y el 45% restante no tenía información sobre el control prenatal en la

3 Se hace el mismo comentario que para la MM, es probable que en este caso la razón sea el inadecuado diligenciamiento del certificado de defunción

historia clínica; aunque 26% de los casos analizados fue declarado evitable, hubo 28% que no fue posible clasificar por falta de información y 36% fueron no evitables. En general se reportan fallas en los registros clínicos y en el sistema de referencia y contrarreferencia.

Por localidad, la tasa más alta, aunque sólo se presentó una muerte, la registra Sumapaz, seguida por La Candelaria y Los Mártires; once de las veinte localidades, esto es 55%, tuvo una tasa superior a la registrada para toda la ciudad; las localidades de Kennedy, Suba, Engativá, Ciudad Bolívar y Bosa tuvieron el mayor número de muertes (véase el mapa 4).

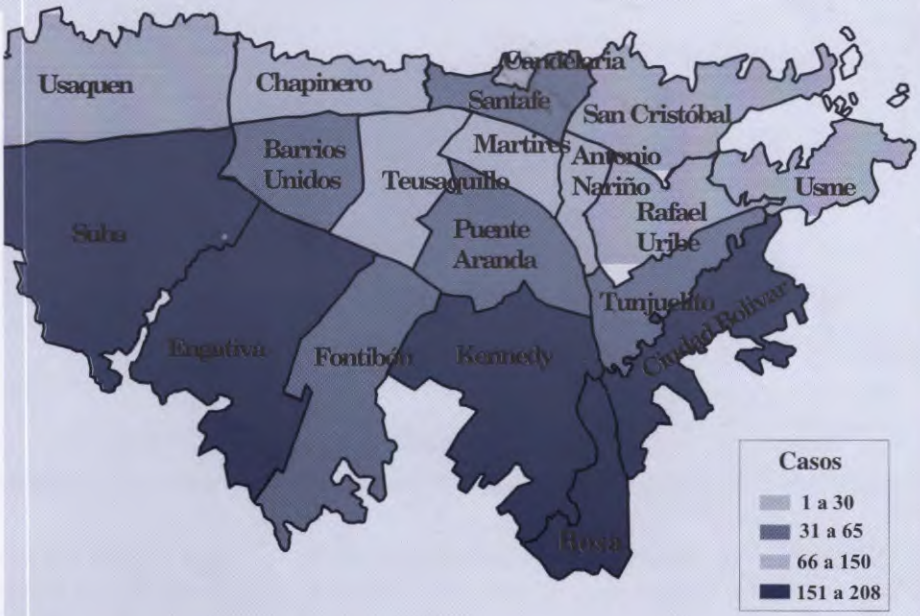
Tabla 10. Mortalidad perinatal. Diez primeras causas. Bogotá, D. C., 2000

Orden		Diez primeras causas mortalidad perinatal año 2000	Total	Tasa por mil NV	%
1	P220	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	285	2,2	15,5
2	P022	Feto y recién nacido afectados por otras anormalidades morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas	282	2,2	15,3
3	P95X	Muerte fetal de causa no especificada	102	0,8	5,5
4	P209	Hipoxia intrauterina, no especificada	93	0,7	5,1
5	P025	Feto y recién nacido afectados por otra compresión del cordón umbilical	92	0,7	5,1
6	P021	Feto y recién nacido afectados por otras formas de desprendimiento y de hemorragia placentarios	74	0,6	4,0
7	P000	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	64	0,5	3,5
8	P369	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	60	0,5	3,3
9	P200	Hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del inicio del trabajo de parto	53	0,4	2,9
10	P027	Feto y recién nacido afectados por coriamnionitis	52	0,4	2,8
		Otras	682	NA	37,1
		Total general	1.839		14,2
		Nacidos vivos	129.722		

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Certificados de defunción, Dane.

Mapa 4. Mortalidad perinatal por localidad. Bogotá, D. C., 2000

Localidad	Total	Tasa x 1000 NV
Sumapaz	1	18,5
Candelaria	8	18,0
Los Mártires	30	17,9
Rafael Uribe	115	16,9
Bosa	154	16,7
Barrios Unido	36	16,1
Ciudad Boliva	170	15,4
Chapinero	30	15,3
San Cristobal	138	14,8
Puente aranda	63	14,6
Kennedy	208	14,6
Suba	198	14,2
Tunjuelito	62	13,8
Santafé	38	13,5
Usaquén	87	13,3
Engativa	173	13,2
Antonio Nariñ	20	12,7
Fontibon	65	12,4
Usme	78	11,9
Teusaquillo	20	10,8
Total general	1839	14,2



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Certificados de defunción, Dane.

Enfermedades transmisibles

VIH/sida

En 2000 se incrementaron 7% los casos notificados de VIH/sida, con una tasa de incidencia de 9,29 por 100.000 habitantes; los hombres fueron los más afectados, con 84,8% (n= 503) de los reportes; los casos pediátricos (< 15 años) constituyeron 4,2% (n= 25) y en adolescentes 1,5% (n= 9); el grupo de edad más afectado se encuentra entre 30 y 34 años, alcanzando 24,5% (n= 145) (véanse las tablas 11 y 12).

El 90% (532/593) de los casos notificados correspondía a población de 20 a 59 años, considerada económicamente activa, de los cuales 89,2% (475/532) al momento de captarlos convivía con el virus, 10,8% (57/532) se encontraba en fase de sida y 12% (64/532) eran mujeres en edad fértil (véanse las tablas 11y 12).

La variable *mecanismo de transmisión* fue diligenciada en 28,4 % (169/593) de los casos notificados, en uno de los cuales el mecanismo de transmisión reportado fue el perinatal; en dos casos se reporta como *otro,* sin especificar cuál y en los 166 restantes fue sexual; de estos, la principal vía de transmisión registrada fue la bisexual, con 47,5% (79/166), seguida de la homosexual, 36,7% (61/166) y heterosexual, 15,6% (26/166).

La variable *estado final* de los casos se diligenció solamente en 29% (173/593) de estos, de los que se reportaron como vivos 94% (162/173) y muertos 6% (11/173) que, a su vez, correspondía a 1,8% (11/593) de los casos notificados en el periodo.

Tabla 11. Epidemia de VIH y sida* en Bogotá, resumen acumulado de datos, 1984-2000 y casos 2000

Casos	Acumulados 1984 -2000	Casos 2000
VIH y sida	8.428	593
En mujeres	5.485	531
En hombres	3.100	449
< 15 años	168	24
Casos de sida	3298	62
En mujeres	182	8
En hombres	4306	54
< 15 años	78	1
Casos sin clasificar	265	1

* En Bogotá, D. C. se notifica la infección por VIH semanalmente, por conducto del sistema alerta acción (SAA), teniendo como requisito básico para el ingreso al sistema haber sido confirmado con inmunofluorescencia reactiva o Western Blot reactivo. Igualmente y con la misma periodicidad, se notifica al SAA el caso de sida: "Caso confirmado de VIH, que cumple con los criterios de clasificación del CDC (1993) para adolescentes y adultos".

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Tabla 12. Personas viviendo con VIH y sida, según edad y sexo. Bogotá, D. C., 2000

Grupos de edad	Personas viviendo con VIH			Personas viviendo con sida		Total general
	Femenino	Masculino	Desconocido	Femenino	Masculino	
Menor de 1	-	-	-	-	-	0
1 a 4	9	2	-	1	-	12
5 a 9	3	3	-	-	-	6
10 a 14	4	3	-	-	-	7
15 a 19	3	6	-	-	-	9
20 a 24	11	55	-	1	2	69
25 a 29	11	90	-	3	6	110
30 a 34	18	114	1	1	11	145
35 a 39	8	67	-	-	14	89
40 a 44	6	47	-	-	8	61
45 a 49	2	13	-	-	4	19
50 a 54	-	15	-	-	4	19
55 a 59	3	14	-	1	2	20
60 y más	2	8	-	-	3	13
Sin dato	1	12	-	1	-	14
*Total**	*81*	*449*	*1*	*8*	*54*	*593*

* Dentro del total se incluyen los casos captados por sistema alerta acción.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Mortalidad

Teniendo como fuente el certificado individual de defunción, en 2000 la *enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)*, fue la tercera causa de muerte en la población de 15 a 44 años, con una tasa de 1,1 por 10.000 habitantes; la tercera causa en hombres de ese mismo grupo de edad, con una tasa de 2,1 por 10.000 habitantes; y la octava causa en hombres de 45 a 59 años, con una tasa de 2,4 por 10.000 habitantes.

Según la misma fuente, durante el periodo analizado, en 61% (284/466) de las muertes se registró como causa básica la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana y en el 39% (182/466) restante, la enfermedad por VIH resultante de una enfermedad asociada, siendo la más importante la enfermedad por VIH resultante en neumonía por *Pneumocystis carini*, seguida de enfermedad por VIH resultante en infección por micobacterias y enfermedad por VIH, resultante en sarcoma de Kaposi (véase la tabla 13).

Según el origen de la notificación, en 3% (15/593) de los casos no se diligenció esta variable; las principales fuentes de notificación, además de la red privada, de donde provenía 38% (228/593) de los casos, y la red adscrita a la SDS, que notificó 27% (163/593) de los casos, son el Seguro Social, con 19% (110/193) de la notificación, la Liga Colombiana de Lucha contra el sida, la fundación Eudes, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y el hospital Militar.

Tabla 13. VIH y sida. Causa básica de muerte. Bogotá, D. C., 2000

Código CIE 10	Causa básica de muerte	Total	% del total	% según enfermedad resultante
B24X	Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana	284	61	
B206	Enfermedad por VIH, resultante en neumonía por *Pneumocystis carinii*	67	14	37
B200	Enfermedad por VIH, resultante en infección por microbacterias	53	11	29
B210	Enfermedad por VIH, resultante en sarcoma de Kaposi	26	6	14
B212	Enfermedad por VIH, resultante en otros tipos de linfoma no Hodgkin	16	3	9
B208	Enfermedad por VIH, resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias	10	2	5
B209	Enfermedad por VIH, resultante en otra enfermedad infecciosa o parasitaria no especificada	3	1	2
B169	Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta (coinfección), con coma hepático	2	0	1
B219	Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos no especificados	2	0	1
B203	Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones virales	1	0	1
B217	Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos múltiples	1	0	1
B218	Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos	1	0	1
	Total general	*466*	*100*	*39*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Sistema de estadísticas vitales.

Sífilis congénita

La sífilis congénita, evento objeto de eliminación a partir de 1996, evidencia una mayor notificación, con el consecuente incremento en la tasa, que para 2000 fue de 1,39 por 1.000 menores de 1 año (véase el gráfico 9).

Otras ETS

La vigilancia epidemiológica de estos eventos es compleja; durante 2000 continuó observándose un alto subregistro, por lo que no puede afirmarse que el descenso en el gráfica sea real (véase el gráfico 10), por lo que es necesario modificar las estrategias de vigilancia, haciendo búsqueda activa del síndrome de ETS, tal como fue establecido por el Ministerio de Salud.

Hepatitis B

La tasa de notificación de hepatitis B en la ciudad fue de 2,94 por 100.000 habitantes; de los 188 casos captados, las localidades que notificaron mayor proporción fueron Chapinero, 20,2% (38), Usaquén, 16,48% (31), Los Mártires, 11,17% (21) y Fontibón, 8,51% (16); Kennedy y Rafael Uribe presentaron 6,91% (13) y el 6,38% (12), respectivamente; y el resto de localidades reportaron de 1 a 9 casos, lo que equivale a proporciones por debajo de 5%.

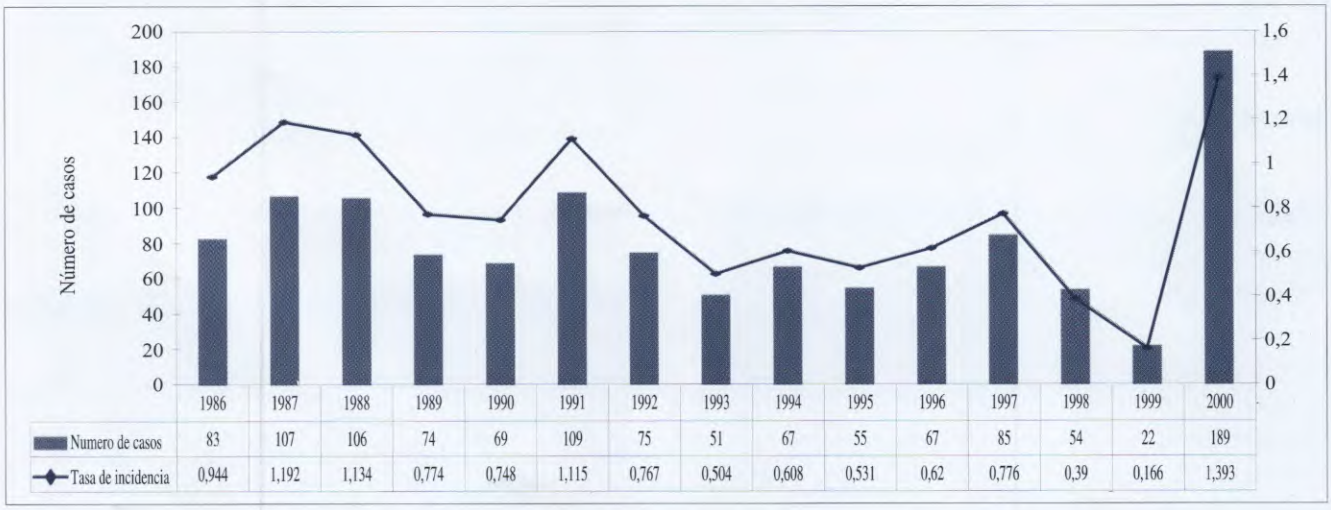
Según localidad de residencia de los casos, las que tuvieron mayor tasa de notificación fueron Fontibón, con 6,4 por 100.000 habitantes; Engativá, con 2,2 por 100.000 habitantes; Kennedy, con 1,75 por 100.000 habitantes; Barrios Unidos 5,6 por 100.000; Rafael Uribe, con 2,6 por 100.000; y Ciudad Bolívar, con 1,8 por 100.000 habitantes.

La tasa de notificación por grupo edad fue mayor en el grupo de 15 a 44 años, con 3,7 por 100.000 habitantes, seguida por la incidencia en personas de 45 y más años con 1,07 por

100. 000 habitantes y por la población menor de 14 años, con 0,81 por 100.000.

Según genero, 75% (141) eran hombres y 25% (47) mujeres. Por régimen de afiliación, 63,29% (119) pertenecía al contributivo, 22,9% (43) al vinculado y 13,82% (26) al subsidiado.

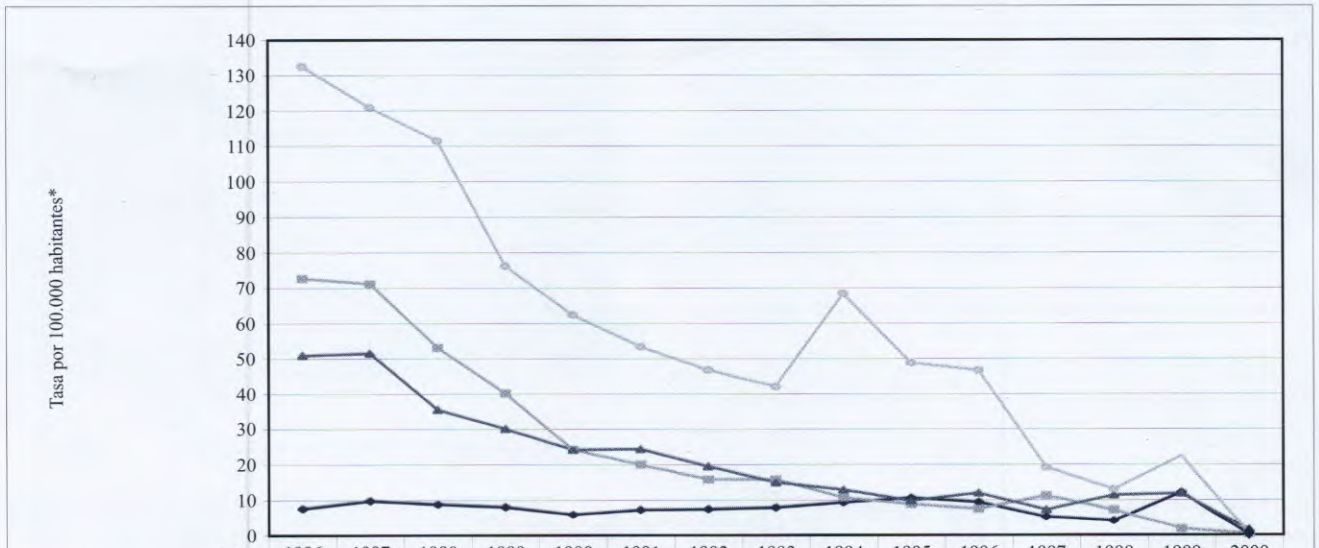
Gráfico 9. Tasa de incidencia anual por infección de sífilis congénita. Bogotá, D. C., 1986-2000



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Numero de casos	83	107	106	74	69	109	75	51	67	55	67	85	54	22	189
Tasa de incidencia	0,944	1,192	1,134	0,774	0,748	1,115	0,767	0,504	0,608	0,531	0,62	0,776	0,39	0,166	1,393

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Gráfico 10. Tasa de incidencia anual de infección por otras ETS. Bogotá, D. C., 1986-2000



Años	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Herpes genital	7,94	10,1	9,14	8,37	6,22	7,58	7,79	8,22	9,61	10,93	9,75	5,54	4,36	12,42	0,47
Infección Gonocóccica	73,01	71,49	53,38	40,45	24,47	20,3	16,09	16,09	10,96	9,15	7,85	11,57	7,5	2	0,61
Sífilis (*)	51,2	51,82	35,84	30,37	24,45	24,66	19,79	15,29	13,2	10,14	12,32	7,57	11,66	12,13	1,83
tricomoniasis	132,8	121,2	111,7	76,5	62,7	53,7	47,06	42,4	68,7	49,1	47	19,5	13,3	22,7	0,85

(*): Incluye todas las fases de la infección por sífilis.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Tuberculosis

Por información capturada por medio del sistema alerta acción, en 2000 se notificaron 775 casos de tuberculosis, con un incremento de 6% (47) en relación con el año anterior (728).

Respecto a la mortalidad por esta causa, por certificado de defunción se registraron 93 casos, para una tasa de letalidad de 12 por 100 enfermos y una incidencia de 10 por 100.000 habitantes (véase la tabla 14).

Tabla 14. Tuberculosis según localidad. Incidencia por 100.000 muertes. Bogotá, D. C., 2000

Localidades	*Incidencia por 100.000 habitantes*
Antonio Nariño	9,2
Usaquén	7,6
Teusaquillo	15,9
Los Mártires	13,6
Chapinero	11,4
San Cristóbal	18,2
Kennedy	8,1
Rafael Uribe	7,3
Suba	7,2
Engativá	6,3
Ciudad Bolívar	7,1
Tunjuelito	12,7
Santafé	29
Fontibón	9,7
Barrios Unidos	14,2
Puente Aranda	6
Usme	8,2
Bosa	7,1
La Candelaria	47,4
Total general-Bogotá	*10,0*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Al analizar por localidad de notificación durante 2000, Antonio Nariño reportó 16% (126) del total de los casos de tuberculosis captados en Bogotá; es de resaltar que en ese sector de la ciudad se encuentra ubicado el hospital Santa Clara. En segundo lugar se encuentra la localidad de Usaquén con 13,5% (105) de los casos; en tercer estuvo Los Mártires, con 11,1% (25) de los casos notificados.

Según el sitio de procedencia, 83,4% (647) de los casos notificados habitaba en la ciudad, 13% (100) procedía de otros departamentos y de 3,6% no se obtuvo este dato.

Según el lugar de residencia, las localidades con el mayor número de casos fueron Kennedy, con 12,52% (81), Suba, con 11,75% (76), Engativá, con 9,27% (60), Rafael Uribe, con 8,19% (53), y Barrios Unidos, con 6,49% (42); el resto de localidades se encontraba por debajo de 5,41% (35). Las localidades con mayor incidencia de casos fueron La Candelaria, Santafé, San Cristóbal, Teusaquillo y Los Mártires (véase la tabla 14).

En coordinación con las empresas sociales del estado y con ayuda alemana se realizaron 647 visitas de campo a los enfermos de lepra y tuberculosis (AYU), de las cuales 77,74% (503) fueron efectivas[4], es decir, se logró realizar investigación epidemiológica de campo; 22,26% (150) fueron visitas no efectivas, es decir que no se localizó el afectado o la dirección era incorrecta (véase la tabla 15).

Tabla 15. Investigaciones epidemiológicas de campo realizadas según lugar de residencia. Bogotá, D. C., 2000

Localidad	*Investigaciones realizadas*	*Investigaciones efectivas*	*Porcentaje*
Usaquén	35	30	85,71
Chapinero	12	7	58,33
Santafé	24	15	62,50
San Cristóbal	38	27	71,05
Usme	33	20	60,61
Tunjuelito	17	11	64,71
Bosa	31	19	61,29
Kennedy	81	67	82,72
Fontibón	25	21	84.00
Engativá	60	56	93,33
Suba	76	67	88,16
Barrios Unidos	42	36	85,71
Teusaquillo	10	8	80,00
Los Mártires	21	11	52,38
Antonio Nariño	9	6	66,67
Puente Aranda	26	24	92,31
La Candelaria	2	1	50,00
Rafael Uribe	53	40	75,47
Ciudad Bolívar	52	37	71,15
Total general	*647*	*503*	*1.386,10*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud Pública-Sistema alerta acción-Ayuda Alemana.

En las investigaciones epidemiológicas se identificaron 63 sintomáticos respiratorios –tos por más de 15 días–, quienes fueron remitidos para atención. Las localidades donde se realizó el mayor número de visitas de campo fueron Suba y Kennedy, con 13,32% (67) en cada una; Engativá, con 11,13% (56); Rafael Uribe, con 7,95% (40); Barrios Unidos, con 7,16% (36); Usaquén, con 5,96% (30); y San Cristóbal, con 5,37% (27). El resto de localidades presentó un porcentaje inferior a 4,77% (24).

4 Investigación epidemiológica de campo efectiva: es aquella en la cual se logra el objetivo de seguimiento de casos y la búsqueda de contactos.

Según la distribución etárea, se estableció que la población económicamente activa entre 15 y 44 años fue la más afectada por este evento, seguida por la mayor de 60 años; sin embargo, al calcular la incidencia por grupo de edad y localidad, se observa que la población mayor de 60 años fue la más afectada en 80% de las localidades (véase la tabla 16).

En relación con la distribución de TBC por género, el masculino presentó el mayor número de casos, con 63,1% (489), y el femenino 36,9% (286).

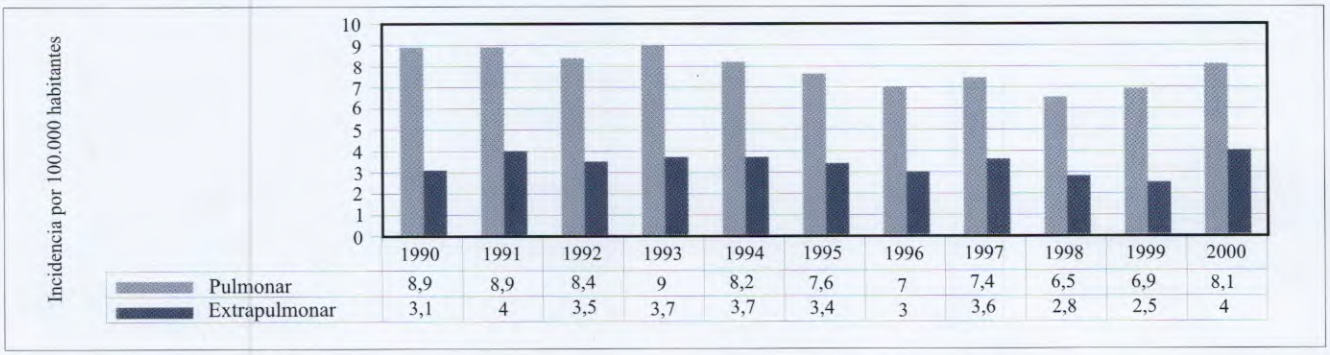
Respecto a las formas de tuberculosis, durante los últimos diez años la pulmonar es en promedio dos veces más frecuente que la extrapulmonar; desde 1990 la tendencia para las dos formas es descendente, a excepción de 2000, cuando los casos de extrapulmonar se incrementaron, alcanzando una incidencia de 4 por 100.000 habitantes (véase el gráfico 11).

Tabla 16. Incidencia de tuberculosis según grupo de edad*. Bogotá, D. C., 2000

Localidad	*Menor de 1 año*	*1 a 4 años*	*5 a 14 años*	*15 a 44 años*	*45 a 59 años*	*60 y más años*
Antonio Nariño	131,41	28,90	5,82	128,78	265,96	395,44
Barrios Unidos		9,60	0,63	3,18	9,08	20,03
Bosa				1,62	3,11	12,12
Ciudad Bolívar				2,96	3,66	8,78
La Candelaria				25,63		76,57
Chapinero	69,83	15,96	20,39	50,68	34,15	122,01
Engativá			0,77	1,56	4,85	13,58
Fontibón				6,30	5,21	
Kennedy		0,62		5,57	11,13	22,29
La Candelaria				13,95	30,68	
Los Mártires	70,92	35,59		76,15	107,95	177,12
Puente Aranda				4,50	6,00	4,73
Rafael Uribe		3,08	1,50	11,15	18,87	71,79
San Cristóbal	9,51	2,32	1,00	11,51	19,87	79,00
Santafé	164,47			16,48	34,03	12,17
Suba				3,87	5,14	12,34
Teusaquillo	156,62	16,81	6,32	57,61	90,99	161,50
Tunjuelito				8,21	10,35	51,41
Usaquén	20,69	2,81	2,73	26,88	22,40	100,03
Usme	13,91		1,89	2,44	3,82	21,04

* Tasa por cien mil habitantes.
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-sistema alerta acción.

Gráfico 11. Tuberculosis según tipo. Bogotá, D. C., 1990-2000



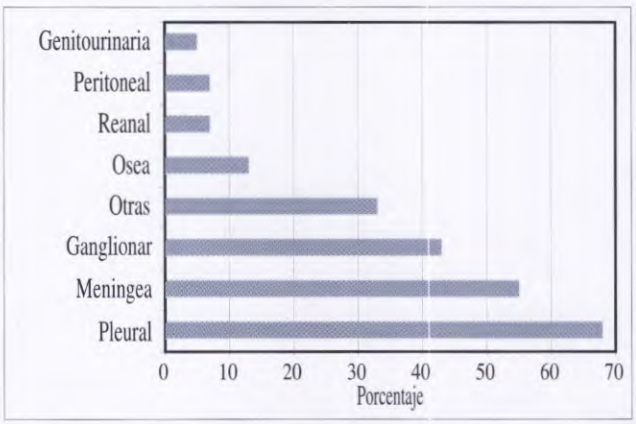
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Programa de prevención y control de TBC.

La tuberculosis pleural y meníngea fueron los eventos extrapulmonares más frecuentes, con proporciones similares cada una, seguidas por la TBC ganglionar y miliar (véase el gráfico 12).

La concordancia entre el programa de prevención y control de tuberculosis y el sistema alerta acción corresponde a 93%, es decir, por el programa fueron informados 726 casos y por sistema aleta acción 775 casos confirmados.

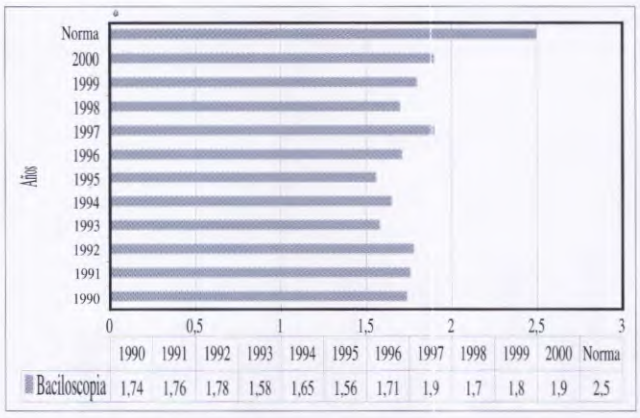
En 2000, el promedio de baciloscopias realizado a cada sintomático respiratorio fue de 1,9, que se ha mantenido en los últimos diez años, y está por debajo de lo estipulado en las guías de atención integral del programa de prevención y control de tuberculosis, que es 2,5 (véase el gráfico 13).

Gráfico 12. Formas de tuberculosis extrapulmonar. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-sistema alerta acción.

Gráfico 13. Promedio de baciloscopias por sintomático respiratorio. Bogotá, D. C., 1990-2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud–Área de vigilancia en salud pública-Programa de prevención y control de tuberculosis.

Lepra

En 2000 fueron captados por el programa de eliminación de la lepra y por el sistema alerta acción un total de 57 casos. El 61% (35) procedía de Bogotá y 29% (22) de otras zonas del país. La prevalencia en Bogotá correspondió a 0,054 casos por cada 10.000 habitantes.

En relación con la procedencia de casos de otras zonas del país, 16,6% (12) correspondió a Cundinamarca, 4,1% (3) a Santander y Tolima respectivamente, el 2,72% (2) a Boyacá y en los departamentos de Arauca y Caldas 1,38% (1) respectivamente.

Respecto a la notificación de este evento por localidades, Antonio Nariño reportó 89,5% (51) de los casos, que fueron atendidos en el centro dermatológico Federico Lleras Acosta, 10,5% (6) fueron notificados por las localidades de Fontibón, Los Mártires, San Cristóbal, Tunjuelito y Usaquén.

De acuerdo con la localidad de residencia en Bogotá, 10,16% (6) de los casos residía en Suba; 8,7% (5) en Kennedy; y 7% (4) en cada una de las siguientes localidades: Puente Aranda, Teusaquillo y Usaquén; 3,3% (2) en Chapinero y Rafael Uribe; y 1,6% (1) en cada una de las siguientes: Antonio Nariño, Barrios Unidos, Bosa, Ciudad Bolívar, Fontibón, Santafé, Tunjuelito y Usme. Sumapaz no reportó ningún caso.

En coordinación con las ESE y la ayuda alemana a los enfermos de lepra y tuberculosis se realizaron 69,44% (25) visitas efectivas, identificando un caso nuevo de sintomático de piel dentro de los 63 contactos examinados, que fue canalizado a su IPS para atención (véase la tabla 17).

Tabla 17. Contactos de casos de lepra por localidad identificados por investigación epidemiológica de campo. Bogotá, D. C., 2000

Localidad	*Número*	*Porcentaje*
San Cristóbal	8	13
Rafael Uribe	7	11
Suba	7	11
Barrios Unidos	6	10
Fontibón	5	8
Kennedy	5	8
Puente Aranda	5	8
Ciudad Bolívar	6	10
Tunjuelito	4	6
Usaquén	3	5
Bosa	2	3
Engativá	2	3
Usme	2	3
Santafé	1	2
Total	*63*	*100*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Base de datos ayuda alemana.

De acuerdo con la distribución de casos por grupo edad, la población de 15 a 44 años constituyó 38% (22) de los casos, seguida por el grupo de 60 y más, con 28% (16), por el de 45 a 59 años, con 26% (15) y por el grupo de 5 a 14 años, con 7% (4) (véase la tabla 18); sin embargo, al realizar el cálculo de la prevalencia por grupo de edad, la población más afectada fue la de 60 y más años, con 0,37 por 10.000 habitantes, seguida por el grupo de 45 a 59 años con 0,18 por 100.000 habitantes, el de 15 a 44 con 0,066 por 10.000 habitantes; por último, el de 5 a 14 años alcanzó una incidencia de 0,035 por 10.000 habitantes.

En cuanto a género, el masculino fue el más afectado, con 68,4% (39) de los casos y al femenino correspondió 31,6% (18) de las afectadas; es decir, mientras se enfermaban dos hombres una mujer se vio afectada por el bacilo de Hansen (véase la tabla 18).

Tabla 18. Casos de lepra según edad y género. Bogotá, D. C., 2000

Grupos de edad	Femenino	Masculino	Total
5 a 14 años	1	3	4
15 a 44	6	16	22
45 a 59	4	11	15
60 y más años	7	9	16
Total	*18*	*39*	*57*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema alerta acción.

De acuerdo con la clasificación de los casos de lepra, 63,15% (36) fue multibacilar y 36,85% (21) paucibacilares (véase la tabla 19).

Tabla 19. Casos de lepra según clasificación. Bogotá, D. C., 2000.

Localidad de notificación	Clasificación		Total
	MBLL	PBLT	
Antonio Nariño	31	20	51
Fontibón	1		1
Los Mártires	1		1
San Cristóbal	1		1
Tunjuelito		1	1
Usaquén	2		2
Total	*36*	*21*	*57*

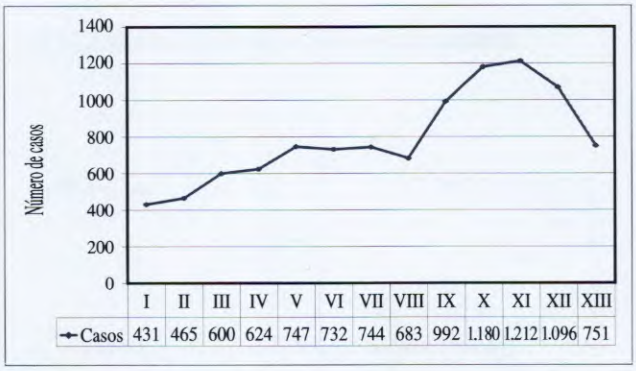
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema alerta acción.

Varicela

Durante 2000 se notificaron 10.230 casos de varicela, que se clasificaron por cuadro clínico y comparados con 1999 (8.096) mostraron un aumento en la notificación de 26,36%. Este evento se presentó en mayor proporción en niños de 1 a 4 años (3.039), con un peso porcentual de 29,71%, seguidos por los niños de 5 a 9 años, con un porcentaje de 22,84% (2.337).

Por periodo epidemiológico, el comportamiento de la varicela presenta una tendencia estacional, comparable al de los años anteriores, observándose un aumento de casos a partir del noveno periodo (véase el gráfico 14).

Gráfico 14. Comportamiento de la varicela por periodo epidemiológico. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema alerta acción.

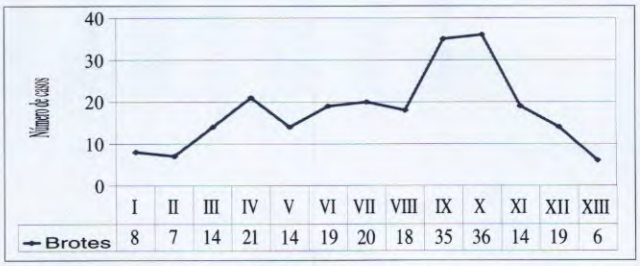
Las localidades con mayor número de casos notificados –por encima de 800– fueron Kennedy, Chapinero, Engativá, Suba y Usaquén.

Brotes de varicela

En 2000 se presentaron 231 brotes de varicela; la localidad donde se presentó el mayor número de brotes fue Engativá con 51, seguida por Usme con 31, Los Mártires con 24, Usaquén y Kennedy con 22; el resto de localidades tuvo menos de 22 brotes.

En los brotes se presentaron en su mayoría (42%) dos casos y hubo uno con 52 casos (véase el gráfico 15).

Gráfico 15. Brotes de varicela por periodo epidemiológico. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Parotiditis

En 2000 se notificaron 468 casos de parotiditis, siendo el más afectado el grupo de 5 a 9 años (208), con un porcentaje de 44,44%, seguido por el grupo de 1 a 4 años, con 158 (33,76%).

Los picos en la notificación se presentaron durante los periodos sexto (51) y décimo (63); los periodos restantes presentaron un promedio de notificación de 35 casos (7,65%), siendo el primero el de menor notificación, con 13 casos (2,78%).

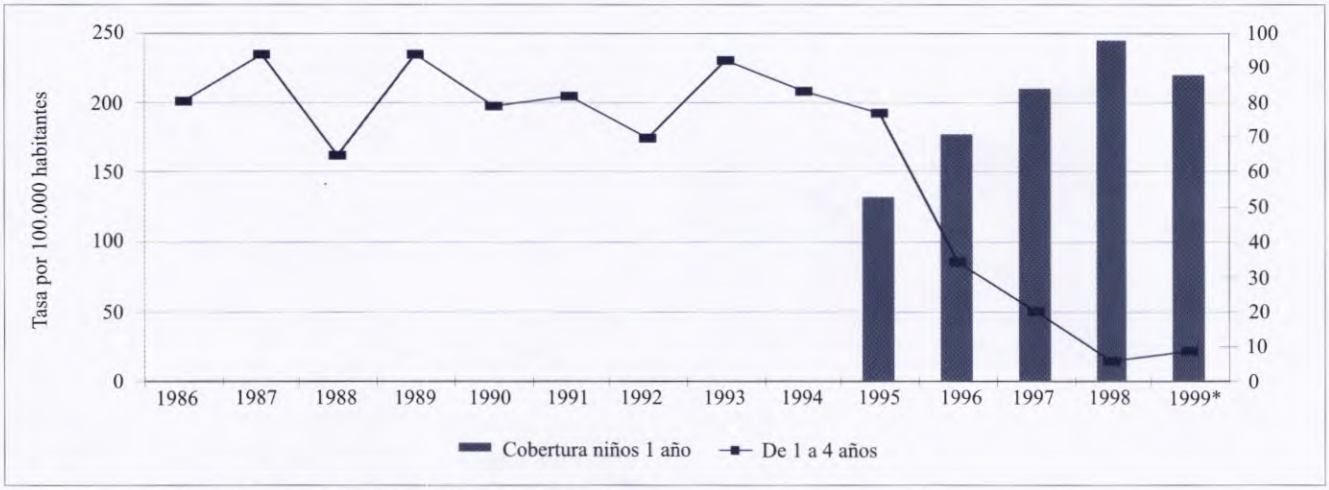
Desde 1999 se observa la disminución de la cobertura de vacunación, al igual que un ligero aumento en la incidencia de casos en los menores de 1 a 4 años (véase el gráfico 16).

Tosferina

En 2000 se notificaron 41 casos probables de tosferina, de los cuales 13 fueron clasificados como positivos por inmunofluorecencia indirecta y 2 como compatibles; sólo un caso se presentó en una niña de un año y los restantes se presentaron en menores de un año, de los cuales dos pacientes procedían de Cundinamarca y uno de Meta.

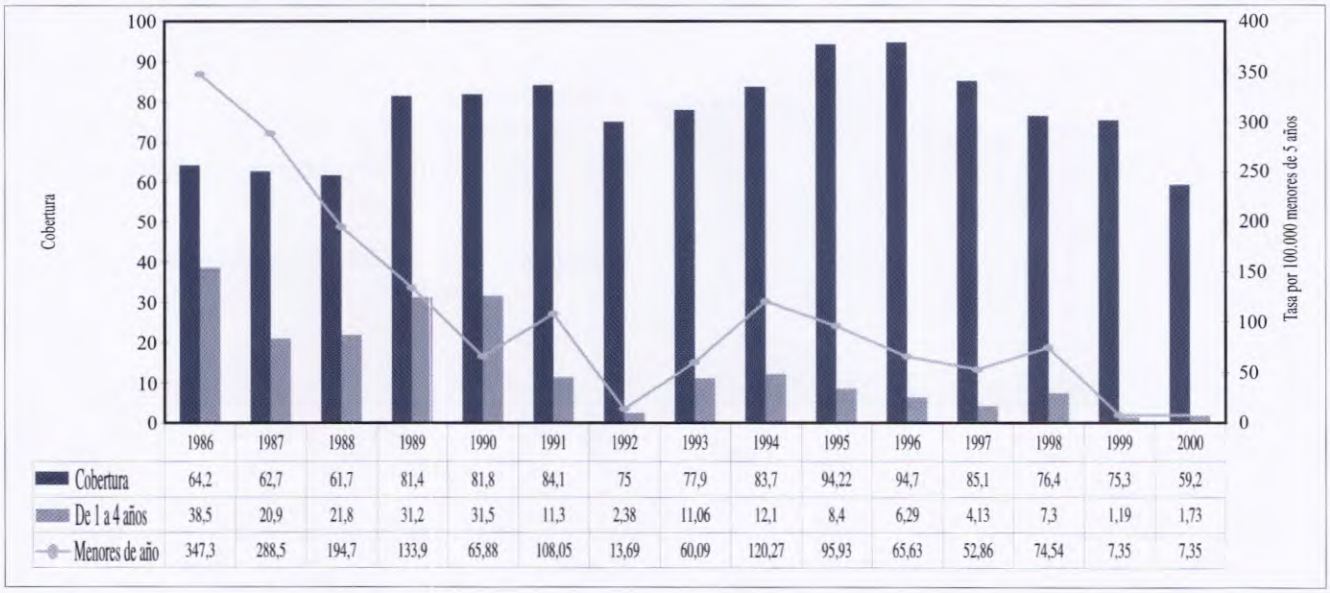
En los casos de tosferina la notificación ha aumentado con respecto a 1999, y es de esperar que sigan en aumento, si se tiene en cuenta que la cobertura de vacunación con DPT continúa descendiendo (véase el gráfico 17).

Gráfico 16. Incidencia de paperas en niños de 1 a 4 años y cobertura de vacunación con triple viral. Bogotá, D. C., 1986-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Gráfico 17. Incidencia de tosferina en menores de 5 años y cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 año. Bogotá, D. C., 1986-2000



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cobertura	64,2	62,7	61,7	81,4	81,8	84,1	75	77,9	83,7	94,22	94,7	85,1	76,4	75,3	59,2
De 1 a 4 años	38,5	20,9	21,8	31,2	31,5	11,3	2,38	11,06	12,1	8,4	6,29	4,13	7,3	1,19	1,73
Menores de año	347,3	288,5	194,7	133,9	65,88	108,05	13,69	60,09	120,27	95,93	65,63	52,86	74,54	7,35	7,35

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Los 10 casos positivos de Bogotá residían en las localidades de Kennedy (3), Ciudad Bolívar (3), Usaquén (2), Chapinero (1) y Los Mártires (1).

Al revisar la notificación por periodo epidemiológico se observa que en el último periodo del año (decimotercero) se presentó un pico con 7 casos, cuyo peso porcentual con respecto al total del año fue de 17,07%.

Dos casos terminaron en muertes; el primero fue en una niña de un año procedente de Yopal y sin esquema de vacunación completo para la edad, y el otro de la localidad de Bosa, en una niña de un mes de edad.

Difteria

En 2000 se notificaron 2 casos probables de difteria, de los cuales uno fue descartado y el otro se clasificó como compatible. Este último fue notificado por la localidad de Usaquén y residía en la de Suba; se presento en un niño de ocho años de edad que no contaba con el esquema de vacunación completo para su edad, ya que sólo tenía una dosis de DPT.

Durante 2000, la cobertura de vacunación con DPT fue, de 59,2 (véase el gráfico 18).

Meningitis por *Haemophilus influenzae*

Durante 2000, al sistema alerta acción se notificaron 8 casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* confirmados por el laboratorio; de estos, 75% (6) residía en Bogotá y 25% (2) en Cundinamarca y Boyacá, con un caso cada uno.

En 2000 la incidencia en la población total fue de 0,09 por 100.000 habitantes; para la población de 5 a 14 años fue de 0,17, y para la del grupo de 1 a 4 años de 0,74.

La localidad que generó la mayor notificación fue Los Mártires, con 50% (4) de los casos, dado que allí se encuentran ubicados los hospitales La Misericordia y el Seguro Social, instituciones de referencia nacional. Las localidades de Chapinero, San Cristóbal, Santafé y Tunjuelito notificaron 12,5% cada una.

Según la localidad de residencia, en Los Mártires residía 25% (2) del total de los casos; Suba, San Cristóbal, Tunjuelito y Santafé presentaron 12,5% (1) por localidad.

Durante 2000 la cobertura de vacunación con HIB fue de 60,4%, respecto a 85% esperado como óptimo, con un incremento de 2,4% con respecto a 1999 y una disminución de 9,4% en relación con 1998.

Meningitis por meningococo

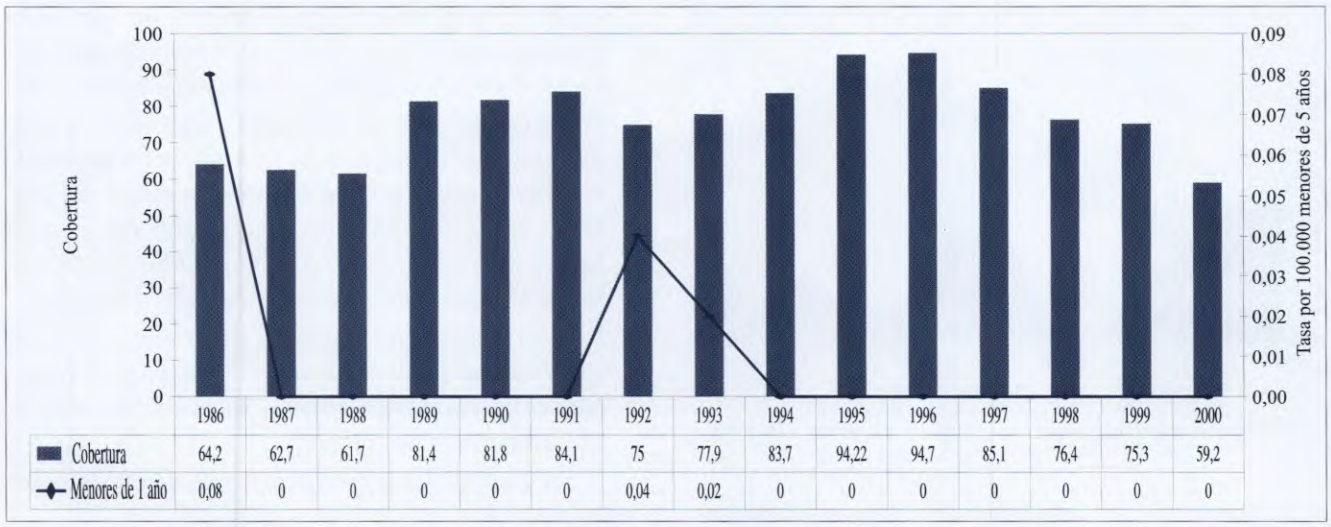
En 2000 fueron notificados 23 casos por meningococo confirmados por laboratorio; de estos, 69,5% (16) era de Bogotá, 21,8% (5) de Cundinamarca y 8,7% (2) de Casanare.

En Bogotá la incidencia de este evento fue de 0,25 por 100.000 habitantes, siendo menor 0,31 por 100.000 habitantes con respecto a 1999, cuando la incidencia fue de 0,56 por 100.000 habitantes.

De acuerdo con lo notificado, el grupo etáreo de 1 a 4 años presentó 30,% (7) de los casos y la población de 15 a 44 años 39% (9). En el grupo de 5 a 14 años ocurrió 26,08% (6) del total de los casos y en los mayores de 45 años 4,3% (1).

La localidad de Kennedy realizó la mayor notificación, con 34,78% (8) de los casos, seguida por Chapinero, que notificó 7,39% (4). Las localidades de Antonio Nariño, Barrios Unidos, Bosa, Kennedy, Los Mártires, Rafael Uribe, San Cristóbal, Suba, Teusaquillo, Usaquén y Usme reportaron entre 13,04% (3) y 4,34% (1) de los casos.

Gráfico 18. Incidencia de difteria en menores de 1 año y cobertura con DPT. Bogotá, D. C., 1986-2000



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cobertura	64,2	62,7	61,7	81,4	81,8	84,1	75	77,9	83,7	94,22	94,7	85,1	76,4	75,3	59,2
Menores de 1 año	0,08	0	0	0	0	0	0,04	0,02	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública

Según la localidad de residencia, 38% (8) de los casos correspondió a Los Mártires; 8,69% (2) a San Cristóbal; por su parte, Antonio Nariño, Barrios Unidos, Bosa, Engativá, Suba y Teusaquillo presentaron un caso cada una, es decir, 4,34% por localidad (véase la tabla 20); 30,43% (7) procedía de otros departamentos.

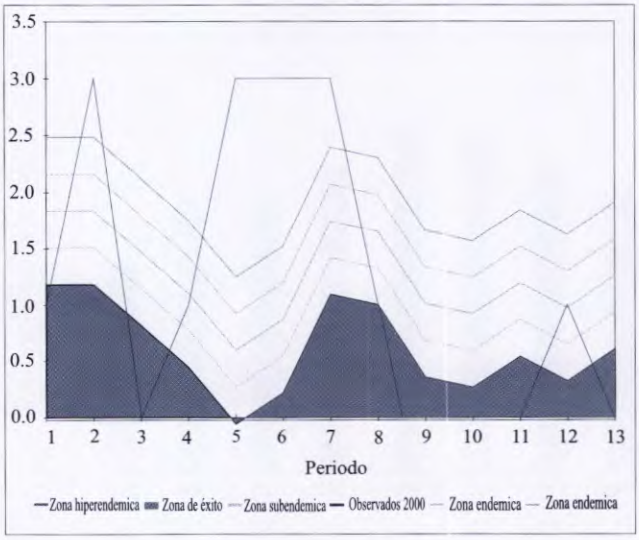
Tabla 20. Proporción de casos de meningitis meningococcica según localidad de residencia. Bogotá, D. C., 2000

Localidad	*Casos*	*Porcentaje*
Los Mártires	8	34,78
San Cristóbal	2	8,70
Antonio Nariño	1	4,35
Barrios Unidos	1	4,35
Bosa	1	4,35
Engativá	1	4,35
Suba	1	4,35
Teusaquillo	1	4,35
Otros departamentos	7	30,43
Total	*23*	*100*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema alerta acción.

En cuanto al canal endémico de la enfermedad, este fue regular entre 1995 y 1999; en 2000 se observó aumento de casos en los periodos segundo, quinto, sexto y séptimo (véase el gráfico 19).

Gráfico 19. Meningitis menigococcica, canal endémico. Bogotá, D. C., 1995-2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema alerta acción.

Sarampión

Durante 2000 se notificaron 221 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 112 pertenecían a hombre y 109 a mujeres.

Según la edad de los casos sospechosos, 25% (56) tenía más de 15 años, 19% (42) entre 6 y 11 meses, 16% (35) entre 2 y 4 años, 14% (30) entre 1 y 2 años, 10% (23, 21) eran menores de 6 meses y de 5 a 9 años, respectivamente, y 6% (14) tenía entre 10 y 14 años.

Del total de casos, 7,7% (17) fue descartado como rubéola, 1,35% (3) como reacción posvacunal, 90,5% (200) como otra patología y 0,45% (1) se confirmó por clínica al no lograrse la toma de muestra de sangre y no contar con información que permitiera análisis epidemiológico del caso.

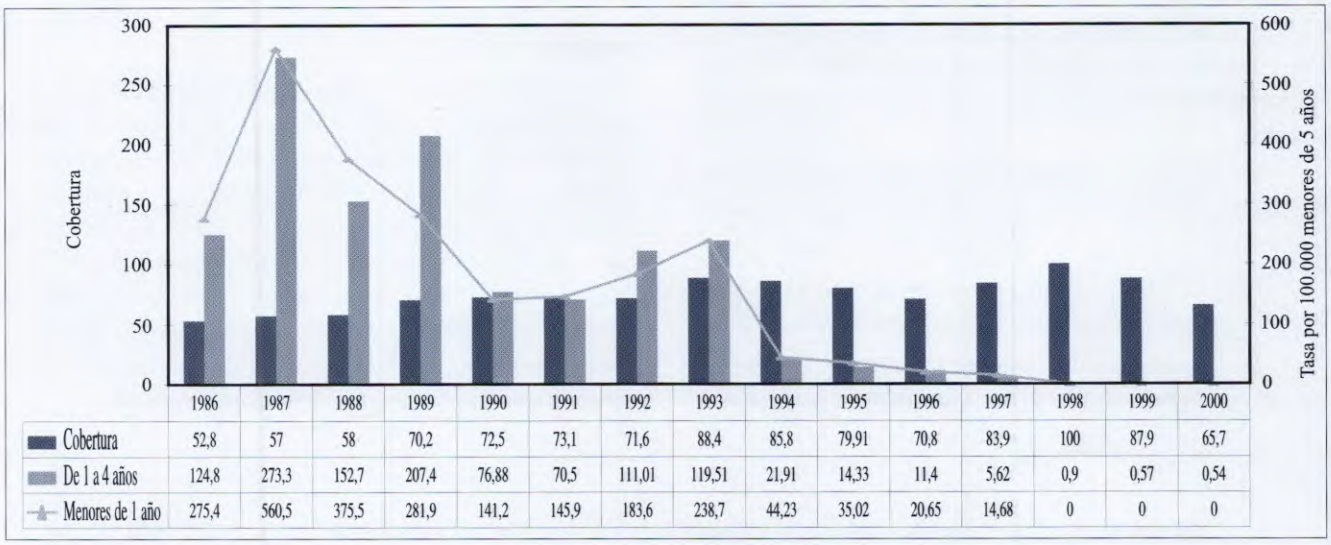
La cobertura de vacunación alcanzada en 2000 con triple viral fue de 65,7%, siendo esta menor a la requerida (95%) para evitar la circulación del virus (véase el gráfico 20).

En 2000 se ajustaron los indicadores de evaluación del plan de erradicación, quedando los siguientes:

- Porcentaje de notificación semanal de ausencia o presencia de casos sospechosos de sarampión –mínimo 80% de las unidades notificadoras–. En Bogotá este porcentaje fue de 89,6%.
- Porcentaje de casos investigados adecuadamente en las primeras 48 horas siguientes a la notificación –mínimo 80%–; debido al ajuste realizado en los parámetros de evaluación, este indicador fue de 29,4% –antes, en la investigación de campo no incluía el antecedente vacunal del caso, dato que es difícil de obtener en la población mayor de 5 años–.
- Porcentaje de casos con muestra de sangre adecuada –tomada en los 30 primeros días del inicio de la erupción, mínimo 80%–; durante 2000 para este indicador se alcanzó 98% de cumplimiento.
- Porcentaje de muestras de sangre que llegan al laboratorio dentro de los primeros 5 días posteriores a la toma de la muestra –mínimo 80%–. El 92% de las muestras que se tomaron llegaron al laboratorio en un tiempo menor a 5 días.
- Porcentaje de casos con resultado de laboratorio en los 4 días posteriores a la recepción de la muestra –este indicador sólo se utiliza para las muestras de sangre, mínimo 80%–. No se cumplió con este indicador porque durante los primeros cuatro meses del año no se había realizado su ajuste, siendo el tiempo para este periodo siete días.
- Número de municipios activos en el país –municipios con uno o más casos confirmados con fecha de inicio del exantema en las últimas 12 semanas–. Ninguna de las localidades cumple con este criterio.

En la tabla 21 se presentan los indicadores por localidad y para Bogotá para 2000.

Gráfico 20. Incidencia de sarampión en menores de 5 años y cobertura de vacunación con triple viral en niños de 1 año. Bogotá, D. C., 1986-2000



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cobertura	52,8	57	58	70,2	72,5	73,1	71,6	88,4	85,8	79,91	70,8	83,9	100	87,9	65,7
De 1 a 4 años	124,8	273,3	152,7	207,4	76,88	70,5	111,01	119,51	21,91	14,33	11,4	5,62	0,9	0,57	0,54
Menores de 1 año	275,4	560,5	375,5	281,9	141,2	145,9	183,6	238,7	44,23	35,02	20,65	14,68	0	0	0

Fuente: Secretaría Distrital de Saluda-Área de vigilancia en salud pública.

Tabla 21. Indicadores de vigilancia del plan de erradicación del sarampión por localidad y total Bogotá, D. C., 2000

Localidad	Total casos	Porcentaje notificación semanal	Porcentaje de casos investigados 48 horas		(1)	(2)	(3)
			Completa	Incompleta			
Usaquén	19	94,5	5,3	94,7	100	100	45
Santafé	3	61,9	33,3	66,7	100	100	100
San Cristóbal	1	91,5	100	0	100	100	100
Usme	7	92,6	71,4	28,6	100	100	57
Tunjuelito	5	94,9	60	40	100	100	80
Bosa	2	72,6		100	100	100	50
Kennedy	53	91,5	26,4	73,6	98	98	57
Fontibón	9	99,4	44,4	55,6	100	100	78
Engativá	28	98,9	32,1	67,9	96	86	83
Suba	36	90	36,1	63.9	94	80	49
Barrios Unidos	7	93,6	28,6	71,4	100		43
Teusaquillo	9	76,4	11,1	88,9	100		67
Los Mártires	2	71,7	0	100	100	50	50
Antonio Nariño	7	89,2	14,3	85,7	100		57
Puente Aranda	11	93,2	27,3	72,7	100	91	45
La Candelaria	2	93,9	0	100	100		100
Rafael Uribe	6	90,1	33,3	66,7	100	67	33
Ciudad Bolívar	14	65,1	35,7	64,3	100	93	79
Total Bogotá	*221*	*89*	*29,4*	*70,6*	*98*	*92*	*59*

(1) Porcentaje de casos con muestra adecuada.
(2) Porcentaje de muestras que llegan al laboratorio antes de 5 días a la toma de la muestra.
(3) Porcentaje de casos con resultado menor a cuatro días posteriores a la recepción de la muestra.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Programa MESS.

Rubéola

A partir de 2000 se integró la vigilancia de la rubéola con la vigilancia del sarampión; se notificaron 540 casos, de los cuales 69,6% (376) se descartó por laboratorio, 10,2% (55) fue confirmado por laboratorio y 20,18% (109) confirmado por clínica.

La cobertura de vacunación con triple viral para 2000 fue de 65,7% en los niños de un año de edad (véase el gráfico 21).

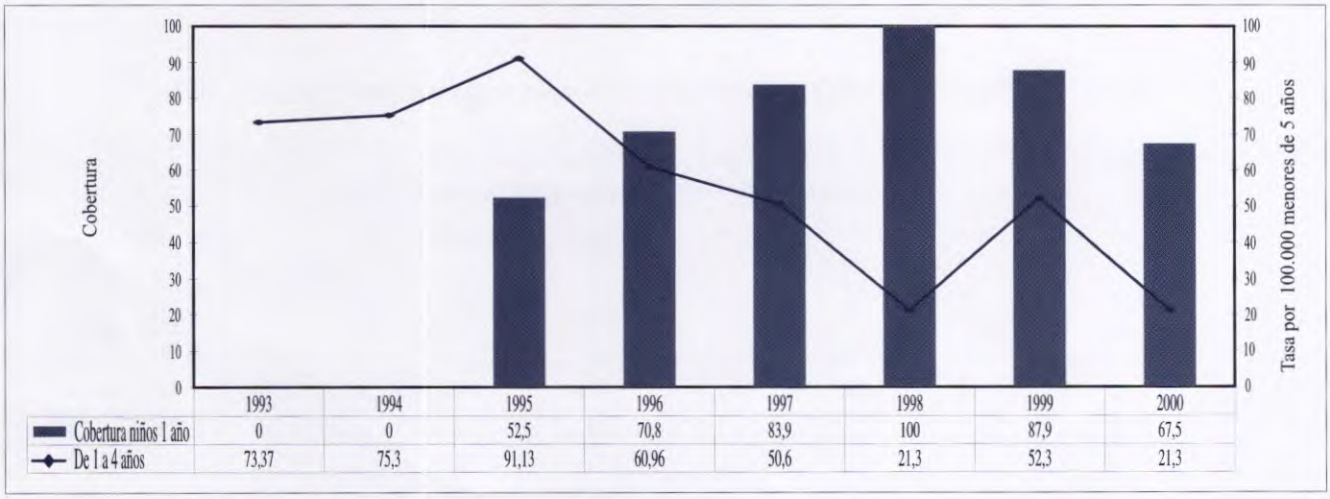
Las localidades con mayor incidencia fueron Los Mártires, Teusaquillo y Chapinero (véase el gráfico 22).

De los casos confirmados por laboratorio, 54,5% (30) pertenecía al grupo de 15 a 44 años, seguido del grupo menor de un año con 21,8% (12), el de 1 a 4 años con 12,7% (7), el de 5 a 14 con 9,1% (5) y el de 45 a 59 años con 1,8% (1).

Hepatitis A

De los 2.016 casos de hepatitis A notificados, 65,1% (1.272) fueron compatibles, 33,48% (675) confirmados por laboratorio y 3,4% (69) fueron descartados. La tasa de incidencia de dicho evento fue de 10,57 por 100.000 habitantes. Aproximadamente la mitad de los casos fueron reportados por las localidades de Suba (10,16%), Los Mártires (9,07%), Ciudad Bolívar (8,87%), Teusaquillo (8,77%), Engativá (8,77%) y Chapinero (8,68%). Las de San Cristóbal, Usaquén, Kennedy, Bosa y Fontibón aportaron entre 4 y 6,5% de los casos. Las localidades restantes aportaron menos de 3,5% de los casos cada una.

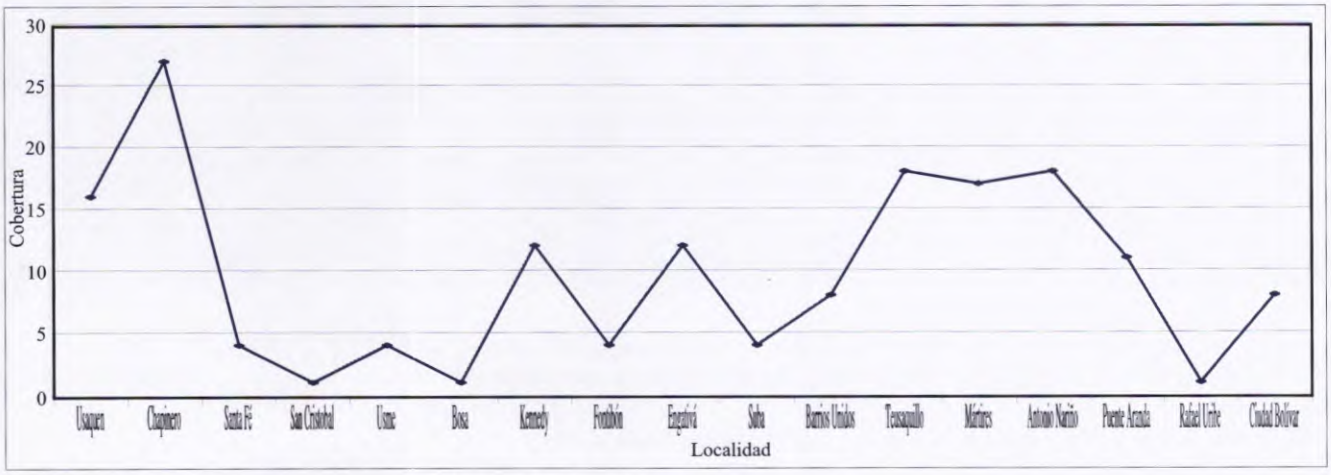
Gráfico 21. Incidencia de rubéola en menores de 5 años y cobertura de vacunación con triple viral. Bogotá, D. C., 1993-2000



	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cobertura niños 1 año	0	0	52,5	70,8	83,9	100	87,9	67,5
De 1 a 4 años	73,37	75,3	91,13	60,96	50,6	21,3	52,3	21,3

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública

Gráfico 22. Tasas de incidencia de rubéola por 100.000 habitantes, por localidad. Bogotá, D. C., 2000

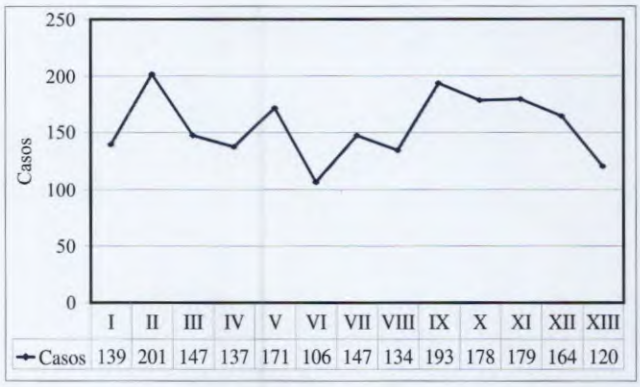


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-sistema alerta acción.

Según localidad de residencia, Suba, Engativá, Ciudad Bolívar, Los Mártires, Bosa y Usme presentaron la mayor proporción de casos (11,06%, 10,22%, 9,62%, 8,63, 7,34 y 6,75%, respectivamente), seguidas de San Cristóbal, Kennedy, Fontibón, Barrios Unidos y Rafael Uribe que tuvieron entre 3,2% y 6,5%.

En 2000 se notificaron un promedio de 155 casos por periodo epidemiológico, promedio que disminuyó en relación con 1999, cuando se presentaron 188 casos (véase el gráfico 23).

Gráfico 23. Notificación de casos de hepatitis A por periodo epidemiológico. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema alerta acción.

Según edad, los casos se presentaron en todos los grupos etáreos, con énfasis en los de 5 a 14 y de 15 a 44 años, que sumaron 73,66% del total.

Según género, 52,57% de los casos se presentaron en hombres y 47,4% en mujeres, similar a lo presentado en 1999; por régimen de afiliación, 37,25% de los casos eran participantes vinculados, 47,47% pertenecía al régimen contributivo y 15,27% al subsidiado.

Hepatitis C

De los 36 casos captados, 94,44% (34) fue confirmado por laboratorio y características clínicas, y 5,55% (2) fue descartado. Las localidades que notificaron la mayor proporción fueron Usaquén, 50% (18); Teusaquillo, 13,88% (5); Suba y Los Mártires, 11,11% (4) cada una; Kennedy, 8,33% (3); y Fontibón, 5,5% (2).

Según localidad de residencia de los casos, las localidades con mayor proporción fueron Usaquén, 19,44% (7); Suba, 13,88% (5); Los Mártires, 8,33 (3); Kennedy y Engativá, 5,55% (2) cada una; y Rafael Uribe, Puente Aranda, Fontibón, Ciudad Bolívar, Bosa y Barrios Unidos 2,77% (1) cada una; 30,55% (11) no presentó datos de lugar de residencia.

Según la edad de los casos, 33,33% (12) se presentó en el grupo de 45 a 59 años; 25% (9) en personas de 15 a 44 años; 20% (7) en el grupo de 60 y más; 11,11% (4) en el de 5 a 14 años; y 5,55% (2) en el de 1 a 4 años.

Según género, de los casos confirmados 58% (20) se presentó en mujeres y 41% (14) en hombres.

Según régimen de afiliación de los notificados, 91,66% (33) pertenecía al régimen contributivo, 5,55% (2) eran participantes vinculados y 2,77% (1) subsidiados.

Según el hemocentro distrital, la prevalencia de reactividad en bancos de sangre de hepatitis C fue de 0,506.

Parálisis flácida aguda

Durante 2000 se reportaron al sistema alerta acción 42 casos de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, de los cuales 24 residían en Bogotá; todos fueron descartados para poliomielitis. De los 19 casos restantes, 78,9% (15) provenía de Cundinamarca, 15,8% (3) de Boyacá y 5,2% (1) de Huila.

De los casos residentes en Bogotá, el grupo de edad más afectado fue el de niños de 5 a 9 años, con 10 casos (43,5%), seguido de los de 10 a 14 con 6 casos (26,1%). Según género, 52,1% (12) correspondía al género masculino y 47,8% (11) al femenino.

En la tabla 22 pueden observarse los indicadores de vigilancia epidemiológica en el plan de erradicación de la poliomielitis.

1. Tasa de incidencia en menores de 15 años: 1,31 por 100.000 menores de 15 años, que está de acuerdo con lo esperado (1,0); las localidades que no cumplieron con este indicador fueron Usaquén, San Cristóbal, Engativá y Rafael Uribe.
2. Indicador de toma de muestra oportuna de heces: 83,3%. Las localidades de Usme, Suba, Antonio Nariño y La Candelaria no cumplieron con este indicador, que debe estar por encima de 80%.
3. Porcentaje de notificación semanal, para Bogotá fue de 89,6%; las localidades de Santafé, Bosa, Teusaquillo y Los Mártires presentan este indicador por debajo de 80%.
4. Porcentaje de casos investigados en las primeras 48 horas de notificado el caso: 87,5%. Las localidades que no cumplieron con este indicador fueron Santafé y Kennedy.

Enfermedades transmitidas por vectores

Aunque Bogotá no posee las condiciones geográficas y climáticas apropiadas para la transmisión de enfermedades como dengue y malaria, las instituciones de salud prestan atención a las personas afectadas por estas patologías.

Dengue clásico

En 2000, al sistema alerta acción fueron notificados 42 casos confirmados por laboratorio, y se presentó un incremento de 30,95% (13) en la notificación en relación con 1999, cuando se notificaron 29 casos.

Tabla 22. Indicadores de vigilancia epidemiológica de la poliomielitis, por localidad. Bogotá, D. C., 2000

Localidad	Población menor a 15 años	Número de casos	Incidencia por 100.000 < 15 años	Toma oportuna de heces		Porcentaje notificación	Casos investigados		Casos con seguimiento	
				n°	%		n°	%	n°	%
Usaquén	118.393	0	0			94,5				
Chapinero	22.412	0	0			97				
Santafé	32.449	1	3,08	1	100	61,9	0	0	1	100
San Cristóbal	154.652	1	0,65	1	100	91,5	1	100	1	100
Usme	86.078	3	3,49	2	66,7	92,6	3	100	3	100
Tunjuelito	61.778	0	0			94,9				
Bosa	114.879	3	2,61	3	100	72,6	3	100	3	100
Kennedy	256.493	7	2,73	7	100	91,5	6	85,7	7	100
Fontibón	78.329	0	0			99,4				
Engativá	210.493	1	0,48	1	100	98,9	1	100	1	100
Suba	198.537	2	1,01	1	50	90	2	100	2	100
Barrios Unidos	40.112	0	0			93,6				
Teusaquillo	23.050	0	0			76,4				
Los Mártires	23817	0	0			71,7				
Antonio Nariño	25.617	2	7,81	1	50	89,2	2	100	2	100
Puente Aranda	72.409	0	0			93,2				
La Candelaria	7.237	1	13,82	0	0	93,9	1	100	1	100
Rafael Uribe	108.083	1	0,93	1	100	90,1	1	100	1	100
Ciudad Bolívar	193.588	2	1,03	2	100	95,1	2	100	2	100
Sumapaz	1.674	0	0			94,2				
Total	*1'830.080*	*24*	*1,31*	*20*	*83,3*	*89,6*	*22*	*87,5*	*24*	*100*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-sistema alerta acción.

En 40,5% (17) de los casos se registró el lugar de procedencia (véase la tabla 23), es decir, los departamentos de Caldas, Casanare, Cundinamarca, Meta y Tolima; en 59,5% (25) de los casos la variable procedencia fue asignada a Bogotá, D. C., información errónea que se clasifica sin dato, debido a que no se verificó antecedente de viaje a zonas de riesgo, ya que la capital no tiene las características ambientales necesarias para la presencia del mosquito *Aedes aegypti*.

El comportamiento por periodo epidemiológico fue similar en los periodos primero, segundo, sexto, séptimo, octavo y decimotercero, que coinciden con la temporadas de vacaciones, especialmente a comienzos de año (véase el gráfico 24).

Tabla 23. Casos notificados de dengue clásico según lugar de procedencia. Bogotá, D. C., 2000

Departamento	Grupos de edad					Total
	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 y más años	
Caldas			1			1
Casanare			1			1
Cundinamarca				2		2
Meta			2	1		3
Tolima	1		9			10
Sin dato		4	13	3	5	25
Total	*1*	*4*	*26*	*6*	*5*	*42*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema alerta acción.

Gráfico 24. Notificación de dengue clásico por periodo epidemiológico. Bogotá, D. C., 1998-2000

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-sistema alerta acción.

El grupo de edad más afectado por el virus del dengue clásico fue el de 15 a 44 años, en el que ocurrió 62% (26) de los casos; por género 59,5% (25) ocurrió en hombres mientras que 40,5% (17) en mujeres.

Respecto al régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, 81% (34) pertenecía al contributivo y 19% (8) a población vinculada.

Las principales unidades notificadoras fueron el hospital Militar Central, la clínica Nueva, la Cruz Roja Colombiana, la clínica Palermo y Redsalud, que aportaron 55%(23) del total de los casos.

Dengue hemorrágico

En 2000, al sistema alerta acción fueron notificados 42 casos de dengue hemorrágico confirmados por laboratorio y manifestaciones del cuadro clínico. La notificación de este evento se incrementó tres veces en relación con 1999, cuando fueron notificados 13 casos.

El grupo de edad de 15 a 44 años fue el más afectado por el virus, con 50% (21) de los casos, seguido por el de 5 a 14 años, con 19% (8) de los casos. En el grupo de 45 a 59 años ocurrió 16% (7) y en los niños de 1 a 4 años 12% (5); del grupo de 60 años y más se reportó un caso (véase la tabla 24).

El género masculino fue el mas afectado, con 57% (24) de los casos, mientras que el femenino aportó 42,8% (18).

El 28,6% (12) procedía de Tolima y 21,42% (9) de Meta; los departamentos de Boyacá, Casanare, Córdoba, Cundinamarca y Huila reportaron de uno a dos casos cada uno. En 35,71% (15) no se notificó procedencia.

De las 25 instituciones de salud que atendieron casos notificados de dengue hemorrágico, las principales fueron las clínicas Palermo, Reina Sofía, del Country, de Occidente, El Bosque y Bochica, los hospitales Militar Central y de la Misericordia, Colsubsidio de la calle 26 y la organización Confiar Salud, que reportaron 52% (22) del total de casos notificados.

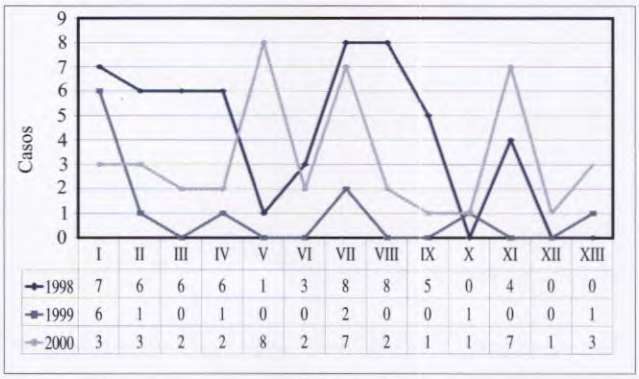
Tabla 24. Casos notificados de dengue hemorrágico según lugar de procedencia y edad. Bogotá, D. C., 2000

Departamento	Grupos de edad					Total
	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 y más años	
Boyacá			1			1
Casanare			1			1
Córdoba			1			1
Cundinamarca			1	1		2
Huila			1			1
Meta	3	2	3	1		9
Tolima	2	3	7			12
Sin dato		3	6	5	1	15
Total	*5*	*8*	*21*	*7*	*1*	*42*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-sistema alerta acción.

Los periodos epidemiológicos en los que se notificó el mayor número de casos fueron el primero, segundo, quinto, undécimo y decimotercero (véase el gráfico 25).

Gráfico 25. Notificación de casos de dengue hemorrágico por periodo epidemiológico. Bogotá, D. C., 1998-2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-sistema alerta acción.

Malaria

En 2000 fueron notificados por el sistema alerta acción 263 casos de malaria, evento del cual se incrementó 27% la notificación con respecto a 1999.

Los casos procedían de los departamentos de Meta, con 24% (63), seguido por Guaviare, con 18,63% (49), Caquetá, con 7,2% (19) y Vichada con 4,18% (11). Los departamentos de Amazonas, Chocó y Tolima aportaron 2,66% (7) de los casos cada uno, y los de Córdoba, Cundinamarca, Putumayo y Santander, entre otros, reportaron entre 4 y 5 casos cada uno; por su parte, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Casanare, Cesar, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander y Quindío notificaron entre 1 y 3 casos. En 21% de los casos no se registró el lugar de procedencia (véase la tabla 25).

La población de 15 a 44 años fue la más afectada, con 77% (202) del total de los casos.

El género masculino presentó 64% (169) de los casos, mientras que en el femenino ocurrió 36% (94) de los eventos. La razón hombre-mujer es dos a uno.

Al analizar el agente causal, prevaleció la malaria ocasionada por *Plasmodium vivax,* con 62% (189) del total de los casos, seguida por *Plasmodium falciparum* con 17% (44); 8,3% fueron registrados como malaria mixta y otras sin clasificar con 3% (8).

En los periodos epidemiológicos primero, sexto, séptimo y duodécimo se notificó el mayor número de casos, entre 9,88% (26) y 10,64% (28). Estos periodos coinciden con la época de vacaciones, en la que tradicionalmente algunas personas se desplazan a zonas endémicas.

Tabla 25. Porcentaje de casos notificados de malaria según lugar de procedencia. Bogotá, D. C., 2000

Departamento	Malaria				Total	%
	Falciparum	Vivax	Mixta	Otra		
Antioquia		4			4	1,52
Córdoba	1	3	1		5	1,90
Putumayo		5			5	1,90
Cundinamarca	1	5			6	2,28
Santander		6			6	2,28
Amazonas	3	4			7	2,66
Chocó	2	3	1	1	7	2,66
Tolima	1	6			7	2,66
Vichada	2	7	2		11	4,18
Caquetá	4	14	1		19	7,22
Guaviare	11	34	3	1	49	18,63
Meta	12	51			63	23,95
Otros departamentos	3	13	3		19	7,22
Sin procedencia	4	34	11	6	55	20,91
Total general	*44*	*189*	*22*	*8*	*263*	*100*

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-sistema alerta acción.

Situación alimentaria y nutricional

Situación de peso al nacer en Bogotá según certificados de nacido vivo

El peso al nacer es uno de los indicadores que reflejan la calidad de vida de un país y uno de los factores más importantes que pueden condicionar el crecimiento y desarrollo posnatal de niños y niñas; por tanto, es fundamental seguirlo y evaluarlo, así como desarrollar estrategias de intervención oportunas ante prevalencias altas de déficit y bajo peso al nacer.

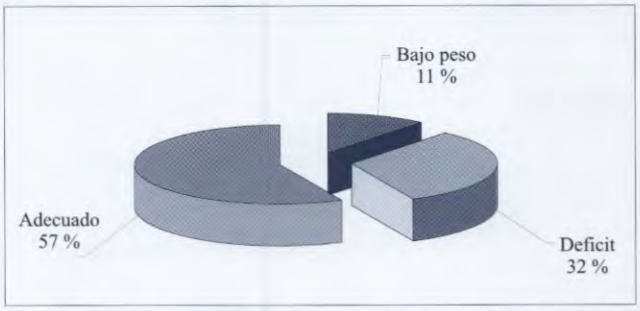
Los resultados que se presentan a continuación corresponden al análisis de 128.493 registros (99%) de certificados de nacido vivo que tenían la información relacionada con el peso al nacer, de un total de 129.722.

El gráfico 26 permite observar que el bajo peso para el total de certificados de nacidos vivos analizados fue de 11%, porcentaje que se ha mantenido constante desde 1998 y 1999. Con respecto al déficit de peso, se nota un leve aumento, con 32% si se compara con respecto a 1998 y 1999 y al estudio de *Bajo peso al nacer en Colombia*, realizado en 1990; en dichos años se reportaron porcentajes de 30%, 31% y 30,1% respectivamente.

A continuación se presenta el análisis bivariado de los nacidos a término de 107.521 registros, que corresponden a 82,9% del total; con respecto al peso al nacer y género, edad de la madre y localidad de residencia de ella se encontró lo

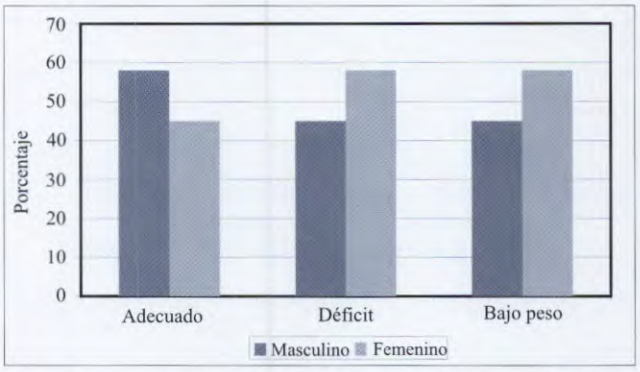
siguiente: en cuanto al peso al nacer por género, las niñas presentaban mayor porcentaje de bajo y déficit de peso que los niños, en los que el porcentaje de normalidad fue de 56% (véase el gráfico 27).

Gráfico 26. Situación de peso al nacer según certificados de nacido vivo. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Certificado de nacido vivo.

Gráfico 27. Situación de peso al nacer por genero, según certificado de nacido vivo. Bogotá, D. C. 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Certificado de nacido vivo.

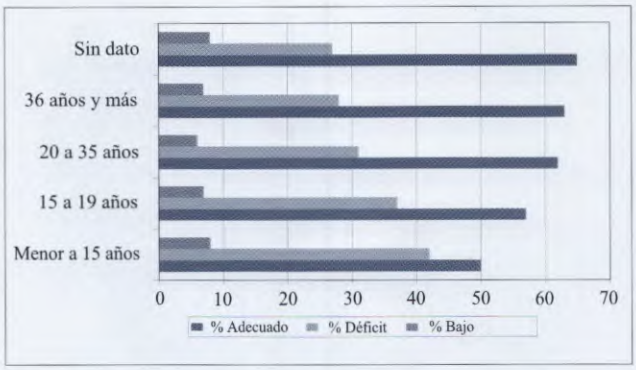
Al analizar el peso al nacer con respecto a la edad de la madre, se determinó que el bajo y el déficit de peso al nacer es mayor en aquellas mujeres con edades menores de 15 años y de 15 a 19 años[5, 6, 7]. Este hecho ratifica que la incidencia de bajo peso y del peso deficiente al momento del nacimiento es más elevada para los hijos de madres muy jóvenes –menores de veinte años– y mayores de 35 años, como puede observarse en el gráfico 28.

5 Nebbot, M. y cols. "Maternity in adolescent at high social risk". *Aten Primaria* 1993.

6 Schholl, T. O.; Miller, L. K.; Salmon, R. W.; Cofsky, M. C.; Shearer, J. "Prenatal care adecuacy and the outcome of the adolescent pregnancy: effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight". *Obstet Gynecol*, 1987 (69): 312-316.

7 Fraser, A. M. y cols. "Assocciation of young maternal age with adverse reproductive outcomes". *Nengland J .Med*. 1995.

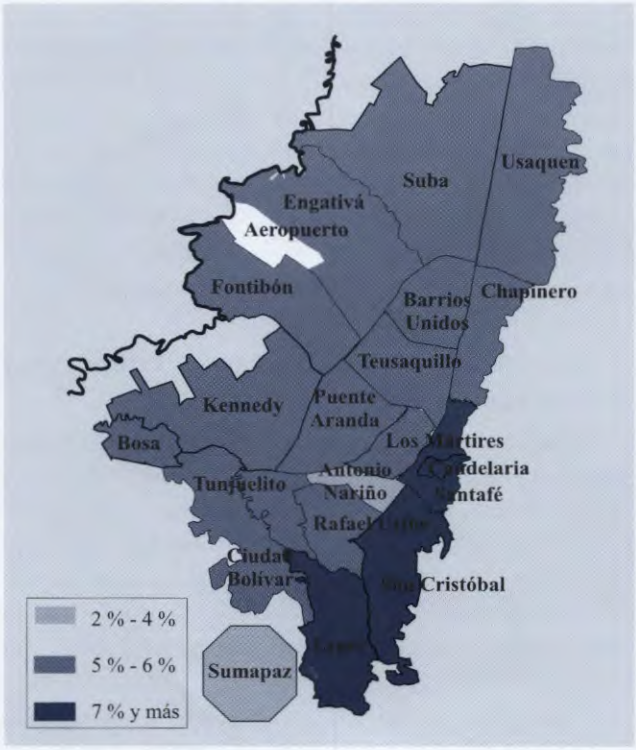
Gráfico 28. Situación de peso al nacer según edad de la madre por certificado de nacido vivo. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Certificado de nacido vivo.

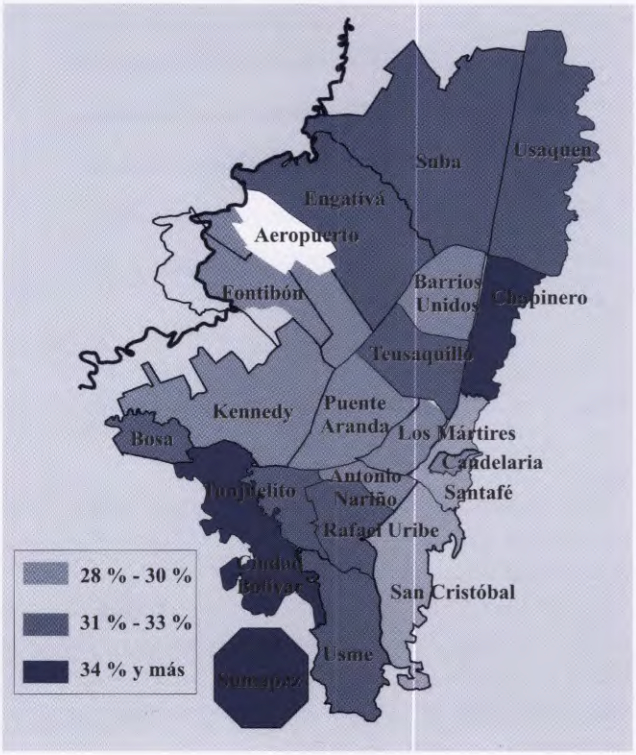
El análisis de bajo peso al nacer según lugar de residencia de la madre muestra cómo este oscila entre 2 y 8%, y que las localidades con mayores porcentajes fueron Santafé, La Candelaria, Usme y San Cristóbal (véase el mapa 5). Con respecto al déficit de peso, el valor oscila entre 28 y 36% para todas las localidades, siendo Chapinero, Santafé, San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Sumapaz las que presentaron mayores porcentajes (véase el mapa 6).

Mapa 5. Situación de bajo peso al nacer según localidad de residencia de la madre. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Certificado de nacido vivo.

Mapa 6. Situación de déficit de peso según localidad de residencia de la madre. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Certificado de nacido vivo.

Estado nutricional de la población
menor de siete años de estratos 1, 2 y 3

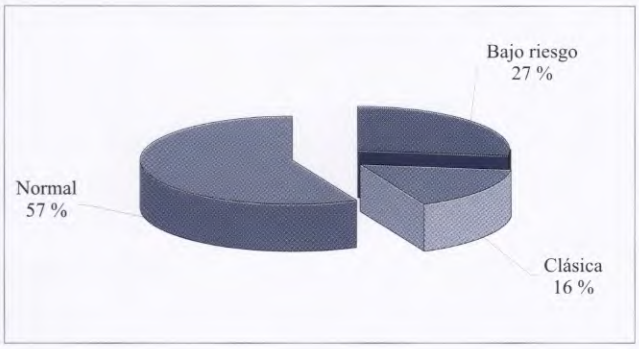
Durante 2000 el sistema captó 102.703 registros nutricionales de niños menores de 7 años que son atendidos en los hospitales de la Secretaría de Salud y en algunas IPS de la ciudad. Las localidades que aportaron mayor información al sistema fueron Kennedy (17,28%), Usaquén (11,34%), Fontibón (9,67%) y Usme (9,10%). Chapinero, Santafé, Bosa, Fontibón, Barrios Unidos, Los Mártires, Antonio Nariño, La Candelaria, Usme, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar no reportaron información en algunos meses del año.

El gráfico 29 muestra los resultados obtenidos a partir de la información que fluye por el sistema.

Del total de menores de 7 años valorados, 42,6% presentaba algún grado de retraso del crecimiento en talla en relación con su edad –desnutrición crónica–, que corresponde a la sumatoria de la prevalencia clásica y el riesgo bajo. Es así como 16,1% presentaba riesgo moderado o alto –prevalencia clásica– y 26,5% riesgo bajo. Esta información tiene una alta variabilidad en las diferentes localidades, con un rango de 29,4% a 53,2%.

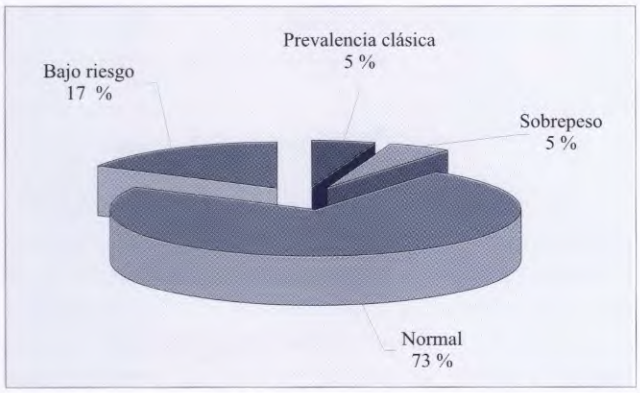
En relación con el índice de peso para la talla –desnutrición aguda–, un poco menos de la cuarta parte de los niños evaluados (22%) presentaba algún grado de bajo peso en relación con su talla actual; este porcentaje corresponde a la suma de todos los riesgos. El 5,2% de los menores de 7 años presentaba riesgo moderado o alto de desnutrición aguda –prevalencia clásica– y 16,8% riesgo bajo (véase el gráfico 30). Es decir, por medio del sistema se identificaron en Bogotá 5.390 niños que deben ser remitidos para intervención nutricional –evaluación y seguimiento nutricional, educación, remisión a programas de complementación alimentaria–, por ser los de mayor riesgo nutricional actual.

Gráfico 29. Estado nutricional de niños menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3 atendidos en las ESE según indicador talla/edad. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisvan.

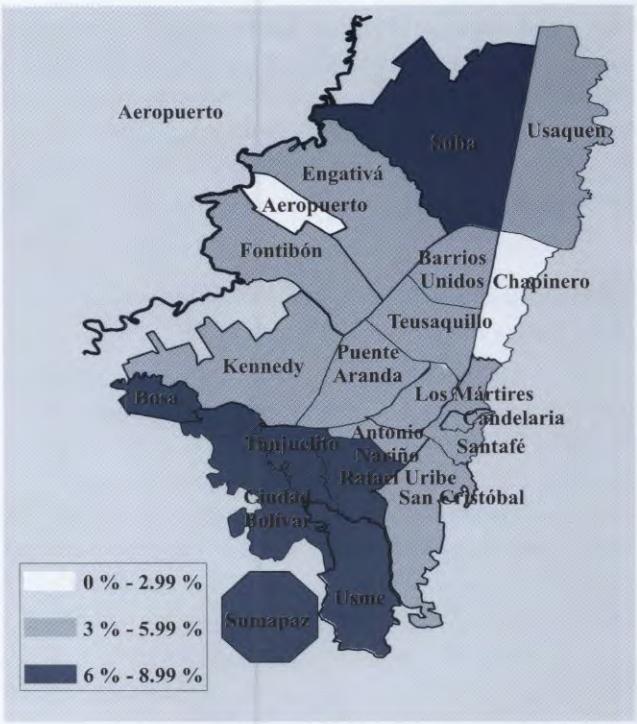
Gráfico 30. Estado nutricional de niños menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3 atendidos en las ESE según indicador peso/talla. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisvan.

Por localidad, el rango de variación del porcentaje de desnutrición aguda –incluyendo todos los riesgos– es de 15,1% a 30,1%. Al evaluar las localidades con mayor prevalencia clásica –riesgo moderado y severo– las más afectadas eran Usme, Cuidad Bolívar, Bosa, Suba, Rafael Uribe, Sumapaz y Tunjuelito (véase el mapa 7).

Mapa 7. Prevalencia clásica de desnutrición aguda por localidad en menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3 atendidos en las ESE. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisvan.

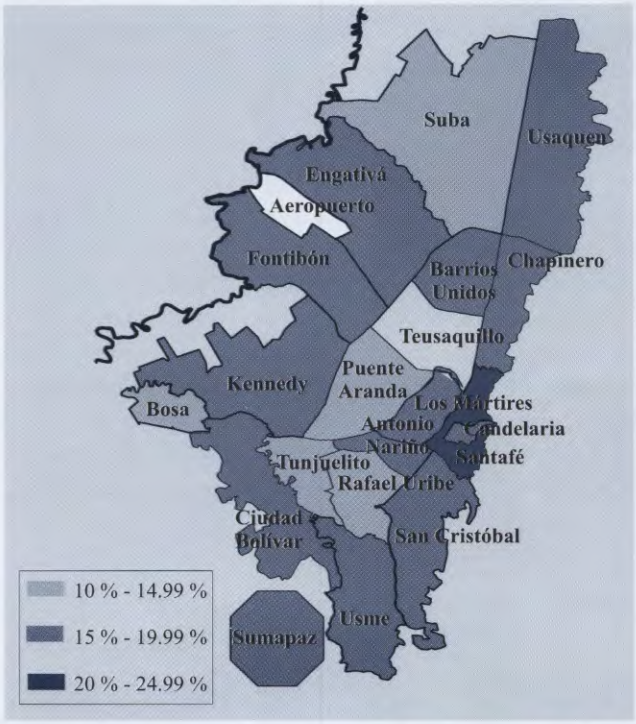
Al analizar por grupos de edad, se observa que para la desnutrición aguda los más afectados eran los niños menores de 2 años. Este resultado es de vital importancia, ya que esta etapa empieza a determinar el estado nutricional futuro del niño; por tanto, es necesario asegurar la valoración del estado nutricional de los niños a muy temprana edad y de esta forma identificar o prevenir alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas[8].

Si se analiza la información por localidades, se observa que aun cuando en todas se presentan porcentajes altos de desnutrición en los niños de estratos bajos, hay unas que presentan problemas más graves en relación con otras. Es así como localidades pequeñas como La Candelaria y Santafé presentan en forma reiterada altos porcentajes de niños con retraso en talla, al igual que localidades que tienen gran parte de su extensión en zona rural como son Sumapaz y Usme.

La prevalencia clásica de desnutrición crónica es alta en las localidades de La Candelaria y Santafé; la mayoría de las localidades presenta porcentajes que oscilan entre 15 y 19,9% (véase el mapa 8).

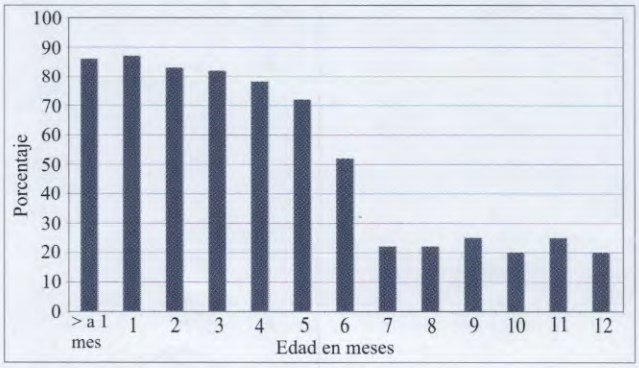
Respecto a la práctica de lactancia materna, por medio del Sisvan puede obtenerse información acerca del porcentaje de niños que estaban siendo alimentados con leche materna al momento de la consulta. Al sistema ingresaron 51.247 registros de niños menores o iguales a un año, de los cuales sólo 41,4% tenía información de lactancia materna. Encontrándose que 86,9% de los menores de un mes de edad estaba siendo alimentado con leche materna, porcentaje que disminuye notablemente durante los primeros seis meses de vida, siendo al quinto mes de 72,8% y al sexto de 52,1%. Del séptimo hasta el duodécimo mes la proporción fluctuaba entre 19,9% y 23% (véase el gráfico 31).

Mapa 8. Prevalencia clásica de desnutrición crónica en población escolarizada por localidades. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud -Área de vigilancia en salud pública-Sisvan escolar.

Gráfico 31. Lactancia materna según edad en meses en población menor de 1 año. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisvan.

8 Morice , A. C., Fernández, R. y Fonseca, R. "Etiología del retardo de crecimiento (falla para progresar)". *Bol Med. Hospital infantil de México*. 1989.

Estado nutricional de población escolarizada en Bogotá

Durante 2000, la Secretaría de Salud realizó tamizajes nutricionales en 660 jardines y escuelas públicas de Bogotá, en los grados 0 hasta 11, y en las jornadas de la mañana, tarde, nocturna, única y extendida; la información fue digitalizada y analizada en el software del Sisvan, que fue ajustado para determinar el estado nutricional de este grupo poblacional.

En las 20 localidades de la ciudad se valoraron 282.448 niños pertenecientes a escuelas públicas del distrito, a algunos jardines del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Departamento Administrativo de Bienestar Social o particulares.

Las localidades en las que se evaluó el mayor número de niños fueron, en su orden, San Cristóbal, Engativá, Suba, Ciudad Bolívar, Usme, Rafael Uribe y Bosa, cubriendo 72,2% del total de niños valorados.

Para los análisis se agrupó la información en tres partes. Los niños con edades entre 4 y 9 años, entre 10 y 14 y los adolescentes entre 15 y 18 (véase la tabla 26). Esta división se efectuó porque en los menores de 10 años para identificar el déficit y el exceso de peso se utiliza el índice de peso para la talla y para los mayores o iguales a 10 años, por el contrario, se utiliza el índice de peso para la edad con el fin de identificar el déficit de peso, ya que no existen parámetros para usar el índice de peso/talla en este grupo de edad. Para analizar el exceso de peso en este grupo se utiliza el índice de masa corporal, reconocido internacionalmente como indicador sensible.

Tabla 26. Estado nutricional en población escolarizada de escuelas públicas de Bogotá, D. C., 2000.

Tipo de desnutrición	Punto de corte d.s	Edad del escolar (años) 4 a 9 %	10 a 14 %	15 a 17 %
Crónica	<-1	43,3	52,8	68,6
	<-2	12,5	18,6	38
Aguda	<-1	14,9	NA	NA
	<-2	2,5	NA	NA
Global	<-1	34,4	43,5	58,3
	<-2	5,4	7,3	26,8
	<-3	0,4	0,4	12,6
N° niños valorados		176.702	99.626	2.923

< -1d.s. Incluye todos los riesgos

<-2 Prevalencia clásica

NA No aplica, porque a partir de los 10 años no existen parámetros de referencia para este indicador.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisvan escolar.

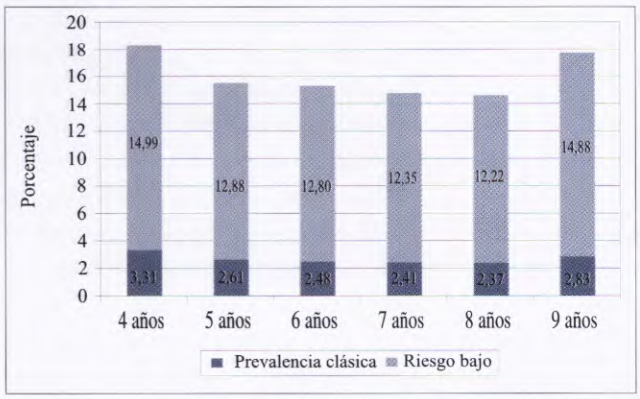
De la base de datos se excluyeron los niños menores de 4 años, por ser un número mínimo (0,85%), y porque, además, se cuenta con suficiente información de la situación nutricional del Sisvan de menores de 7 años, por ser la población prioritaria de la vigilancia del sistema. Por el contrario, los adolescentes escolarizados de 15 a 17 años –que abarcan una pequeña cantidad de la población tamizada–, fueron analizados por aparte, ya que no se tiene ninguna información del estado nutricional de este grupo por otros sistemas y es fundamental caracterizar el estado de esta población en Bogotá.

Estado nutricional de niños y niñas escolarizados de 4 a 9 años de escuelas públicas

De 176.702 niños escolarizados valorados y ubicados en este grupo de edad, la prevalencia clásica –riesgo medio o alto– de déficit de peso –desnutrición aguda– fue de 2,5% y el total para los tres riesgos –bajo, medio y alto– fue de 14,9%. Al analizar la información por localidad se observa que los mayores porcentajes de niños con déficit en peso o adelgazamiento se encuentran en las instituciones ubicadas en Puente Aranda, Tunjuelito, Fontibón y Barrios Unidos.

El gráfico 32 muestra el comportamiento de la desnutrición aguda o adelgazamiento en los niños menores de 10 años valorados. En esta se observa que entre mayor es la edad del niño, el porcentaje de desnutrición aguda tiende a disminuir, a excepción del grupo de 9 años, que presenta una leve tendencia al aumento con respecto al grupo anterior. Esto ocurre muy probablemente porque ante condiciones de pobreza, déficit de alimentos y, en general, condiciones socioeconómicas adversas, el crecimiento del niño se detiene, aumentando los porcentajes de desnutrición crónica cuando aumenta la edad, y el peso empieza a compensar la baja estatura.

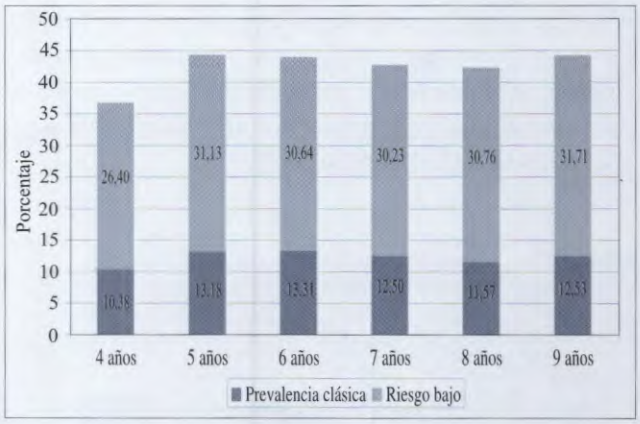
Gráfico 32. Desnutrición aguda en población escolarizada de 4 a 9 años. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisvan escolar.

Al analizar el comportamiento de la desnutrición crónica en este grupo de edad, se observa que del total de niños menores de 10 años, 12,5% presenta riesgo alto o medio –prevalencia clásica– de desnutrición crónica, y 43,3% algún grado de retraso en el crecimiento. Los porcentajes totales de desnutrición, medidos por medio del indicador talla para la edad, son elevados en un porcentaje alto de escolares, siendo más marcado entre mayor es la edad del niño, variando estos entre 36% a los 4 años de edad hasta 44% a los 9 años (véase el gráfico 33).

Gráfico 33. Desnutrición crónica en población escolarizada de 4 a 9 años. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisvan escolar.

Según el índice peso/talla, en los niños escolares menores de 10 años se presenta 3,8% de exceso de peso –sobrepeso y obesidad–, con un rango de variación de 2,01% (Tunjuelito) a 7,3% (Barrios Unidos) en las diferentes localidades. Este debe ser tenido en cuenta, ya que a medida que se incrementa la edad del niño este exceso tiende a aumentar, convirtiéndose en un factor de riesgo importante en la edad adulta.

Estado nutricional en población escolarizada de 10 a 14 años

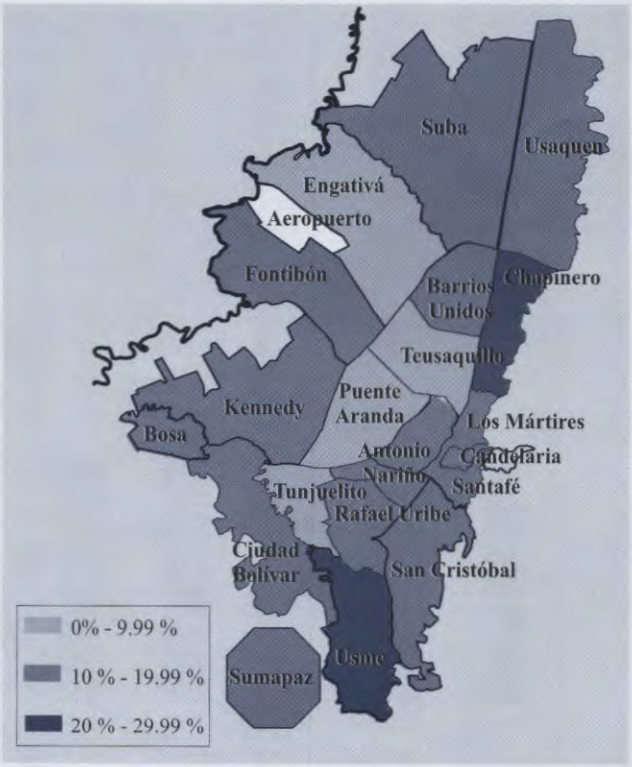
Como se mencionó en la parte inicial de la metodología utilizada en el análisis de escolares, para identificar el déficit de peso en los niños mayores o iguales a 10 años se usó el índice de peso para la edad, y para analizar el exceso de peso el índice de masa corporal (IMC).

De 99.626 niños escolarizados en este grupo de edad, se encontró que el porcentaje de bajo peso para la edad (z score<-1 ds) fue de 43,5%, con un rango de variación en las localidades de 28,2% a 51,8%. El retraso en talla se presentó en 52,7% de los niños de este grupo de edad, con una variación local de 37% a 64,9%.

La prevalencia del déficit en peso para la edad y en talla para la edad es alta en todas las localidades de Bogotá; sin embargo, cuando se focalizan los niños que requieren ser remitidos a programas de complementación alimentaria por presentar déficit especialmente en peso, sólo se tienen en cuenta como punto de corte aquellos que se encuentran por debajo de -3 desviaciones estándar –riesgo alto– en el indicador peso/edad. Según este parámetro, las localidades que requieren mayor atención por tener en sus escuelas más niños de 10 a 14 años con déficit de peso son Chapinero (1,1%), Usme (0,8%), Sumapaz (0,7%) y La Candelaria (0,6%).

Las localidades en las que se encontró que los niños escolarizados presentan problemas nutricionales medidos por el indicador talla para la edad, que refleja el retraso del crecimiento o la disminución en la velocidad del mismo, fueron Chapinero, Ciudad Bolívar, Usme y Sumapaz, las cuales se caracterizan por tener un componente rural importante (véase el mapa 9).

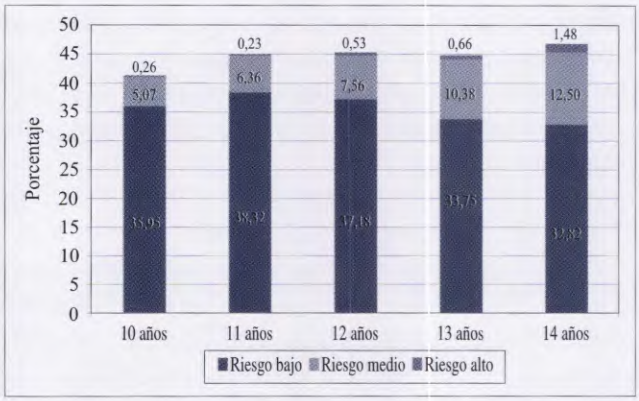
Mapa 9. Prevalencia clásica de desnutrición crónica en población escolarizada por localidades. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisvan escolar.

El gráfico 34 muestra el comportamiento de la desnutrición global por grupos de edad y su distribución según los riesgos alto, medio y bajo, ocupando los mayores porcentajes los dos últimos rangos.

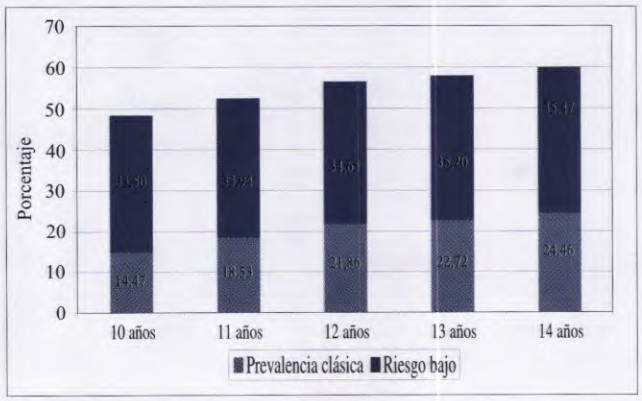
Gráfico 34. Desnutrición global en población escolarizada de 10 a 14 años. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisvan escolar.

Cuando se analiza el retraso en talla por grupos de edad se observa que a medida que se incrementa la edad la desnutrición crónica aumenta, llegando a verse afectados a los 14 años 60% de los niños de este grupo (véase el gráfico 35). Este comportamiento puede estar influenciado por un mayor periodo de exposición a condiciones socioeconómicas desfavorables que afectan la estatura. El niño pierde la oportunidad de crecer, posibilidad que no se recupera o se hace parcialmente, siempre y cuando se solucione al problema nutricional. Por el contrario, si no se mejoran dichas condiciones, el retraso en talla aumenta cada vez más.

Gráfico 35. Desnutrición crónica en población escolarizada de 10 a 14 años. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisvan escolar.

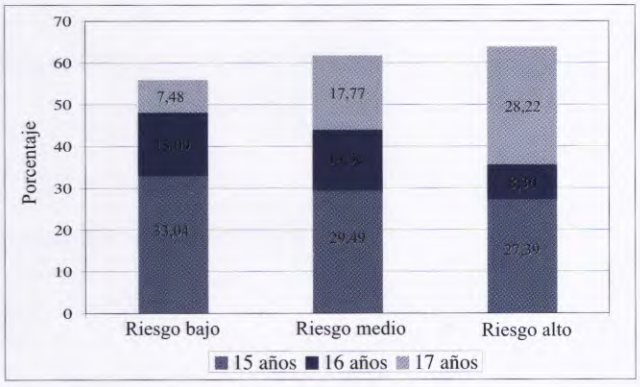
Teniendo en cuenta que a medida que aumenta la edad el retraso en talla es cada vez mayor, es necesario empezar a vigilar con énfasis especial el sobrepeso y la obesidad en los niños escolares mayores, por ser un factor de riesgo importante para enfermedades crónicas en la vida adulta. Lo anterior debido a que cuando el niño empieza a ganar peso teniendo una estatura baja, aquel empieza a superar el valor esperado para su talla actual, aumentando el riesgo de presentar sobrepeso y obesidad.

El sobrepeso teniendo en cuenta el índice de masa corporal se presenta en 8,9% de esta población, con una variación entre 5,8% y 16% en las diferentes localidades. Las que tienen mayor porcentaje de niños de 10 a 14 años con exceso de peso fueron La Candelaria y Barrios Unidos.

Estado nutricional de población escolarizada de 15 a 17 años

De 2.923 evaluados en este grupo de edad se encontró que el retraso de peso para la edad y el de talla para la edad es mayor que en el grupo de 10 a 14 años (véase el gráfico 36). Es así como el porcentaje de bajo peso para la edad (z score<-1 ds) fue de 58,3% para el total de la población valorada en este grupo de edad en Bogotá, y el retraso en talla (z score<-1 ds) se presentó en 68,6% de los mismos.

Gráfico 36. Desnutrición global en población escolarizada de 15 a 17 años. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisvan escolar.

En el indicador de peso para la edad, el porcentaje de población que se tiene en cuenta para canalizar a programas de ayuda o asistencia alimentaria, como se mencionó, es el que se encuentra por debajo de -3 ds, lo que equivale para el consolidado de este grupo a 12,6%.

El comportamiento del déficit de peso y de talla en este grupo, según edad, muestra un comportamiento similar a los grupos anteriores, con una tendencia ascendente a medida que aumenta la edad.

Situación de las infecciones intrahospitalarias (IIH)

En 2000, 33 instituciones de salud de tercer nivel (29 privadas y 4 ESE), de 42 (37 privadas y 5 ESE) que hay en Bogotá[9], notificaron 5.550 IIH; en promedio ocurrieron 3 infecciones intrahospitalarias por cada 100 egresos hospitalarios, siendo más alto en las empresas sociales del estado, donde se presentaron 3,38 infecciones por cada 100 egresos, debido al incremento de actividades de vigilancia epidemiológica activa desarrollada en las ESE, que permitió mejorar la captación de casos; en las IPS privadas el promedio de infecciones intrahospitalarias por cada 100 egresos fue de 2,75, situación que difiere con los tres últimos años, en los que el índice (n° de IIH /total egresos hospitalarios * 100) fue más bajo en estas que en las instituciones privadas del mismo nivel (véase la tabla 27).

Tabla 27. Índice de infecciones intrahospitalarias por cada 100 egresos hospitalarios en instituciones de salud de tercer nivel. Bogotá, D. C., 1997-2000

Institución de salud	1997	1998	1999	2000
Públicas	1,78%	2,13%	2,30%	3,38%
Privadas	3,33%	3,17%	3,10%	2,75%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-IIH, "Informe de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias".

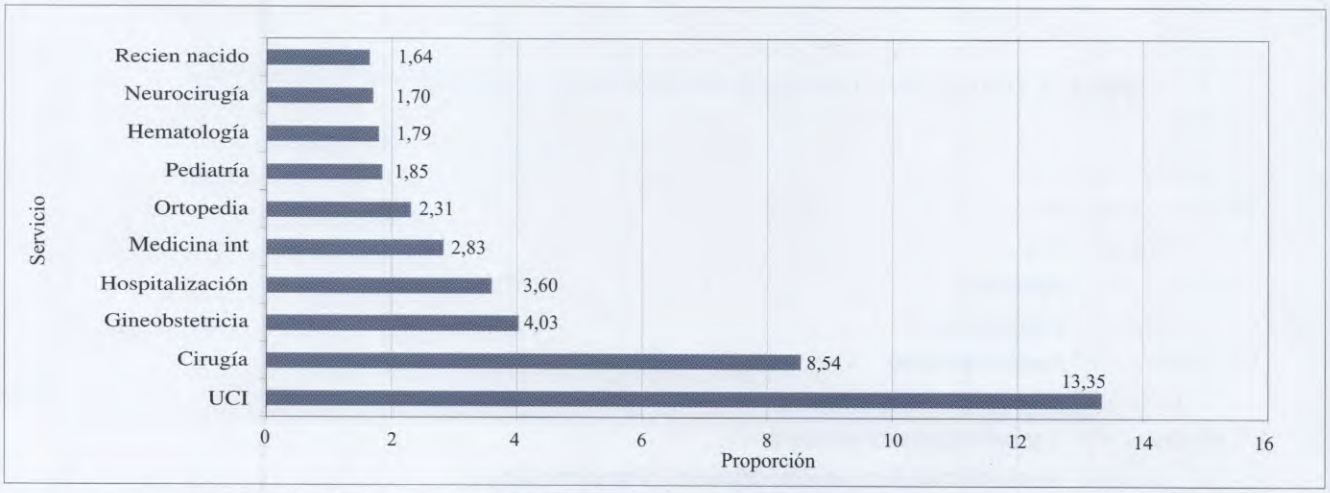
Es importante subrayar que al realizar el contraste de los resultados obtenidos en el país y en Bogotá con algunos países industrializados, el índice en ellos resulta entre 2,5 y 6,5 por cada 100 egresos hospitalarios por encima de lo estimado en nuestro medio. Por ejemplo, en Inglaterra, en un estudio de tipo transversal[10] se estimó que el índice era de 9, en Estados Unidos de 5,7 y en México se asume que es de 10 a 15 por cada 100 egresos[11].

En cinco ESE de segundo nivel que notificaron, ocurrieron 0,95 infecciones por cada 100 egresos hospitalarios, índice que disminuyó en 0,55 en relación con el año anterior. Las instituciones privadas de este nivel no reportaron información.

Según servicio, en IPS privadas de tercer nivel de atención en salud se encontró que de 3.806 IIH notificadas, 13,35% (508) ocurrieron en las unidades de cuidados intensivos; en cirugía 8,64% (328); en los servicios de ginecobstetricia 4,03% (153); en hospitalización 3,5% (133); en medicina interna 2,83% (145); en ortopedia 2,31% (88); en pediatría 1,85% (70); en hematología 1,79% (68); en neurocirugía 1,7% (65); y en los servicios de recién nacidos 1,64% (62) (véase el gráfico 37).

En las ESE de tercer nivel de atención se encontró que de 1.744 IIH notificadas 19,23% (335) ocurrieron en la UCI; 13,65 (238) en cirugía; 7,28% (126) en medicina interna; 6,28% (109) en pediatría; 4,35% (79) en hospitalización; 3,15 (55) en ortopedia; 2,20% (38) en recién nacidos; 0,97 (9) en ginecoobstetricia; 16,17 (282) en otros; y sin identificar 5,8% (101). Es necesario aclarar que no todas las instituciones envían información desagregada de las infecciones según

Gráfico 37. Proporción de infección intrahospitalaria según servicio en IPS privadas de tercer nivel. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-IIH.

9 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C "Informe de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias".1999.

10 Hospital infection rates in England out of control". *British Medical Journal Print Media.* Subtitle: BMJ Print Media Edition: International edition. London. 2000.

11 *Revista Salud Pública Méx.* Vol. 41. s.1. Cuernavaca. 1999.

servicio (véase el gráfico 38). Dicha situación encontrada en 2000 es muy poco variable respecto a 1999 y 1998, cuando los servicios más afectados fueron cirugía y la UCI en primero y en segundo lugar.

Las ESE de segundo nivel –hospitales La Granja, Garcés Navas, San Blas, de Fontibón y de Bosa– notificaron 530 infecciones intrahospitalarias; los servicios más afectados fueron ginecobstetricia, 55,5% (294); pediatría, 42% (222); y cirugía 5% (26). Comparados con 1998 y 1999 estos resultados presentaron características similares.

En las ESE de primer nivel –hospitales de Suba y Trinidad Galán, Cami La Estrada, Garcés Navas y Las Ferias– con servicio de urgencias, todas las IIH se relacionan con atención del parto; llama la atención que no cuentan con la identificación de IIH en otros servicios. En este sentido, es importante incrementar la búsqueda activa institucional.

Según localización anatómica, en las IPS privadas de tercer nivel se identificó que las infecciones respiratorias bajas ocuparon el primer lugar, con 17,5% (971); este comportamiento es similar al presentado en 1998 y 1999. En segundo lugar se encuentran las bacteremias, con 9,15% (508), las cuales en los años mencionados no aparecían dentro de los cinco primeros eventos; en tercer lugar las infecciones en sitio quirúrgico, con 7,42% (412), que en 1998 y 1999 ocuparon el tercero y cuarto lugar respectivamente; en el quinto lugar se encuentran las IIH del tracto urinario, con 7,13% (396); y en el sexto las infecciones causadas por catéter, con 6,48% (360). Otras infecciones que aparecen dentro de las 10 primeras causas son las ginecobstétricas, sepsis, gastrointestinales, piel y tejidos blandos (véase el gráfico 39).

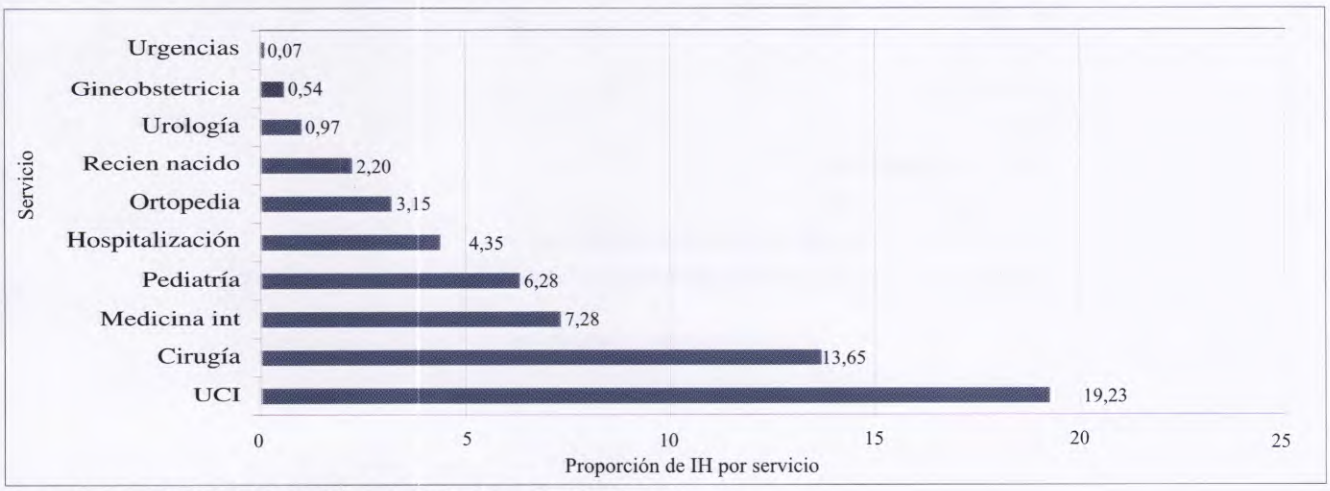
Según localización anatómica, en las ESE de tercer nivel se encontró que las infecciones respiratorias bajas ocuparon el primer lugar, con 14,07% (245); este comportamiento es similar al presentado en 1998 y 1999; en segundo lugar se encontraban las infecciones en sitio quirúrgico, con 9,76% (170); en tercero las infecciones del tracto urinario, con 7,53% (131); en cuarto lugar se encuentran las bacteremias, con 6,78% (118); y en quinto las infecciones causadas por catéter, con 5,32% (93); otras infecciones que aparecen dentro de las 10 primeras causas son piel y tejidos blandos, ginecobstétricas, gastrointestinales, de vías respiratorias altas y sepsis (véase el gráfico 40).

En las ESE de segundo nivel que notificaron, las principales infecciones intrahospitalarias fueron ginecobstétricas, 18% (95); respiratorias altas, 13% (69); respiratorias bajas, 8,75% (46); infecciones de piel y tejidos blandos, 7,13% (37); y las infecciones de herida quirúrgica, 5,08% (27); es necesario aclarar que no en todas las unidades notificadoras se contó con la información de esta variable.

En las ESE de primer nivel que reportaron información se identificaron 17 endometritis posparto como IIH, lo que correspondió a 100%.

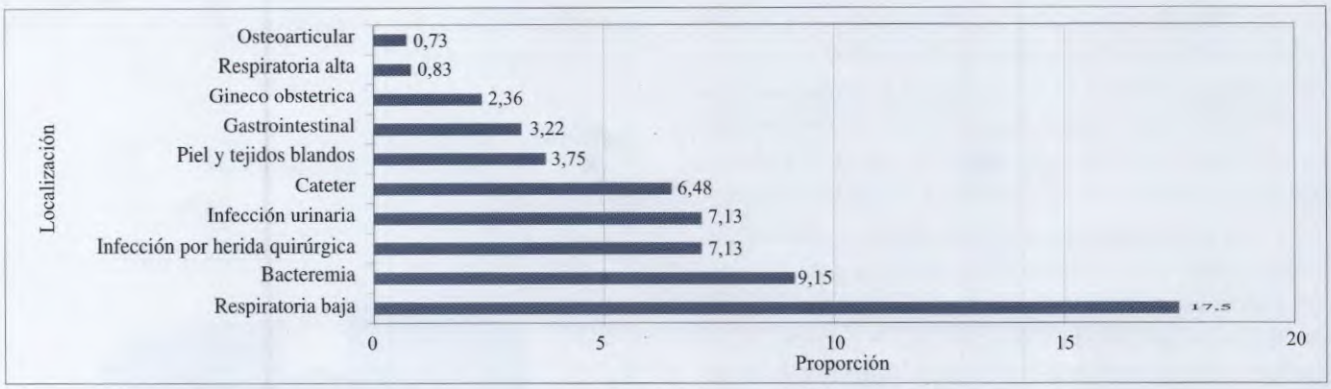
En 1.616 IIH por microorganismo causal notificadas por algunas UN públicas y privadas de tercer nivel, 4,63% (75) fueron causadas por el *Staphylococcus aureus;* en segundo lugar se encuentra la *Escherichia coli,* con 4,07% (66), seguida por la *Kelbsiella pneumoniae,* con 3,85% (62); luego están la *Staphylococcus epidermidis,* 3,33% (54); Cándida, 2,8% (46); *Pseudomona aeruginosa,* con 2,63% (43); y *Serratia marcences,* con 1,22% (19). En las instituciones de segundo nivel se identificaron como los microorganismos más frecuentes los bacilos Gram negativos y Gram positivos, Cándida y *Escherichia coli* (véase el gráfico 41).

Gráfico 38. Proporción de infección intrahospitalaria según servicio en ESE de tercer nivel. Bogotá, D. C. 2000.



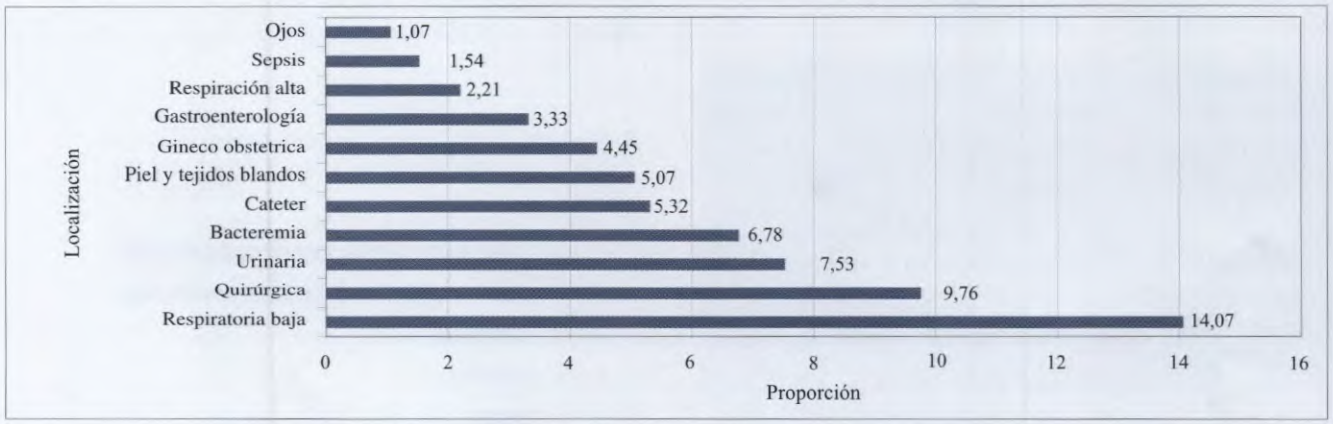
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-IIH.

Gráfico 39. Proporción de infección intrahospitalaria por localización anatómica en IPS privadas de tercer nivel. Bogotá, D. C., 2000



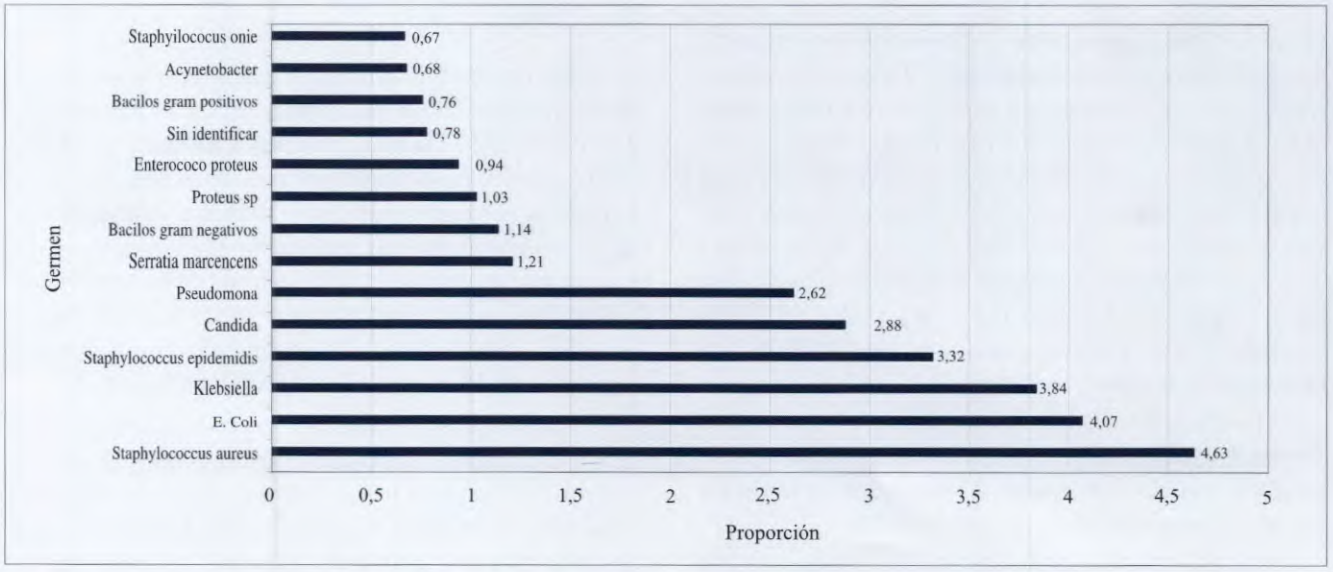
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-IIH.

Gráfico 40. Proporción de infección intrahospitalaria según localización anatómica en ESE de tercer nivel. Bogotá, D. C. 2000.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-IIH.

Gráfico 41. Porcentaje de infección intrahospitalaria por microorganismo en hospitales de tercer nivel. Bogotá, D. C., 2000.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-IIH.

Respecto a los brotes por IIH, en 2000 cuatro hospitales de tercer nivel notificaron un brote cada uno. El número de pacientes afectados fue de 58, de los cuales en 32% (19) se encontró como microorganismo causal el *Acinetobacter baumanni*; en 29% (17) *Staphylococcus epidermidis*; en 10,3% (6) *Serratia marscesens*; y en 27,5% (16) la *Klebsiella pneumonie*. Los servicios afectados fueron la UCI adultos, pediatría y la unidad de recién nacidos (véase la tabla 28).

Los factores que mayor implicación tuvieron en la aparición de estos eventos se relacionaron con la falta de recursos y medidas necesarias de bioseguridad, así como la falta de educación continuada sobre prevención y control de infecciones intrahospitalarias; ante dicha situación, las instituciones por medio del comité de IIH realizaron las actividades necesarias para el control de dichos eventos.

Tabla 28. Brotes de infección intrahospitalaria en hospitales de tercer nivel de Bogotá, D. C., 2000.

Localización anatómica	Micro organismos	Servicio	Número de afectados
Tractorespiratorio y herida quirúrguica	Acinetobacter *baumanni*	UCI adultos	19
Neumonía	S. *epidermis*	Pediatría	10
Nosocomial			7
Enterocolitis necrotizante	S. *marcenses* S. *epidermis*	Unidad de recién nacidos	6
Tracto gastrointestinal	K. *pneumonie*	Pediatría	16

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-IIH.

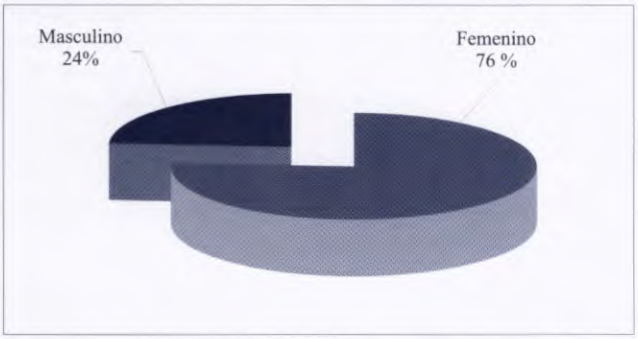
Situación del maltrato y la violencia intrafamiliar

De los 3.904 casos reportados a la Secretaría Distrital de Salud durante 2000 por 108 instituciones, 77,13% (3.011) fueron captados por consulta directa y 10,96 (428) por vía indirecta, es decir, por medio de consultas cuya motivación primaria no estuvo relacionada con la violencia intrafamiliar. De igual manera, 9,12% de los casos (356) fueron recabados por remisión entre entidades. Los 28 casos restantes, equivalentes a 0,72%, se recopilaron por medio de la búsqueda solicitada por las autoridades e instituciones competentes; de los demás casos (81) no se dispone de información sobre la manera en que se registraron.

En cuanto a la distribución por género, 76% corresponde a violencia intrafamiliar ejercida contra mujeres, lo que equivale a 2.958 eventos. El 24% restante de los registros corresponde a víctimas de sexo masculino (véase el gráfico 42).

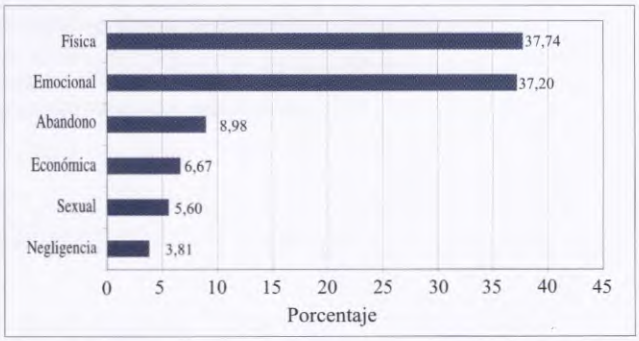
Durante 2000, mediante el Sivim se registraron 2.299 casos de violencia física, que equivalen a 37,74% del total de todos los tipos de violencia intrafamiliar reportados; por su parte, la violencia emocional registró 2.266 casos, que corresponden a 37,20% y el abandono 9% de los casos (547) (véase el gráfico 43).

Gráfico 42. Distribución porcentual de casos de violencia intrafamiliar según sexo. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sivim.

Gráfico 43. Distribución porcentual de casos de violencia intrafamiliar según tipo. Bogotá, D. C., 2000

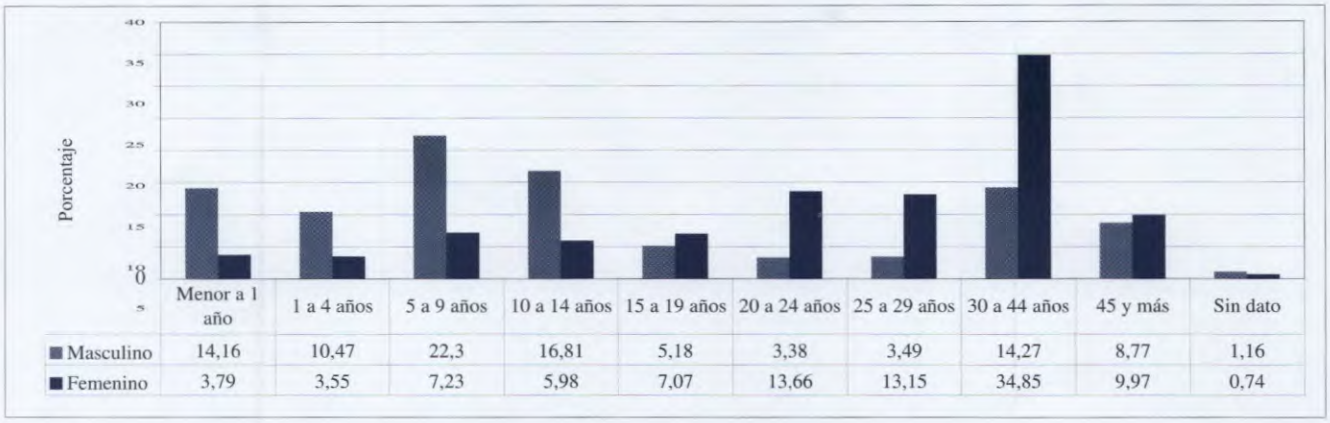


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sivim.

De otra parte, del total de casos reportados durante 2000, 37,90% correspondía a menores de 18 años, lo cual equivale a 1.467 casos de maltrato a menores de edad; y 6,30% (246) correspondía a menores de un año. Aunque el número de personas agredidas es siempre mayor en el caso de las niñas y las mujeres, es importante observar que en el caso de las menores de 15 años víctimas de maltrato se presentan proporciones más elevadas en los varones. Para el sexo femenino en cambio, el porcentaje de víctimas es mayor a partir de los 15 años de edad (véase el gráfico 44).

La valoración de los casos notificados según la relación entre agredido y agresor no muestra variaciones significativas con respecto a los años anteriores. En términos generales, los principales agresores para los diversos tipos de violencia continúan siendo los padres, madres y padrastros, cónyuges y madrastras.

Gráfico 44. Distribución porcentual de la violencia intrafamiliar según edad y género. Bogotá, D. C., 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sivim.

Durante 2000, en 38,60% (240) de los casos de violencia física reportada el victimario o agresor fue el padre; las madres fueron agresoras físicas en 29,26% de los casos (182); en cuanto a la agresión entre cónyuges, 8,36% (52) correspondía a agresión por parte de alguno de ellos; en 88,50% de los casos el agresor fue de sexo masculino (véase la tabla 29).

En 534 de los 720 casos de violencia emocional o psicológica registrados, los agresores fueron la madre o el padre; 49,3% (355) de las notificaciones de este tipo de agresión correspondieron a los padres. En 2,1% de los casos (15) las agresoras fueron las madrastras.

En cuanto a la violencia sexual, se dispone de información sobre la relación entre agredido y agresor de 126 casos de los 232 reportados; con base en ellos puede afirmarse que los principales casos de violencia sexual contra la mujer y abuso sexual a menores fueron llevados a cabo por parte de personas conocidas sin vínculos de sangre o parentesco en 30% de los casos (35) y por los padres en 17% de los eventos.

La tabla 30 muestra la distribución de los casos de violencia económica, abandono y negligencia según sexo y relación de parentesco. Es evidente que en los casos de víctimas de explotación económica la población afectada suele ser de sexo masculino y el agresor en 70% de los casos el padre; cuando la víctima es de sexo femenino, el agresor frecuentemente es del mismo sexo.

En el caso de la negligencia, durante 2000 se recopilaron 167 casos de víctimas de sexo masculino, de los cuales en 133 (80%) el agresor era el padre. De igual manera, se registraron 281 casos de sexo femenino de los cuales 95% (268) eran agredidos por la madre. Sobre el abandono, entendido

Tabla 29. Distribución de casos de violencia física, emocional y sexual según relación de parentesco y género del agresor. Bogotá, D. C., 2000

Parentesco-relación	Física		Psicológica		Sexual	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
1 Padre	236	4	352	3	20	
2 Madre	3	179	5	174		2
3 Padrastro	34		46	1	13	1
4 Madrastra	3	10	1	14		
5 Hermano (a)	21	3	10	3	7	3
6 Cónyuge	46	6	38	3	4	1
7 Hijo (a)	3		1			
8 Abuelo (a)	2	3	5	5	4	
9 Otro familiar	11	9	15	7	18	1
10 Otro conocido	22	10	19	7	35	
11 Desconocido	15	2	10	1	16	1

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sivim.

Tabla 30. Distribución de casos de violencia económica, por negligencia y abandono según relación de género del agresor. Bogotá, D. C., 2000

Parentesco-relación	Económica		Negligencia		Abandono	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
1 Padre	50		133		10	8
2 Madre	1	26	9	268	21	31
3 Padrastro	7		8		1	
4 Madrastra			1	2		
5 Hermano (a)			5	1		
6 Cónyuge	13	1	2	3		
7 Hijo (a)			1			
8 Abuelo (a)			1	3		
9 Otro familiar			5	3		
10 Otro conocido			2	1		
11 Desconocido						

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sivim.

como la situación en que la persona es dejada sola a pesar de requerir asistencia y atención, se notificaron 547 casos de los que se reportó el parentesco en 71, en los que siempre los agresores fueron los padres, las madres o el padrastro.

Es importante señalar que los tipos de violencia señalados no son excluyentes para un mismo agredido, es decir, que un mismo sujeto puede ser objeto de violencia física y económica y, por ende, emocional. Este tipo de análisis permite identificar el patrón del maltrato y la violencia en Bogotá (véase la tabla 31).

Tabla 31. Distribución de casos de violencia intrafamiliar múltiple. Bogotá, D. C., 2000

Patrón según tipo de violencia	Valor	Porcentaje
Física	2.182	55,89
Física y emocional	1.401	35,89
Física, emocional y sexual	95	2,43
Física, emocional, sexual y económica	34	0,87
Física, emocional, sexual, económica y negligencia o descuido	10	0,26
Física, emocional, sexual, económica, negligencia o descuido y abandono	3	0,08

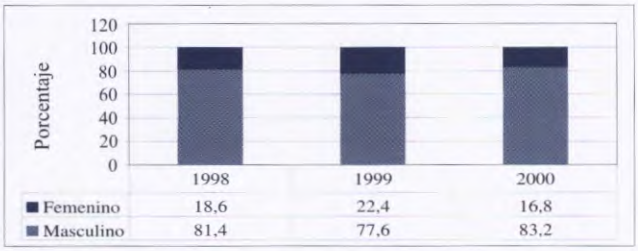
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sivim.

Situación del consumo de sustancias psicoactivas

De los 3.400 casos reportados a la Secretaría Distrital de Salud por 48 centros especializados en el tratamiento de la farmaco- dependencia durante 2000, 83,2% (2.828) era de sexo masculino y 16,8% (572) de femenino, lo que indica que en ese año por cada mujer que consultó algún centro de tratamiento por problemas asociados al abuso de sustancias psicoactivas, lo hicieron 5 hombres.

Los estudios de prevalencia realizados en Colombia desde 1992 ya señalaban esta tendencia para diversos psicoactivos, exceptuando los tranquilizantes menores. El análisis realizado a partir de los datos recabados por el sistema Vespa corrobora que la distribución de casos de consumo de drogas legales e ilegales según sexo se ha mantenido con ligeras variaciones desde 1998, y que en Bogotá los hombres continúan siendo la población más afectada por el abuso de psicotrópicos (véase el gráfico 45).

Gráfico 45. Distribución de casos de consumo de psicoactivos según género. Ventana de centros de tratamiento. Bogotá, D. C., 1998-2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Vespa.

En relación con la distribución de casos según edad, en 2000 el 56,7% (1.928) de los casos atendidos en las diversas instituciones que integran el sistema eran menores de 18 años y el 43,3% restante (1.472) eran sujetos entre 18 y 70 años de edad.

Los percentiles 25 y 75 correspondientes a la variable edad son, respectivamente, 16 y 26, y aunque el rango de la variable edad fue bastante amplio los casos se concentraron en menores de 25 años, con un marcado incremento en el grupo etáreo comprendido entre los 16 y los 20 años. Es importante mencionar que el promedio y la mediana de la edad son inferiores en el sexo femenino (véase la tabla 32).

Tabla 32. Comportamiento de la edad de los consumidores de psicoactivos según sexo. Bogotá, D. C., 2000

Sexo	Rango	Mediana	Desviación estándar	Media
Masculino	6-70	22	9,32	17
Femenino	6-70	20	9,04	16

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Vespa.

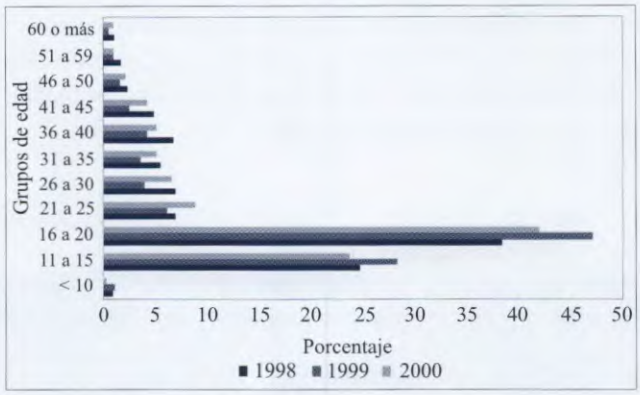
El análisis realizado desde 1998 no señala mayores variaciones en la proporción de casos registrados. Sin embargo, 1999 presenta proporciones más elevadas en el grupo de edad de 11 a 15 años, con 28,3% (1.066) de los casos y 47,1% (1.775) en el grupo de edad de 16 a 20 años. En todos los años se reportaron casos de menores de 10 años de edad. Más del 60% de los casos reportados en 2000 se ubicaba entre 11 y 20 años de edad (véase el gráfico 46).

En la problemática del uso y abuso de psicotrópicos la variable *estado civil* muestra un comportamiento importante. Para 2000 el 76,1% (2.587) de los consumidores eran solteros. Se puede afirmar que de la población que acude a los centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia en Bogotá desde 1998, más de 70% era soltero. Las demás categorías no registran una proporción significativa de casos (véase el gráfico 47).

El patrón de consumo de psicoactivos descrito en la tabla 33 es uno de los aspectos esenciales dentro de la ventana de centros de tratamiento del Vespa. En 2000, las sustancias psicoactivas más frecuentemente citadas como *drogas de inicio* fueron, en orden descendente: las bebidas alcohólicas, con 52% de los casos que equivalen en población a 1.766 consumidores; el cigarrillo, con 795 casos que equivalen a 23%; la marihuana, reportada en 575 casos (17%) como sustancia de inicio; y los inhalantes con 159 casos, que corresponden a 5% del total de registros de ingesta de psicotrópicos.

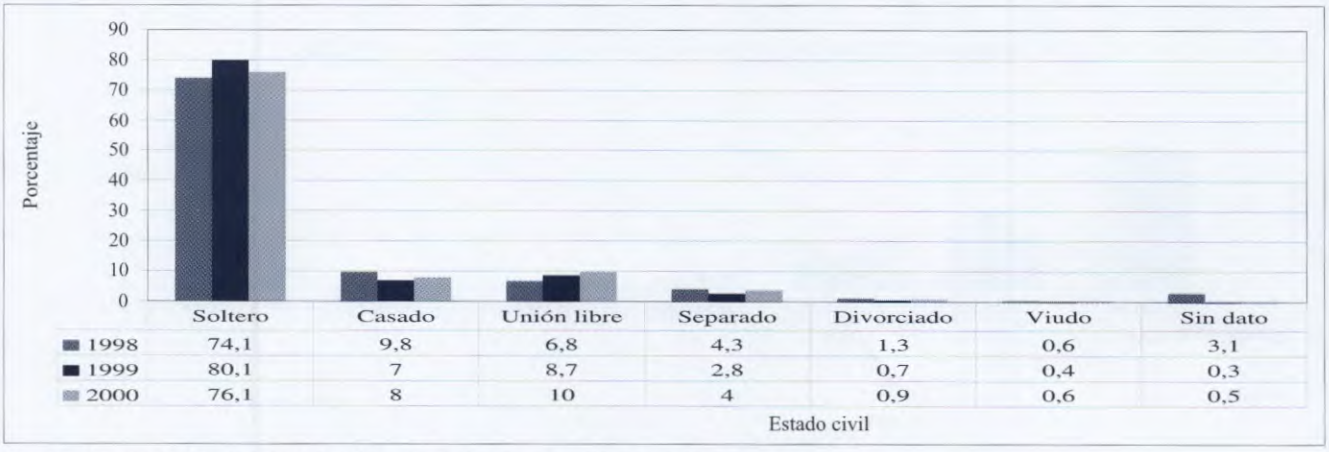
Si bien los patrones de consumo en general tienden a mantenerse, es importante conocer cuáles son los cambios en el inicio de la ingesta de psicoactivos. En este sentido, cabe mencionar que durante 2000 se reportaron 57 casos en los que la sustancia psicoactiva que se consumió por primera vez fue el basuco, y 15 en los que la droga inicial fue la cocaína. En esta descripción puede resaltarse que las sustancias de mayor

Gráfico 46. Porcentaje de casos de consumo de psicoactivos según grupo de edad. Bogotá, D. C., 1998-2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Vespa.

Gráfico 47. Distribución porcentual de casos de consumidores de psicoactivos según estado civil. Bogotá, D. C., 1998-2000



Fuente: *Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Vespa.*

impacto más citadas por los consumidores fueron, en su orden, el basuco, la marihuana y el alcohol. El 28% (959) de los casos reportados durante 2000 considera que la pasta básica de cocaína o basuco es la droga que mayor daño le ha ocasionado. El 25% (833) informaron que de todas las sustancias consumidas la marihuana era la droga que mayor daño fisiológico y psicológico les había causado.

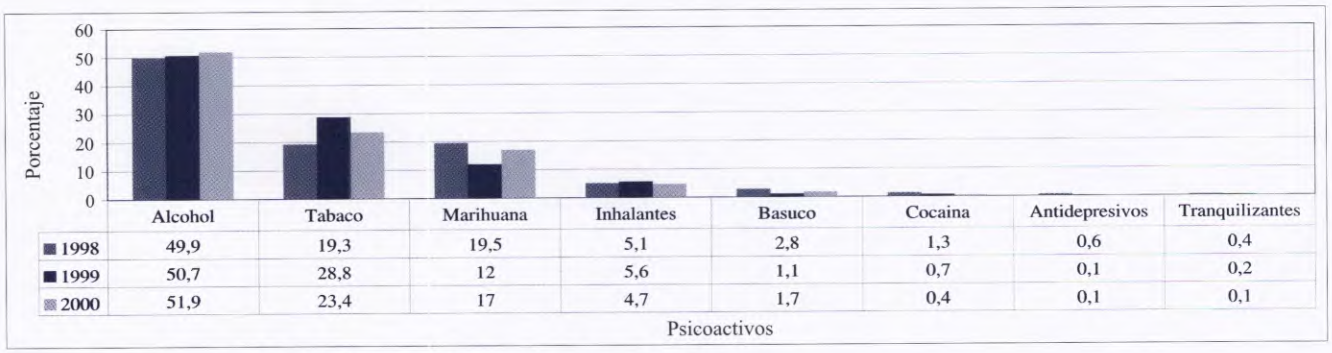
Las principales sustancias psicoactivas de inicio o drogas primarias en los dos años anteriores se mantienen, siendo las bebidas alcohólicas, en más de 50% de los casos, la primera sustancia psicoactiva que la persona consume en la vida o aquella droga que marca el inicio de su patrón de consumo (véase el gráfico 48).

Tabla 33. Distribución del consumo de psicoactivos según sexo, droga primaria, secundaria, terciaria y de mayor impacto. Bogotá, D. C., 2000

Tipo de droga	Droga de inicio			Droga secundaria			Droga terciaria			Droga mayor impacto		
	Masculino	Femenino	%	Masculino	Femenino	%	Masculino	Femenino	%	Masculino	Femenino	%
No hay droga	0	0	0	362	112	14	927	245	34	0	0	0
Alcohol	1.523	243	52	469	99	17	150	26	5	613	133	22
Marihuana	481	94	17	711	129	25	707	115	24	702	131	25
Disolventes o inhalantes	123	36	5	120	38	5	174	38	6	179	60	7
Alucinógenos	2	1	0	2	1	0	16	4	1	5	2	0
Heroína	2	3	0	10	1	0	14	6	1	14	7	1
Opio, morfina o derivados	1		0	2	1	0	2	2	0	1	2	0
Cocaína	15		0	102	20	4	215	26	7	153	22	5
Tranquilizantes	2	2	0	4	2	0	10	2	0	4	3	0
Barbitúricos	2		0	5	1	0	13	3	0	7	1	0
Anfetaminas	1		0	17		1	18	3	1	15	1	0
Anticolinérgicos			0	2		0	1		0	1		0
Tabaco	612	183	23	804	133	28	144	23	5	237	84	9
Antidepresivos	1	1	0	1	2	0	2		0	1	2	0
Otros	9	2	0	9	2	0	35	6	1	28	9	1
Basuco o pasta base	50	7	2	194	31	7	384	66	13	849	110	28
Cristales			0	4		0			0	1		0
Flunitrocepan	3		0	8		0	11	5	0	10	4	0
Crack	1		0	1		0	5	2	0	8	1	0
Cacao sabanero (escopolamina)			0			0			0			0
Sin dato			0	1		0			0			0
Total	*2.828*	*572*		*2.828*	*572*		*2.828*	*572*	*3.400*	*2.828*	*572*	*3.400*

Fuente: *Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Vespa.*

Gráfico 48. Principales sustancias psicoactivas de inicio. Bogotá, D. C., 1998-2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Vespa.

Índice de gráficos

1 Pirámide poblacional. Bogotá, D. C., 2000 ... 6
2 Tasa de fecundidad específica por grupo de edad por 1.000 nacidos vivos. Bogotá D. C., 2000 ... 6
3 Tasas de mortalidad por género y grupos etáreos. Bogotá, D. C., 2000 ... 8
4 Índice de sobremortalidad masculina por grupos etáreos. Bogotá, D. C., 2000 ... 8
5 Mortalidad por neumonía en menores de 5 años. Bogotá, D. C., 2000 ... 11
6 Mortalidad por enfermedad diarréica aguda en menores de 5 años. Bogotá, D. C., 1986-2000 ... 11
7 Mortalidad materna relacionada con el embarazo, parto y puerperio. Bogotá, D. C., 2000 ... 13
8 Tasa de mortalidad perinatal. Bogotá, D. C., 2000 ... 15
9 Tasa de incidencia anual por infección de sífilis congénita. Bogotá, D. C., 1986-2000 ... 19
10 Tasa de incidencia anual de infección por otras ETS. Bogotá, D. C., 1986-2000 ... 19
11 Tuberculosis según tipo. Bogotá, D. C., 2000 ... 21
12 Formas de tuberculosis extrapulmonar. Bogotá, D. C., 2000 ... 22
13 Promedio de baciloscopias por sintomático respiratorio Bogotá, D. C., 1990-2000 ... 22
14 Comportamiento de la varicela por periodo epidemiológico Bogotá, D. C., 2000 ... 23
15 Brotes de varicela por epidemiológico. Bogotá, D. C., 2000 ... 23
16 Incidencia de paperas en niños de 1 a 4 años y cobertura de vacunación con triple viral. Bogotá, D. C., 1986-1999 ... 24
17 Incidencia de tosferina en menores de 5 años y cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 año. Bogotá, D. C., 1986-2000 ... 24
18 Inciencia de difteria en menores de 1 año y cobertura con DTF, Bogotá D.C., 1989-2000 ... 25
19 Meningitis menigococcica, canal endémico Bogotá, D. C., 1995-2000 ... 26
20 Incidencia de sarampión en menores de 5 años y cobertura de vacunación con triple viral en niños de 1 año. Bogotá, D. C., 1986-2000 ... 27
21 Incidencia de rubéola en menores de 5 años y cobertura de vacunación con triple viral. Bogotá, D. C., 1993-2000 ... 28
22 Tasas de incidencia de rubéola por 100.000 habitantes, por localidad. Bogotá, D. C., 2000 ... 28
23 Notificación de casos de hepatitis A por periodo epidemiológico. Bogotá, D. C., 2000 ... 29
24 Notificación de dengue clásico por periodo epidemiológico. Bogotá, D. C., 2000 ... 31
25 Notificación de casos de dengue hemorrágico por periodo epidemiológico. Bogotá, D. C., 1998-2000 ... 32
26 Situación de peso al nacer según certificados de nacido vivo. Bogotá, D. C., 2000 ... 33
27 Situación de peso al nacer por genero, según certificado de nacido vivo. Bogotá, D. C. 2000 ... 33
28 Situación de peso al nacer según edad de la madre por certificado de nacido vivo. Bogotá, D. C., 2000 ... 33
29 Estado nutricional de niños menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3 atendidos en las ESE según indicador talla/edad. Bogotá, D. C., 2000 ... 34
30 Estado nutricional de niños menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3 atendidos en las ESE según indicador peso/talla. Bogotá, D. C., 2000 ... 34
31 Lactancia materna según edad en meses en población menor de 1 año. Bogotá, D. C., 2000 ... 35
32 Desnutrición aguda en población escolarizada de 4 a 9 años. Bogotá, D. C., 2000 ... 36
33 Desnutrición crónica en población escolarizada de 4 a 9 años. Bogotá, D. C., 2000 ... 37
34 Desnutrición global en población escolarizada de 10 a 14 años. Bogotá, D. C., 2000 ... 38
35 Desnutrición crónica en población escolarizada de 10 a 14 años. Bogotá, D. C., 2000 ... 38
36 Desnutrición global en población escolarizada de 15 a 17 años. Bogotá, D. C., 2000 ... 38
37 Proporción de infección intrahospitalaria según servicio en IPS privadas de tercer nivel. Bogotá, D. C. 2000. ... 39
38 Proporción de infección intrahospitalaria según servicio en ESE de tercer nivel. Bogotá, D. C. 2000. ... 40
39 Proporción de infección intrahospitalaria por localización anatómica en IPS privadas de tercer nivel. Bogotá, D. C., 2000 ... 41
40 Proporción de infección intrahospitalaria según localización anatómica en ESE de tercer nivel. Bogotá, D. C. 2000. ... 41
41 Porcentaje de infección intrahospitalaria por microorganismo en hospitales de tercer nivel. Bogotá, D. C., 2000. ... 41

42 Distribución porcentual de casos de violencia intrafamiliar según sexo. Bogotá, D. C., 2000 42
43 Distribución porcentual de casos de violencia intrafamiliar según tipo. Bogotá, D. C., 2000 42
44 Distribución porcentual de la violencia intrafamiliar según edad y género. Bogotá, D. C., 2000 43
45 Distribución de casos de consumo de psicoactivos según género. Ventana de centros de tratamiento Bogotá, D. C., 1998-2000 44
46 Distribución porcentual de casos de consumidores de psicoactivos según estado civil. Bogotá, D. C., 1998-2000 45
47 Porcentaje de casos de consumo de psicoactivos según grupo de edad. Bogotá, D. C., 1998-2000 45
48 Principales sustancias psicoactivas de inicio. Bogotá, D. C., 1998-2000 46

ÍNDICE DE TABLAS

1 Distribución de unidades notificadoras efectivas de infecciones intrahospitalarias. Bogotá, D. C., 2000. 4
2 Número de reportes y unidades notificadoras según año. Sistema Vespa. Bogotá, D. C., 1997-2000 4
3. Indicadores demográficos básicos, Bogotá D. C. y Colombia, 2000 5
4 Características de los nacimientos Bogotá, D. C., 2000 7
5 Tasas de mortalidad por género y grupos etáreos. Índice de sobremortalidad masculina. Bogotá, D. C., 2000 8
6 Notificación de eventos prioritarios en salud pública. Bogotá, D. C., 2000 9
7 Tasa de mortalidad materna por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Bogotá, D. C. 2000 13
8 Mortalidad materna relacionada con el embarazo, parto y puerperio. Bogotá, D.C., 2000 13
9 Mortalidad materna según variable de riesgo. Bogotá, D. C., 2000 14
10 Mortalidad perinatal. Diez primeras causas. Bogotá, D. C., 2000 16
12 Personas viviendo con VIH y sida, según edad y sexo. Bogotá, D. C., 2000 17
11 Epidemia de VIH y sida en Bogotá, resumen acumulado de datos, 1984-2000 y casos 2000 17
13 VIH y sida. Causa básica de muerte. Bogotá, D. C., 2000 18
14 Tuberculosis según localidad y estado final Bogotá, D. C., 2000 20
15 Investigaciones epidemiológicas de campo realizadas según lugar de residencia. Bogotá, D. C., 2000 20
16 Incidencia de tuberculosis según grupo de edad. Bogotá, D. C., 2000 21
17 Contactos de casos de lepra por localidad identificado por investigación epidemiológica de campo Bogotá, D. C., 2000 22
18 Casos de lepra según edad y género. Bogotá, D. C año 2000 23
19 Casos de lepra según clasificación. Bogotá, D. C., 2000. 23
33 Distribución del consumo de psicoactivos según sexo, droga primaria, secundaria, terciaria y de mayor impacto. Bogotá, D. C., 2000 46
20 Proporción de casos de meningitis meningococcica según localidad de residencia. Bogotá, D. C., 2000 26
21 Indicadores de vigilancia del plan de erradicación del sarampión por localidad y total Bogotá, D. C., 2000 27
22 Indicadores de vigilancia epidemiológica de la poliomielitis, por localidad. Bogotá, D. C., 2000 30
23 Casos notificados de dengue clásico según lugar de procedencia. Bogotá, D. C., 2000 30
24 Casos notificados de dengue hemorrágico según lugar de procedencia y edad. Bogotá, D. C., 2000 31
25 Porcentaje de casos notificados de malaria según lugar de procedencia. Bogotá, D. C., 2000 32
26 Estado nutricional en población escolarizada de escuelas publicas de Bogotá, D. C., 2000. 36
27 Índice de infecciones intrahospitalarias por cada 100 egresos hospitalarios en instituciones de salud de tercer nivel. Bogotá, D. C., 1997-2000 39
28 Brotes de infección intrahospitalaria en hospitales de tercer nivel de Bogotá, D. C., 2000. 42
29 Distribución de casos de violencia física, emocional y sexual según relación de parentesco y género del agresor. Bogotá, D. C., 2000 43
30 Distribución de casos de violencia económica, por negligencia y abandono según relación de género del agresor. Bogotá, D. C., 2000 44
31 Distribución de casos de violencia intrafamiliar múltiple Bogotá, D. C., 2000 44
32 Comportamiento de la edad de los consumidore de psicoactivos según sexo. Bogotá, D. C., 2000 45

Índice de mapas

1 Mortalidad por IRA en menores de 5 años. Bogotá, D. C., 2000 (tasa por 100.000) 10
2 Mortalidad por EDA en menores de 5 años. Bogotá, D. C., 2000 (tasa por 100.000) 12
3 Mortalidad materna por localidad - Bogotá D.C., 2000 14
4 Mortalidad perinatal por localidad. Bogotá, D. C., 2000 16
5 Situación de bajo peso al nacer según localidad de residencia de la madre. Bogotá, D. C. 2000 33
6 Situación de déficit de peso según localidad de residencia de la madre. Bogotá, D. C., 2000 34
7 Prevalencia clásica de desnutrición aguda por localidad en menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3 atendidos 35
8 Prevalencia clásica de desnutrición crónica en población escolarizada por localidades. Bogotá, D. C., 2000 35
9 Prevalencia clásica de desnutrición crónica en población escolarizada por localidades. Bogotá, D. C., 2000 37

Reconocimientos

Apoyo técnico, *Ángela Consuelo Romero Parra*

Reconocimiento especial a los coordinadores de vigilancia epidemiológica de las empresas sociales del estado en cada localidad, y demás instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, que con su contribución como unidades notificadoras hicieron posible la información que aquí se presenta.

Profesionales responsables de la vigilancia en salud pública por evento

Estadísticas vitales
María Teresa Espitia Ortiz – Patricia Arce Guzmán
Enfermedades de transmisión sexual y sida, mortalidad materna y perinatal
María Patricia González Cuéllar
Tuberculosis, meningitis bacterianas, lepra,
enfermedades transmitidas por vectores e infecciones intrahospitalarias, hepatitis
Ana Sofía Alonso Romero
Enfermedades inmunoprevenibles, mortalidad por neumonía y EDA en menores de 5 años
Patricia Arce Guzmán
Vigilancia alimentaria y nutricional
Luz Mery Vargas Gómez
Vigilancia de la violencia intrafamiliar y el maltrato
Henry Alejo Alejo

Codificación, procesamiento de la información y apoyo técnico por sistemas de vigilancia

Sistema alerta acción (SAA)
Wilson Aníbal Rodríguez Ruiz
Sistema de estadísticas vitales
Ramiro Adelson García Baquero ◆ *Nelcy Esmeralda Zambrano Hernández*
Luis Alejandro Díaz Amaya ◆ *Ángel Martínez López* ◆ *Martha Niño*
Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (Sisvan)
Gloria Janneth Sacristán Manotas
Sistema de vigilancia epidemiológica en fármacos
Humberto Niampira Rodríguez
Sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias
Humberto Niampira Rodríguez ◆ *Luis Alejandro Díaz Amaya* ◆ *Wilson Aníbal Rodríguez Ruiz*
Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar y el maltrato (Sivim)
Humberto Niampira Rodríguez
Sistema de vigilancia en salud sexual y reproductiva
Óscar David Díaz Sotelo

REPORTE SEMANAL DEL NOVENO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 33, 34, 35 y 36

EVENTOS	USAQUÉN		CHAPINERO		SANTAFÉ		S. CRISTÓB.		USME		TUNJUELITO		BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		ENGATIVÁ		SUBA		B. UNIDOS		TEUSAQUILLO		LOS MÁRT.		ANT.NARIÑO		P. ARANDA		LA CANDEL.		RAFAEL U.		C. BOLÍVAR		SUMAPAZ		TOTAL	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
BROTES		10		0	1[m]	7	2[*] 1[&] 1[SA]	49	1[!]	21		4	[m] 3[!] [&]	13		13	2[?] [&]	16		7		7	1[m]	4	1[&]	3	2[!]	33		3		9		1		1		1		0	22	202
CÓLERA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
DENGUE CLÁSICO		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
DENGUE HEMORRÁGICO		1		1		0		2		0		3		0		0		0		1		2		4		2		1		0		0		0		0		1		0	0	18
DIFTERIA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
EXPOSICIÓN RÁBICA LEVE		24	1	40	2	17	1	56	9	123	1	35	1	36	15	283	8	82	8	148	37	314	2	43	1	25	1	14		18	4	42		3	3	66		15		0	94	1384
EXPOSICIÓN RÁBICA GRAVE		3	2	5		6		13	1	26		18		8		52		20		21	1	48		4		7		3		5	1	12		1		28		11		0	5	291
ETA	2	17	5	60	1	9		12	1	7		11		5	1	13	2	13	2	63	5	31	1	21	4	37	1	5		4	3	15		0	1	5		1		0	29	329
FIEBRE AMARILLA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
HEPATITIS B	1	3	8	29	1	3	4	12	1	2		6	2	10	2	9	1	7		10	4	12	2	2	1	7		1	1	2	1	3		0	1	10		10		0	30	138
INFECCIÓN POR VIH	1	22	9	55		14	4	14		8	1	6		4	1	16		9	2	21	4	21	8	24	2	20	2	26		1	1	6		0	2	13	4	22		0	41	302
INFECCIÓN POR SIDA		0	1	2		2		2		0		0		0		2		1		2	1	6	1	1		1		0		0		1		0		0		1		0	3	21
MALARIA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
MENINGITIS POR HAEMOPHILLUS INFLUENZAE		1		0		0		0		1		2		1		3		0		1	1	3		0		0		0		0		1		0	1	2	1	1		0	3	16
MENINGITIS POR NEISSERIA		4		0		0		0	1	1		0		1		0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		0		1		0	1	8
MORTALIDAD PERINATAL		32		20		25		42		32		12		37		32		15		47		58		11		17		13		7		14		2		31		45		1	0	493
MORTALIDAD MATERNA		4		2		1	1	4		0		5		1		4		1	1	12		3		0		1		2		1		1		0		1		7		0	2	50
MORTALIDAD POR EDA	2	2	1	1	3	3	7	8	1	1	2	2	7	7	2	2	5	6	6	6	8	8	1	1	1	1	2	3	1	1	6	6	1	1	7	8	3	3		1	66	71
MORTALIDAD POR MALARIA		0		0		0		0		0		0	1	1		0		0		0	1	1		0		0		0		0		0		0		0		0		0	2	2
MORTALIDAD POR NEUMONÍA	1	6		6		7	1	9	1	13		3		11	1	9		2	1	11	1	7		4		4		5		5	1	3		0		7		10		0	7	122
PARÁLISIS FLÁCIDA		3		0		0		1		1		1		0		1		0		2		1		0		1		0		0		1		0		2		0		0	0	14
RABIA ANIMAL		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
RABIA HUMANA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
REACCIÓN POSTVACUNAL		5		2		1		0		0	1	2		1	2	2		1		3		2		0		1		0		0		0		0		1		10		0	3	31
RUBÉOLA	1[%]	17		6		3		10	2[%]	17	1[%]	6	1[%]	19	4[%]	33		11	3[%]	29	4[%]	26		1	1[%]	7	1[%]	7		0		13		1	3[%]	15		12		0	21	233
SARAMPIÓN	2[+]	5		1		0		8		4		3		5	2[+]	7	2[+]	4		7	1[+]	14		0		3	1[+]	2		0		0		0		3	2[+]	12		0	10	78
SÍFILIS CONGÉNITA		5		5	3	17	1	6		6		2		1		2		6		8	1	12		0		3	1	5		5		2		3	1	11	2	13		0	9	112
TÉTANOS		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
TÉTANOS NEONATAL		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
TOSFERINA	1[%]	3		0		1	2[%]	13	2[%]	8		4		5		4		4	2[%]	7	1[%]	5		2		1		6		1		2		1	3[%]	16	1[%]	10		2	12	95
TUBERCULOSIS	7	34	11	28	7	42	4	25	2	25	2	20		23	7	43	8	34	9	56	9	52	2	23	3	24	1	25	2	20	4	19		1	13	46	5	41		0	96	581
ASOCIACIÓN TBC-SIDA		1		0	1	1		0		0		0		1		2		0	1	1	1	1		0		1		0		0		0		1		1		0		0	3	10
TOTAL	18	202	38	263	19	159	36	286	22	296	8	145	15	190	37	532	28	232	35	464	80	634	18	145	14	166	12	151	4	73	21	150	1	15	35	267	18	227	0	4	459	4601

> Brote rubéola
NA Brote neumonía atípica
F FALCIPARUM
% Probable
?S Proced. sin definir

! Brote varicela
* Brote parotiditis
V. vivax
D Descartado
RP Reacción postvac.

& Brote ETA
* Intoxicación exógena
M. Mixta
L Confirmado por laboratorio
? Procedente de fuera de Bogotá

#¿NOMBRE?
Intoxicación por metanol
+ Sospechoso
C Confirmado clínicamente

EVENTOS ESPECIALES

SEMANA 33: Hepatitis C: 1 (Tunjuelito); dengue clásico: 7 (Tolima, Norte Santander, Casanare, 4 Meta); dengue hemorrágico: 4 (Meta); malaria P. vivax: 10 (Santander, Córdoba, Norte de Santander, Boyacá, Vichada, Ecuador, 2 Meta, 2 Guaviare); malaria P. falciparum: 1 (Vaupés); mortalidad perinatal: 1 (Guaviare); mortalidad IRA: 1 (Casanare); VIH: 1 (Boyacá); hepatitis B: 2 (C/marca.); sífilis congénita: 1 (Casanare); exposición rábica grave: 1 (C/marca.); rubéola: 1 (C/marca.).

SEMANA 34: Lepra: 1 (Ciudad Bolívar); hepatitis C: 2 (Chapinero, Tunjuelito); dengue clásico: 1 (Meta); malaria P. vivax: 1 (Meta); malaria P. falciparum: 1 (Guaviare); mortalidad perinatal: 3 (C/marca., 2 Boyacá); quemaduras por pólvora: 1 (C/marca.); VIH: 1 (Guaviare); hepatitis B: 1 (C/marca.); sífilis congénita: 1 (C/marca.); exposición rábica leve: 1 (C/marca.).

SEMANA 35: Hepatitis C: 1 (Chapinero); TBC pulmonar: 1 (Amazonas); dengue clásico: 2 (Tolima, C/marca.), dengue hemorrágico: 4 (Meta, 2 Tolima, 2 C/marca.); malaria P. vivax: 3 (Guaviare, Huila, Santander); malaria P. falciparum: 2 (Nariño, Meta); mortalidad perinatal: 5 (Meta, C/marca., Tolima, 2 Boyacá); mortalidad lactantaria: 1 (C/marca.); VIH: 2 (Casanare, C/marca.); hepatitis B: 1 (C/marca.); hepatitis A: 1 (Huila); exposición

SEMANA 36: Hepatitis C: 2 (Chapinero); Lepra: 3 (Antonio Nariño); Malaria P. Falciparum: 1 (Guaviare); Rubéola: 1 (C/marca); VIH: 1 (C/marca); Meningitis Meningococcica: 1 (C/marca); TBC Extrapulmonar: 1 (Meta); Malaria P. Vivax: 5 (Meta, Boyacá, Caquetá, Antioquia, Amazonas); Mortalidad Perinatal: 2 (Caquetá, Boyacá); Mortalidad IRA: 1 (Casanare).

REPORTE SEMANAL DEL DÉCIMO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 37, 38, 39 y 40

EVENTOS	USAQUÉN		CHAPINERO		SANTAFÉ		S. CRISTÓB.		USME		TUNJUELITO		BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		ENGATIVÁ		SUBA		B. UNIDOS		TEUSAQUILLO		LOS MÁRT.		ANT.NARIÑO		P. ARANDA		LA CANDEL.		RAFAEL U.		C. BOLÍVAR		SUMAPAZ		TOTAL	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
BROTES	1[!]	11		0		7	3=9[5!]/1&	58		21	1[>]	5	1[!]	14		13		16		7		7		4	1[!]	4		33		3		9		1		1		1		0	13	215
CÓLERA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
DENGUE CLÁSICO		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
DENGUE HEMORRÁGICO		1		1		0		2		0		3		0		0		0		1		2		4		2		1		0		0		0		0		1		0	0	18
DIFTERIA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
EXPOSICIÓN RÁBICA LEVE	1	25		40	2	19	3	59	12	135	1	36	11	47	25	308	9	91	7	155	24	338	1	44	1	26		14		18		42		3	1	67		15		0	98	1482
EXPOSICIÓN RÁBICA GRAVE	1	4		5		6		13	1	27		18		8	1	53	1	21		21		48		4		7	1	4		5		12		1		28		11		0	5	296
ETA	2	19	6	66		9	5	17		7		11	1	6	1	14	3	16	6	69	1	32	5	26	12	49	2	7	1	5		15		0		5		1		0	45	374
FIEBRE AMARILLA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
HEPATITIS B	1	4	3	32		3	3	15	1	3		6		10	2	11		7	2	12	1	13		2		7		1		2		3		0	1	11	3	13		0	17	155
INFECCIÓN POR VIH	1	23	11	66	4	18	6	20		8	1	7	1	5	1	17		9	2	23	2	23	3	27	3	23	5	31		1		6		0		13	3	25		0	43	345
INFECCIÓN POR SIDA		0	1	3	1	3		2		0		0		0		2		1		2		6		1		1	1	1		0		1		0		0		1		0	3	24
MALARIA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
MENINGITIS POR HAEMOPHILLUS INFLUENZAE		1		0		0		0		1		2		1		3		0		1		3	1	1		0		0		0		1		0		2		1		0	1	17
MENINGITIS POR NEISSERIA		4		0		0		0		1		0		1	1	1		0		1		0		0		0		0		0		0		0		0		1		0	1	9
MORTALIDAD PERINATAL	4	36		20		25	5	47	7	39	1	13	3	40	3	35	4	19	8	55	8	66	1	12	2	19	3	16		7		14		2	9	40	2	47		1	60	553
MORTALIDAD MATERNA		4		2		1		4		0	1	6		1		4		1	1	13		3		0		1		2		1		1		0		1	1	8		0	3	53
MORTALIDAD POR EDA		2		1		3		8		1		2		7		2		6	2	8		8		1		1		3		1		6		1		8		3		1	2	73
MORTALIDAD POR MALARIA		0		0		0		0		0		0		1		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	2
MORTALIDAD POR NEUMONÍA		6		6	1	8		9		13		3		11		9	1	3		11		7		4		4		5		5		3		0	1	8		10		0	3	125
PARÁLISIS FLÁCIDA		3		0		0		1		1		1	2	2		1		0		2		1		0		1		0		0		1		0		2		0		0	2	16
RABIA ANIMAL		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
RABIA HUMANA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
REACCIÓN POSTVACUNAL		5		2		1	2	2	1	1		2		1		2		1		3		2		0		1		0		0		0		0		1	4	14		0	7	38
RUBÉOLA	1[%]	18		6	2[%]	5	4[%]	14		17		6		19	3[%]	36		11	1[%]	30	4[%]	30		1		7		7		0	1[%]	14		1		15	1[%]	13		0	17	250
SARAMPIÓN	4[+]	9	1[+]	2		0		8		4		3	1[+]	6	3[+]	10		4	1[+]	8	1[+]	15		0		3		2		0		0		0		3	5[+]	17		0	16	94
SÍFILIS CONGÉNITA		5		5	3	20	1	7	2	8		2		1	1	3		6	1	9		12		0		3		5		5		2		3	2	13	3	16		0	13	125
TÉTANOS		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
TÉTANOS NEONATAL		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
TOSFERINA	1[%]	4		0		1	1[%]	14		8		4		5	1[%]	5		4	1[%]	8	2[%]	7		2		1		6		1		2		1	1[%]	17		10		2	7	102
TUBERCULOSIS		34	1	29	2	44	4	29	1	26	1	21	2	25	3	46	2	36		56	3	55	3	26	3	27		25		20		19		1	6	52	5	46		0	36	617
ASOCIACIÓN TBC-SIDA		1		0		1	1	1		0		0		1		2		0		1		1		0		1		0		0		0		1		1		0		0	1	11
TOTAL	17	219	23	286	15	174	44	330	25	321	6	151	22	212	45	577	20	252	32	496	46	680	14	159	22	188	12	163	1	74	1	151	0	15	21	288	27	254	0	4	393	4994

> Brote rubéola
NA Brote neumonía atípica
F FALCIPARUM
% Probable
?5 Proced. sin definir
! Brote varicela
^ Brote parotiditis
V. Vivax
D Descartado
RP Reacción postvac.
& Brote ETA
* Intoxicación exógena
M. Mixta
[Confirmado por laboratorio
? Procedente de fuera de Bogotá
@NOMBRE?
Intoxicación por metanol
+ Sospechoso
C Confirmado clínicamente

EVENTOS ESPECIALES

SEMANA 37: Hepatitis C: 2 (Usaquén); leishmaniasis: 1 (San Cristóbal); dengue clásico: 5 (C/marca., Meta, Quindío, 2 Tolima); exposición rábica: 2 (C/marca., Rosaleda); mortalidad perinatal: 1 (C/marca.); malaria P. falciparum: 1 (Meta, Usme, Bosa); dengue hemorrágico: 2 (Boyacá, Santander); malaria P. vivax: 1 (Tolima); TBC extrapulmonar: 1 (Tolima).

SEMANA 38: Hepatitis C: 1 (Puente Aranda); dengue clásico: 2 (C/marca.); TBC pulmonar: 1 (C/marca.); mortalidad perinatal: 2 (C/marca.); malaria P. vivax: 7 (Antioquia, 2 Vichada, 4 Meta); rubéola: 1 (Tolima).

SEMANA 39: Hepatitis C: 1 (Puente Aranda); hepatitis B: 2 (C/marca.); mortalidad perinatal: 2 (C/marca.); TBC pulmonar: 1 (C/marca.); dengue hemorrágico: 1 (Meta); parálisis flácida aguda: 1 (Meta); malaria P. falciparum: 1 (Meta).

SEMANA 40: Hepatitis C: 2 (Usaquén, San Cristóbal); TBC pulmonar: 1 (C/marca.); mortalidad perinatal: 1 (C/marca); exposición rábica: 1 (C/marca.); rubéola: 1 (C/marca.); mortalidad IRA: 2 (Vichada, C/marca.); malaria P. falciparum: 3 (Cali, 2 Meta); malaria P. vivax: 4 (Meta, Norte de Santander, Tolima, Vichada); dengue clásico: 5 (Meta, Tolima, Venezuela, 2 Caldas).

REPORTE SEMANAL DEL UNDÉCIMO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 41, 42, 43 y 44

EVENTOS	USAQUEN		CHAPINERO		SANTA FE		S. CRISTOB.		USME		TUNJUELITO		BOSA		KENNEDY		FONTIBON		ENGATIVA		SUBA		B. UNIDOS		TEUSAQUILLO		MARTIRES		ANT.NARIÑO		P. ARANDA		CANDELAR		RAFAEL U.		C. BOLÍVAR		SUMAPAZ		TOTAL	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
BROTES		2				5	3a 1> 10! 16&	32	1!	13	2!> 1&	4	1!	3	3!	9		6	1!&	4		4		0		1	2!	9		1		2		0		0		0		0	26	95
CÓLERA						0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENGUE CLÁSICO						0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENGUE HEMORRÁGICO		1		0		0		2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	4	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	17
DIFTERIA		0			0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXPOSICIÓN RÁBICA LEVE		1	4	8	1	3	4	63	21	156	0	36	11	58	39	347	8	99	13	168	45	383	3	47	2	28	2	16	1	19	6	48	1	4	2	69	2	17	0	0	165	1570
EXPOSICIÓN RÁBICA GRAVE		0		0		1		13	1	28		18		8		53		21		21		48		4		7		4		5		12		1		28		11		0	1	283
ETAS	8	12	15	23	3	12	5	22	1	8	1	12	2	8	1	15	3	19	24	93	8	40	4	30	1	50	1	8	1	6	3	18	2	2	4	9	2	3		0	89	390
FIEBRE AMARILLA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
HEPATITIS B	1	5		32		3	1	16		3		6	1	11	3	14	1	8	1	13	1	14	1	3		7	1	2		2		3	1	1		11	1	14		0	13	168
INFECCIÓN POR VIH	1	24	5	71	3	21	2	22		8	1	8	1	6	1	18	2	11	1	24	4	27	6	33	3	26	2	33	1	2		6	1	1	1	14	1	26		0	36	381
INFECCIÓN POR SIDA		0		3		3		2		0		0		0		2		1		2		6		1		1		1		0		1		0		0		1		0	0	24
MALARIA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
MENINGITIS POR HAEMOPHILLUS INFLUENZAE		1		0		0		0		1		2	1	2		3		0		1		3		1		0		0		0		1		0		2		1		0	1	18
MENINGITIS POR NEISSERIA		4		0		0		0		1		0		1		1		0		1		0		0		0		0		0		0		0		0		1		0	0	9
MORATALIDAD PERINATAL	2	38	4	24	1	26	6	53	1	40	1	14	5	45	8	43	1	20	6	61	9	75	2	14	1	20	2	18		7	1	15	1	3	2	42	2	49	1	2	56	609
MORTALIDAD MATERNA		4		2		1		4		0		6		1	2	6		1	1	14		3		0		1		2		1		1		0		1		8		0	3	56
MORTALIDAD POR EDA		2		1		3		8		1		2		7		2		6		8		8		1		1		3		1		6		1		8		3		1	0	73
MORTALIDAD POR MALARIA		0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	2
MORTALIDAD POR NEUMONÍA		6	1	7		8		9		13		3		11	1	10	1	4	2	13		7		4		4	1	6		5		3		0	3	11		10		0	9	134
PARÁLISIS FLÁCIDA		3		0		0		1	1	2		1		2		1		0		2		1		0		1		0		0		1		0		2	1	1		0	2	18
RABIA ANIMAL		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
RABIA HUMANA		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
REACCIÓN POSTVACUNAL		5		2		1	1	3		1		2		1		2		1		3		2		0	1	2		0		0		0		0		1	1	15		0	3	41
RUBÉOLA	2%D	20		6	2D	7	3%	17	1%	18	2D	8	3TD	22	3%	39	1D	12	3TD	33	3%	33		1		7	1D	8	1%	1		14		1	2D	17	1D	14	2D	2	30	280
SARAMPIÓN	1D	10	2D	4	1D	1		8		4		3		6	6SD	16	1*	5	1D	9	4*	19		0		3		2		0		0		0	2D	5	2D	19	0	0	20	114
SÍFILIS CONGÉNITA		5		5	3	23	1	8		8	1	3		1	1	4	1	7	1	10	1	13		0		3		5	1	6		2		3	1	14	1	17	0	0	12	137
TÉTANOS		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
TÉTANOS NEONATAL		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
TOSFERINA		4		0		1	1	15		8		4		5		5	2	6		8	1	8		2		1		6		1	2	4		1	1	18	2	12		2	9	111
TUBERCULOSIS	6	40		29	2	46	4	33	1	27	2	23	1	26	3	49	4	40	8	64	8	63	4	30	3	30	1	26	4	24	5	24		1	8	60	4	50		0	68	685
ASOCIACIÓN TBC-SIDA		1		0		1		1		0		0		1		2		0		1		1		0		1		0		0		0		1		1		0		0	0	11
TOTAL	21	216	31	217	16	166	44	332	28	340	10	158	26	226	71	641	25	267	62	554	84	761	20	175	11	196	13	150	9	81	17	161	6	20	26	313	20	273	3	7	543	5226

% Brote Rubeola
NA Brote Neumonía Atípica
F FALCIPARUM
% Probable
?S Proced. sin definir

! Brote Varicela
^ Brote Parotiditis
V VIVAX
D Descartado
RP Reacción Postvac.

& Brote ETA
* Intoxicación Enlatados
M MIXTA
I. Confirmado por Laboratorio
? Procedente de Fuera de Bogotá

= Brote de Hepatitis A
Intoxicación por metanol
+ Sospechoso
C Confirmado Clínicamente

EVENTOS ESPECIALES

SEMANA 41: Mortalidad materna 1(C/marca), mortalidad VIH 1(C/marca), dengue hemorrágico 1(C/marca, Tolima), malaria P.vivax 3(Meta)- 2(Guaviare)- 1(Santander, Valle, Caqueta). Malaria P. falciparum 1(Meta, Valle).

SEMANA 42: Mortalidad perinatal 2(C/marca), Exp. Rabica leve 1(C/marca), dengue hemorrágico 2(C/marca)-1(Venezuela), dengue clásicos 2(C/marca)-1(Valle, Tolima), TBC extrapulmonar 1(C/marca), TBC pulmonar 2(C/marca)- 1(Tolima).

SEMANA 43: Mortalidad perinatal 2(C/marca)- 1(Boyacá), mortalidad EDA 1(C/marca), mortalida IRA 1(Tolima), dengue Hemorrágico 2(C/marca)-1(Tolima), malaria P.vivax 4(Meta)- 1(Guaviare, Tolima, Nariño, Cucuta, Ecuador), Malaria P.falciparum 1(Meta, Guaviare, Chocó), VIH 1(Tolima), PFA 1 (Boyacá).

SEMANA 44: Mortalidad perinatal 1(C/marca), mortalida IRA 1(Boyacá), tosferina 2(C/marca), VIH 1(C/marca), dengue clásico 1(C/marca, Putumayo) , malaria P.vivax 1(C/marca, Meta).