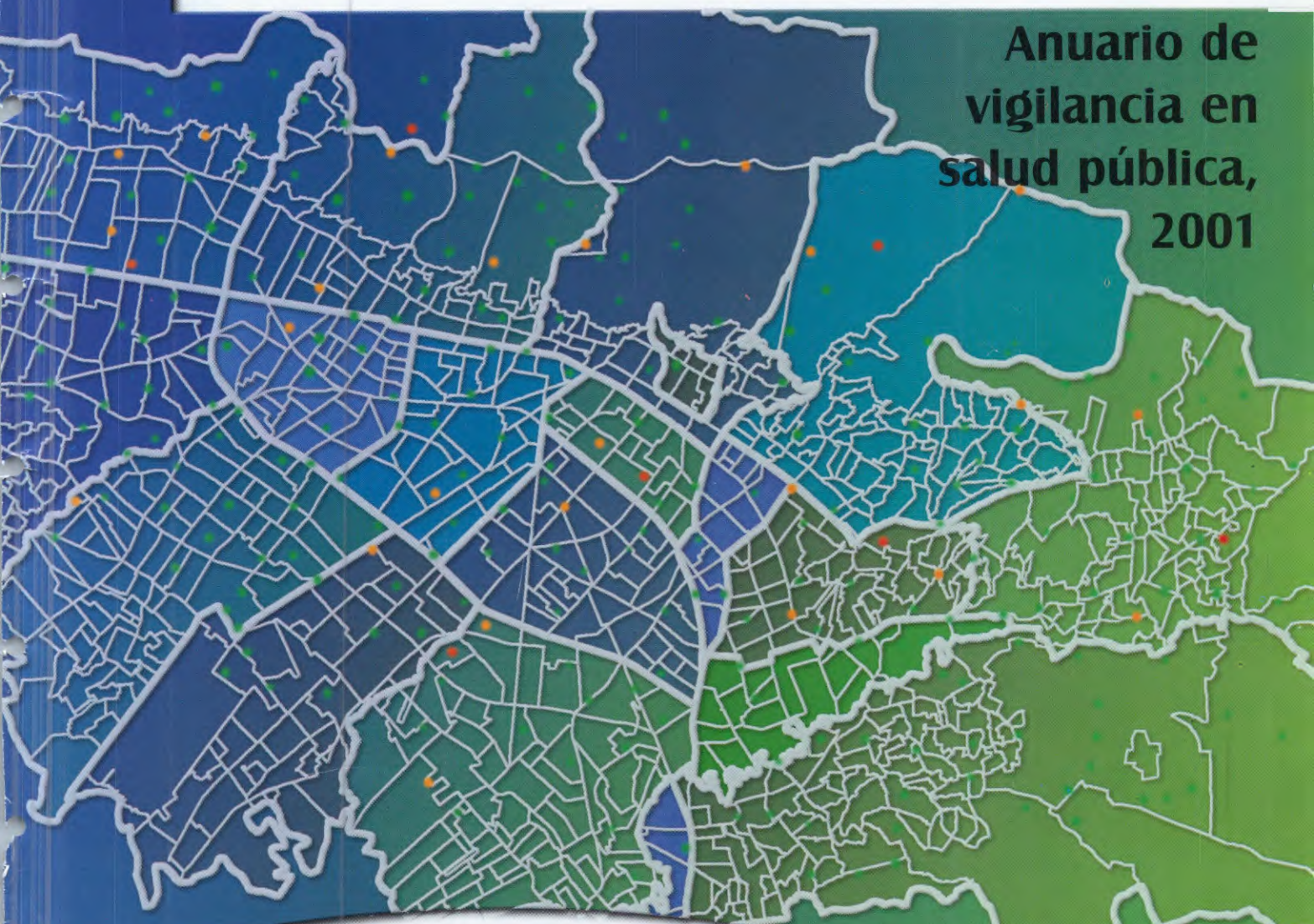
BED

Boletín Epidemiológico Distrital

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. ISSN 0123-8590
Volumen 7, número 6 a 9 Semanas 21 a 36
19 de mayo al 7 de septiembre de 2002



Anuario de vigilancia en salud pública, 2001

Contenido

Introducción 2

Materiales y métodos 3

Resultados 6

Índice de tablas, gráficos y mapas 62

Reporte semanal del sexto al noveno periodos epidemiológicos 65-68

Introducción

Teniendo en cuenta que Bogotá es el principal centro geográfico, político, industrial, económico y cultural del país y sede del gobierno nacional, departamental y municipal, además de ser la ciudad más extensa y poblada de Colombia, con 15,1% de la población total del país y un gran número de desplazados que habitan en las zonas marginales de la ciudad, para las entidades distritales encargadas de la planeación y distribución de los recursos es muy importante contar con un anuario que presente la información del sistema de vigilancia en salud pública que lleva a cabo la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

En la ciudad se lleva a cabo un gran esfuerzo económico, de planeación, programación y evaluación para mantener y desarrollar el sistema de vigilancia en salud pública, que ha llevado a servir de modelo en el desarrollo de la vigilancia en el país.

En Bogotá el sistema de vigilancia está compuesto por diez subsistemas, a saber:

1. Sistema alerta acción (SAA).
2. Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (Sisvan).
3. Sistema de vigilancia de consumo de sustancias psicoactivas-ventana de centros de tratamiento (Vespa).
4. Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar (Sivim).
5. Sistema de vigilancia epidemiológica ambiental (Sisvea).
6. Lesiones de causa externa.
7. Sistema de registro civil y estadísticas vitales.
8. Farmacovigilancia.
9. Vigilancia de infecciones intrahospitalarias.
10. Vigilancia de coberturas de promoción y prevención.

Cada uno de estos subsistemas está en una etapa de desarrollo diferente, y la información se basa en las unidades notificadoras (UN) de cada uno.

La Secretaría Distrital de Salud mediante el plan de atención básica (PAB) cuenta con una estrategia para consolidar y mantener cada UN, para lo que dedica a lo largo del año a cada una de ellas los recursos, el tiempo y los espacios necesarios y suficientes para la sensibilización, asesoría, entrenamiento y capacitación para la adecuación, estructura y funcionamiento.

El proceso de mantenimiento de unidades notificadoras va acompañado de retroalimentación periódica y, por supuesto, de la respuesta inmediata y eficaz a la notificación de un evento prioritario en salud pública reportada por un miembro o grupo comunitario, o por el referente de una institución prestadora de servicios de salud (IPS) o de cualquier institución que haga parte de la red de unidades notificadoras de cada subsistema de vigilancia en salud pública.

El desarrollo alcanzado en cada uno de estos es resultado del esfuerzo del equipo de profesionales y técnicos de las unidades notificadoras públicas y privadas, de las empresas sociales del estado (ESE) y de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Con esta estrategia se pretende asegurar el cumplimiento de las características mínimas que debe tener la información, como son exactitud, oportunidad, credibilidad, veracidad, confiabilidad, validez, objetividad y completa; que cumpla con los atributivos de sensibilidad, especificidad y representatividad y, sobre todo, la utilidad para orientar acciones oportunas de control.

Esta información da una visión de las necesidades prioritarias de las diferentes zonas de la ciudad y permite saber sobre qué ámbitos de la inversión social debe enfatizarse para lograr el impacto necesario que permita mejorar la calidad de vida de la población.

En este *Boletín Epidemiológico Distrital* se presenta la información generada por los sistemas de vigilancia en salud pública en Bogotá en 2001, con el análisis respectivo, teniendo en cuenta la particularidad de cada uno de ellos para comprender me-

BED Boletín Epidemiológico Distrital

Secretario Distrital de Salud
José Fernando Cardona Uribe
Subsecretario
Elkin Hernán Otálvaro Cifuentes
Directora de salud pública
Gilma Constanza Mantilla Caycedo
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 e impresión
Giro P&M
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Dirección de salud pública
Área de vigilancia en salud pública
Calle 13 n° 32-69, cuarto piso, Bogotá - Colombia
Teléfono 364 90 90, extensiones 9629 y 9673
Correo electrónico: serebollo@saludcapital.gov.co
Página web saludcapital.gov.co

jor el análisis de los datos. Se espera que este anuario con los resultados de la vigilancia en salud pública cumpla, una vez más, con las expectativas y necesidades de información.

Materiales y métodos

A continuación se describen algunos sistemas de vigilancia de eventos mórbidos y mortales y, posteriormente, se presentan los resultados de la vigilancia de cada uno de ellos. La información de factores de riesgo se presentará en el número siguiente del *Boletín Epidemiológico Distrital.*

Para analizar la información presentada se tuvieron en cuenta las particularidades de cada sistema, como en el caso del sistema alerta acción y del Sisvan, que presentan mayor integridad y cobertura de la información.

Sistema de estadísticas vitales

Acopia información de la frecuencia con que ocurren ciertos hechos vitales —nacimientos y defunciones—, así como las características de los sucesos y de las personas. Luego compila, analiza, evalúa, presenta y difunde estos datos como información estadística.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. es la entidad responsable de distribuir y recolectar los instrumentos del sistema —certificados de nacidos vivos y defunciones—. Así mismo, recoge cada semana los instrumentos, los que se critican previamente, y cuyas inconsistencias y dificultades se llevan al comité de estadísticas vitales, que está conformado intersectorialmente. La información se envía luego, mensualmente, al Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane) que genera los datos definitivos cada año.

Dentro de los objetivos del sistema de estadísticas vitales están:

- Proveer las estadísticas de nacimientos y defunciones para determinar el volumen y la tendencia de la natalidad y mortalidad.
- Facilitar la construcción de los siguientes indicadores demográficos de Bogotá y de las localidades:

— *Tasa de crecimiento anual:* relaciona el crecimiento de la población en un periodo dado, teniendo en cuenta nacimientos, defunciones y migración —emigración e inmigración—.

— *Tasa bruta de natalidad:* expresa cuántas personas nacen por cada mil habitantes.

— *Tasa total de fecundidad:* indica el número de hijos que una mujer alcanzaría en su vida reproductiva.

— *Tasa bruta de mortalidad:* indica cuántas personas fallecen por mil habitantes.

— *Razón de mortalidad materna:* mide las muertes de mujeres por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, independientemente de la duración o el sitio del embarazo en un periodo dado en relación con el número de nacidos vivos en el mismo periodo.

— *Tasa de mortalidad infantil:* indica el riesgo que tiene de morir un menor durante el primer año de vida.

— *Tasa de mortalidad perinatal:* indica las muertes fetales y de recién nacidos vivos que sobreviven brevemente —hasta siete días— en relación con el número de nacidos vivos en un periodo determinado. Se considera también un indicador de la calidad de la atención en salud.

— *Esperanza de vida al nacer:* representa la duración media de la vida de los individuos, de una cohorte hipotética de nacimientos, sujeta a las condiciones de vida observadas en un periodo dado.

Sistema alerta acción

Es un sistema de vigilancia intensificado mediante el cual se vigilan los eventos mórbidos y mortales de alto potencial epidémico, y los casos de mortalidad evitable, así como la intervención de los mismos por medio de acciones de control inmediato, establecidas en los *Protocolos de vigilancia de salud pública.* En Bogotá, dicha intervención está descentralizada y la efectúan las empresas sociales del estado (ESE) de primer nivel de atención.

El SAA vigila los siguientes eventos: cólera, dengue clásico y hemorrágico, fiebre amarilla, malaria, difteria, rabia, hepatitis A, B y C, meningitis por *Haemophilus influenzae* y meningocóccica, parálisis flácida aguda en menores de 15 años, parotiditis, reacciones posvacunales, rubéola, sarampión, sífilis congénita, tos ferina, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, varicela, VIH-sida, mortalidad perinatal, materna, por neumonía, por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años y por malaria, enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) —individuales o por brotes—, brotes de cualquier naturaleza que puedan afectar a la comunidad, y situaciones de emergencia que puedan afectar la salud pública de la población.

El sistema lo constituyen las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud de primero, segundo y tercer nivel de atención. Para determinar las unidades notificadoras del sistema deben tenerse en cuenta su ubicación geográfica, su estructura y los servicios que prestan. Estas deben enviar, semanalmente, la información al hospital de primer nivel de atención para que estos, a su vez, informen a la Secretaría Distrital de Salud con igual periodicidad.

El SAA permite evaluar las actividades de vigilancia y control en salud pública que se enmarcan dentro de las prioridades del plan de atención básica, en los factores de riesgo biológico, del comportamiento y del ambiente, así como el seguimiento y análisis de los eventos que ocasionan.

Este sistema procesó en 2001 la información proveniente de una red conformada por 711 unidades notificadoras de las cuales 20% (n= 142) correspondía al sector público y 80% (n= 569) a las IPS del sector privado. Según niveles de atención, 88,8% (n= 632) correspondía al primer nivel, 6,64% (n= 47) al segundo y el 4,5% restante (n= 32) al tercero.

En Bogotá, D. C. el porcentaje de cumplimiento de la notificación semanal fue de 93,71%; la localidad Bosa reportó porcentajes inferiores a 80%. Por conducto del SAA se notificaron en 2001 un total de 21.653 eventos entre probables y confirmados, de los cuales la varicela fue el que se notificó con más frecuencia, seguida por la exposición rábica leve, la hepatitis A y la tuberculosis.

En comparación con 2000, el número de eventos notificados aumentó, aunque en algunos se observa el aumento y en otros se presenta disminución en la notificación. La disminución en la notificación de exposición rábica es notoria, debido a que en 2001 la definición de caso cambió, lo que llevó a una mayor especificidad en la captación de los casos; en general, las enfermadades transmitidas por vectores (ETV) aumentaron, así como la tos ferina, la varicela y la TBC pulmonar.

Si se compara la notificación en Bogotá con la nacional en 2001, se ve diferencia en la proporción de eventos notificados, siendo las ETV las de mayor porcentaje en el ámbito nacional, lo que contrasta con los eventos notificados en la capital, donde este comportamiento no se presenta por no ser zona endémica para esos eventos. Como puede observarse en la tabla 1, en Bogotá los eventos de mayor notificación son la varicela y la expocisión rábica.

El análisis local y distrital de la información de vigilancia en salud pública permite caracterizar los eventos bajo vigilancia en relación con el total de la población respectiva, teniendo en cuenta las variables de persona —edad, género, número de afectados—, lugar —localidad de residencia, procedencia— y tiempo —semana epidemiologica—; así mismo, posibilita identificar factores de riesgo relacionados con el evento bajo vigilancia y conocer la proporción de personas afectadas.

Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional

La condición nutricional del individuo es parte de su bienestar, y su alteración influye en su funcionamiento integral, esto es, en su rendimiento físico, capacidad intelectual, resistencia a enfermedades, estado psíquico y, por ende, en su desempeño social.

El análisis de los determinantes del estado nutricional no es fácil, puesto que no hay una relación lineal o en cadena de cada uno de ellos, muchos se entrecruzan y potencian; así, por ejemplo, el desempleo, que ha alcanzado cifras alarmantes en Bogotá, propicia una condición de pobreza que contribuye con factores ambientales, psicológicos y sociales a la desnutrición del niño o niña.

Para orientar la distribución de recursos, lograr más equidad e impacto, definir las estrategias y las acciones de intervención —preventivas y curativas— que deben desarrollarse con el fin de controlar los problemas nutricionales de la población general y, específicamente, las alteraciones en el crecimiento de los niños con eficiencia y eficacia, es indispensable establecer claramente los determinantes de la desnutrición e identificar los principales grupos de riesgo para este problema de salud en salud pública.

El sistema permite determinar el estado nutricional de varios grupos de población; en los recién nacidos se utiliza como fuente de información el certificado de nacido vivo, diligenciado en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud que atienden partos, públicas y privadas.

Con el fin de establecer la situación de peso al nacer desde el contexto de la vigilancia nutricional, el análisis se efectúa en primera instancia sobre el total de niños nacidos, y luego se diferencia entre los nacidos a término —mayores o iguales a 37 semanas de gestación hasta la semana 41— y los pre término —menores de 37 semanas de gestación—. Se utiliza la clasificación definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Latinoamericano de Perinatología en nacidos vivos de parto único.

En los niños y niñas nacidos a término en parto simple se analiza el comportamiento del peso al nacer y su asociación con algunas variables registradas en el certificado de nacido vivo, como edad, nivel de escolaridad y régimen de afiliación de la madre al sistema general de seguridad social en salud; se identifica también la prevalencia de bajo peso o déficit de peso por cada una de las localidades, de acuerdo con el lugar de residencia habitual de la madre.

Para la vigilancia nutricional del menor de siete años, en el instrumento de captura se registran variables que responden a los componentes de salud y antropometría de este sistema y grupo poblacional; el instrumento se utiliza en la red de prestadoras de los hospitales públicos (136 UN) y en 37 IPS privadas. De estas últimas, doce se mantuvieron activas como unidades notificadoras y veinticinco fueron informadoras para el sistema. Los menores que ingresan al sistema viven en barrios ubicados en los estratos 1, 2 y 3.

Los resultados de la vigilancia del estado nutricional del escolar que se presentan en este *Boletín* corresponden al análisis de la información obtenida como parte de la vigilancia nutricional que se desarrolla en el área rural de la ciudad, con el apoyo de la carrera de nutrición y dietética de Universidad Nacional de Colombia, y que por razones de orden público no pudo obtener información de la localidad de Sumapaz.

Infecciones intrahospitalarias

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) son uno de los principales indicadores de calidad de la atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud, dado que están

TABLA 1. Eventos notificados al sistema alerta acción, por 100 mil habitantes. Bogotá, 2001

Eventos	No casos Bogotá 2000	%	Proporción 6'384.158 hab	No casos Bogotá 2001	%	Proporción 6'501.103 hab	No casos Colombia 2001	%	Proporción 43'035.391
Dengue clásico	42	0.21	0.66	198	0.93	3.05	56.347	20.10	130.93
Dengue hemorrágico	42	0.21	0.66	142	0.67	2.18	6.563	2.34	15.25
Exposición rábica grave	478	2.34	7.49	150	0.71	2.31	S/D	S/D	S/D
Exposición rábica leve	4.308	21.10	67.48	2.707	12.77	41.64	17.932	6.40	41.67
Hepatitis A	2.016	9.87	31.58	1.905	18.99	29.30	6.406	2.29	14.89
Hepatitis B	188	0.92	2.94	216	1.02	3.32	1.172	0.42	2.72
Hepatitis C	36	0.18	0.56	46	0.22	0.71	S/D	S/D	S/D
Malaria	263	1.29	4.12	411	1.94	6.32	146.204	52.15	339.73
Meningitis meningococco	8	0.04	0.13	16	0.08	0.25	156	0.06	0.36
Meningitis por *H. influenza*	27	0.13	0.42	14	0.07	0.22	111	0.04	0.26
Parálisis flácida aguda*	24	0.12	1.31	33	0.16	1.77	136	1.34	0.32
Parotiditis	469	2.30	7.35	413	1.95	6.35	1.401	0.50	3.26
Reacción posvacunal	21	0.10	0.33	59	0.28	0.91	S/D	S/D	S/D
Rubéola	540	2.64	8.46	343	1.62	5.28	1.206	0.43	2.80
Sarampión	221	1.08	3.46	133	0.63	2.05	543	0.19	1.26
Sífilis congénita	195	0.95	3.05	151	0.71	2.32	954	0.34	2.22
Tos ferina	41	0.20	0.64	128	0.60	1.97	577	0.21	1.34
Tuberculosis pulmonar	505	2.47	7.91	648	3.06	9.97	6.075	2.17	14.12
Tuberculosis extrapulmón	270	1.32	4.23	262	1.24	4.03	6.43	0.23	1.49
Varicela	10.233	50.11	160.29	12.656	59.71	194.67	32.611	11.63	75.78
Lepra	57	0.26	0.89	35	0.17	0.54	324	0.12	0.75
VIH/sida	437	2.14	6.85	579	2.50	8.14	986	0.35	2.29
TOTAL	**20.421**	**100.00**		**21.195**	**100**	**326.02**	**280.347**	**100.00**	**651.43**

* Calculada con base en 100 mil habitantes menores de 15 años.

relacionadas con aspectos como la dirección organizativa, la satisfacción del usuario, la bioseguridad y el manejo de insumos y medicamentos, entre otros.

En Bogotá, en 2001 se contó con información de 43 unidades notificadoras de los diferentes niveles de atención; desde 1999 hasta 2001 el número de unidades notificadoras del sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias se incrementó 60% (25); con dicha información se estableció el perfil epidemiológico de las infecciones intrahospitalarias de la red adscrita y la no adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, y pudieron identificarse los aspectos críticos hacia los que deben dirigirse los esfuerzos institucionales a fin de mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Es necesario aclarar que de los doce indicadores establecidos por la Secretaría Distrital de Salud en el capítulo sobre las infecciones intrahospitalarias del *Protocolo de vigilancia de la salud pública,* el comité de infecciones de Bogotá decidió darle prioridad a la obtención de información de cinco de ellos, sustentando la estandarización de la información, el grado de desarrollo del sistema en las instituciones y el recurso humano destinado para el proceso.

Los indicadores seleccionados fueron: 1) índice (porcentaje) de infección intrahospitalaria institucional; 2) porcentaje de infección por servicios; 3) porcentaje de infección por localización anatómica; 4) porcentaje de infección por microorganismo causal según servicio; 5) porcentaje de infección por microorganismo causal según localización anatómica.

Dichos indicadores se obtienen así:

1. *El índice de infección intrahospitalaria:* se calcula dividiendo el número de infecciones sobre el total de egreso presentados en un periodo de tiempo fijo (mes, año) por 100[1].

2. *Porcentaje de infección intrahospitalaria por servicio:* se obtiene dividiendo el número de infecciones en un servicio o especialidad sobre el total de infecciones en un periodo de tiempo fijo (mes, año) por 100.

3. *Porcentaje de infección intrahospitalaria por localización anatómica:* se obtiene dividiendo el número de infecciones por localización anatómica o por procedimiento sobre el total de infecciones en un periodo de tiempo fijo (mes, año) por 100.

1 Arroyave M. *Infección intrahospitalaria, prevención y control.* Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín. 1999. Farrin a Manian, MD, MPH, FACP, editor. APIC *Handbook of infection control.* 1997.

4. *Porcentaje de infección por microorganismo causal según localización anatómica:* se obtiene dividiendo el número de infecciones por microorganismo causal según la localización anatómica o por procedimiento sobre el total de infecciones en un periodo de tiempo fijo (mes, año) por 100.

5. *Porcentaje de infección por microorganismo causal según servicio:* se obtiene dividiendo el número de infecciones por microorganismo causal, servicio o especialidad sobre el total de infecciones en un periodo de tiempo fijo (mes, año) por 100.

En la segunda fase (2003), cuando las unidades notificadoras mejoren la captura de información, se incluirán indicadores como tiempo promedio de estancia hospitalaria por infección intrahospitalaria, tasa verdadera de IIH.

Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar (Sivim)

La violencia intrafamiliar es una de las múltiples formas de violencia que coexisten en Colombia. Para la salud pública es un problema sobre el cual deben articularse esfuerzos orientados a promover el buen trato, la detección del riesgo y el desarrollo de acciones específicas de prevención y atención integral de los casos captados por las diversas instituciones que tienen competencias en el abordaje de este fenómeno socialmente relevante, con efectos individuales y sociales preocupantes.

En Bogotá, el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), las comisarías de familia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría de Gobierno han desarrollado un Plan conjunto en contra de la violencia intrafamiliar y el maltrato, dirigido hacia niños y niñas.

En relación con el manejo y administración de la información, el sector salud se ha responsabilizado de la identificación de los casos de violencia intrafamiliar y delitos sexuales[2]. Entre tanto, las comisarías de familia, la policía metropolitana y la Fiscalía General de la Nación son las entidades encargadas de captar las denuncias de los casos identificados sobre los que debe existir notificación y aviso previo. La judicialización de la violencia intrafamiliar y los delitos sexuales es responsabilidad de la Fiscalía con el apoyo del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, cuando este se requiera.

Desde 1999, la Secretaría Distrital de Salud ha venido efectuando un esfuerzo sistemático en la vigilancia de la violencia intrafamiliar. Actualmente, por medio del Sivim se captan los casos identificados y se facilita la canalización de los mismos para su atención integral, así como para el aviso y denuncia respectivos. De esta manera, el Sivim contribuye a la provisión de datos e información, que se unifica con la recabada por entidades distritales como el DABS, las comisarías de familia y la Fiscalía mediante el sistema único de información sobre violencia y delincuencia (SUIVD) de la Secretaría de Gobierno.

Sistema de vigilancia de consumo de sustancias psicoactivas-ventana de centros de tratamiento (Vespa)

La ventana de centros de tratamiento permite obtener información constante sobre las personas atendidas en centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia. En las unidades notificadoras que la integran se diligencia la entrevista con el consultante, un formato de captura que se envía mensualmente al área de vigilancia en salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

A partir del análisis de los datos recaudados por los diversos registros se aporta información valiosa acerca de los patrones de consumo abusivo de sustancias psicoactivas. De esta manera, se caracteriza el curso del consumo de diversas sustancias desde su inicio hasta la generación de la dependencia o adicción como principal motivo de consulta. Además, se describe el consumo compulsivo de sustancias psicoactivas en términos de variables demográficas tales como la edad, el sexo, el estado civil y la ocupación u oficio, entre otras.

El componente de centros de tratamiento del sistema Vespa enriquece la información aportada por las encuestas a población general de consumidores de psicotrópicos legales e ilegales, pero su énfasis fundamental se hace sobre el segmento poblacional cuyo consumo se define compulsivo. Así, el subsistema es un complemento importante de los estudios de prevalencia e incidencia que se hacen en Colombia, incluyendo las investigaciones con enfoque empírico-analítico que se efectúan en población penitenciaria, de educación media y superior.

Resultados

Indicadores demográficos

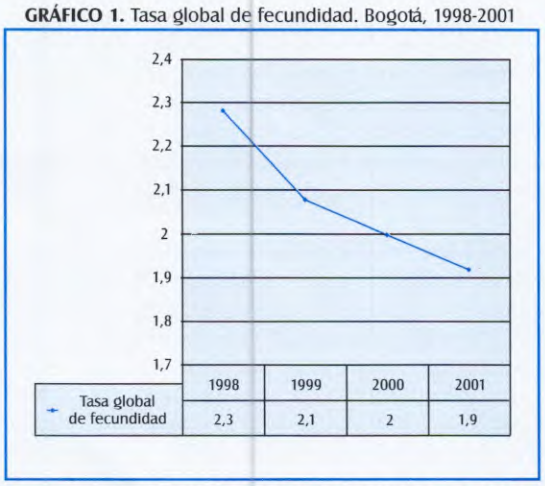
Fecundidad

Durante 2001 se recolectaron 127.513 certificados de nacido vivo, de los que el número de nacimientos de mujeres residentes en Bogotá corresponde a 93,1% (118.723) y 6,9% (8.790) a mujeres de fuera de la ciudad.

En el gráfico 1 se presenta la tasa global de fecundidad calculada con los nacimientos de mujeres residentes en Bogotá. Allí puede observarse que en los últimos cuatro años esta ha descendido, pasando de una tasa de 2,3 en 1998 a 1,9 en 2001.

2 El área de vigilancia en salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se encarga de la identificación de casos de violencia intrafamiliar y de los delitos sexuales. Los casos identificados se diferencian de las denuncias formales efectuadas en las comisarías de familia, la Fiscalía o la policía metropolitana e incluyen los reportes suministrados por el Departamento Administrativo de Bienestar Social.

GRÁFICO 1. Tasa global de fecundidad. Bogotá, 1998-2001



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública, certificados de nacido vivo, Dane. Datos sin ajuste.

Por su parte, la tasa específica por grupo de edad permite observar que el mayor número de nacimientos continúa presentándose en las mujeres de 20 a 24 años, por lo que se considera que la fecundidad en Bogotá es temprana; en el grupo de 25 a 29 años se presenta un descenso de 21,6 en la tasa en relación con 1998 (véase el gráfico 2).

Características de los nacimientos

De acuerdo con los datos que presenta la tabla 2, 51,4% (63.126) de los nacimientos correspondía al sexo masculino y 48,6% (59.903) al femenino; de ellos, 99,4% (118.033) fueron atendidos en instituciones de salud y 99,3% por personal médico.

El cuanto al tiempo de gestación, 81,9% estuvo dentro del rango de 38 a 41 semanas. El tipo de parto predominante es el espontáneo, con 60,9%; 52% de las mujeres pertenecía al régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud. Debido a la baja calidad de la información relacionada con variables como controles prenatales, número de hijos nacidos vivos o embarazos previos, no puede hacerse otro tipo de análisis.

Mortalidad

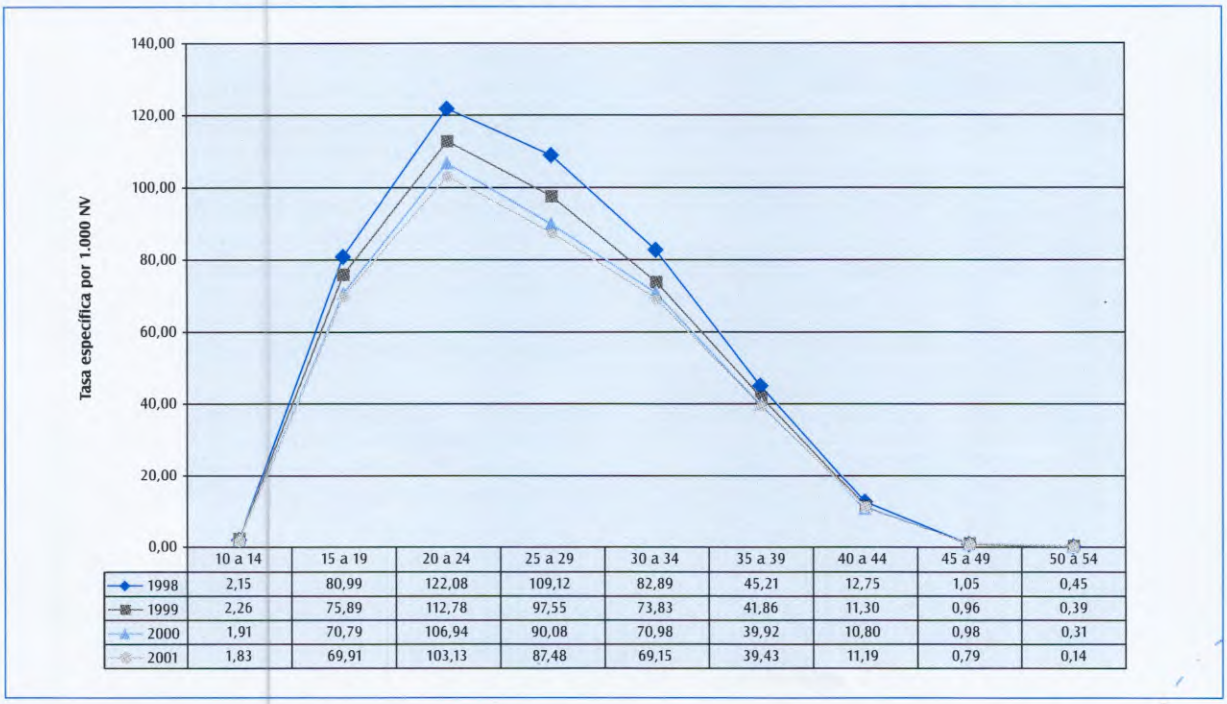
Mortalidad general

Los cálculos de los indicadores se hicieron sobre un total de 28.750 certificados de defunción registrados en 2001. La tasa de mortalidad general equivale a 4,42 muertes por cada 1.000 habitantes, siendo similar a la de 2000 (4,1 habitantes).

La mortalidad en los hombres sigue siendo mayor, con 15.755 muertes y una tasa de 5,15 por 1.000 hombres; en las mujeres se presentaron 12.995 muertes, para una tasa de mortalidad de 3,77 por 1.000.

El gráfico 3 muestra la distribución de la mortalidad por grupos de edad y género; como puede observarse, la mortalidad es diferencial y en todos los grupos de edad se presenta

GRÁFICO 2. Tasa de fecundidad específica por grupo de edad por 1.000 nacidos vivos. Bogotá, 1998-2001



	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54
1998	2,15	80,99	122,08	109,12	82,89	45,21	12,75	1,05	0,45
1999	2,26	75,89	112,78	97,55	73,83	41,86	11,30	0,96	0,39
2000	1,91	70,79	106,94	90,08	70,98	39,92	10,80	0,98	0,31
2001	1,83	69,91	103,13	87,48	69,15	39,43	11,19	0,79	0,14

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública, certificados de nacido vivo del Dane. Datos sin ajustar.

TABLA 2. Características de los nacimientos en Bogotá, 2001

Variables		Total nacim. en Bog.	%	Nacim. en mujeres res. en Bogotá	%
Sexo	Masculino	65.495	51.4	60.970	51.4
	Femenino	62.018	48.6	57.753	48.6
Sitio de parto	Inst. salud	126.778	99.4	118.033	99.4
	Domicilio	538	0.4	512	0.4
	Otro	163	0.13	149	0.1
	Sin información	34	0.02	29	0.02
Atendió el parto	Médico	126.675	99.3	117.934	99.3
	Enfermera	100	0.1	97	0.1
	Partera	198	0.1	195	0.2
	Otros	471	0.37	452	0.5
	Sin información	69	0.05	45	0.04
Estado civil de la madre	Soltera	21.943	17.2	20.723	17.5
	Casada	35.581	27.9	332.559	27.4
	Viuda	280	0.2	263	0.2
	Unión libre	65.495	51.4	61.221	51.6
	Separada	922	0.7	883	0.7
	Sin información	3.292	2.6	3.074	2.6
Nivel educativo de la madre	Prescolar - Primaria completa	14.953	11.7	13.693	10.7
	Primaria incompleta	6.844	5.4	6.306	5.3
	Secundaria completa	36.598	28.7	33.871	28.5
	Secundaria incompleta	38.934	30.5	36.569	30.8
	Universitaria completa	15.375	12.1	14.427	12.2
	Universitaria incompleta	9.561	7.5	8.934	7.5
	Ninguno	482	0.4	455	0.4
	Sin información	4.766	3.7	4.468	3.8
Tiempo de gestación	Menos de 20 semanas	138	0.1	126	0.1
	De 20 a 27 semanas	454	0.4	369	0.3
	De 28 a 37 semanas	18.227	14.3	16.464	13.9
	De 38 a 41 semanas	103.819	81.4	97.187	81.9
	De 42 o más semanas	635	0.5	605	0.5
	Sin información-Ignorado	4.240	3.33	3.623	3.1
Multiplicidad	Simple	121.276	95.1	113.038	95.2
	Doble	2.722	2.1	2.443	2.1
	Tres y más	52	0.04	47	0.04
	Sin información	3.463	2.7	3.195	2.7
Tipo de parto	Espontáneo	77.743	61	73.290	61.7
	Cesárea	42.947	33.7	39.100	32.9
	Instrument.	4.737	3.7	4.427	3.7
	Sin información-Ignorado	2.086	1.6	1.906	1.6
Seguridad social	Contributivo	65.828	51.6	59.937	50.5
	Subsidiado	22.004	17.3	20.957	17.7
	Vinculado	23.773	18.6	22.919	19.3
	Sin información	15.900	12.5	14.910	12.6

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

sobremortalidad masculina, siendo mayor en el de 20 a 24 años. Aunque en ambos sexos las causas externas ocupan los primeros cuatro lugares, las tasas para las mujeres son menores que para los hombres, debido, probablemente, a que la población masculina está más expuesta que la femenina a la muerte por accidentes de tránsito y a otras causas externas (véase el anexo en la página 58).

Es importante señalar que el quinto lugar en los hombres de 20 a 24 años lo ocupa la infección por el virus de la inmunodeficiencia; en las mujeres el séptimo lugar lo ocupa el grupo de causas otras muertes obstétricas directas (anexo diez primeras causas por grupo de edad y genero).

Por grupo de edad, la magnitud es mayor para el grupo de 60 años y más, en el que predominan —en hombres y mujeres— las causas relacionadas con el complejo cardiocerebrovascular; en los menores de 1 año el mayor peso (82,4% sobre el total de muertes en este grupo) lo tienen las causas relacionadas con ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.

En los niños de 1 a 4 años la neumonía ocupa el primer lugar, seguida de las malformaciones congénitas, con un peso de 11,2% y 11,5%, respectivamente; en el grupo de 5 a 14 años los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar, con 13,9%, seguidos de la leucemia, con 13,2%.

Mortalidad infantil

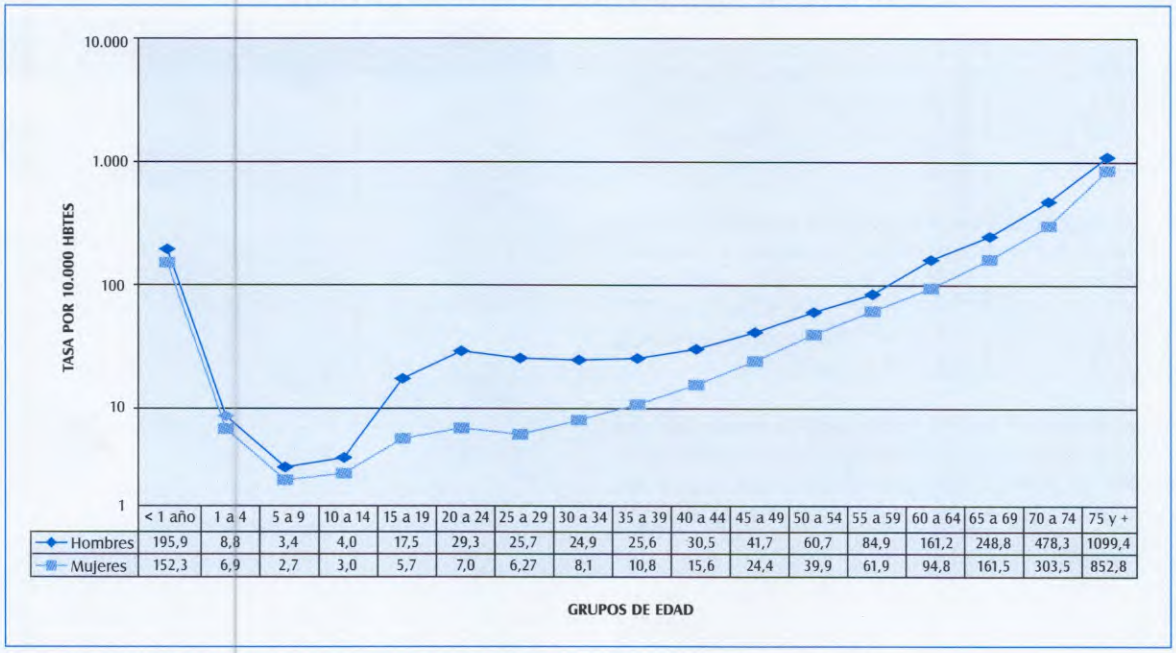
Durante 2001, en Bogotá murieron 2.529 niños antes de cumplir 1 año, de los cuales 78,3% (1.981) residía en la ciudad y el 21,7% (548) restante procedía de fuera. De los casos que no residían en Bogotá, 51,3% (281) vivía en Cundinamarca, 12% (66) en Boyacá, 10% (55) en Tolima, 7,5% (41) en Meta, 3,5% (19) en Caquetá, 3,3% en Huila y el 6,9 % restante en otros departamentos.

Para el cálculo de la tasa de mortalidad infantil se tomó como numerador el número de defunciones con lugar de residencia habitual de Bogotá y como denominador el número de nacimientos con lugar de residencia habitual Bogotá. Al efectuar este ajuste la tasa de mortalidad infantil desciende en relación con la que se presentó en 1999 y 2000; en el gráfico 4 se presenta la tasa de mortalidad infantil entre 1998 y 2001, observándose que esta presenta un descenso sostenido en los últimos años, pasando de 19,8 por 1.000 nacidos en 1998 a 16,7 por 1.000 en 2001.

Por género, 57,9% (1.146) pertenecía al masculino y 42,1% (835) al femenino; según causas, 47,5% (941) correspondía a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; 21,4% (424) a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; 9,3% (184) a neumonías; 3,6% (72) a causas mal definidas; 3,3% (66) a causas externas —accidentes de transporte, caídas, agresiones y demás causas—; y 1,9% (38) a diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Para efectuar un análisis más detallado y teniendo en cuenta que el riesgo de morir en el primer año es diferente en los

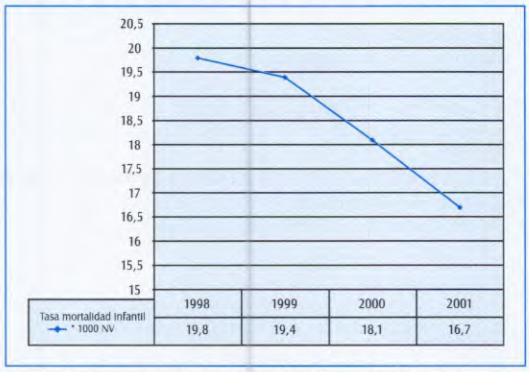
GRÁFICO 3. Tasa de mortalidad por género y grupos etáreos. Bogotá, 2001



	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 y +
Hombres	195,9	8,8	3,4	4,0	17,5	29,3	25,7	24,9	25,6	30,5	41,7	60,7	84,9	161,2	248,8	478,3	1099,4
Mujeres	152,3	6,9	2,7	3,0	5,7	7,0	6,27	8,1	10,8	15,6	24,4	39,9	61,9	94,8	161,5	303,5	852,8

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública-certificados de defunción, Dane.

GRÁFICO 4. Tasas de mortalidad infantil. Bogotá, 1998-2001



	1998	1999	2000	2001
Tasa mortalidad infantil * 1000 NV	19,8	19,4	18,1	16,7

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública-certificados de defunción, Dane.

TABLA 3. Tasa de mortalidad infantil, neonatal temprana, neonatal tardía y posneonatal, por causas. Bogotá, 2001

	No Muertos < 1 año	Tasa de mortalidad estimados por 1.000 nacidos vivos			
		Infantil	Neonatal temprana	Neonatal tardía	Pos-neonatal
Tasa	1981	17.3	6.9	3.6	6.8
Causas					
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	941	8.2	5.3	2.4	0.5
Malformaciones congénitas	424	3.7	1.4	0.9	1.4
Neumonía	184	1.6	0.02	0.24	1.34
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	38	0.3	0.01	0.07	0.25
Causas externas (caídas, agresiones, acc. transporte, otras)	66	0.6	0.03	0.01	0.54
Septicemia	24	0.21			
Meningitis	17	0.15	0.01	0.02	0.12
Desnutrición	12	0.1			0.1
Tos ferina	7	0.06			0.06
Signos, síntomas y hallazgos no clasificables en otra parte	72	0.63	0.01	0.01	0.6
Resto de causas	196	1.7	0.04	0.08	1.6

Fuente: Sistema de estadísticas vitales.

primeros meses de vida, la mortalidad infantil se ha dividido en neonatal temprana —de 0 a 7 días—, que presentó 785 muertes; neonatal tardía —de 8 a 27 días—, con 417 casos; y posneonatal —de 28 a 364 días—, con 779. El cálculo de las tasas para cada periodo se hizo con los datos del certificado de defunción para el numerador y con los del certificado de nacido vivo para el denominador, sin realizar ajuste por calidad ni cobertura (véase la tabla 3).

En la tabla 3 se observa cómo en la mortalidad neonatal temprana y tardía las causas del grupo ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal tienen la tasa más alta y están asociadas con factores como la desnutrición materno fetal, la ruptura prematura de membranas, la prematurez y la hipertensión inducida por el embarazo, que a su vez ocasionan bajo peso al nacer, considerado un factor de riesgo importante para la mortalidad infantil, seguido por el grupo malformaciones congénitas, especialmente las relacionadas con el corazón; las infecciosas y las causas externas no tuvieron peso considerable durante este periodo.

Por su parte, en la mortalidad posneonatal, las malformaciones congénitas y la neumonía tienen las tasas más altas, seguidas de las causas externas.

Indicadores

En la tabla 4 se presentan otros indicadores demográficos de Bogotá, que al ser comparados con el país permiten tener un perfil general de la situación de población del Distrito Capital.

La tasa de crecimiento anual de Bogotá se encuentra en 2 por 100, siendo ligeramente mayor que la del país, 1,7, debido, probablemente, a la migración; la tasa bruta de natalidad en Bogotá es inferior a la del país y a las proyecciones: tiene 20,1 por 1.000 según el Dane y 18,1 por 1.000 según cálculos realizados con base en los certificados de nacido vivo.

Según la Encuesta nacional de demografía y salud, la tasa global de fecundidad para Bogotá es 2,1 hijos por mujer y la del país 2,6; cuando se realiza el cálculo con la información proveniente del certificado de nacido vivo la tasa para Bogotá es de 2 hijos por mujer.

La tasa bruta de mortalidad para Bogotá es de 4,41 por 1.000 habitantes, siendo menor que la del país; la de mortalidad infantil en Bogotá es de 17 por 1.000 nacidos vivos y para el país de 21. Según los datos de estadísticas vitales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá esta tasa es de 16,7 por 1.000 nacidos vivos.

La esperanza de vida al nacer para Bogotá es de 73,1 y para el país de 72,1, siendo diferencial por sexo y mayor para las mujeres.

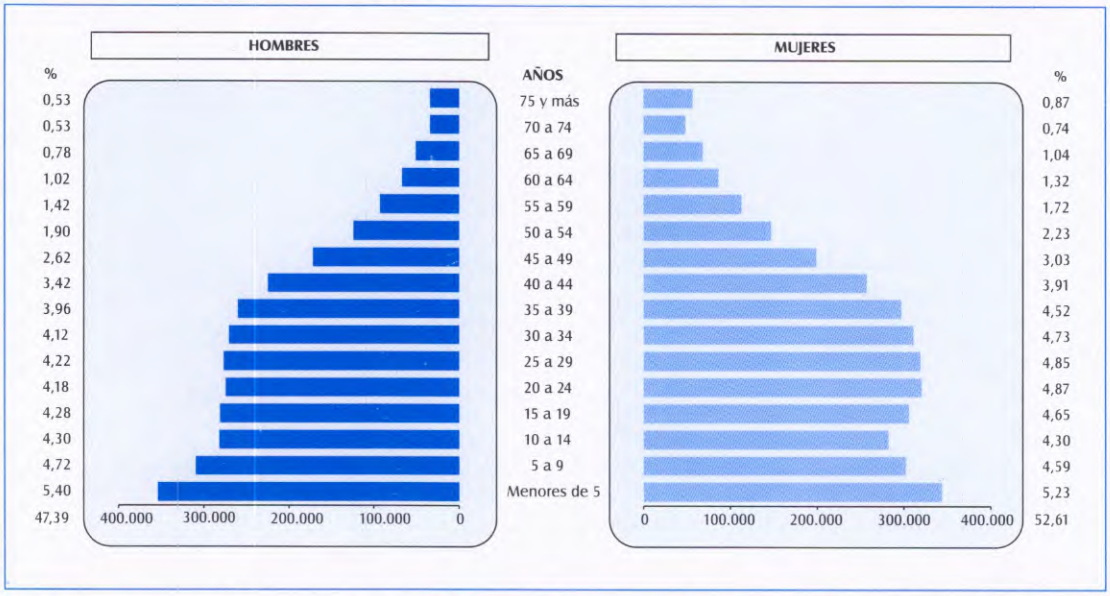
En el gráfico 5 puede verse la estructura de la población por edad y sexo; con respecto al año anterior se observa un aumento de 0,22% en el grupo de menores de cinco años, y de 0,67% a partir del grupo de 10 a 39 años, especialmente en

TABLA 4. Indicadores demográficos básicos. Bogotá y Colombia, 2001

Indicador	Bogotá, D. C.	Colombia.
Tasa de crecimiento anual	2,0 por 100 habitantes[1]	1,7 por 100 habitantes[1]
Tasa bruta de natalidad	20,1 por 1.000 habitantes[2] 18,1 por 1.000 habitantes[3]	22,3 por 1.000 habitantes[2]
Tasa global de fecundidad	2,1 hijos por mujer[2] 1,9 hijos por mujer[3]	2,6 hijos por mujer[2]
Tasa bruta de mortalidad	4,79 por 1.000 habitantes[2] 4,42 por 1.000 habitantes[3]	5,48 por 1.000 habitantes[2]
Tasa de mortalidad infantil (0 a 1 año)	16,7 por 1.000 nacidos vivos[3] 17 por 1.000 nacidos vivos[4]	21 por 1.000 nacidos vivos[4]
Esperanza de vida al nacer (total)	73,1 años[2]	72,1 años[2]
Esperanza de vida al nacer (hombres)	70,1 años[2]	69,1 años[2]
Esperanza de vida al nacer (mujeres)	76,4 años[2]	75,3 años[2]
Población	6'501.103[5]	46'039.144[2]

Fuentes:
1. DNP-UDS-DIOGS, con base en proyecciones de población Dane. Página web DNP-SISD.
2. Dane, proyecciones de población 1990-2015. Página web DNP-SISD.
3. Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública. Base de datos preliminar Dane, certificados de nacido vivo y de defunción.
4. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud año 2000.
5. Departamento Administrativo de Planeación Distrital-Proyecciones de la Corporación Centro Regional de Población.

GRÁFICO 5. Pirámide poblacional. Bogotá, 2001



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

el grupo de mujeres, siendo la diferencia para ambos géneros en todos los grupos de edad de 0,69% (5,23 a 5,92). Esta diferencia puede deberse a la migración selectiva de mujeres en edad reproductiva hacia la capital.

Mortalidad evitable

Mortalidad por neumonía en menores de 5 años

Entre 1986 y 2001 se evidencia el descenso sostenido de la tasa, presentándose el menor número de casos de muertes por neumonía en menores de 5 años en 2001 (véase el gráfico 6). El total de muertes por neumonía en menores de 5 años residentes en Bogotá en 2001 fue de 222, para una tasa de 32,4 por 100.000 menores; según género, 59,5% (132) eran niños y 40,5% (90) niñas.

Los menores de un año representaban 82,4% (183) de la mortalidad en este grupo, con una tasa de 126,17 por 100.000; según género, 60,7% (111) eran niños y 39,3% (72) niñas.

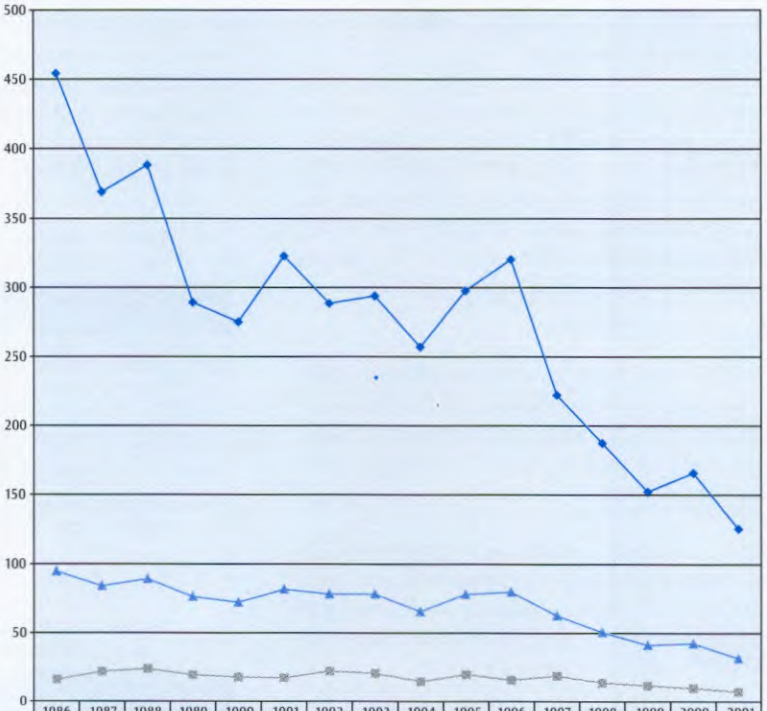
Según sitio de defunción, 85,2% (189) falleció en una institución de salud —hospital o clínica 83,8% y puesto de salud 1,4%—; 13,1% (29) en casa; y en vía pública y sin dato 0,9%, 2 de cada uno.

Según régimen de seguridad social, 36,5% (81) pertenecía al subsidiado; 27,5% (61) al contributivo; 20,3% (45) al vinculado; 13,1% (29) eran particulares; y de 2,7% (6) no se obtuvo el dato.

Al revisar la información de los análisis y del certificado de defunción para los menores de un año, se encontró que por edad de la madre —factor que se considera de alto riesgo para los menores— 14,9% (33/183) eran hijos de madres entre 14 y 19 años y 8,2% (18/183) de madres entre 35 y 50 años.

Los análisis permiten aumentar la precisión con respecto a los diagnósticos asociados a la mortalidad; de allí se evidencia la relación que hay entre la muerte por neumonía y la presencia de antecedentes patológicos como bronquiolitis y enfermedades neurológicas como factor de riesgo y la infección nosocomial; esta última no se ve reflejada en los certificados de defunción[3].

GRÁFICO 6. Mortalidad por neumonía en menores de 5 años. Bogotá, 1986-2001

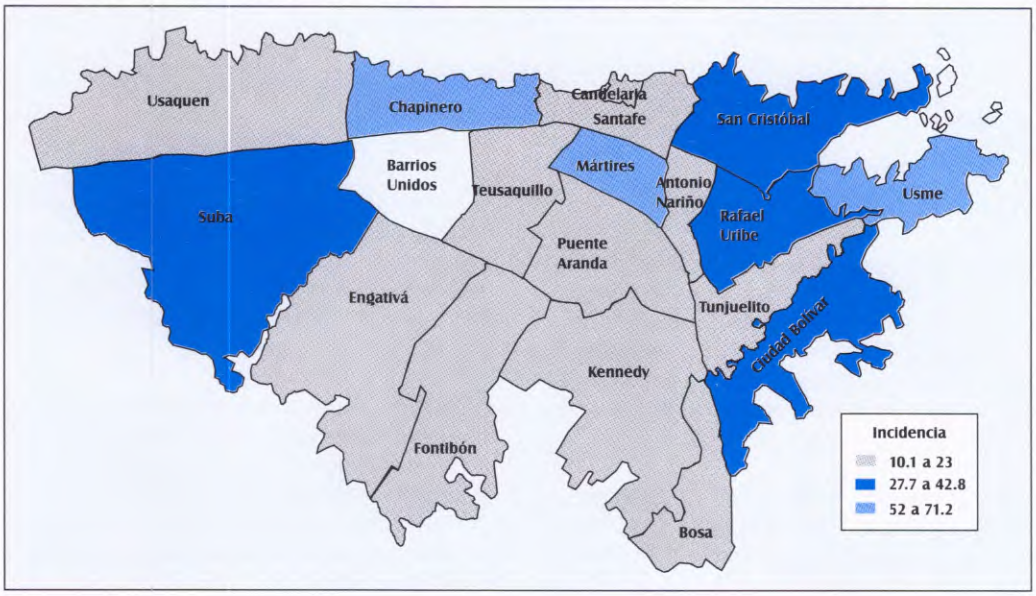


	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Tasa *100.000 < 1 año	454,66	369,75	388,91	289,88	275,56	323,34	289,15	294,75	257,62	298,44	321,19	222,76	187,77	152,85	166,35	126,17
Tasa *100.000 menores de 1 a 4 años	16,07	22,00	23,87	19,44	17,95	17,30	22,31	20,63	14,61	19,86	15,98	18,99	13,81	11,80	10,09	7,51
Tasa * 100.000 < 5 años	95,1	84,7	89,6	76,8	72,6	82,2	78,9	78,8	66,1	78,9	80,7	63,3	51,4	42,0	43,3	32,4

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública-certificados de defunción, Dane.

3 María Isabel Castellanos. "Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológico de mortalidad por neumonía en menores de cinco años, Bogotá, 2000-2001". Universidad Nacional de Colombia-Facultad de medicina-Departamento de salud pública y tropical. Maestría en salud pública. Tesis de grado.

MAPA 1. Mortalidad por neumonía en menores de 5 años por localidad. (por 100.000). Bogotá, 2001



Por lugar de ocurrencia, las localidades con mayor incidencia fueron Usme con 71,2 por 100.000 habitantes, Los Mártires con 64,4, seguidas de la Candelaria con 42,8 y San Cristobal con 40,6 (véase el mapa 1).

Las instituciones de salud que notificaron más casos fueron los hospitales La Misericordia, 34,7% (17 casos), Simón Bolívar, con 12,2% (6), La Victoria y El Tunal con 10,2% (5) cada uno, la clínica Laura Alejandra y el hospital San José, con 8,2% (4) cada una, Confiar Salud con 6,1% (3), las clínicas del Country, David Restrepo, San Juan Bosco, la Fundación Santa Fe y el hospital Santa Clara, cada una con 2% (1).

Según género, 57,1% (28) pertenecía al masculino y 42,9% (21) al femenino. Por grupo de edad, 46,9% (23) tenía entre 2 y 6 meses; 26,5% (13) menos de 2 meses; 14,3% (7) de 6 a 11 meses; 6,1% (3) un año; 4,1% (2) dos años; y 2% (1) no tenía el dato de edad.

Según régimen de afiliación y estado de vacunación, 46,2% (6) de los niños vacunados para la edad pertenecía al régimen contributivo y 30,8% (4) al subsidiado; de los no vacunados, el mayor porcentaje correspondía al subsidiado y vinculado, con 27,8% (5) cada uno (véase la tabla 5).

El tiempo entre el inicio de los síntomas y la consulta fue de 1 día o menos en 28,6% (14) de los casos; de 2 a 5 días en 26,5% (13); mayor de 5 días en 8,2% (4); y sin el dato en 36,7% (18) de los casos.

La duración de la enfermedad fue de 10 a 30 días en 34,7% (17) de los casos, de los cuales 11 tuvieron una hospitalización, 3 dos hospitalizaciones, 2 tres hospitalizaciones y 1 refiere varias.

Entre los casos en los que la duración de la enfermedad fue menor de 10 días, correspondientes a 20,4% (10), 3 no tuvieron hospitalizaciones, 3 una hospitalización, 3 dos y 1 varias; cuando la enfermedad duró entre 30 y 90 días, que corresponde a 12,2% (6), 3 tuvieron una hospitalización y 3 dos; en 32,7% (16) de los casos, no se obtuvo información acerca de la duración de la enfermedad, aun cuando 4 tuvieron una hospitalización, 4 dos, 2 varias y en 6 no hubo dato (véase la tabla 6).

TABLA 5. Régimen de afiliación y estado de vacunación de los menores muertos por neumonía. Bogotá, 2001

Régimen	No vacun. para la edad	%	No dato	%	si vacun. para la edad	%
Contributivo	4	22.2	2	11.1	6	46.2
No dato	3	16.7	1	5.6		0.0
Prepagos	1	5.6		0.0		0.0
Subsidio	5	27.8	7	38.9	4	30.8
Vinculado	5	27.8	8	44.4	3	23.1
Total	**18**	**100**	**18**	**100.0**	**13**	**100.0**

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública-análisis de caso mortalidad por neumonía.

TABLA 6. Duración de la enfermedad y hospitalizaciones por neumonía en menores de 5 años. Bogotá, 2001

Días de Enfermedad	Ninguna hospitaliz.	Una hospitaliz.	Dos hospitaliz.	Tres hospitaliz.	Sin dato	Varias
10 días o menos	3	3	3			1
De 10 a 30		11	3	2		1
De 30 a 90		3	3			
ND		4	4		6	2
Total	**3**	**21**	**13**	**2**	**6**	**4**

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública-análisis de caso mortalidad por neumonía.

De los 49 casos analizados, 61% (30) dijo que la neumonía fue adquirida en comunidad y 39% (19) relacionaba como causa la neumonía intrahospitalaria.

Según la clasificación de si la muerte era o no evitable, en 55% (27) era evitable; de estas, 55,5% (15) se consideró evitable extrahospitalariamente, 25,9% (7) intrainstitucionalmente y en 18,5% (5) no se determinó; además, 18% (9) se clasificó como no evitable y 27% (13) no tenía dato.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años

En Bogotá, en la última década se observa un descenso importante en la mortalidad por enfermedad diarreica en menores de 5 años, a expensas de la disminución en los menores de 1 año. Entre 1991 y 1992 se observó el aumento en el número de casos, lo que podría atribuirse a fallas en la certificación médica, que tiene errores en la codificación y clasificación de la causa de muerte en los menores de 5 años.

Los factores que favorecen la reducción de este evento se relacionan con el aumento de la cobertura de agua potable y alcantarillado, la distribución y el uso de las sales de rehidratación oral y la identificación oportuna de signos de alarma por parte de los padres del menor.

Durante 2001 se registraron 69 casos de mortalidad por enfermedad diarreica en menores de 5 años. De estos, 75,4% (52) residía en la ciudad de Bogotá, 8,7% (6) en Cundinamarca, 4,3% (3) en Meta, 2,9% (3) en Tolima y 1,4% (1) en Antioquia, Cesar, Huila, Guainía, Guaviare y Vichada, respectivamente.

La tasa de mortalidad en 2001 para los menores de 5 años fue de 7,5 por 100.000, para los menores de 1 año fue de 26,2 por 100.000 y para los niños de 1 a 4 años de 2,5 por 100.000 menores de este rango (véase el gráfico 7).

Durante 2001 se incrementó la incidencia en el grupo de 1 a 4 años, de 1,1 por 100.000 niños de este grupo de edad. Por sexo, el mayor número de defunciones se presentó en los niños, con 51,9% (27); en las niñas el porcentaje fue de 48,1% (25).

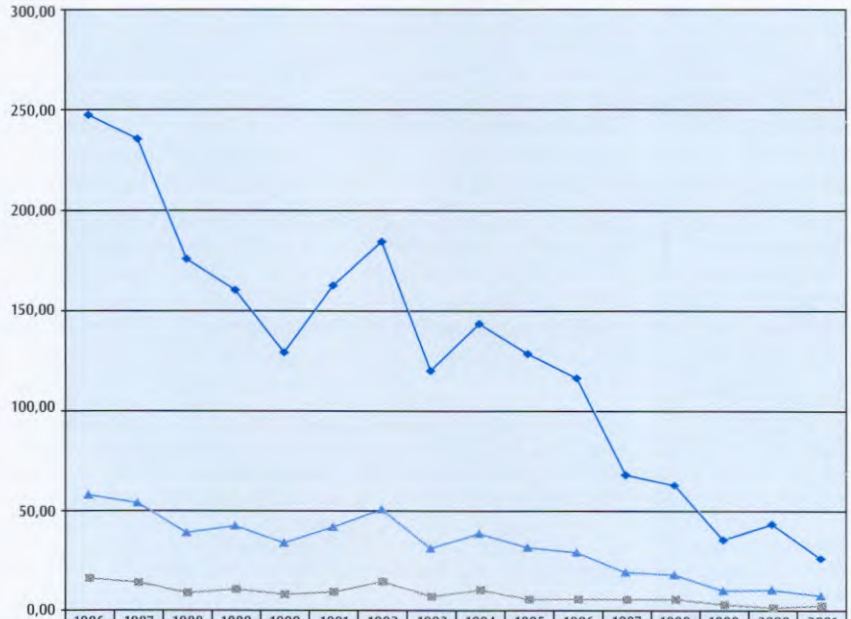
Por localidad de residencia, la incidencia fue mayor en la localidad de Usme, seguida por Chapinero, Puente Aranda y Rafael Uribe (véase el mapa 2).

Por régimen de afiliación, de las 52 defunciones 26,9% (14) pertenecía al régimen subsidiado, 23% (12) al vinculado, 21,2% (11) al contributivo y de 28,9% (15) no se obtuvo el dato. De los 38 certificados de menores de 1 año, 15,4% (8) de las madres tenía entre 14 y 19 años y 9,6% (5) más de 35.

Según el sitio de defunción, 84,6% (44) murió en hospital o clínica, 11,5% (6) en la casa y del 3,8% restante (2) uno en un puesto de salud y otro en la vía pública.

Por el SAAT en 2001 se notificaron 11 casos de mortalidad por enfermedad diarreica, de los cuales se analizaron 10, 9 de Bogotá y 1 procedente de Villavicencio; sin embargo, sólo 2 correspondían a casos de diarrea, por lo que se requiere fortalecer la vigilancia de este evento, especialmente en relación con las causas de defunción.

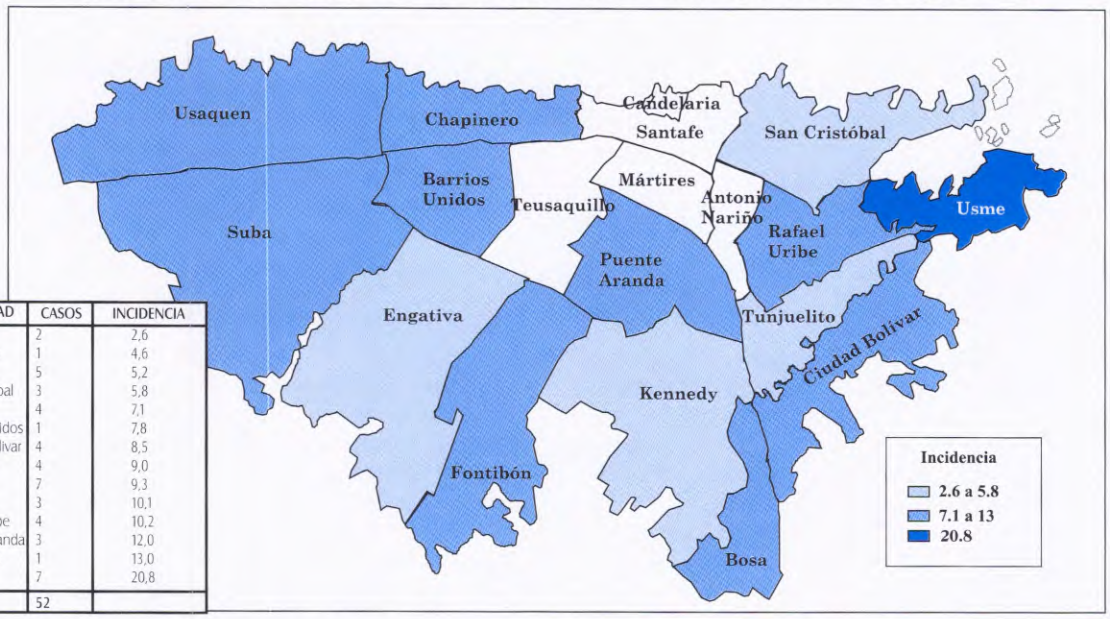
GRÁFICO 7. Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. Bogotá, 1986-2001



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Tasa * 100.000 < 1 año	247,44	235,51	175,84	160,36	129,22	162,49	184,44	120,11	143,55	128,66	116,59	68,37	63,07	35,60	43,45	26,20
Tasa * 100.000 niños de 1 a 4 años	16,07	13,98	8,87	10,67	8,06	9,32	14,51	7,02	10,23	5,53	5,66	5,51	5,52	3,04	1,47	2,57
Tasa * 100.000 < 5 años	57,76	53,90	38,95	42,40	33,74	41,78	50,53	31,00	38,49	31,63	29,17	19,18	17,94	10,02	10,40	7,53

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, 2001 (tasa por 100.000 habitantes según localidad)



LOCALIDAD	CASOS	INCIDENCIA
Engativá	2	2,6
Tunjuelito	1	4,6
Kennedy	5	5,2
San Cristobal	3	5,8
Bosa	4	7,1
Barrios Unidos	1	7,8
Ciudad Bolivar	4	8,5
Usaquén	4	9,0
Suba	7	9,3
Fontibón	3	10,1
Rafael Uribe	4	10,2
Puente Aranda	3	12,0
Chapinero	1	13,0
Usme	7	20,8
TOTAL	52	

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

Mortalidad materna[4]

Para mejorar el análisis de la mortalidad materna debió ajustarse el denominador de nacidos vivos de 1990 a 1997, dado que se había tomado del entonces SIS 116 "registro de hospitalización", que no cubría todas las instituciones de la ciudad.

El procedimiento se llevó a cabo restando a partir de 1997 y retrospectivamente, teniendo como base 1998, el crecimiento poblacional estimado (2,8%) por el DNP-UDS-DIOGS con base en los censos efectuados por el Dane entre 1951 y 1993 y las proyecciones 1995-2005. Además, se ajustó la razón de mortalidad materna entre 1990 y 1997 con el factor de corrección por subregistro (1.0526) sumado al factor de corrección por mala codificación (1.141) para un total de 1.2011. A partir de 1998 sólo se hace ajuste por subregistro, pues la codificación se revisa y corrige en todos los certificados de defunción (véase la tabla 7).

En los 12 años analizados (1990-2001), la mortalidad materna en la ciudad se redujo 32% (141-96), siguiendo un comportamiento irregular que presenta cifras críticas en 1990, 1996 y 2000. El último año analizado (2001), la razón de mortalidad ajustada por subregistro fue de 78 por 100.000 nacidos vivos (véase la tabla 7).

Con el propósito de dar mayor claridad acerca de la mortalidad materna se calcularon las diferentes tasas (razones) por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. La tasa de mortalidad materna directa es la más alta y no se captaron muertes maternas tardías directas o indirectas (véase la tabla 8).

Como se dijo, el principal componente de la mortalidad materna son las causas obstétricas directas, que constituyen 82% (n= 73/91) de las muertes; de estas, las primeras causas fueron el edema, la proteinuria y los trastornos hipertensivos en el embarazo y otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte, seguidas por las complicaciones del trabajo de parto y parto (véase la tabla 9).

Por localidad de residencia, no se presentaron casos en Barrios Unidos, Los Mártires, Antonio Nariño, La Candelaria y Sumapaz; la tasa más alta fue reportada por Chapinero, con 3 casos, seguida por Engativá con 17 y Puente Aranda con 5. La localidad con mayor número de casos fue Engativá, con 18,7% de los mismos, seguida por Ciudad Bolívar, Bosa y Kennedy con 8,8% cada una; Chapinero, Engativá, Puente Aranda, Teusaquillo, Usme, Tunjuelito, Bosa, y Fontibón alcanzaron tasas superiores a la de la ciudad (véase la tabla 10).

4 Definiciones, 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 embarazo, 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 así:

- *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:* son 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.

TABLA 7. Mortalidad materna: razón y denominadores ajustados, 1990-2001

Año	Defunciones sin ajuste (1)	Defunciones ajustadas FC. 1.2011 (2)	Nacidos vivos (3)	Crecimiento pobl 2.8%	NV corregidos	NV SIS 116	Razón ajustada según (2)
1990	117	141	92.235	2738	11.472	92.235	126
1991	95	114	97.801	2737	114.211	97.801	100
1992	88	106	97.761	2836	116.948	97.761	90
1993	92	111	101.285	3085	119.784	101.285	92
1994	93	112	110.170	2900	122.869	110.170	91
1995	80	96	103.561	3025	125.768	103.561	76
1996	98	118	108.045	3844	128.794	108.045	91
1997	97	117	137.273	3821	132.637	108.055	88
1998	89	94	136.458				69
1999	95	100	132.378				76
2000	100	105	129.722				81
2001	91	96	123.029				78

Fuentes: Dane.
1. SDS-Dane.
2. Ajuste por la sumatoria del factor de corrección por subregistro (1.0526) y por mala codificación (1.141), total 1.2011.
3. Hasta 1999, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-dirección de planeación y sistemas de información. A partir de 2000, denominadores base de datos nacidos vivos área de vigilancia en salud pública.

TABLA 8. Tasa de mortalidad materna por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Bogotá, 2001

Tasa de mortalidad materna global		
Tasa de mortalidad materna global (74 por 100.000 NV)	Tasa de mortalidad materna tardía (74 por 100.000 NV)	Tasa de mortalidad materna directa (61 por 100.000 NV)
		tasa de mortalidad materna indirecta (13 por 100.000 NV)
	Tasa de mortalidad materna tardía (No hubo)	Tasa de mortalidad materna directa (No hubo)
		Tasa de mortalidad materna indirecta (No hubo)

Ajustada con factor de corrección por subregistro (1.0526) es de 78 por 100.000 nacidos vivos (NV).

TABLA 9. Mortalidad materna según causa básica de muerte relacionada con el embarazo, parto y puerperio. Bogotá, 2001

Código	Causa básica	Muertes	%	Tasa
010 - 016	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	24	26	19,5
095 -099	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	20	26	19,5
070 -075	Complicaciones del trabajo de parto y parto	20	22	16,3
085 - 092	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	14	15	11,4
000 - 008	Embarazo terminado en aborto	6	7	4,9
030 -048	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	2	2	1,6
020 - 029	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	1	1	0,8
Total		**91**	**100**	**74,0**

Fuente: Dane, 2001.

Según variables registradas en el certificado de defunción, puede afirmarse que el parto fuera de la institución de salud, no pertenecer al régimen de seguridad social, estar separada, las edades extremas y el bajo nivel educativo se convierten en variables de riesgo para la mortalidad materna, con tasas que llegan a ser muy altas (véanse tablas 2 y 11).

TABLA 10. Mortalidad materna según localidad de residencia. Bogotá, 2001

Localidad	Muertes maternas	Tasa	%
02. Chapinero	3	153	3.3
10. Engativá	17	130	18.7
16. Puente Aranda	5	116	5.5
13. Tesaquillo	2	108	2.2
05. Usme	7	105	7.7
06. Tunjuelito	4	88	4.4
07. Bosa	8	87	8.8
09. Fontibón	4	76	4.4
18. Rafael Uribe	5	73	5.5
19. Ciudad Bolívar	8	73	8.8
01. Usaquén	4	61	4.4
08. Kennedy	8	56	8.8
04. San Cristóbal	5	54	5.5
03. Santafé	1	35	1.1
11. Suba	4	29	4.4
Sin dato	6		6.6
Total	**91**	**74**	**100**

Fuente: Dane, 2001.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, siendo este un evento incluido en el sistema alerta acción, se notificó 73,6% (n= 67/91) de las muertes, de las cuales 74,6% (n= 50/67) tuvo investigación institucional, 55,2% (n= 37/67) investigación epidemiológica de campo e institucional; de estas últimas es posible concluir que 62% (n= 23) de los casos era evitable, 24% (n= 9) no clasificables por falta de información y 14% (n = 5) no evitables.

De estos análisis se observa que 27% (10/37) de las gestantes que murió no tuvo control prenatal, en 13,5% (5/37) fue tar-

TABLA 11. Mortalidad materna según variable de riesgo. Bogotá, 2001

Variables		Nacidos Vivos	Muertes maternas	Tasa x 100.000 NV.
Sitio de parto	Inst. salud	122.484	82	67
	Domicilio	381	7	1837
	Otro	149	2	1342
Estado civil de la madre	Soltera	21.118	16	76
	Casada	34.553	29	84
	Unión libre	63.039	40	63
	Separada	887	6	676
Nivel educativo de la madre	Prescolar -Primaria completa	14.369	12	84
	Primaria incompleta	6.568	7	107
	Secundaria completa	35.416	14	40
	Secundaria incompleta	37.513	20	53
	Universitaria completa	15.001	2	13
	Universitaria incompleta	9.318	6	64
Seguridad social	Contributivo	64.015	39	61
	Subsidiado	21.165	19	90
	Vinculado	22.710	15	66
	Particular	867	16	1845
	Sin información	14.272	2	14
Edad de la madre	15 a 19 años	21.782	4	18
	20 a 24 años	34.133	13	38
	25 a 29 años	28.793	24	83
	30 a 34 años	22.349	20	89
	35 a 39 años	12.248	23	188
	40 a 44 años	3.020	6	199
	45 a 49 años	163	1	613

Fuente: Dane, 2001.

dío y la situación es aún más grave para 5 gestantes, quienes aunque presentaban signos claros de alarma se demoraron 3 meses, 21, 7 y 5 días y 41 horas en pedir ayuda.

En el programa de regulación de la fecundidad se observaron fallas en cinco de las gestantes que murieron, ya que eran multíparas con varios hijos vivos, así: 2 de ellas con 32 años y 8 y 4 hijos vivos, respectivamente; otra con 38 años y 3 hijos vivos; otra con 39 años y 5 hijos vivos; y otra con 43 años y 3 hijos vivos. Debe resaltarse el hecho de que de las 37 gestantes quedaron 50 hijos vivos huérfanos.

Puede afirmarse que de las 37 gestantes que murieron y tuvieron investigación completa, en 38% (14/37) era evidente el riesgo social dado por: ser madres solteras (8 casos), 2 de las cuales, a su vez, eran empleadas del servicio doméstico y 1 era indigente; en 2 de los 37 casos se manifestó violencia por parte del compañero y en 4 ellas sus esposos estaban desempleados.

En cuanto a la calidad de la atención se presentaron fallas relacionadas con:

- Clasificación inadecuada del riesgo por parte del personal de salud: 7 casos.
- Historia clínica incompleta y sin datos de control prenatal: 14 casos.
- No seguimiento de protocolos de manejo: 4 casos.
- Remisión tardía a un nivel de mayor complejidad: 3 casos.
- Demora en el traslado al nivel superior por falta de ambulancia: 2 casos.
- Manejo inadecuado de la enfermedad de base: 1 caso.
- Falta de insumos: 1 caso.
- Reporte tardío de resultados de laboratorio: 1 caso.
- No se toman laboratorios por ser domingo: 1 caso.

También se presentaron barreras de acceso relacionadas con el aseguramiento: una de las gestantes no pudo remitirse al tercer nivel de atención porque sólo tenía 9 semanas de cotización, y a otra no le realizaron resonancia magnética por la misma razón.

Mortalidad perinatal

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión (CIE-10), el periodo perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación—cuando el peso al nacer es normalmente de 500 gramos—, y termina 7 días completos después del nacimiento (véase el gráfico 8).

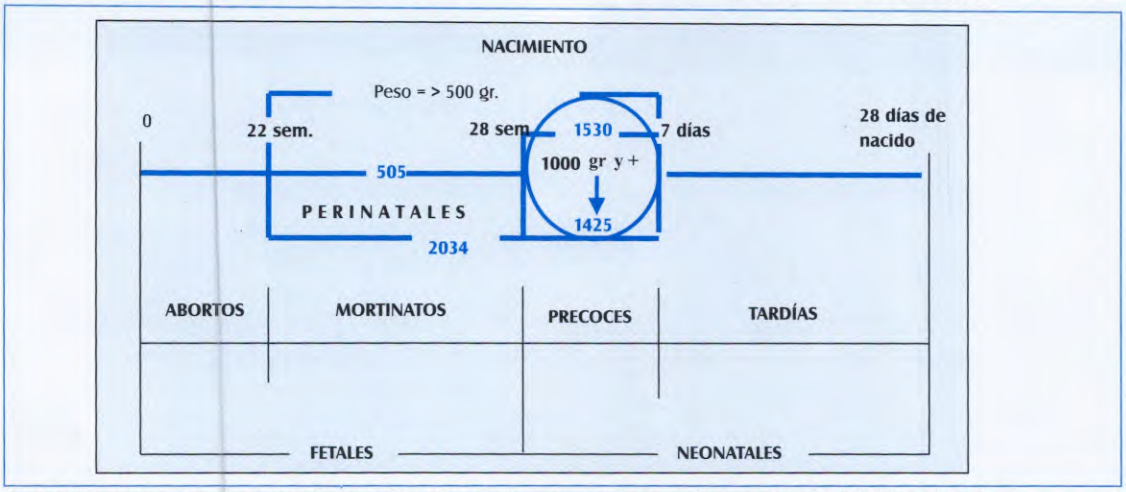
Sin embargo, y como lo recomienda el mismo documento, para efectos de comparación internacional, en Bogotá se ha venido incluyendo dentro de su estadística tanto para el numerador como para el denominador de todas las tasas y razones los fetos y recién nacidos que pesan 1.000 gramos o más; si no se tiene la información del peso al nacer se utiliza la edad gestacional correspondiente —28 semanas completas—, hasta los 7 días completos después del nacimiento.

En tal sentido, si bien durante 2001 ocurrieron 2.035 muertes entre las 22 semanas de gestación y los 7 días de nacido, con peso al nacer igual o superior a 500 gramos y con una tasa de 15,9 por 1.000 nacidos vivos (NV), de estas 1.530 se encontraban entre las 28 semanas de gestación y los 7 días de nacido, con una tasa de 11,9 por 1.000 NV, y de estas últimas 1.425 pesaban 1.000 gramos o más, con una tasa de 11,1 por 1.000 NV. Estas se toman como objeto de análisis del presente documento, teniendo en cuenta que reunían las condiciones básicas para mantenerse con vida y que, por tanto, son las muertes que pueden considerarse fácilmente evitables.

Por subred se mantuvieron tasas similares entre sí, con valores inferiores al total de la ciudad. La tasa más alta la presentó la red Sur, con 9,4 por 1.000 NV, y la menor proporción de muertes se encontró en la red Centro Oriente; la localidad más afectada fue Rafael Uribe, con una tasa de 12 por 1.000 NV, seguida de Bosa con 11,5 por 1.000 NV, Ciudad Bolívar y Los Mártires con tasas de 11 y 10,7 por 1.000 NV, respectivamente (véase la tabla 12).

Las variables que representaban una mayor probabilidad de muerte fueron, en su orden, el nacimiento fuera de la institución de salud, la edad de la madre, el bajo nivel educativo de la misma y el embarazo múltiple (véase la tabla 13).

GRÁFICO 8. Clasificación internacional de enfermedades, CIE-10. Mortalidad perinatal, Bogotá, 2001



Peso más importante que semanas de gestación. Sin dato de semanas de gestación y peso = Mortalidad perinatal.

TABLA 12. Mortalidad perinatal por subredes y localidades. Bogotá, 2001

Código Localidad	Localidad	Nacidos Vivos	Muertes Perinat. 28 semanas y mas con 1000 gr y mas	Tasa x 1000 NV	% de la red	% del total
Red Norte						
01	Chapinero	1.959	17	8.7	5.3	1.2
02	Usaquén	6.606	48	7.3	15.0	3.4
10	Engativá	13.075	111	8.5	34.8	7.8
11	Suba	13.958	115	8.2	36.1	8.1
12	B. Unidos	2.233	17	7.6	5.3	1.2
13	Teusaquillo	1.849	11	5.9	3.4	0.8
Subtotal		39.680	319	8.0	100	22.4
Red Suroccidente						
07	Bosa	9.235	106	11.5	34.1	7.4
08	Kennedy	14.294	119	8.3	38.3	8.4
09	Fontibón	5.239	49	9.4	15.8	3.4
16	Puente Aranda	4.313	37	8.6	11.9	2.6
Subtotal		33.081	311	9.4	100	21.8
Red Centrooriente						
03	Santafé	2.840	24	8.5	18.8	1.7
04	San Cristóbal	9.334	84	9.0	65.6	5.9
14	Los Mártires	1.677	18	10.7	14.1	1.3
17	La Candelaria	444	2	4.5	1.6	0.1
Subtotal		14.295	128	9.0	100	9.0
Red Sur						
05	Usme	6.649	50	7.5	17.3	3.5
06	Tunjuelito	4.529	26	5.7	9.0	1.8
15	Antonio Nariño	1.571	10	6.4	3.5	0.7
18	Rafael Uribe	6.812	82	12.0	28,4	5.8
19	C. Bolívar	11.004	121	11.0	41.9	8.5
20	Sumapaz	70			0.0	0.0
Subtotal		30.635	289	9.4	100	20.3
Vacías		9.822	378			
Total general		**127.513**	**1.425**	**11.2**		**100.0**

Fuente: Dane, sistema de estadísticas vitales, 2001.

Según la causa básica de muerte, un componente importante, que asciende a 23,9% (n= 340/1.425), fueron las malformaciones congénitas y las 10 primeras causas podrían agruparse en problemas relacionados con el control prenatal, la atención del parto y la atención del recién nacido, siendo el primer grupo el que tiene un mayor peso (véase la tabla 14).

Enfermedades de transmisión sexual

VIH/sida[5].

En 2001 se cumplieron 20 años de la aparición del sida en el mundo, 18 en Colombia y 17 en Bogotá. A estas alturas de la epidemia, Peter Piot, director ejecutivo del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida) dice que "sabemos que la epidemia aún se encuentra en sus primeras fases, las respuestas eficaces son posibles pero sólo cuando reciben apoyo político y se aplican en gran escala, y que a menos que actuemos más enérgicamente hoy y mañana, la epidemia seguirá creciendo"[6].

En Bogotá, desde que comenzó la epidemia y con un subregistro que puede ser de 70%, entre 1984 y 2001 se han notificado 9.153 personas infectadas por el virus del VIH, que corresponden a 40% de los casos notificados en el país, con una mayor proporción de víctimas entre los hombres y un número importante de menores de 15 años (véase la tabla 15).

Durante 2001 el sistema alerta acción captó 725 casos de personas que vivían con el VIH, quienes constituyen 8% de los casos acumulados entre 1984 y 2001. De estas, 137 casos co-

5 En Bogotá, D.C. se notifica la infección por VIH con una periodicidad semanal por medio del sistema alerta acción; el requisito básico para el ingreso al sistema es la confirmación por Western Blot. Con la misma periodicidad, se notifica al sistema el caso de sida: "Caso confirmado de VIH, que cumple con los criterios de clasificación del CDC (1993) para adolescentes y adultos".

6 Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida). "Informe sobre la epidemia mundial de VIH/sida julio 2002". P. 6.

TABLA 13. Mortalidad perinatal según variable de riesgo. Bogotá, 2001

Variables		Nacidos vivos	Muertes Perinat. 28 semanas y mas con 1000 gr y mas	Tasa x 1000 NV	%
Sexo	Masculino	60.970	605	9.9	42,5
	Femenino	57.753	520	9.0	36,5
	Indeterminado		29	NA	2,0
	Sin dato		271	NA	19,0
Sitio de parto	Inst. de salud	118.033	908	7.7	63,7
	Domicilio	512	124	**242.2**	8,7
	Otro	149	35	234.9	2,5
	Sin información	29	358	NA	25,1
Estado civil de la madre	Soltera	20.723	208	10.0	14,6
	Casada	332.559	254	0.8	17,8
	Viuda	263	6	**22.8**	0,4
	Unión Libre	61.221	525	8.6	36,8
	Separada	883	10	11.3	0,7
	Sin información	3.074	422	NA	29,6
Nivel educativo de la madre	Preescolar-Primaria completa	13.693	76	5.6	5,3
	Primaria incompleta	6.306	168	**26.6**	11,8
	Secundaria completa	33.871	292	8.6	20,5
	Secundaria incompleta	36.569	272	7.4	19,1
	Universitaria completa	14.427	91	6.3	6,4
	Universitaria incompleta	8.934	41	4.6	2,9
	Ninguno	455	8	17.6	0,6
	Sin información	4.466	477	NA	33,5
Tipo de embarazo	Simple	113.038	992	8.8	233,4
	Múltiple	2.490	64	**25.7**	4,5
	Sin información	3.195	369	NA	25,9
Tiempo de parto	Espontáneo	73.290	655	8.9	46,0
	Cesárea	39.100	364	9.3	25,5
	Instrumentado	4.427	31	7.0	2,2
	Ignorado	1.906	37	NA	2,6
	Sin información		338	NA	23,7
Régimen de seguridad	Contributivo	59.937	454	7.6	31,9
	Subsidiado	20.957	242	**11.5**	17,0
	Vinculado	22.919	227	9.9	15,9
	Particular	Sin dato	168	NA	11,8
	Sin información	14.910	334	NA	23,4
La muerte ocurrió en relación con el parto	Antes		576	NA	40,4
	Durante		49	NA	3,4
	Después		475	NA	33,3
	Ignorado		31	NA	2,2
	Sin información		294	NA	20,6
Edad de la madre	10 a 14	535	8	15.1	0,6
	15 a 19	21.781	203	9.3	14,2
	20 a 24	34.133	330	9.7	23,2
	25 a 29	28.796	230	8.0	16,1
	30 a 34	22.349	240	10.7	16,8
	35 a 39	12.250	144	11.8	10,1
	40 a 44	3022	64	21.2	4,5
	45 a 49	164	9	**54.9**	0,6
	50 a 54	4	0	0.0	0,0
	Sin información	500	197	NA	13,8
Total		**127.513**	**1.425**	**11.2**	**82,2**

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

7 Ibid., p. 47. "La pérdida de ingresos, los gastos adicionales relacionados con la asistencia, la menor capacidad de los cuidadores para trabajar y los costos crecientes en conceptos médicos y funerarios se combinan para conducir a las familias afectadas hacia una mayor pobreza...".

TABLA 14. Diez primeras causas de mortalidad perinatal. Bogotá, 2001

Código	Enfermedad	No	Tasa	%
P022	Feto y recién nacido afectado por otras anormalidades morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas	244	1.9	17.1
P220	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	145	1.1	10.2
P200	Hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del inicio del trabajo de parto	77	0.6	5.4
P95X	Muerte fetal de causa no especificada	76	0.6	5.3
P025	Feto y recién nacido afectados por otra compresión del cordón umbilical	61	0.5	4.3
P000	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensos de la madre	57	0.4	4.0
P021	Feto y recién nacido afectados por otras formas de desprendimiento y de hemorragia placentarios	53	0.4	3.7
P77X	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	47	0.4	3.3
P369	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	32	0.3	2.2
P239	Neumonía congénita, organismo no especificado	31	0.2	2.2
	Congénitas	340	2.7	23.9
	Otras	262	NA	18.4
Total		**1.425**	**11.2**	**100**

Fuente: Dane, sistema de estadísticas vitales, 2001.

TABLA 15. Epidemia de VIH-sida en Bogotá. Resumen de casos acumulados, 1984-2001

Casos acumulados de VIH y sida	9.153
En mujeres	889
En hombres	8.202
Sin dato de género	62
Casos de VIH acumulados	5.541
En mujeres	669
En hombres	4.792
Menor de 15 años	168
Casos de sida acumulados	3.298
En mujeres	182
En hombres	4.306
Menor de 15 años	78
Casos sin clasificar	265

Fuentes: Dane, sistema de estadísticas vitales, 2001.

rrespondía a mujeres, 584 a hombres y 24 a menores de 15 años. Ese mismo año la tasa de incidencia fue de 10,8 por 100.000 habitantes (véanse los gráficos 9 y 10).

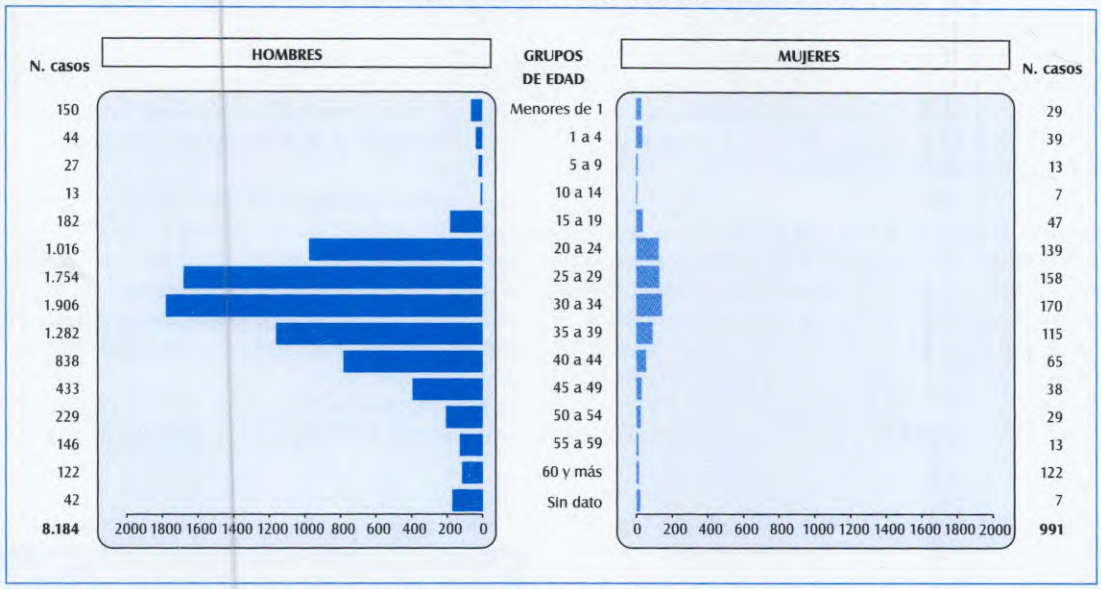
La relación hombre mujer es cada vez más estrecha, pasando de 57:1 en 1988 a 23:1 en 1992, a 10:1 en 1997 y a 6:1 en los últimos tres años, con lo que se evidencia el riesgo creciente de VIH en recién nacidos, teniendo en cuenta que las mujeres se infectan principalmente durante la edad fértil. La principal vía de transmisión sigue siendo la homosexual, con 47% de los casos, y al hacer seguimiento de los casos en mujeres se encuentra como caso índice un hombre que tuvo contacto con otro hombre.

Durante 2001 la epidemia cobró 428 vidas en la ciudad, siendo 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 en hombres de ese mismo grupo de edad, con una tasa de 2,1 por 10.000 habitantes; y la octava en hombres de 45 a 59 años, con una tasa de 2,4 por 10.000 habitantes.

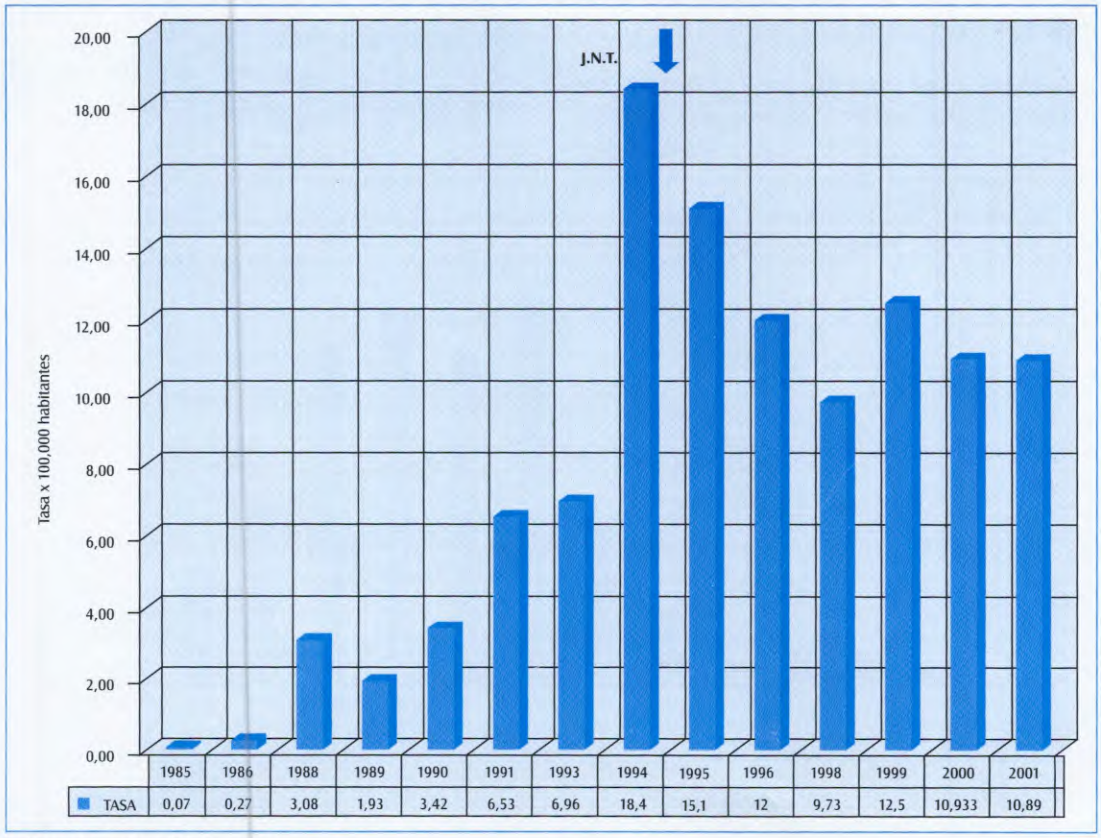
En 2001, el peso porcentual de los fallecidos por VIH/sida sobre la mortalidad en cada grupo de edad y sexo fue mayor para las mujeres en el grupo de 15 a 19 años y muy similar en hombres y mujeres entre 20 y 24 años; las per-

GRÁFICO 9. Casos acumulados de VIH y sida por edad y sexo. Bogotá, 1984-2001



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

GRÁFICO 10. VIH y sida. Incidencia por 100.000 habitantes. Bogotá, 1985-2001



* Jornada nacional de tamizaje
Fuente: Secretaría distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública.

sonas más afectadas por la mortalidad están en el grupo entre 25 y 44 años, esto es, personas en edad económicamente activa. En este caso, es importante reconocer el impacto que estas muertes pudieron haber causado en sus hogares[7] (véase el gráfico 11).

De 894 fallecimientos ocurridos entre 2000 y 2001, en 231 casos fue posible obtener la fecha del diagnóstico y fecha de fallecimiento; el promedio de vida fue de 5,75 años entre el momento del diagnóstico por parte de la institución de salud y la muerte, con 3% (n= 7), que vivió menos de 1 año, 3,5% (n= 8) entre 1 y 3 años, 29% (n= 67) entre 4 y 6 años y 64,5% (n= 149) entre 7 y 10 años.

En Bogotá, por grupos de edad el número de casos comienza a ascender a los 15 años, y 15% de los mismos se encuentra entre 15 y 24 años. En tal sentido, debe reconocerse que los jóvenes son el principal foco de atención, pues se calcula que en el mundo 11,8 millones de jóvenes de 15 a 24 años de edad están viviendo con el VIH/sida. Además, aproximadamente la mitad de todas las infecciones en adultos —unas 6.000 diarias— corresponden a jóvenes[8].

Esta situación se agudiza por la proporción significativa de los jóvenes que comienzan su actividad sexual antes de los 15 años, edad en la que muchos de ellos están casados o tienen hijos. En Bogotá, en 2001 se registraron 516 nacidos vivos, hijos de mujeres menores de 15 años. Además, el consumo de drogas, incluidas las intravenosas, es a menudo una característica que aumenta el riesgo de infectarse en este grupo de edad (véase el gráfico 11).

Lo anterior subraya la importancia de poner en práctica programas de prevención mucho antes de que comience la actividad sexual o el consumo de drogas, ya que demasiados jóvenes aún no son conscientes de la amenaza que plantea el VIH. En el sector sanitario la epidemia genera gran presión sobre el límite del presupuesto con el que cuenta el sector salud para prevención, asistencia, asesoría y pruebas de VIH y prevención de la transmisión vertical del virus. En la Unión Europea, los costos médicos directos anuales de tratar a los pacientes con VIH/sida oscilan entre US$3.400 por persona, en las fases iniciales de la infección sintomática, y más de US$50.000 en las etapas más tardías del sida. En Bogotá, el costo promedio anual en el tratamiento con antirretrovirales es de US$5.000 por paciente.

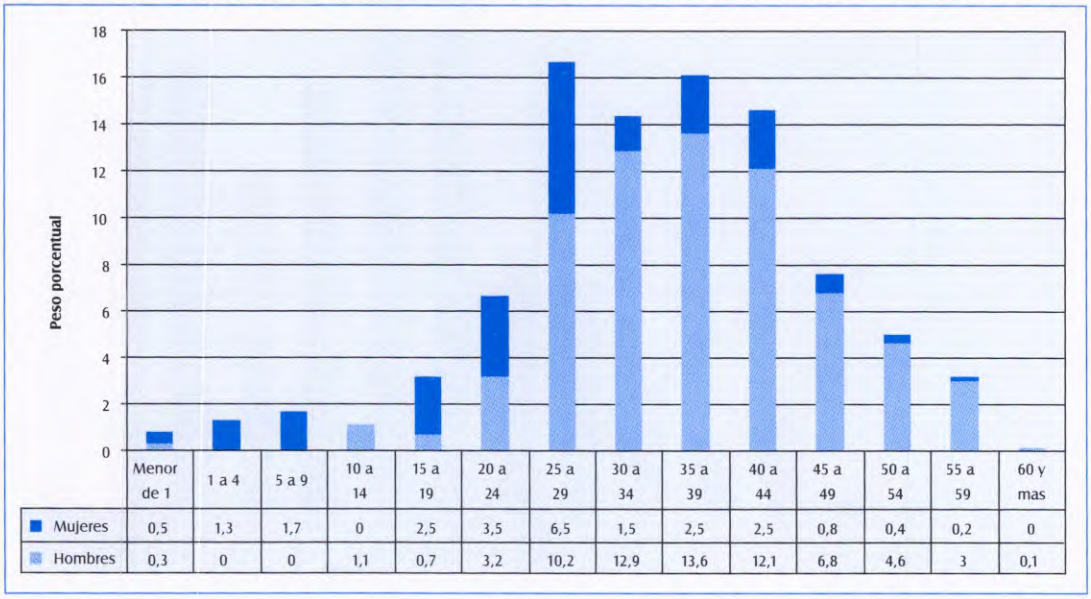
Según el origen de la notificación, la red privada y el Seguro Social atienden 61% de los pacientes, lo que equivale a la mayor proporción del régimen contributivo de seguridad social; la red pública alcanza 26% de los mismos. Es importante revisar más exhaustivamente lo que sucede con la población de instituciones de carácter militar y carcelario (véase la tabla 16).

La presión ejercida sobre las entidades promotoras de servicios de salud (EPS) y el sector público de la salud se pone

TABLA 16. VIH y sida, origen de la notificación. Bogotá 1984-2001

Instituciones notificadoras	No. casos	Porcentaje
Inpec - División de salud	14	0,2%
Instituciones de carácter militar	226	2,5%
Sin dato	389	4,2%
Liga Colombiana de lucha contra el sida	502	5,5%
Red adscrita SDS	2.423	26,5%
Seguro Social	2.782	30,4%
Red Privada	2.817	30,8%
Total general	**9.153**	**100%**

GRÁFICO 11. Peso porcentual de la mortalidad por VIH-sida sobre mortalidad por sexo y grupo de edad, Bogotá, 2001.



	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 y mas
Mujeres	0,5	1,3	1,7	0	2,5	3,5	6,5	1,5	2,5	2,5	0,8	0,4	0,2	0
Hombres	0,3	0	0	1,1	0,7	3,2	10,2	12,9	13,6	12,1	6,8	4,6	3	0,1

8 Ibid., p. 72.

de manifiesto mediante las numerosas acciones de tutela que interponen anualmente las personas que viven con el virus del VIH por no acceder al tratamiento con antirretrovirales o porque su integridad y continuidad se ven afectadas.

La revisión de las enfermedades asociadas que se convirtieron en causa básica de muerte durante 2000 y 2001 permite inferir que hay deficiencias en la calidad de la atención médica, teniendo en cuenta que algunas de ellas habrían podido prevenirse, como por ejemplo la neumonía por *Pneumocystis carini*, otras enfermedades infecciosas y parasitarias y otras enfermedades virales (véase la tabla 17).

En el mismo sentido puede afirmarse que en los dos últimos años en la ciudad hubo, por lo menos, 894 hospitalizaciones de pacientes en estado terminal, que murieron, y cuyos costos pudieron alcanzar los US$44'700.000, si su costo fuera equivalente al de los países de la Unión Europea.

La prevalencia en bancos de sangre es una medida que puede ser útil para considerar la situación de la epidemia en la población general. Según el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en 2001 se recolectaron 136.014 unidades de sangre, de las cuales 0,26% (n= 364) fueron serorreactivas para VIH, con un valor mínimo de 0,05% y uno máximo de 0,8% y con una seropositividad de 0,035% (n= 48/136.014) para Western Blot.

De los donantes seropositivos para VIH, la distribución por edad presenta una media de 31 años, y 68% eran hombres, para una relación hombre mujer de 8.6 (43/5).

Hepatitis B

En los tres últimos años, la tasa de incidencia de hepatitis B ha tenido un leve incremento en Bogotá, al pasar de 2,6 por 100.000 habitantes en 1999 a 3,2 por 100.000 habitantes en 2001 (véase la tabla 18), lo que indica que la ciudad es de baja endemia.

El género masculino fue el más afectado, con 70%; el femenino, por su parte, obtuvo un porcentaje de 30%, con una razón de 2. hombres por cada mujer afectada.

Por grupos de edad, la población de 45 a 59 años presentó la mayor incidencia, con 7,4 por 100.000 habitantes; la menor incidencia fue en la población de 1 a 4 años, con 1,28 por 100.000 habitantes. En la población menor de un año no se presentaron casos (véase la tabla 19).

La incidencia por localidad fue mayor en Santafé, La Candelaria y Teusaquillo, que tuvieron una incidencia por encima de 7 por 100.000 habitantes (véase el mapa 3).

Según el régimen de afiliación, 67,3% (144) pertenecía al contributivo, 9,3% (20) al subsidiado y 23,4% (50) era población vinculada.

La cobertura de vacunación de hepatitis B se encuentra por debajo de 80%, entre 64,3% y 75,3% para 2000 y 2001, respectivamente.

TABLA 17. VIH y sida: causa básica de muerte. Bogotá, 2000-2001

Código CIE-10	Causa básica de muerte	2000 Total	2000 % respecto al total	2000 % respecto enfermedad resultante	2001 Total	2001 % respecto al total	2001 % respecto enfermedad resultante
B24X	Enfermedad por el virus de Inmunodeficiencia humana	284	60,94		234	54,67	
B206	VIH, resultante en neumonía por *Pneumocystis carinii*	67	14,38	36,81	59	13,79	30,41
B200	VIH, resultante en infección por micobacterias	53	11,37	29,12	58	13,55	29,90
B210	VIH, resultante en sarcoma de Kaposi	26	5,58	14,29	22	5,14	11,34
B212	VIH, resultante en otros tipos de linfoma no Hodgkin	16	3,43	8,79	18	4,21	9,28
B208	VIH, resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias	10	2,15	5,49	26	6,07	13,40
B209	VIH, resultante en enfermedad infecciosa o parasitaria no especificada	3	0,64	1,65	0	0,00	0,00
B169	Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta (coinfección), con coma hepático	2	0,43	1,10	0	0,00	0,00
B219	VIH, resultante en tumores malignos no especificados	2	0,43	1,10	0	0,00	0,00
B211	Sida con linfoma de Burkitt	0	0,00	0,00	1	0,23	0,52
B220	Enfermedad por VIH resultante por encefalopatía	0	0,00	0,00	3	0,70	1,55
B203	VIH, resultante en otras infecciones virales	1	0,21	0,55	0	0,00	0,00
B217	VIH, resultante en tumores malignos múltiples	1	0,21	0,55	2	0,47	1,03
B218	VIH, resultante en otros tumores malignos	1	0,21	0,55	5	1,17	2,58
Total		**466**	**100**	**39**	**428**	**100**	**0**

Fuente: Sistema de estadísticas vitales-Certificado de defunción.

TABLA 18. Tasa de incidencia de hepatitis B, por 100.000 habitantes. Bogotá, 1999-2001

Año	No	Tasa de incidencia
1999	164	2,6
2000	188	2,9
2001	214	3,2

TABLA 19. Tasa de incidencia de hepatitis B por grupo de edad. Bogotá, 2001

Grupo etáreo	No	Incidencia
< 1 año	0	-
1 - 4 años	7	1.28
5 - 14 años	10	0.86
15 - 44 años	114	3.39
45 - 59 años	62	7.40
60 y más años	21	4.74

Según certificado de defunción, la tasa de mortalidad de hepatitis viral (A, B, C) fue de 0,06 por 10.000 habitantes, cercana a la de 2000, que fue de 0,05 por 10.000.

Transmisibles

Tuberculosis

De acuerdo con la información recogida por medio del programa de prevención y control de tuberculosis, durante 2001 se registraron 968 casos; por su parte, mediante el sistema alerta acción se notificaron 910, con una concordancia de información de 94%. Las localidades que tuvieron una concordancia inferior a 80% entre el programa y el SAA fueron Usme, Fontibón, Teusaquillo, La Candelaria y Rafael Uribe.

En 2001 la incidencia de tuberculosis en todas sus formas fue de 14 por 100.000 habitantes, lo que representa un incremento de cerca de dos puntos en relación con 2000, cuando la incidencia fue de 12,14 por 100.000 habitantes; en cuanto a la incidencia de tuberculosis pulmonar en 2001, esta fue de 10 por 100.000 habitantes y la de la extrapulmonar de 4 por 100.000 habitantes (véase el gráfico 12).

La incidencia más alta de tuberculosis extrapulmonar se presentó en la TB pleural, con 0,97 por 100.000 habitantes, seguida por la meníngea, con 0,88 por 100.000 habitantes (véase el gráfico 13); de esta última ocurrió 1 caso en menores de 1 año, y 2 en población de 1 a 4 años.

La cobertura de vacunación con BCG para 2001 fue de 83,8%, mayor a la de 2000, cuando fue de 82,2%; por último, la incidencia de TBC-VIH/sida fue de 2,27 por 100.000 habitantes.

La incidencia de casos fue mayor en la zona centro oriente de Bogotá —localidades Los Mártires, La Candelaria y Santafé—, seguida por la zona norte —localidades Teusaquillo y Chapinero— (véase el mapa 4).

Según sitio de procedencia, 90% (812) de los casos notificados habitaba en la ciudad y el 10% restante (92) procedía de otros departamentos.

En relación con la distribución de TBC por género, el masculino presentó el mayor número de casos, con 63,5% (578), y el femenino 36,4% (332); la razón hombre mujer fue de 1.74, es decir que por cada dos hombres con tuberculosis, aproximadamente se enfermó una mujer por este evento.

De acuerdo con la incidencia por grupos de edad, la población de 60 y más años fue la más afectada, con 60,3 por 100.000 habitantes, seguida por la población entre 45 y 59 años, con 17,4 por 100.000 habitantes; la menos afectada fue la población entre 5 y 14 años, con una incidencia de 1,1 por 100.000 habitantes (véase la tabla 20).

En las localidades que presentaron la mayor incidencia de casos —Los Mártires, Santafé y La Candelaria—, la más alta

MAPA 3. Incidencia de hepatitis B por localidad. Bogotá, 2001

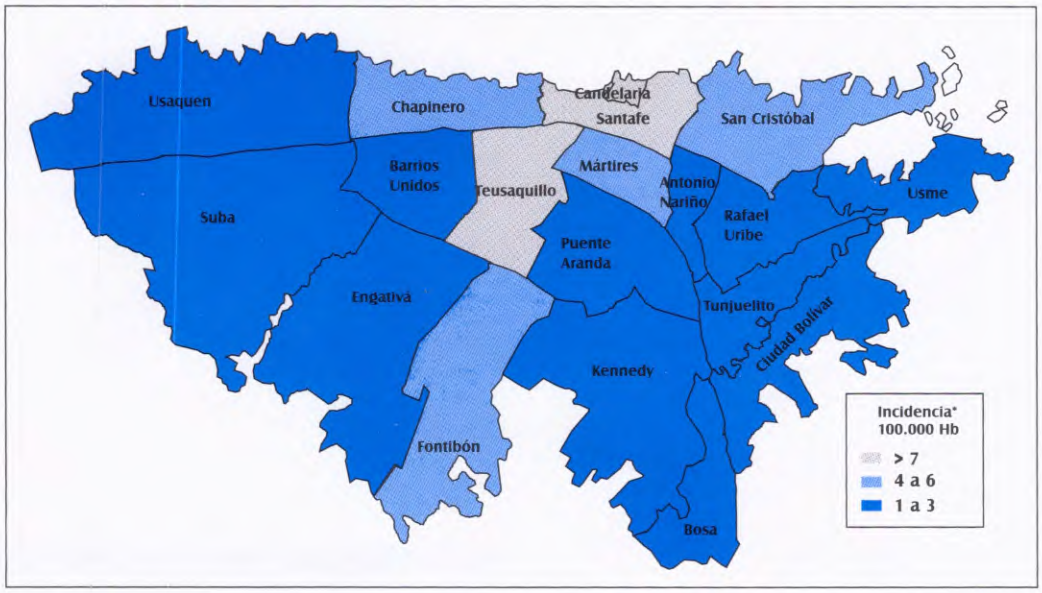
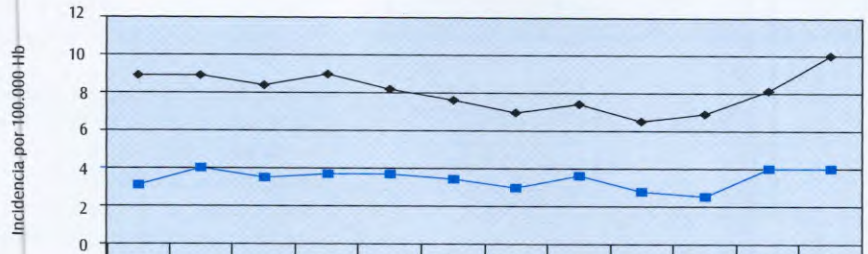


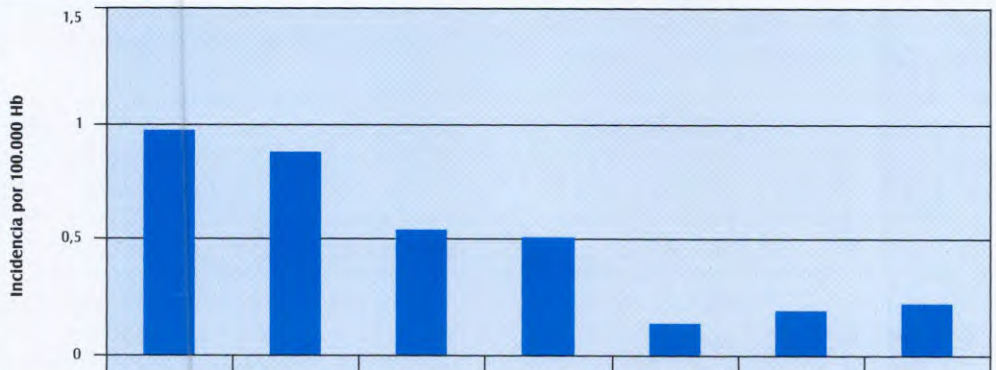
GRÁFICO 12. Incidencia de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Bogotá, 1990-2001



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PULMONAR	8,9	8,9	8,4	9	8,2	7,6	7	7,4	6,5	6,9	8,1	10
EXTRAPULMONAR	3,1	4	3,5	3,7	3,7	3,4	3	3,6	2,8	2,5	4	4

Fuente: Programa de prevención y control de TBC.

GRÁFICO 13. Incidencia de tuberculosis extrapulmonar. Bogotá, 2001



	PLEURAL	MENÍNGEA	GANGLIONAR	MILIAR	ÓSEA	RENAL	PERITONEAL
Incidencia	0,97	0,88	0,54	0,51	0,14	0,2	0,23

Tuberculosis extrapulmonar

MAPA 4. Incidencia de la tuberculosis por localidad. Bogotá, 2001

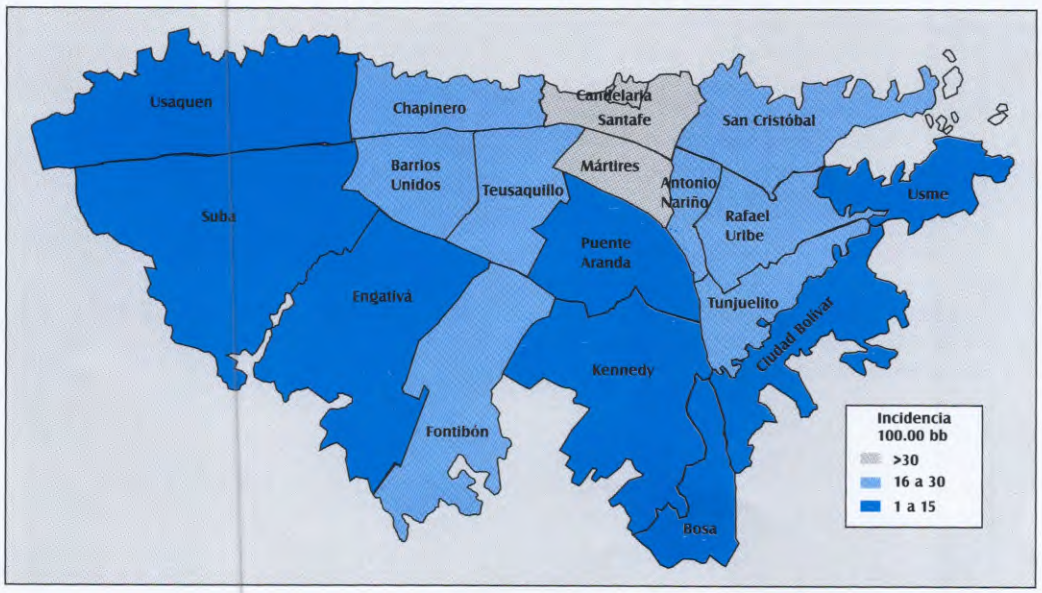


TABLA 20. Incidencia de tuberculosis, según localidad y grupo de edad (tasa por 100.000 habitantes). Bogotá, 2001

Localidad	> 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 y mas años	Total Incid.
Usaquén	11.0	2.9	0.0	9.2	8.1	45.8	10.9
Chapinero	0.0	0.0	0.0	17.4	34.2	57.4	22.5
Santafé	0.0	33.3	9.3	58.6	51.0	73.0	50.9
San Cristóbal	0.0	0.0	0.0	12.5	34.5	89.4	18.1
Usme	0.0	0.0	0.0	9.6	25.0	98.7	13.3
Tunjuelito	0.0	5.6	0.0	7.3	25.9	36.7	9.8
Bosa	0.0	2.4	1.5	5.9	11.4	64.5	8.6
Kennedy	0.0	1.3	0.6	4.7	6.0	33.3	6.5
Fontibón	0.0	4.3	0.0	13.7	14.5	58.5	15.1
Engativá	0.0	1.6	1.5	8.1	9.2	53.8	10.7
Suba	0.0	1.7	0.0	7.6	13.4	67.6	11.9
Barrios Unidos	0.0	0.0	3.7	14.8	13.6	40.1	15.9
Teusaquillo	0.0	0.0	6.3	10.1	21.3	100.9	22.7
Los Mártires	0.0	15.7	6.2	58.6	149.5	259.8	82.0
Antonio Nariño	0.0	0.0	0.0	24.8	17.2	34.9	20.0
Puente Aranda	0.0	9.8	4.2	6.4	21.0	56.8	12.4
La Candelaria	0.0	0.0	0.0	48.8	0.0	76.6	35.8
Rafael Uribe	0.0	9.7	1.5	14.0	12.3	46.6	15.0
Ciudad Bolívar	5.3	1.6	0.8	9.8	22.2	58.0	11.6
Sumapaz	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	**2.1**	**3.1**	**1.1**	**10.9**	**17.4**	**60.3**	**14.0**

Fuente: Sistema alerta acción-área de vigilancia en salud pública.

por grupo de edad se presentó en la población de 45 a 59 años y en la de 60 y más, situación que difiere de la estructura de sus pirámides de población, en las que la mayor concentración de la población se encuentra entre 15 y 45 años.

La incidencia de tuberculosis pulmonar en esas localidades presenta la siguiente magnitud: Los Mártires con 46 por 100.000 habitantes; La Candelaria con 22 por 100.000; y Santafé con 7 por 100.000; la incidencia de tuberculosis extrapulmonar correspondió a 28 por 100.000 en Los Mártires; a 7 por 100.000 habitantes en La Candelaria; y a 4 por 100.000 en Santafé.

Respecto a las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC), ante la no notificación de casos de TBC fueron efectivas 66% (384); la prevalencia de sintomáticos respiratorios en los contactos investigados (804) fue de 10,4% y la incidencia de casos de tuberculosis pulmonar correspondió a 15,4%; es decir, de los 84 sintomáticos respiratorios identificados 13 se encontraban enfermos de TBC pulmonar y fueron canalizados a su aseguradora. Las localidades Chapinero, Santafé, Bosa, Engativá, Suba, Teusaquillo y La Candelaria obtuvieron un cumplimiento de investigaciones epidemiológicas de campo por encima de 80% (véase el gráfico 14).

Las causas de las investigaciones de campo fallidas se relacionan con la falta de la calidad del dato, direcciones incompletas y teléfonos errados. Según régimen de afiliación, 56% (508) correspondía al contributivo, 10% (88) al subsidiado y 35% (314) fueron casos de población no vinculada.

Respecto a los indicadores de gestión del programa, el porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios fue de 11,6% (28.302) en mayores de 15 años. La baciloscopia fue positiva en 3,04%, es decir que de cada 100 sintomáticos respiratorios examinados es probable que 3 de ellos sean bacilíferos. La concentración de baciloscopias fue de 1,75, situación similar a los últimos 10 años —cuando la concentración es menor que 2 se está perdiendo hasta 10% de enfermos—.

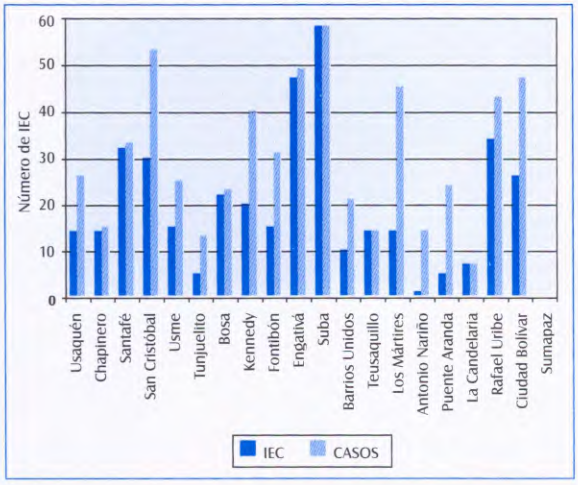
En las cohortes —seguimiento del tratamiento para tuberculosis de un grupo de pacientes durante nueve meses a partir de su ingreso al programa— correspondientes a 1999, 2000 y 2001, realizadas en 85% (17) de las localidades de Bogotá, en 1999 se inscribieron 255 personas en el programa, en 2000 441 y en 2001 555 personas.

Por otro lado, en Bogotá no se alcanzó la meta del compromiso mundial de alcanzar la curación de 85% de los pacientes con baciloscopia positiva para TBC pulmonar. Por el contrario, en la ciudad su cumplimiento fue muy bajo, permaneciendo estable durante los años en mención, así: en 1999 fue de 29,4% (75), en 2000 de 25,65 (113) y en 2001 de 25,76% (143).

El porcentaje de los tratamientos terminados —sin demostración bacteriológica de la negativización del esputo— fue el siguiente: 32,9% (84) en 1999; 24,5% (108) en 2000; y 30% (166) en 2001.

Ante el abandono de tratamientos, cuyo promedio en los tres años mencionados ha sido de 8% y que debería ser inferior a 5%, nos encontramos en una situación de alerta; según un estudio realizado en Bogotá en 1999, las principales causas de abandono se relacionan con la procedencia de otras zonas del país; la condición de participantes vinculados, quienes constituyeron 44% de los abandonos; residir en estratos 2 y 3; el bajo nivel educativo —educación básica primaria—; desempleo; no presentar ningún tipo de soporte familiar o social en términos de contar con un acudiente en caso de ser requerido por el programa. Los aspectos institucionales que pueden influir son: la baja participación de los segundos y primeros niveles de atención, 6,41%; el suministro del tratamiento, 2,56%; en tanto que los terceros niveles asumieron el 25,64%; la regular participación del sector privado respecto al sector público 48,56% y 61,54% respectivamente[9].

GRÁFICO 14. Investigaciones epidemiológicas de campo frente a casos de tuberculosis pulmonar. Bogotá, 2001



9 Juliana María Cuervo R. "Caracterización casos nuevos de TBC que iniciaron tratamiento antituberculoso en instituciones de salud de Bogotá". 1999.

El porcentaje de fracasos es inferior a 2%, lo que está dentro del estándar esperado; el porcentaje de pacientes que se remitió a otra institución antes de terminar el tratamiento fue, en promedio para los tres años, de 16,3%.

Al comparar el número de pacientes Bk positivos que murieron durante el tratamiento, el promedio de fallecidos fue de 11,2%. Según certificado de defunción, hubo 85 muertes por tuberculosis en todas sus formas; para una tasa de mortalidad de 1,31 por 100.000 habitantes; la tasa de mortalidad de tuberculosis pulmonar fue de 0,097 y de extrapulmonar de 0,034 por 100.000 habitantes. La tasa de letalidad correspondió a 8,7 por cada 100 enfermos, menor a la de 2000, que fue de 12 por cada 100 enfermos.

Lepra

En 2001 el programa de eliminación de la lepra y el sistema alerta acción captaron 38 casos, de los cuales 94,8% (36) procedía de Bogotá y 5,2% (2) de otras zonas del país. De acuerdo con la clasificación de los casos de lepra, 76% (29) eran multibacilares y 24% (9) paucibacilares.

El 63% no presentó discapacidad, 24% tenía discapacidad grado I —anestesia en manos y pies— y 13% discapacidad grado II —úlceras y heridas, dedos en garra móviles, reabsorción de una o más falanges, parálisis radial, perforante plantar, dedos en martillo, anquilosis de la articulación del cuello del pie—.

En Bogotá la prevalencia correspondió a 0,1 casos por cada 10.000 habitantes. Es importante el comportamiento de las localidades más afectadas por dicho evento; en este sentido, cabe señalar que Ciudad Bolívar presenta una incidencia de 1,17 por 100.000, seguida por Los Mártires, con 1,05 por 100.000, Fontibón, con 1,04 por 100.000 y Antonio Nariño, con 1,2 por 100.000 habitantes. El resto de localidades presenta una incidencia menor a 1 por 100.000 (véase la tabla 21).

Respecto a la notificación de este evento, la localidad Antonio Nariño reportó 63% (24) de los casos, que fueron atendidos en el centro dermatológico Federico Lleras Acosta; Usaquén notificó 4 casos; Tunjuelito, San Cristóbal y Los Mártires 2 casos cada una; y Engativá, Suba, Teusaquillo y Ciudad Bolívar reportaron 1 caso cada una.

Las ESE realizaron 60,5% (23) de investigaciones epidemiológicas de campo, sin sintomáticos de piel identificados dentro de los contactos examinados.

El género masculino fue el más afectado, con una incidencia de 0,8 por 100.000 habitantes; por su parte, en el femenino la incidencia fue de 0,32 por 100.000, con una razón de 2,5 hombres por cada mujer afectada.

Por grupo de edad, la población de 65 años y más presentó la mayor incidencia, 2,3 por 100.000 habitantes, seguido por el grupo de 45 a 59 años, con una incidencia de 1,1 por 100.000 habitantes (véase la tabla 22).

Según aseguramiento, 16% (6) pertenecía al régimen subsidiado, 22% (8) al contributivo y 57% (22) era vinculado.

TABLA 21. Incidencia de la lepra por localidad. Bogotá, 2001

Localidad	Incidencia * 100.000 habitantes
San Cristóbal	0.44
Usme	0.40
Tunjuelito	0.98
Bosa	0.23
Kennedy	0.21
Fontibón	1.04
Engativá	0.26
Suba	0.41
Los Mártires	1.05
Antonio Nariño	1.02
Puente Aranda	0.71
Rafael Uribe	0.52
Ciudad Bolívar	1.17
Santafé	0.93

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

TABLA 22. Incidencia de casos de lepra según grupo de edad. Bogotá, 2001

Grupo de edad	Incidencia 100.000 habitantes
5 a 14	0.1
15 a 44	0.5
45 a 59	1.1
60 y más	2.3

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-sistema alerta acción.

Los pacientes con enfermedad de Hanssen acuden a sesiones de fisioterapia a instituciones especializadas como el centro dermatológico Federico Lleras Acosta, que cuenta con un gimnasio y todos los elementos necesarios de fisioterapia y de mantenimiento y recuperación de ojos, manos y pies, y con personal con experiencia reconocida en el manejo de esta problemática.

En coordinación de la Secretaría Distrital de Salud con la Ayuda Alemana a los Enfermos de Lepra y Tuberculosis se distribuyen elementos de protección de la piel como aceites, lubricantes, material de curaciones, y otros elementos para la protección de ojos, manos y pies, como guantes, zapatos ortopédicos y colirios, entre otros.

Mediante visitas periódicas de seguimiento se incluye un plan casero para la prevención de la discapacidad, en el que participan el paciente y su núcleo familiar; por medio de actividades educativas se capacitan y sensibilizan el paciente y su familia en aspectos relacionados con la enfermedad y la superación del estigma social que genera este evento, produciendo un cambio positivo de actitud que beneficia a los pacientes de lepra.

Inmunoprevenibles

El programa ampliado de inmunizaciones (PAI) es una actividad conjunta de las naciones del mundo y organizaciones internacionales, tendiente a lograr una cobertura universal de vacunación con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

La cobertura de vacunación en Bogotá durante 2000 y 2001 está por debajo de lo que se determina como útil; por tanto, es muy importante caracterizar y analizar los casos con el fin de tomar las medidas adecuadas.

La vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles da la pauta para reforzar los programas de vacunación y alcanzar las metas propuestas.

Varicela

Durante 2001 se notificaron 12.620 casos de varicela clasificados por cuadro clínico, que comparados con los de 2000 (10.233) muestran un aumento de 23,32% en la notificación. Este evento se presentó en mayor proporción en niños de 1 a 4 años (3.660) con un peso porcentual de 29%, seguido por los de 5 a 9 años, con un porcentaje de 24,3% (3.077).

Las localidades con tasas más altas fueron Chapinero, Teusaquillo, Sumapaz y Los Mártires; las de menor incidencia fueron Usme, Antonio Nariño y Santafé (véase el mapa 5).

Si se analiza lo observado en 2001 por periodo epidemio-lógico, los casos esperados se superan en todos los periodos; además, hubo dos meses —marzo y octubre—, que corresponden a época escolar, en los que los casos aumentaron; en cambio, descendieron durante enero, junio y diciembre, que corresponden a periodos de vacaciones (véase el gráfico 15).

Debe tenerse en cuenta que el control de la varicela se está llevando a cabo con medidas exclusivas de aislamiento y educación, y debe haber un mayor acercamiento comunitario para la detección precoz de casos.

En cuanto a los brotes, durante 2001 se presentaron 200, siendo San Cristóbal la localidad en la que se presentó el mayor número, 38, seguida por Kennedy con 29, Los Mártires con 21, Usme con 20, y Puente Aranda con 17; en el resto de localidades hubo menos de 12 brotes.

En 44,7% de los brotes se presentaron 2 casos, en 40,2% entre 3 y 10, en 8,6% entre 11 y 19 casos, en 6% hubo desde 20 hasta 65, y hubo un brote en el cual se presentaron 76 casos (0,5%).

Parotiditis

En 2001 se notificaron 413 casos de parotiditis, lo que representa una disminución leve en relación con 2000 (468). El grupo de 1 a 4 años fue el más afectado, con 160 casos, que representaron 38,79%; estuvo seguido por el de 5 a 14 años, con 96 casos (23,2%); hubo un cambio en la distribución de los casos en relación con el año anterior, que mostraba un mayor número de casos en la edad de 5 a 9 años.

Los picos en la notificación se presentaron en octubre (40) y mayo (38); los periodos restantes presentaron un promedio de notificación de 35 casos (7,65%), siendo diciembre el mes con menos notificación, 19 casos, debido a que la cadena de transmisión se corta al estar los estudiantes en vacaciones (véase gráfico 16).

La incidencia de casos por 100.000 habitantes para Bogotá fue de 6,35. En el mapa 6 puede observarse la distribución de la incidencia por localidad, siendo Chapinero, Teusaquillo y Los Mártires las de mayor incidencia.

En los niños de 1 a 4 años se presenta una incidencia de 29,32 por 100.000 niños de esas edades.

MAPA 5. Incidencia de varicela por localidad. Bogotá, 2001

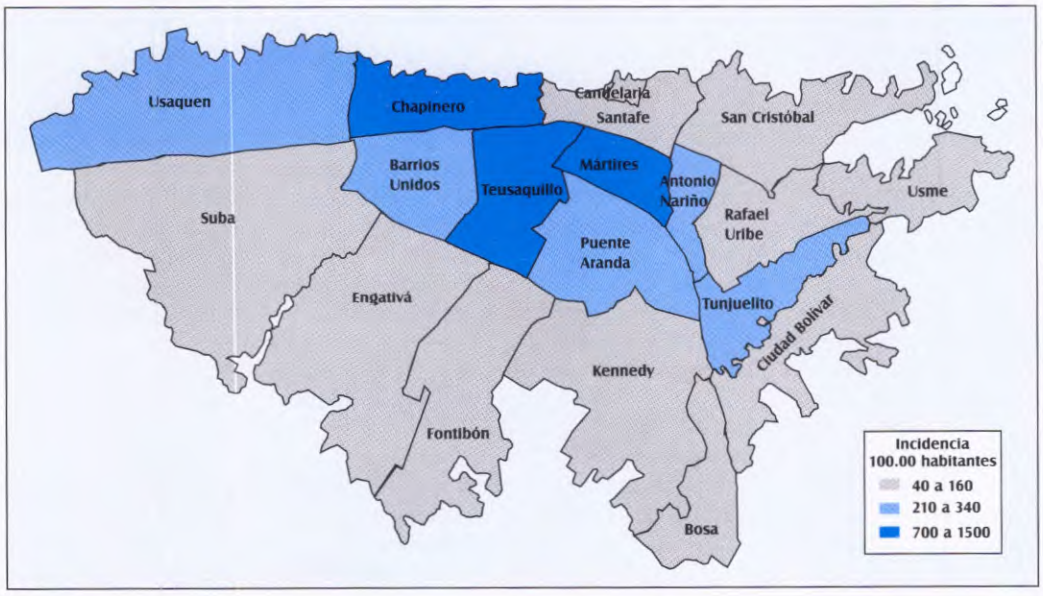


GRÁFICO 15. Nivel endémico de varicela. Bogotá, 2001

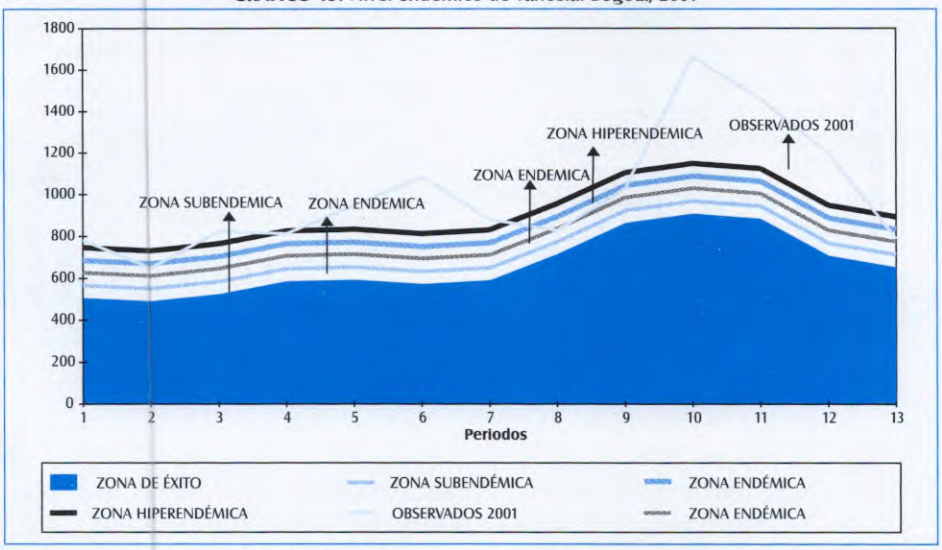
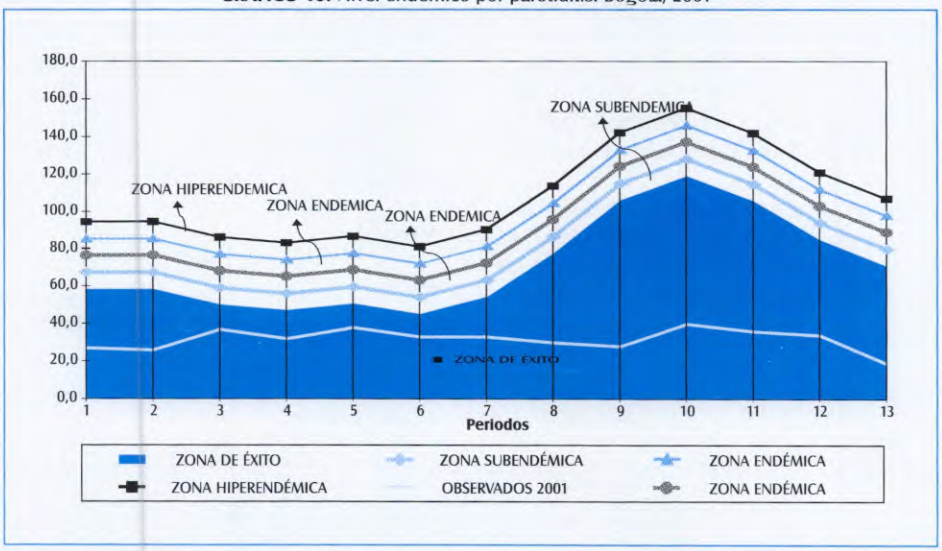
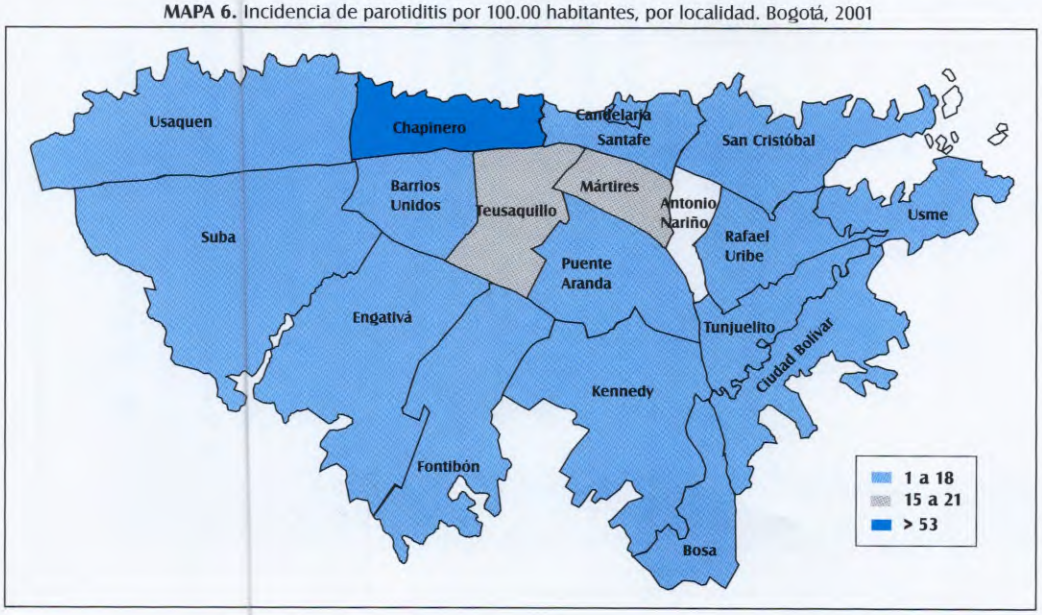


GRÁFICO 16. Nivel endémico por parotiditis. Bogotá, 2001



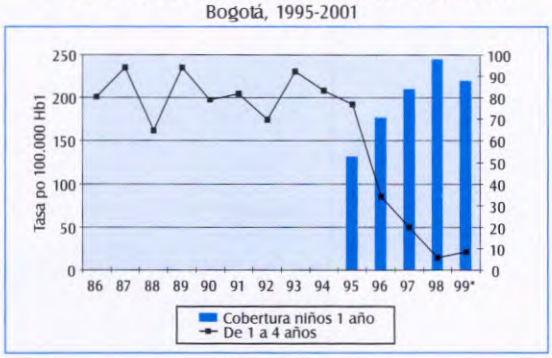
MAPA 6. Incidencia de parotiditis por 100.00 habitantes, por localidad. Bogotá, 2001



La incidencia de la parotiditis viene descendiendo desde 1995, y su comportamiento está dentro de lo esperado, aumentando levemente en octubre. La cobertura de vacunación aumentó significativamente en 2001, y desde 1995 se observa el descenso en la incidencia en niños de 1 a 4 años, por la implementación de la vacuna triple viral. En 2001 la incidencia aumentó levemente, incremento coherente con la disminución de la cobertura de vacunación en 2000 (véase el gráfico 17).

Por género, 45,3% de los casos se presentaron en mujeres y 54,7% en hombres, que pueden presentar más complicaciones.

GRÁFICO 17. Incidencia de paperas en niños de 1-4 años y cobertura de vacunación con triple viral. Bogotá, 1995-2001



Tosferina

En 2001 se notificaron 128 casos probables de tosferina, de los cuales 19 se clasificaron como positivos por inmunofluorecencia indirecta y 1 como compatible; los 108 restantes se descartaron por laboratorio. Hubo 2 casos en niños mayores de 1 año y los restantes se presentaron en menores de esa edad, de los cuales 1 paciente procedía de Cundinamarca. Dentro de los casos positivos por laboratorio y compatibles, la incidencia en menores de 1 año fue de 11,72 por 100.000 menores de 1 año y en el grupo de 1 a 4 años fue de 0,36 por 100.000 niños de esa edad (véanse el gráfico 18 y el mapa 7).

En 2001, los casos de tosferina notificados aumentaron con respecto a 2000, lo que puede atribuirse, en parte, a la baja en la cobertura de vacunación y a las capacitaciones en los niveles locales encaminadas a la captación de casos y a la mejor notificación.

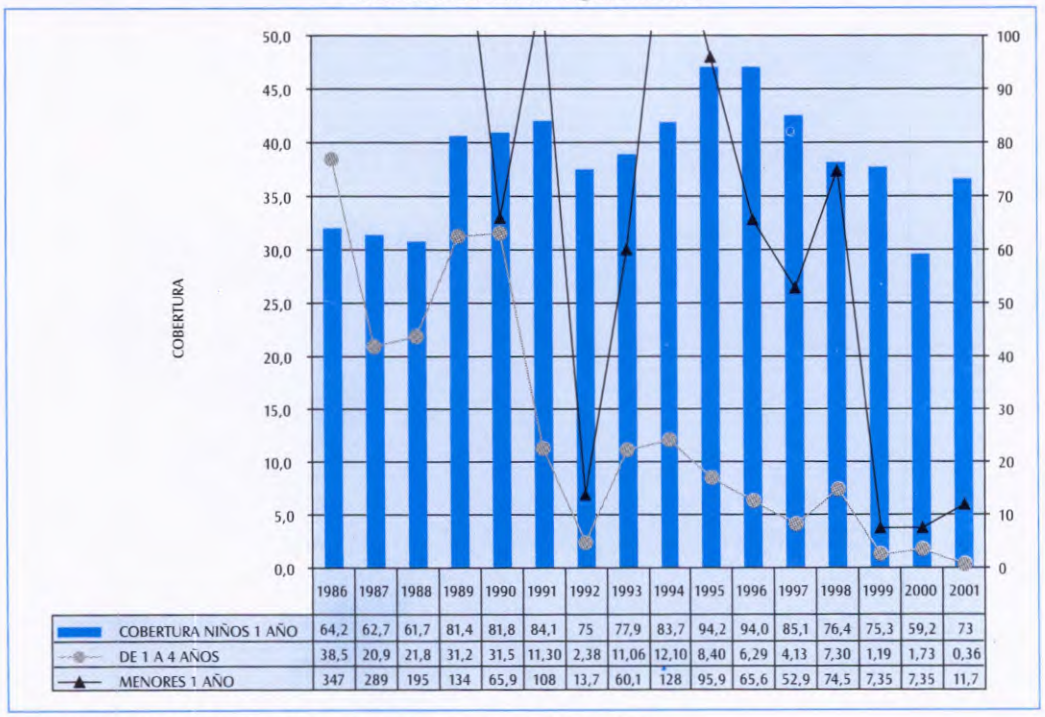
Los 18 casos confirmados por laboratorio residían en las localidades de Engativá, 3; Fontibón, Los Mártires, San Cristóbal, Suba y Usme, con 2 casos cada una; y 1 en Barrios Unidos, Ciudad Bolívar, Usaquén, Rafael Uribe Uribe y Tunjuelito.

Dos casos terminaron en muerte y se presentaron en niñas de 2 meses que tenían el esquema de vacunación para la edad, aun cuando debido a la misma no contaban con dosis de DPT. Ambos casos fueron tratados inicialmente como infecciones respiratorias agudas, ordenando antibiótico; el diagnóstico final se realizó por inmunoflorecencia y cultivo.

Difteria

En 2001 se notificó 1 caso probable de difteria, que fue descartado (véase el gráfico 19). La ausencia de casos de difteria

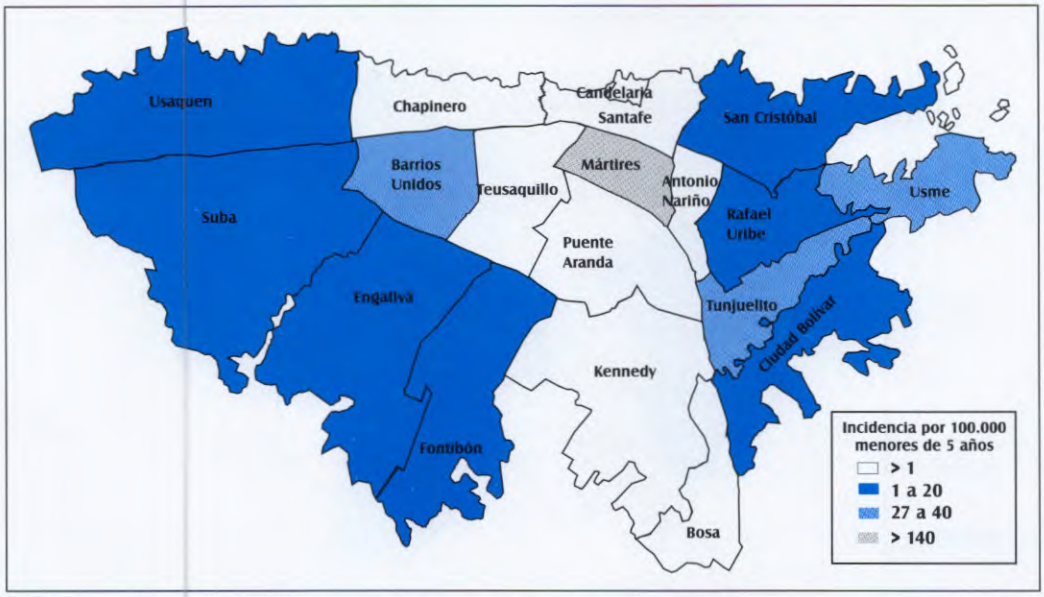
GRÁFICO 18. Incidencia de tosferina en menores de 5 años, y cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 años. Bogotá, 1986-2001



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
COBERTURA NIÑOS 1 AÑO	64,2	62,7	61,7	81,4	81,8	84,1	75	77,9	83,7	94,2	94,0	85,1	76,4	75,3	59,2	73
DE 1 A 4 AÑOS	38,5	20,9	21,8	31,2	31,5	11,30	2,38	11,06	12,10	8,40	6,29	4,13	7,30	1,19	1,73	0,36
MENORES 1 AÑO	347	289	195	134	65,9	108	13,7	60,1	128	95,9	65,6	52,9	74,5	7,35	7,35	11,7

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

MAPA 7. Prevalencia clásica de tosferina por localidad en menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3. Bogotá, 2001



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-sistema de vigilancia alimentaria y nutricional.

puede atribuirse a los siguientes factores: la alta inmunigenicidad de la vacuna; la aplicación de la vacuna de toxoide tetánico y diftérico (TD) en lugar del toxoide tetánico (TT); y a la no circulación del agente, lo que lleva a la protección del recién nacido antes de la aplicación de la antidiftérica.

Meningitis por *Haemophilus influenzae*

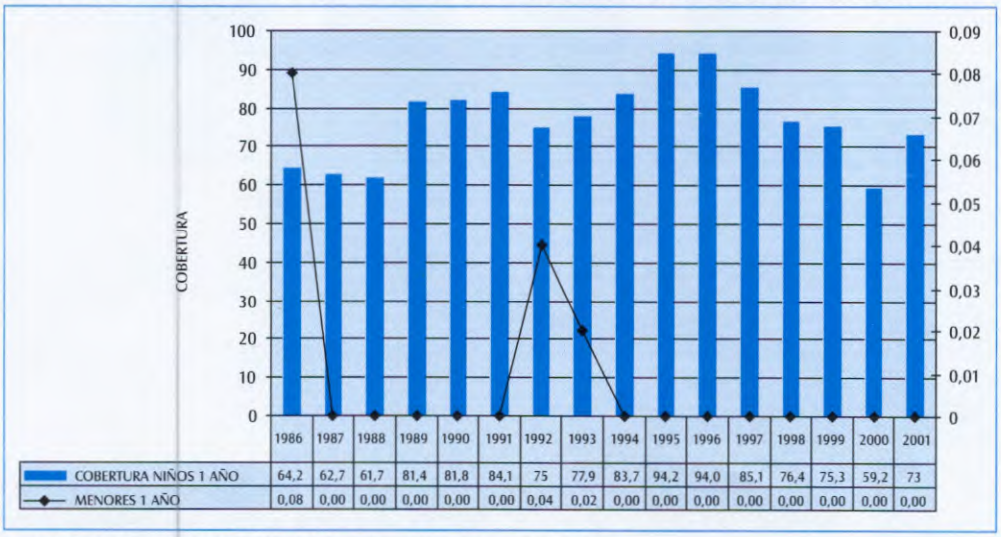
Durante 2001 al sistema alerta acción se notificaron 14 casos de meningitis por *Haemophillus influenzae* confirmados por el laboratorio; todos residían en Bogotá. De acuerdo con el grupo edad, 71% (10) se presentó en población menor de 1 año; 2 casos en el grupo de 1 a 4 años y los otros 2 en niños de 7 años.

Ese año la incidencia en la población de menores de 1 año fue de 6,89 por 100.000 habitantes; para la población de 1 a 4 años fue de 0,36 por 100.000 niños de esa edad; y de 0,17 por 100.000 niños de 5 a 14 años.

Por localidad las tasas más altas estuvieron en los menores de un 1 año en Tunjuelito, Usme y Puente Aranda; y en los niños de 1 a 4 años la más alta se presento en Bosa (véase el mapa 8).

En 2001 la cobertura de vacunación con Hib disminuyó con respecto a 2000, siendo de 51%, 9,4% menos que en 2000 (véase el gráfico 20); una de las causas de esta disminución fue la falta de continuidad en el suministro de vacuna.

GRÁFICO 19. Incidencia de difteria en menores de 1 año y cobertura de vacunación con DPT. Bogotá, 1986-2001



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
COBERTURA NIÑOS 1 AÑO	64,2	62,7	61,7	81,4	81,8	84,1	75	77,9	83,7	94,2	94,0	85,1	76,4	75,3	59,2	73
MENORES 1 AÑO	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

MAPA 8. Incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae* según localidad. Bogotá, 2001

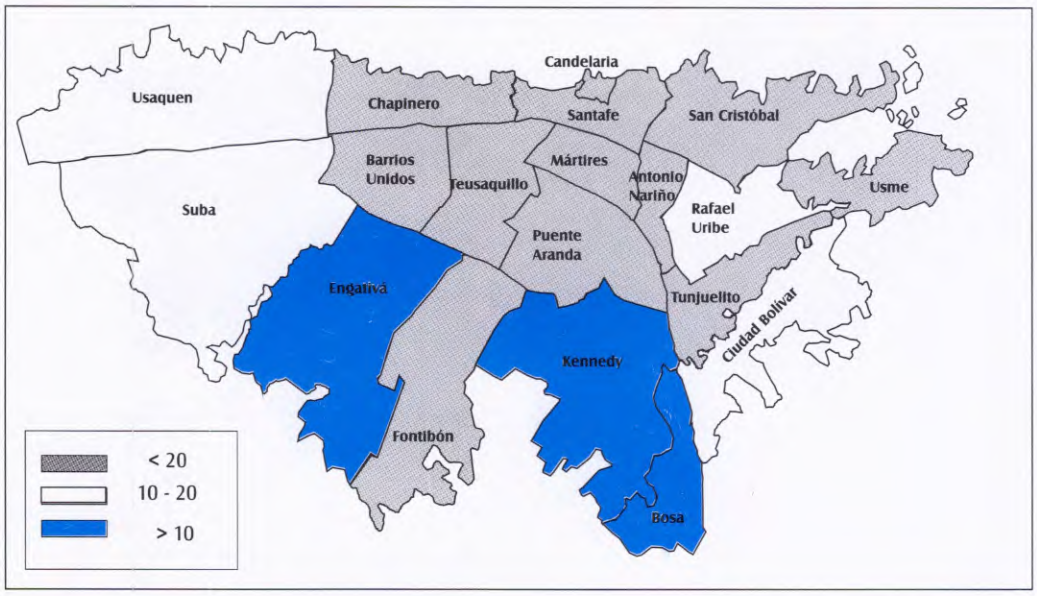
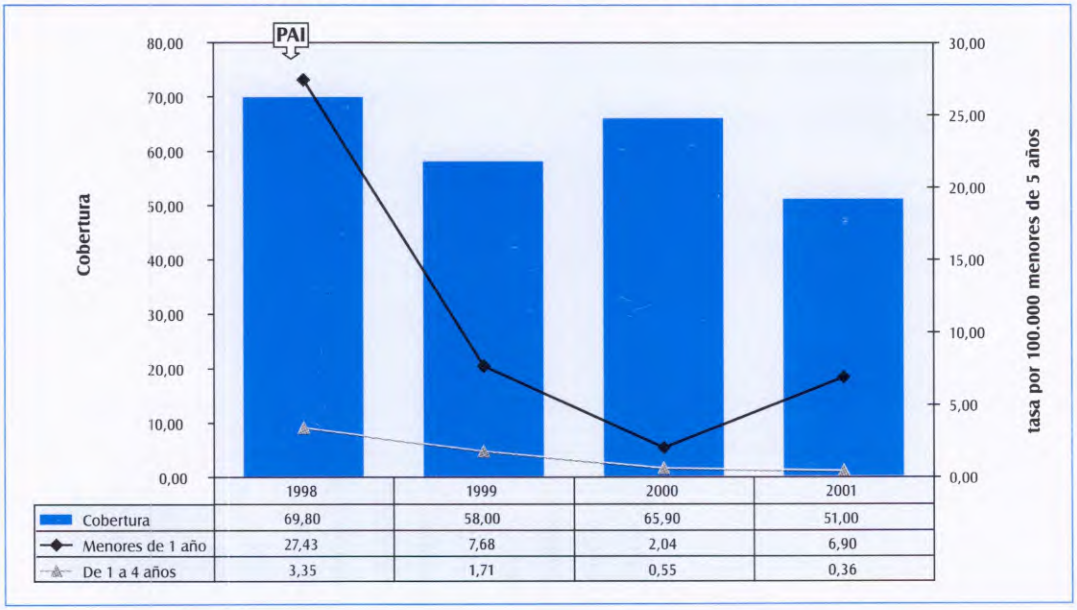


GRÁFICO 20. Incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae* en menores de 5 años y cobertura de vacunación en menores de 1 año. Bogotá, 1998-2001



	1998	1999	2000	2001
Cobertura	69,80	58,00	65,90	51,00
Menores de 1 año	27,43	7,68	2,04	6,90
De 1 a 4 años	3,35	1,71	0,55	0,36

Meningitis por meningococo

En 2001 se notificaron 16 casos por meningitis por meningococo confirmados por laboratorio; de estos, 87,5% (14) eran de Bogotá y 12,5% (2) de Cundinamarca. La incidencia de este evento en Bogotá fue de 0,24 por 100.000 habitantes, siendo igual a la del año anterior. Ninguno de los casos tuvo nexo epidemiológico y todos fueron aislados.

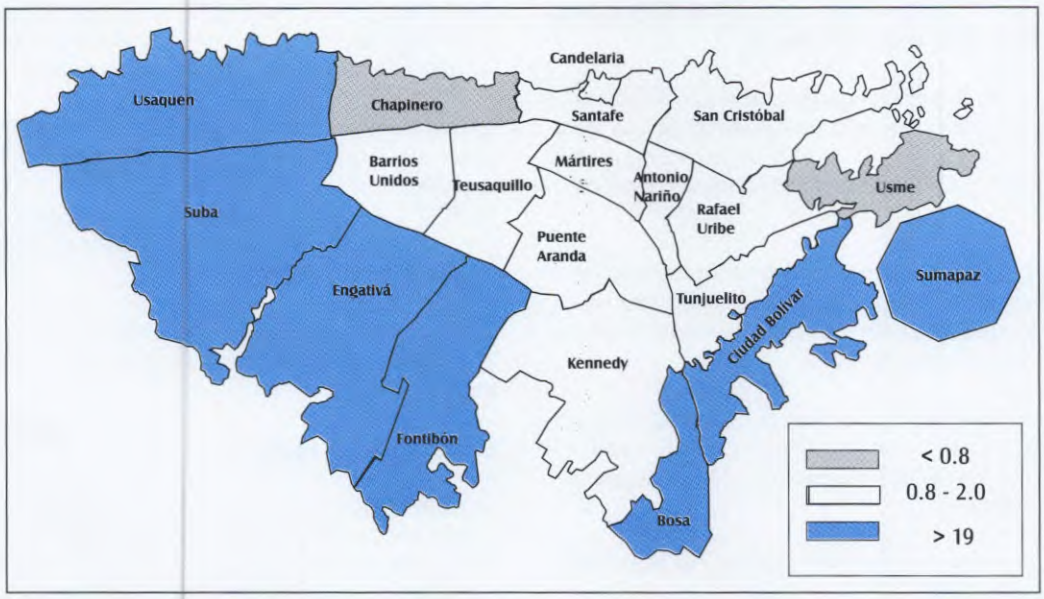
De acuerdo con lo notificado, en los menores de 1 año se presentaron 3 casos (18,75%); el grupo etáreo de 1 a 4 años presentó 2, con 12,5% de los casos; en el grupo de 5 a 14 años se presentaron 3 casos (18,75%), y en la población de 15 a 44 años 6 (3,5%).

Al observar la incidencia por localidad, Sumapaz se encuentra en primer lugar, seguida de Usme y Chapinero (véase el mapa 9).

Sarampión

En 2001 se notificaron 134 casos sospechosos de sarampión; según edad, 26% (35) eran menores de 1 año; 38% (51) tenía

MAPA 9. Influencia de meningitis por menigococo, por localidad.



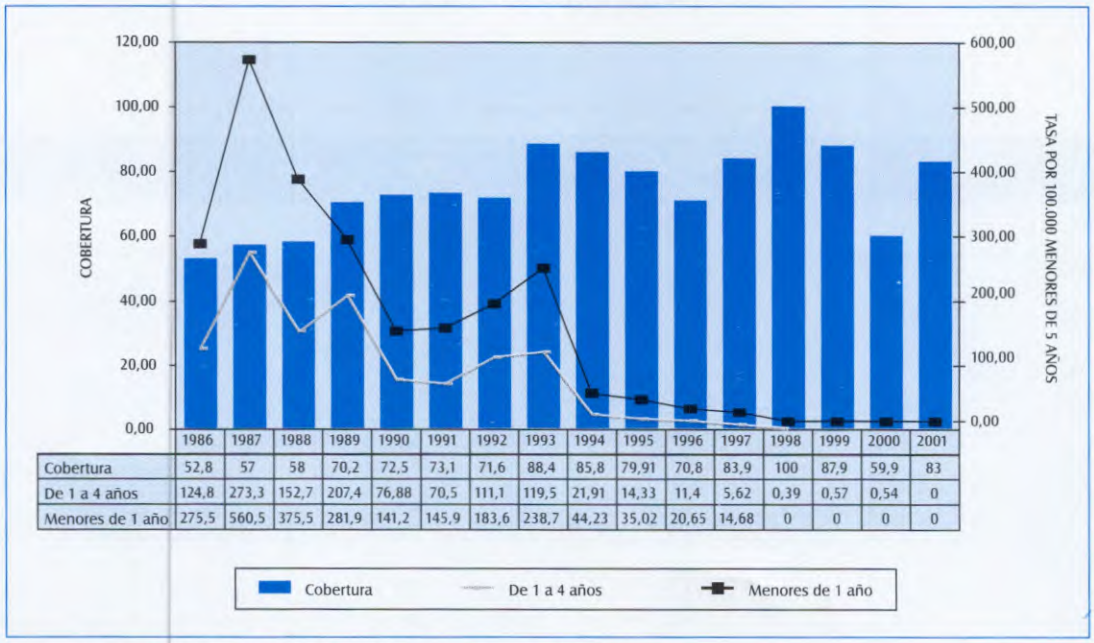
de 1 a 4 años (véase el gráfico 21); 17% (23) de 5 a 14; y 19% (25) 15 años y más. Del total de casos, 2,2% (3) se descartó como reacción posvacunal, y 97,8% (131) como otra patología.

La cobertura de vacunación con triple viral alcanzada en 2001 fue de 83% (véase el gráfico 21), que aun cuando es mejor que la alcanzada en 2000 no es útil para evitar la circulación del virus. Por otro lado, el riesgo de presencia de brotes continúa aumentando, debido al aumento de susceptibles menores de 5 años que no han sido protegidos con ninguna dosis de vacuna.

Los resultados de los indicadores de evaluación del plan de erradicación en 2001 fueron 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 92,5%.
- Porcentaje de casos investigados adecuadamente en las primeras 48 horas siguientes a la notificación (mínimo 80%): 23%. Porcentaje bajo, debido a falta de información sobre las investigaciones de campo.

GRÁFICO 21. Incidencia de sarampión en menores de 5 años y cobertura de vacunación con triple viral en niños de 1 año. Bogotá, 1986-2001



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
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	59,9	83
De 1 a 4 años	124,8	273,3	152,7	207,4	76,88	70,5	111,1	119,5	21,91	14,33	11,4	5,62	0,39	0,57	0,54	0
Menores de 1 año	275,5	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	0

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

- Porcentaje de casos con muestra de sangre adecuada (tomada en los 30 primeros días del inicio de la erupción, mínimo 80%): 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%): 81% 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 aplica para las muestras de sangre, mínimo 80%). En 2001 se alcanzó el 45%.

- Número de localidades activas en la ciudad (localidades con uno o más casos confirmados con fecha de inicio del exantema en las últimas 12 semanas). Ninguna cumple con este criterio.

En la tabla 23 se presentan los indicadores por localidad y para Bogotá para 2000.

Rubéola

Durante 2001 ingresaron al sistema alerta acción 336 casos, 37% menos con respecto a 2000 (336/540). De estos, 97% (326) residía en Bogotá, 2,1% (7) en Cundinamarca, 0, 3% (1 caso en cada uno) en Boyacá, Meta y Tolima. De los casos de Bogotá, 81,6% (266) se descartó por pruebas de laboratorio, 9,5% (31) se clasificó como compatible y 8,9% (29) se confirmó por laboratorio.

En 2001 la cobertura de vacunación con triple viral fue de 83% en los niños de 1 año de edad (véase el gráfico 22); en este grupo de edad se observa el descenso sostenido en la incidencia de la enfermedad.

La incidencia de los casos confirmados y compatibles en la población general fue de 0,92 por 100.000 habitantes, y las localidades con la tasa más alta fueron Los Mártires, La Candelaria y Santafé (véanse la tabla 24 y el mapa 10).

De los casos confirmados por laboratorio, 54,5% (30) pertenecía al grupo de 15 a 44 años, seguido del grupo de menores de 1 año, con 21,8% (12), del 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). Según género, 60% (36) eran del femenino y 40% (24) del masculino.

Por régimen de seguridad social, 66,6% (40) pertenecía al contributivo, 21,6% (13) al subsidiado y 11,6% (7) al subsidiado.

Parálisis flácida aguda

Durante 2001 se reportaron por medio del sistema alerta acción 31 casos de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, de los cuales 21 residían en Bogotá y todos fueron descartados para poliomielitis. De los 10 casos restantes, 30% (3) era de Cundinamarca, 30% (3) de Boyacá, 20% (2) Casanare, 10% (1) de Meta y 10% (1) de Amazonas.

De los casos residentes en Bogotá, el grupo de edad más afectado fue el de los niños de 1 a 4 años, con nueve casos (42,9%), seguido de los de 10 a 14, con 6 (28,6%) y el de 5 a 9, con 5 casos (23,8%). Según género, 71,4% (15) correspondía al masculino y 28,6% (6) al femenino.

Según régimen de seguridad social, 66,7% (21) pertenecía al vinculado, 19% (4) al contributivo y 14,3% (3) al subsidiado.

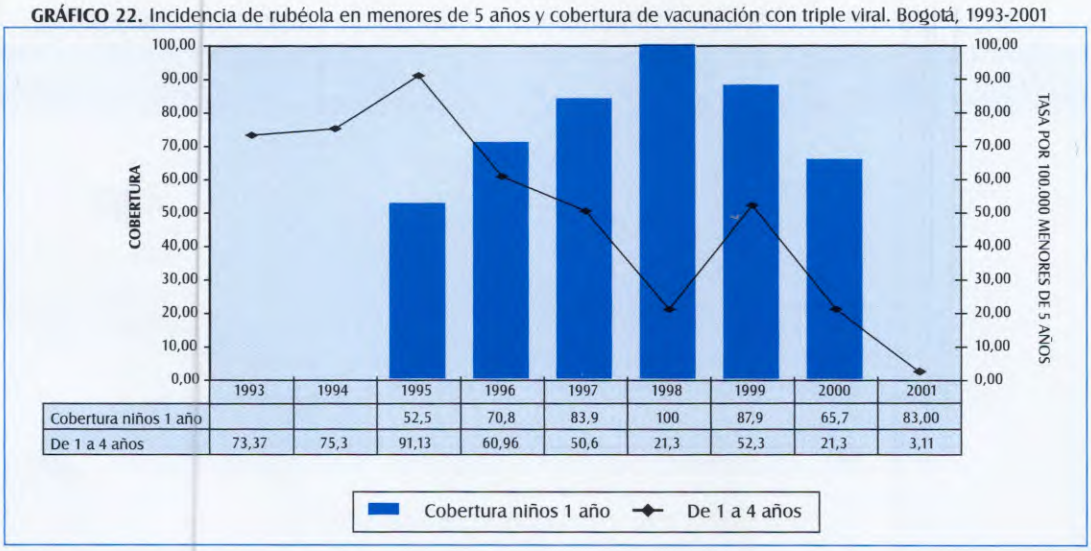
En la tabla 25 se presentan los indicadores de vigilancia epidemiológica en el plan de erradicación de la poliomielitis.

TABLA 23. Indicadores de vigilancia del plan de erradicación del sarampión por localidad y total. Bogotá, 2001

Localidad	Total casos	% notificación semanal	"% casos con muestra adecuada	% casos investigados las primeras 48 horas		% de muestras que llegan al laboratorio < 5 días a la toma de la muestra	"% de casos con resultado <4 días posteriores a la recepción de la muestra
				Completa	%		
Usaquén	23	98	100	5	22	88	42
Chapinero	2	94,4	100	1	50	100	100
San Cristóbal	5	95,6	100	3	60	80	20
Usme	4	90,3	100	0	-	75	25
Tunjuelito	1	94,7	100	1	100	100	0
Bosa	2	75,4	100	0	-	50	50
Kennedy	38	81,2	100	5	13	78	38
Fontibón	1	97,4	100	1	100	100	100
Engativá	9	97,3	100	0	-	78	67
Suba	13	92,3	100	4	31	69	54
Teusaquillo	2	91,1	50	0	-	100	100
Los Mártires	5	95,2	100	1	20	100	57
Antonio Nariño	2	95,7	100	0	-	100	0
Puente Aranda	7	87,6	86	1	14	100	29
La Candelaria	2	95,6	100	0	-	50	50
Rafael Uribe	3	89,9	100	1	33	33	67
Ciudad Bolívar	15	92,3	93	2	13	80	53
Total Bogotá	**134**	**92,5**	**98**	**25**	**19**	**81**	**45**

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública-programa MESS.

GRÁFICO 22. Incidencia de rubéola en menores de 5 años y cobertura de vacunación con triple viral. Bogotá, 1993-2001



	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cobertura niños 1 año			52,5	70,8	83,9	100	87,9	65,7	83,00
De 1 a 4 años	73,37	75,3	91,13	60,96	50,6	21,3	52,3	21,3	3,11

MAPA 10. Incidencia de rubéola por localidad. Bogotá, 2001

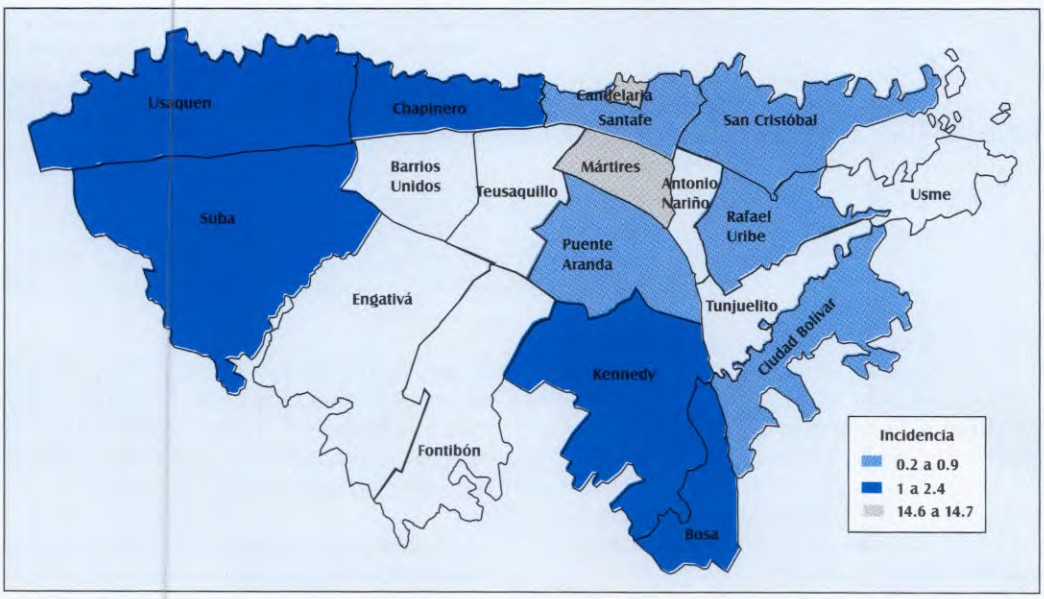


TABLA 24. Tasa de rubéola por localidad. Bogotá, 2001

Localidad	Casos	Incidencia
Usaquén	5	1.2
Chapinero	3	2.4
Santafé	1	0.2
San Cristóbal	1	0.5
Bosa	2	1.0
Kennedy	9	1.9
Suba	14	1.1
Puente Aranda	3	0.3
Los Mártires	14	14.6
La Candelaria	4	14.7
Rafael Uribe	2	0.5
Ciudad Bolívar	2	0.9
Total	**60**	**0.9**

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

- Tasa de incidencia menores de 15 años. 1,13 por 100.000 menores de 15 años, que se encuentra de acuerdo con lo esperado (1). Las localidades que no cumplieron con este indicador fueron Usaquén, Bosa, Kennedy y Engativá.
- Indicador de toma de muestra oportuna de heces. 81%. Las localidades Ciudad Bolívar, Teusaquillo y Rafael Uribe no cumplieron con este indicador, que debe estar por encima de 80%.
- Porcentaje de notificación semanal en Bogotá. 92,5%. Bosa fue la única localidad que presentó este indicador por debajo de 80%.
- Porcentaje de casos investigados en las primeras 48 horas de notificado el caso. 85,7%. Bosa, Ciudad Bolívar y Sumapaz no cumplieron con este indicador.

TABLA 25. Indicadores de vigilancia del plan de erradicación de la poliomielitis por localidad y total. Bogotá, 2001

Localidad	Menores de 15 años	Casos	Incidencia	Toma oportuna de heces		% de investigación	No de casos investigados	
				No	%		No	%
Usaquén	119.603	1	0,84	1	100,0	98,0	1	100,0
Chapinero	22.412	0	0,00			94,4		
Santafé	32.449	0	0,00			93,9		
San Cristóbal	153.290	5	3,26	5	100,0	95,6	5	100,0
Usme	88.094	2	2,27	2	100,0	90,3	2	100,0
Tunjuelito	61.778	0	0,00			94,7		
Bosa	122.173	1	0,82	1	100,0	75,4		
Kennedy	259.050	2	0,77	2	100,0	81,2	2	100,0
Fontibón	80.379	0	0,00			97,4		
Engativá	211.068	1	0,47	1	100,0	97,3	1	100,0
Suba	202.754	3	1,48	3	100,0	92,3	3	100,0
Barrios Unidos	40.112	0	0,00			92,2		
Teusaquillo	23.050	1	4,34	0	100,0	91,1	1	100,0
Los Mártires	23.817	0	0,00			95,2		
Antonio Nariño	25.617	0	0,00			95,7		
Puente Aranda	72.409	1	1,38	1	100,0	87,6	1	100,0
La Candelaria	7.237	0	0,00			95,6		
Rafael Uribe	106.848	1	0,94			89,9	1	100,0
Ciudad Bolívar	201.709	2	0,99			92,3	1	100,0
Sumapaz	1.674	1	0,00	1	100,0	90,4		
Total	**1´855.523**	**21**	**1,13**	**17**	**81,0**	**92,5**	**18**	**85,7**

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud

Comparados con 2001, todos los indicadores presentan un descenso ligero, lo que obliga a reforzar la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda, con el fin de mejorar la captación oportuna de casos y garantizar la intervención.

Hepatitis A

De los 1.865 casos de hepatitis A notificados en 2001, 37,7% (704) fueron confirmados por laboratorio, 61% (1.154) fueron compatibles, 0,2% (3) por nexo epidemiológico y 0,2% (4) fueron descartados. La tasa de incidencia fue de 10,82 por 100.000 habitantes, similar a la de 2000.

Según edad, los casos se presentaron en todos los grupos, con énfasis en los de 1 a 4 años y 5 a 14, que presentaron la incidencia más alta (véase la tabla 26).

Por género, 52% de los casos se presentó en hombres y 48% en mujeres, porcentajes similares a los de 2000; por régimen de afiliación, 50% pertenecía al régimen contributivo, 33% de los casos eran participantes vinculados y 17% del régimen subsidiado.

Según localidad de residencia, la mayor incidencia ocurrió en Sumapaz, Los Mártires y La Candelaria, que presentaron una incidencia superior a 22 por 100.000 habitantes, seguidas de Teusaquillo, Barrios Unidos, Santafé, Tunjuelito y Chapinero, donde estuvo entre 7 y 14 por 100.000 habitantes. En el resto de las localidades estuvo por debajo de 7 por 100.000 habitantes (véase el mapa 11).

En cuanto a los brotes, se presentaron 33, con 111 afectados; 30% (10) ocurrieron en la localidad San Cristóbal, que presentó el porcentaje más alto de población afectada, 33% (37), seguida por Usme, con 27% (9) de los brotes y 17% (19) de población afectada (véase la tabla 27).

TABLA 26. Incidencia de hepatitis A por grupo etáreo. Bogotá, 2001

Grupo de edad	Casos	Incidencia
<1 año	8	5,5
1 - 4 años	480	88,0
5 - 14 años	787	67,6
15 - 44 años	540	16,0
45 - 59 años	32	3,8
60 y más años	14	3,2
Total	**1.861**	**28,6**

Los principales factores de riesgo relacionados con contaminación oro fecal encontrados en centros educativos fueron hábitos higiénicos inadecuados —falta de lavado de manos—, manipulación inadecuada de alimentos —refrigerios— y falta de desinfección de tanques de agua.

Las intervenciones epidemiológicas de campo se encaminaron a controlar estos aspectos mediante la educación, el acompañamiento y la orientación en desinfección de tanques.

Según género, 52% de los casos se presentó en hombres y 48% en mujeres, porcentajes similares a los de 2000. Por régimen de afiliación, 50% pertenecía al régimen contributivo y 17% al subsidiado y 33% eran participantes vinculados.

Hepatitis C

De los 44 casos captados, 96% (42) fueron confirmados por laboratorio, 2% (1) fue clasificado como nexo epidemiológico —antecedente de exposición o de riesgo con casos confirmados— y el otro 2% (1) como caso compatible.

En Bogotá la incidencia fue de 0,7 por 100.000 habitantes; en cuanto a las localidades, la mayor incidencia se observó en La Candelaria y en Los Mártires (véase el mapa 12)

MAPA 11. Incidencia de hepatitis A por localidad. Bogotá, 2001

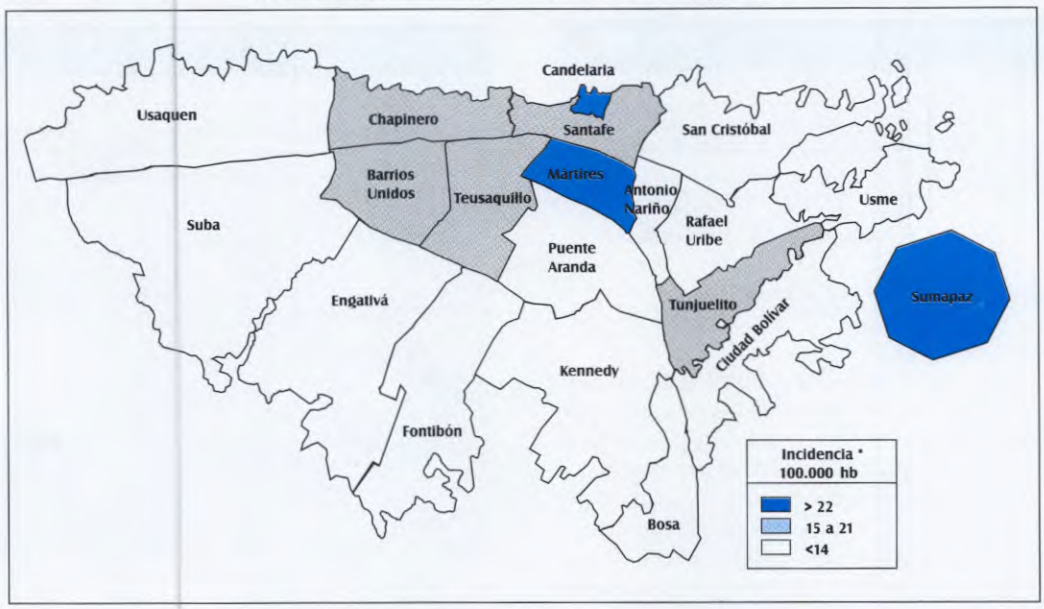


TABLA 27. Porcentaje de brotes de hepatitis A, según localidad. Bogotá, 2001

Localidad	No de brotes	%	Afectados	%
Usaquén	1	3	2	0
Santafé	3	9	10	9
San Cristóbal	10	30	37	33,3
Usme	9	27	19	17,1
Bosa	2	6	5	4,5
Kennedy	1	3	2	1,8
Fontibón	1	3	2	1,8
Suba	1	3	14	12,6
Los Mártires	3	9	10	9
Antonio Nariño	1	3	2	1,8
Rafael Uribe	1	3	8	7,2
Total	**33**	**100**	**111**	**100**

Fuente: Dane, 2001.

El género femenino fue el más afectado, con una incidencia de 0,75 por 100.000 habitantes; en el masculino fue de 0,69 por 100.000 habitantes, con una razón de 0,91 hombres por cada mujer afectada.

Según edad, la mayor incidencia ocurrió en los grupos de 60 años y más, seguida por el de 45 a 59 años; en el grupo de menores de 5 años no se registraron casos (véase la tabla 28)

Según régimen de afiliación, 89% (41) pertenecía al contributivo y 11% (5) eran participantes vinculados.

En cuanto a la prevalencia de reactividad de hepatitis C en bancos de sangre, esta fue de 0,506%.

MAPA 12. Incidencia de hepatitis C, por localidad. Bogotá, 2001

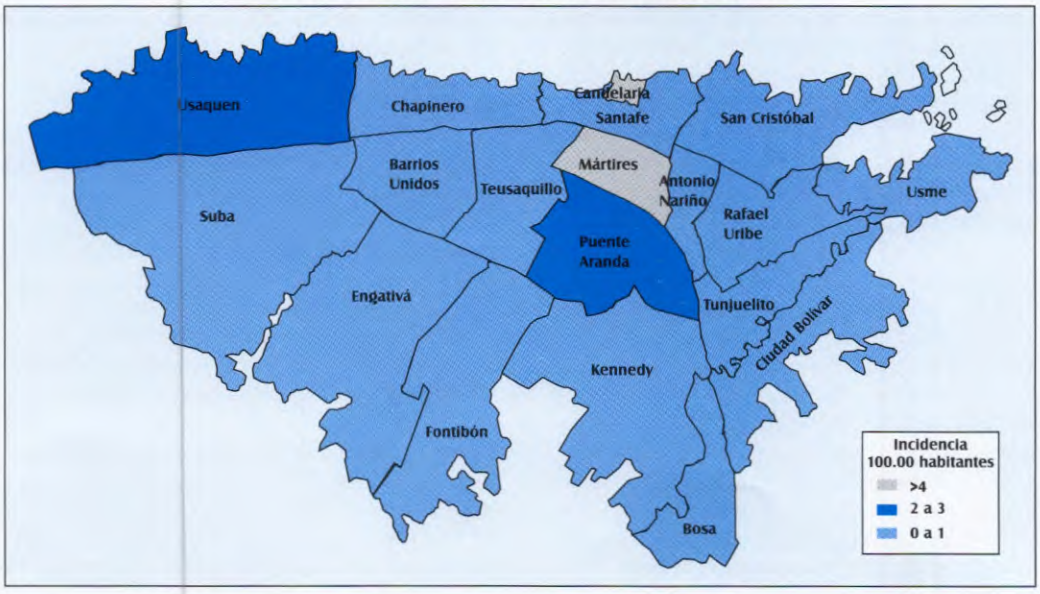


TABLA 28. Incidencia de hepatitis C por grupo edad y por 100.000 habitantes. Bogotá, 2001

Grupo etáreo	Casos	Incidencia
<1 año	0	0.0
1 - 4 años	0	0.0
5 - 14 años	5	0.4
15 - 44 años	9	0.3
45 - 59 años	16	1.9
60 y más años	14	3.2
Total	**44**	**0.7**

Enfermedades transmitidas por vectores

Aunque gran parte de la población colombiana se encuentra en riesgo de contraer las enfermedades de transmisión vectorial, debido sobre todo a la condición de país tropical, en Bogotá no se dan las condiciones para la presencia de los vectores de las enfermedades objeto de vigilancia por los servicios nacionales de salud, como son dengue, malaria, fiebre amarilla, leishmaniasis y enfermedad de chagas. A pesar de ello, en las instituciones de salud distritales se atiende a las personas afectadas por esas patologías.

Como parte fundamental de la vigilancia que de esos eventos debe efectuarse en la ciudad, el conocimiento del lugar de procedencia de los casos es una variable importante dentro de la notificación al nivel nacional, debido a que permite retroalimentar desde allí a los lugares de origen para que tomen las medidas respectivas. Es importante destacar que en Bogotá el avance de la vigilancia al respecto es significativo.

Aunque en algunos de los casos que se presentan de enfermedades transmitidas por vectores los pacientes residen en localidades habitadas por personas de bajos ingresos como Ciudad Bolívar, Usme, Bosa y Kennedy, esta no es una razón suficiente para relacionar la presentación de esos casos con un tipo exclusivo de población como lo es la desplazada.

Dengue clásico

Durante 2001 en Bogotá se notificaron 198 casos, de los cuales 181 fueron confirmados por laboratorio. La notificación se incrementó 430,9% (139) en relación con el año anterior, cuando se notificaron 42 casos.

La clasificación de caso de dengue clásico se basa en el examen serológico que se practica a los pacientes, con detección de anticuerpos IGM para corroborar el diagnóstico.

En 82% (164) de los casos se registró el departamento de procedencia, a saber, Amazonas, Arauca, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Tolima y Valle del Cauca; un caso procedía de la República Bolivariana de Venezuela; en 17,4% (34) de los casos la variable procedencia se asignó a Bogotá, D. C., información errónea que se clasifica sin dato (véase la tabla 29), debido a que no se verificó el antecedente de viaje a zonas de riesgo, y la capital no tiene las características ambientales para la presencia del mosquito *Aedes aegypti*, transmisor del dengue.

TABLA 29. Casos notificados de dengue clásico, según lugar de procedencia. Bogotá, 2001

Localidad	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 a 99 años	Total general
Amazonas			1			1
Arauca			1			1
Boyacá			2			2
Caldas		1	2			3
Caquetá			1	1		2
Casanare				1		1
Cundinamarca	4	13	46	7	2	72
Guaviare			2			2
Huila		3	2			5
Magdalena			4	1		5
Meta			19	1	1	29
Norte de Santander		4	1	5		1
Putumayo			1			1
Santander			2		1	4
Sin dato			4	1		6
Tolima	2		31	2	3	58
Valle		14	3	8		4
Venezuela				1	1	1
Total	**6**	**35**	**122**	**27**	**8**	**198**

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

Por periodo epidemiológico, el comportamiento fue similar en enero, febrero, junio y julio, meses que coinciden con las temporadas de vacaciones, especialmente a inicio de año (véase el gráfico 23).

El grupo de edad más afectado por el virus del dengue clásico fue el de 15 a 44 años, en el que ocurrió 61% (122) de los casos; por género, 58% (113) sucedió en hombres y 42% (85) en mujeres.

Respecto al régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, 82% (164) pertenecía al contributivo y 12% (25) a población vinculada.

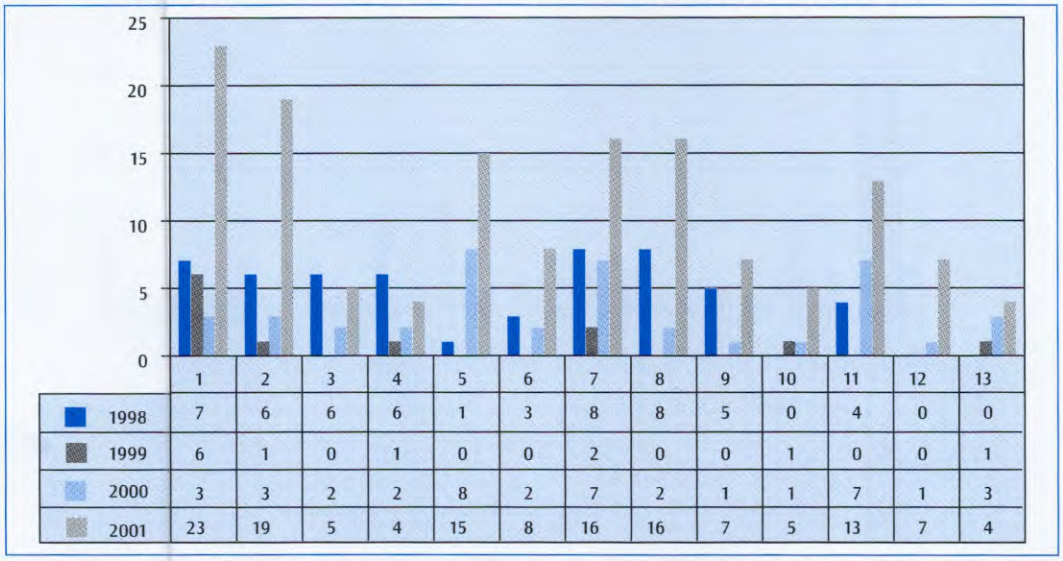
Las principales unidades notificadoras fueron el hospital Militar Central, las clínicas del Country, Reina Sofía y Colsubsidio, la Cruz Roja Colombiana, la clínica Palermo, y Sanitas EPS, que aportaron 62% (124) del total de los casos.

Dengue hemorrágico

En 2001 al Ministerio de Salud le fueron notificados por conducto del sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) 6.568 casos de dengue hemorrágico; por su parte, en Bogotá al sistema alerta acción se notificaron 142 casos de dengue con manifestaciones hemorrágicas, de los cuales 78% (111) fueron confirmados por clínica, 8,4% (12) por nexo epidemiológico, 11,6 % (16) compatibles, 2 sospechosos y 1 fue descartado. Este evento se incrementó 338% en relación con 2000, cuando se notificaron 42 casos.

El grupo de 15 a 44 años fue el más afectado por la infección, con 52,8% (75) de los casos, seguido por el de 5 a 14 años con 17,6% (25); en el grupo de 45 a 59 años ocurrió 12,6% (18), en los niños de 1 a 4 años 13,3% (19) y del grupo de 60 años y más se reportaron 5 casos (véase la tabla 30).

GRÁFICO 23. Notificaciones de dengue clásico por periodo epidemiológico. Bogotá, 1998-2001



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1998	7	6	6	6	1	3	8	8	5	0	4	0	0
1999	6	1	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	1
2000	3	3	2	2	8	2	7	2	1	1	7	1	3
2001	23	19	5	4	15	8	16	16	7	5	13	7	4

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

TABLA 30. Casos notificados de dengue hemorrágico, según lugar de procedencia. Bogotá, 2001

Localidad	1 a 4 años	15 a14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 y más años	Total general
Bogotá	2	3	11	4		20
Boyacá	8	4	4	1		17
Caldas			2			2
Caquetá			1	1		2
Casanare	1		2			3
Córdoba			1			1
Cundinamarca	1	10	26	4	2	43
Guaviare			10	2		12
Huila	1		1			2
Magdalena			1			1
Meta	2	4	5	1	1	13
Norte de Santander	1					1
Santander		1				1
Sin dato			3		1	4
Tolima	3	3	7	5	1	19
Valle			1			1
Total	**19**	**25**	**75**	**18**	**5**	**142**

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

El género masculino fue el más afectado, con 53% (76) de los casos; por su parte, el femenino tuvo 43% (66).

El 73,2% (104) procedía de los departamentos de Cundinamarca, Tolima, Boyacá, Meta y Guaviare, y 14% (20) de Bogotá, información errónea que se considera sin dato, pues la ciudad no tiene condiciones para la transmisión de esta enfermedad. Lo que puede ocurrir es que las personas residan en la ciudad y se hayan desplazado a zonas endémicas, razón por la cual se aduce que proceden de la capital. Los departamentos de Valle, Magdalena, Santander, Norte de Santander, Caldas, Caquetá, Casanare, Córdoba y Huila reportaron entre 1 y 4 casos cada uno.

De las 46 instituciones de salud que atendieron casos notificados de dengue hemorrágico, las principales fueron los hospitales Militar Central y de La Misericordia, y Saludcoop Clínica 104, que recibieron 41,5% (59) del total de casos notificados.

Los meses en los que se notificó el mayor número de casos fueron enero, febrero, mayo, junio, julio y octubre (véase el gráfico 24).

En los casos de dengue hemorrágico el diagnóstico se efectúa mediante la identificación de alguno de los siguientes síntomas en un paciente con antecedente de IGM positiva para dengue: prueba de torniquete positivo, petequias, equimosis o púrpura, hemorragia de mucosas, tracto gastrointestinal o de los lugares de punción.

Malaria

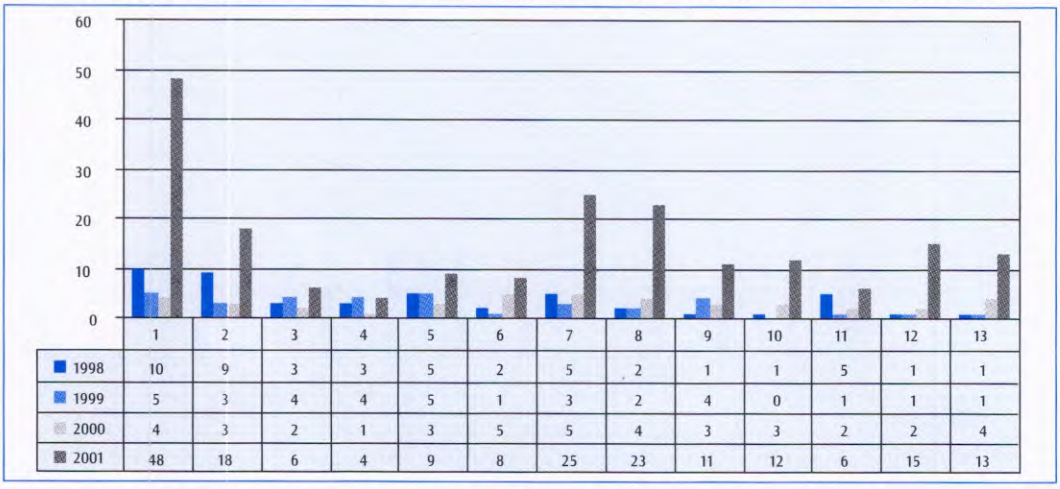
De acuerdo con la información del Sivigila, durante 2001 en Colombia se notificaron 146.143 casos de malaria, de los cuales en Bogotá fueron notificados por el sistema alerta acción 411; la notificación de este evento se incrementó 156% con respecto a 2000.

Los casos procedían de los departamentos de Meta, 24% (98), seguido por Guaviare con 18,9% (78), Vichada con 5,5% (23), Cundinamarca con 4,6% (19) y Tolima con 3,8% (16). Se destacan 1 caso procedente de África y 3 procedentes de Ecuador.

Se encuentran 17,1% (72) de los casos como procedentes de Bogotá, haciendo la salvedad que no hay transmisión malárica en el distrito capital por no haber presencia del vector anofelino, además de no presentarse algún caso por malaria transfusional como otra alternativa de encontrar un caso autóctono.

Los departamentos de Cauca, La Guajira, Córdoba, Vaupés, Amazonas y Arauca aportaron 1,96% (10) de los casos

GRÁFICO 24. Notificación de casos de dengue hemorrágico por periodo epidemiológico. Bogotá, 1998-2001



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1998	10	9	3	3	5	2	5	2	1	1	5	1	1
1999	5	3	4	4	5	1	3	2	4	0	1	1	1
2000	4	3	2	1	3	5	5	4	3	3	2	2	4
2001	48	18	6	4	9	8	25	23	11	12	6	15	13

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

—entre 1 y 2 cada uno—; por su parte, Antioquia, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Chocó, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santander y Valle del Cauca reportaron entre 3 y 12 casos cada uno. En 5,83% de los casos no se registró el lugar de procedencia (véase la tabla 31).

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

TABLA 31. Porcentaje de caos notificados de malaria según lugar de procedencia. Bogotá. 2001

Departamento	Otro	Falciparum	Vivax	Mixto	Total	%
África		1			1	0.24
Amazonas			2		2	0.48
Antioquia		2	4		6	1.45
Arauca			1		1	0.24
Bogotá	3	13	56		72	17.51
Boyacá		2	3		5	1.21
Caldas			2	1	3	0.72
Caquetá		1	9	1	11	2.67
Casanare	1		3		4	0.97
Cauca		1	1		2	0.48
Córdoba			1		1	0.24
Cundinamarca	2	7	10		19	4.62
Chocó		2	5		7	1.70
Ecuador			3		3	0.72
Guaviare	1	12	60	5	78	18.97
Huila			3		3	0.72
La Guajira		1			1	0.24
Meta		23	71	5	99	24.08
Nariño		3	1		4	0.97
Norte de Santander			3		3	0.72
Putumayo			5		5	1.21
Santander		1	8	1	10	2.43
Sin dato		3	21		24	5.83
Tolima		1	14	1	16	3.89
Valle		3	3		6	1.45
Vaupés		1	1		2	0.48
Vichada		4	18	1	23	5.59
Total	**7**	**81**	**308**	**15**	**411**	**100**

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

Al género masculino correspondió 72,6% (298) de los casos, y al femenino 27,6% (113). La razón hombre-mujer fue de 2.6.

Al analizar el agente causal prevaleció la malaria ocasionada por *Plasmodium vivax* con 74,9% (308) del total de los casos, seguida por *Plasmodium falciparum* con 19,7% (81), 3,6% fue registrado como malaria mixta y otras sin clasificar con 1,7% (7).

En enero, febrero, marzo, junio y noviembre se notificó el mayor número de casos, entre 7,29% (30) y 11,9% (49). Algunos coinciden con la época de vacaciones, en la que algunas personas se desplazan a zonas endémicas.

Situación nutricional

En este anuario se presentan los resultados del estado nutricional de los siguientes grupos poblacionales:

- Recién nacidos.
- Niños y niñas menores de 7 años atendidos en los hospitales de primer y segundo nivel de la red pública y algunas instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, unidades notificadoras.
- Población escolarizada del área rural de las localidades Usme, Ciudad Bolívar, Chapinero y Santafé.

Peso al nacer

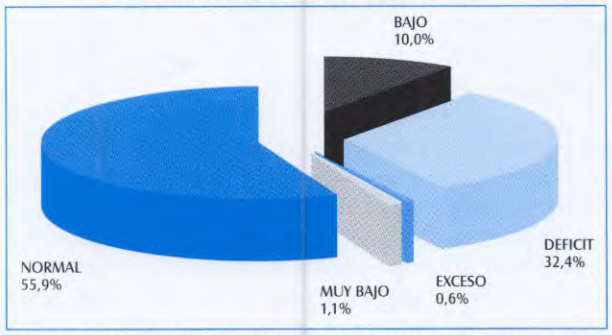
El bajo peso al nacer se considera uno de los indicadores más significativos para evaluar la calidad de vida de una población y es uno de los factores determinantes para evaluar la superviviencia y calidad de vida del niño.

En 2001, de un total de 127.513 certificados de nacido vivo se analizaron 117.292, que contenían información acerca de

peso al nacer y en los cuales la zona de residencia habitual de la madre fue Bogotá, D. C.

La proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer fue de 10%, porcentaje que se ha mantenido constante durante los últimos 3 años. Con respecto al déficit de peso, se encontró que 32,4% de los nacidos tenía peso entre 2.500 y 2.999 gramos, porcentaje que se mantiene desde 2000; en los años anteriores esta prevalencia fue de 30%; el muy bajo peso al nacer —niños que nacen con un peso inferior a 1.499 gramos— fue de 1,1% (1.311); por su parte, 0,6% tuvo un peso superior a 4.000 gramos (véase el gráfico 25).

GRÁFICO 25. Peso al nacer. Bogotá, 2001

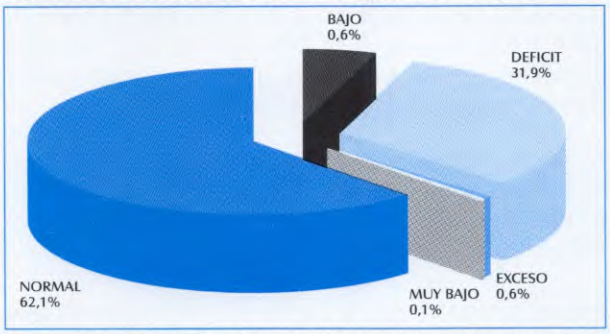


Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-certificado de nacido vivo, 2001.

Para los nacidos a término en parto único se tomaron los datos de los nacimientos en los que el tiempo de gestación está codificado en el certificado de nacido vivo con el número 4, es decir 38 a 41 semanas de gestación; teniendo en cuenta lo anterior, hay nacimientos a término que no pudieron analizarse ya que la forma como el certificado agrupa esta variable no permite identificar de forma exacta el número de nacidos en las 37 semanas.

De 92.988 nacidos entre las semanas 38 a 41 en parto único, se encontró que 5,3% presentaba bajo peso; 31,9% tenía peso deficiente al momento del nacimiento; 0,6% nació pesando más de 4.000 gramos. Es importante destacar que 72 menores (0,1%) nacieron con muy bajo peso (véase el gráfico 26).

GRÁFICO 26. Peso al nacer a término en parto único. Bogotá, 2001

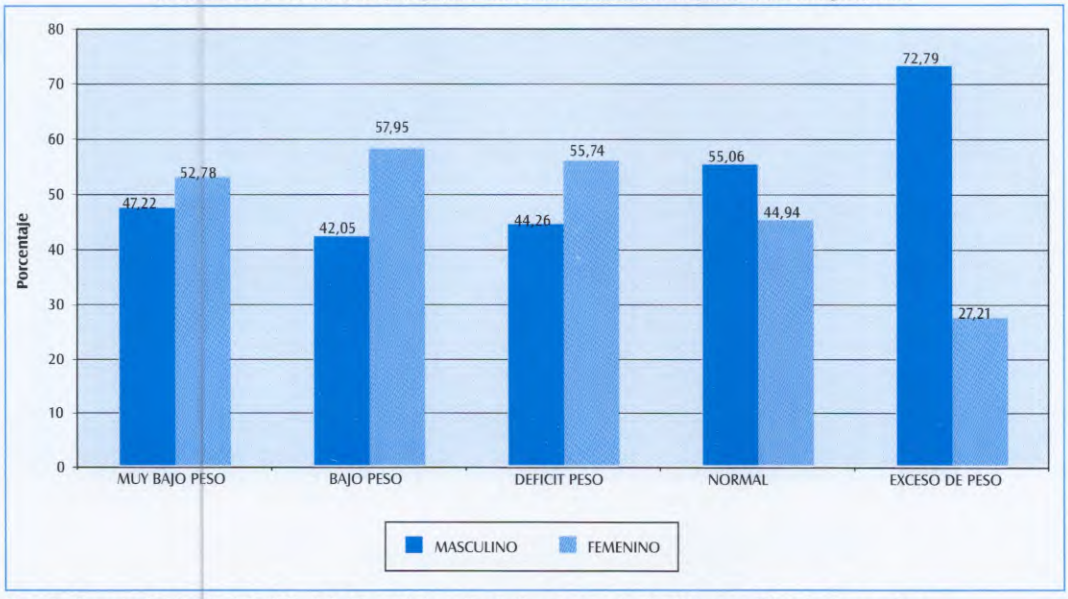


Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-certificado de nacido vivo, 2001.

Para el peso al nacer en los nacidos a término, por género, se encontró que las niñas presentan porcentajes más altos (6,3%) de bajo peso en relación con los niños (4,4%). El déficit de peso fue más alto 8,6% en las niñas que en los niños, comportamiento que se ha mantenido desde 1999.

En términos generales, 43,1% de las niñas nace con un peso inferior a 3.000 gramos —déficit, bajo y muy bajo peso— en comparación con 33,1% de los niños. El 52% de los nacidos con muy bajo peso al nacer —menos de 1.499 gramos— eran niñas; según los resultados anteriores, puede afirmarse que las niñas nacen con mayor condición de vulnerabilidad en comparación con los niños, por lo menos en lo que al peso al nacer se refiere (véase el gráfico 27).

GRÁFICO 27. Peso al nacer por género en nacidos a término en parto único. Bogotá, 2001



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-certificado de nacido vivo.

Según la edad de la madre, se determinó que 10,8% de las mujeres menores de 15 años tuvieron niños con bajo peso al nacer, porcentaje que en el grupo de 15 a 19 años y en el de 36 y más fue de 6,2% y 5,3%, respectivamente; en el grupo de 20 a 35 años fue de 5,1%.

En cuanto al déficit de peso, la prevalencia fue de 43,8% para los hijos de mujeres menores de 15 años, en tanto que para el grupo de 20 a 35 años fue de 30,9%. Respecto a los nacidos con un peso superior a 4.000 gramos, 1,2% eran hijos de madres que tenían mas de 36 años; en los demás grupos etáreos este porcentaje osciló entre 0,3% y 0,6%.

Lo anterior 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 20 años— y mayores de 35 (gráfico 28).

Según lugar de residencia de la madre, el comportamiento de bajo peso al nacer oscila entre 4,3 y 8,6%, siendo las localidades con mayores porcentajes Sumapaz, Santafé, Los Mártires, Tunjuelito, Usme, San Cristóbal, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar. Es importante resaltar que 8,6% de los nacidos en Sumapaz presentaba bajo peso.

Con respecto al comportamiento de déficit de peso por localidad, se encontró que la prevalencia oscila entre 25,7% y 35,3%, siendo Santafé, San Cristóbal, Usme, Ciudad Bolívar, Chapinero, Usaquén y Bosa las que presentaron los porcentajes más altos (véase el gráfico 29).

En cuanto al peso al nacer y la escolaridad de la madre, se determinó que el bajo peso es más alto en las mujeres que no tienen escolaridad (10%), que sólo cursaron preescolar (8,7%) o que no culminaron la primaria (6,3%). En relación con el déficit de peso, se encontró que la prevalencia es más alta en las mujeres que no alcanzaron a culminar la secundaria, seguida de aquellas con primaria incompleta y preescolar (véase el gráfico 30).

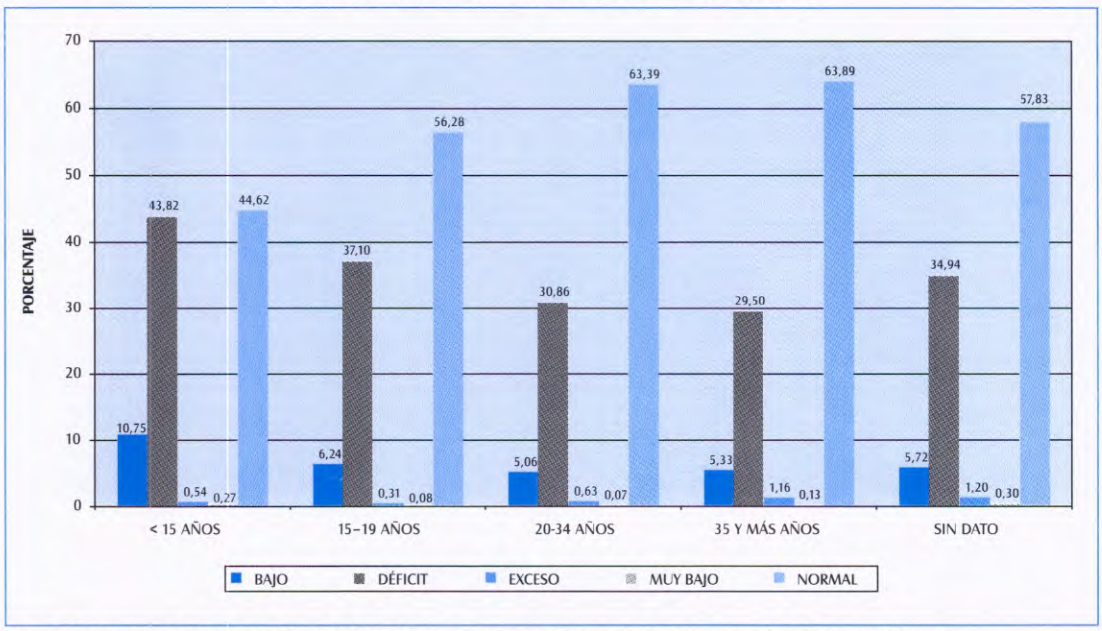
Al analizar el comportamiento del peso al nacer respecto al régimen de afiliación se encontró que el bajo peso es más alto en los hijos de las mujeres que están afiliadas al régimen subsidiado (6,2%), seguido de las participantes vinculadas (5,7%), en tanto que la prevalencia de los hijos de la mujeres afiliadas al régimen contributivo es de 4,7%; es decir que la condición de vulnerabilidad tiene una relación estrecha con las condiciones sociales y económicas.

El déficit de peso presenta un comportamiento similar al bajo peso, y las prevalencias más altas están en los hijos de las mujeres afiliadas a régimen subsidiado y de las participantes vinculadas (véase el gráfico 31).

Al analizar el bajo peso al nacer en relación con el estado civil de la madre, se encontró que la prevalencia más alta estuvo en las que dicen en el momento del parto que son viudas o son madres solteras, con 8,42 y 6,51%, respectivamente; es decir que las condiciones sociales y, en particular, no contar con un compañero pueden influir en la condición del recién nacido (véase el gráfico 32).

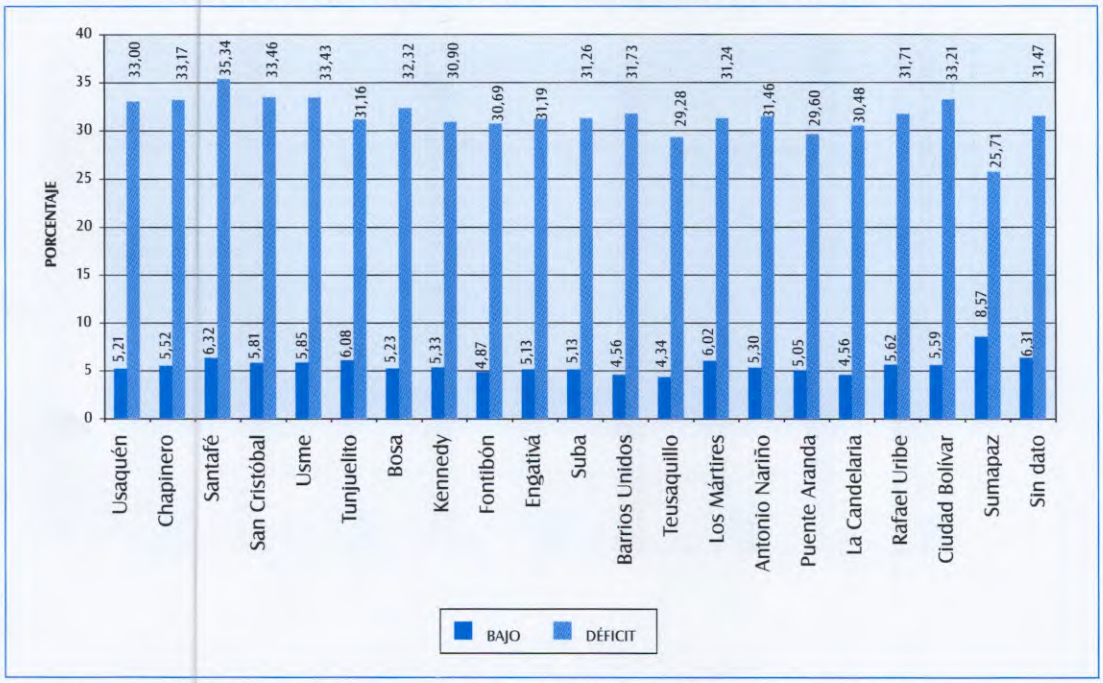
De los 72 nacidos a término en parto simple con muy bajo peso se encontró que 51% eran hijos de madres afiliadas al régimen contributivo, 44,3% nació en alguna de estas instituciones prestadoras de servicios de salud: clínicas San Rafael o San Pedro Claver, hospitales Simón Bolívar o El Tunal y Policlínico del Olaya; sin embargo, es importante destacar que por localidad de residencia de la madre la prevalencia más alta de nacimientos con muy bajo peso fue en Ciudad Bolívar, Suba, Engativá, Kennedy, Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe.

GRÁFICO 28. Peso al nacer según edad de la madre. Bogotá, 2001



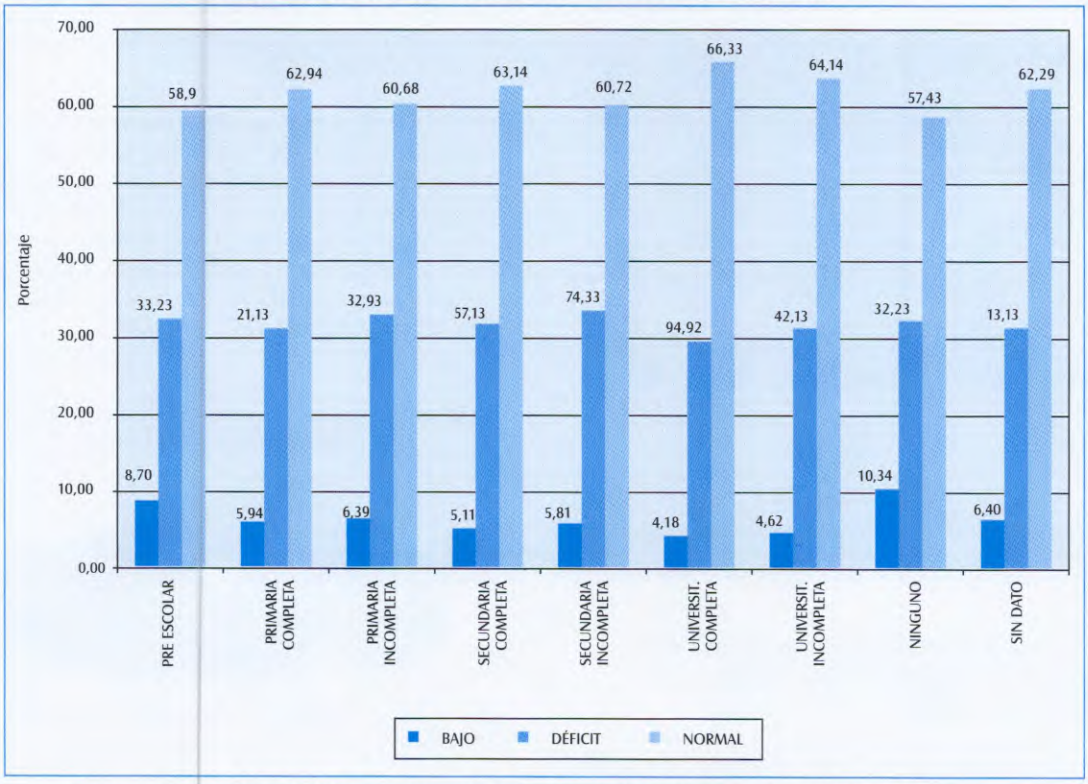
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-certificado de nacido vivo.

GRÁFICO 29. Bajo peso al nacer según localidad de residencia de la madre. Bogotá, 2001



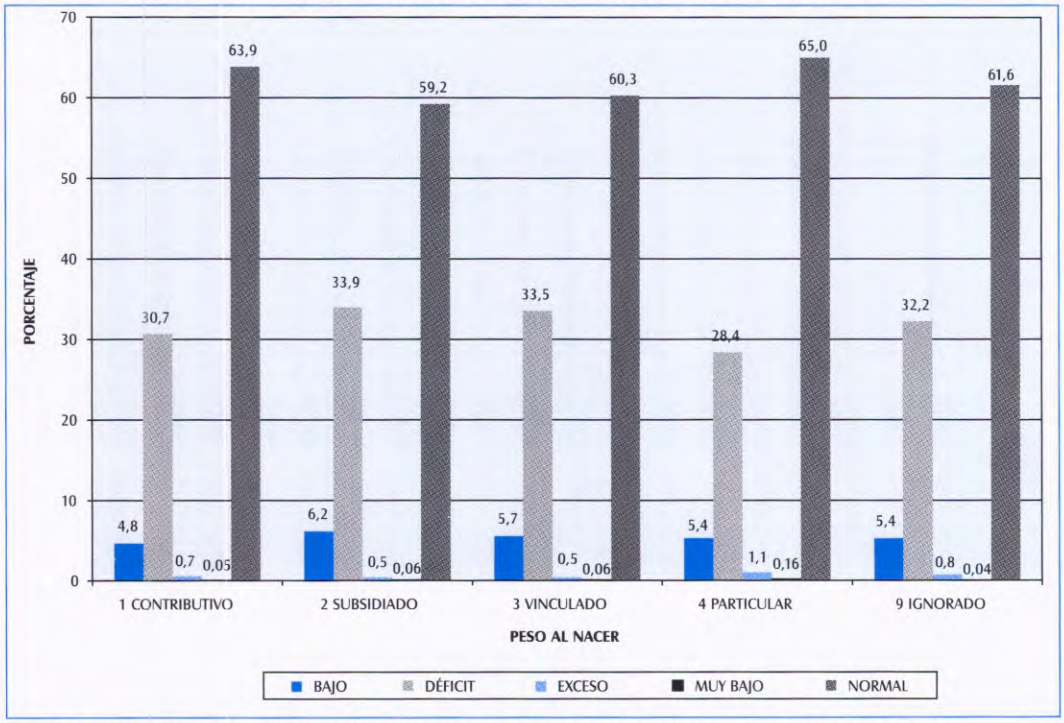
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-certificado de nacido vivo.

GRÁFICO 30. Bajo peso al nacer según escolaridad de la madre. Bogotá, 2001



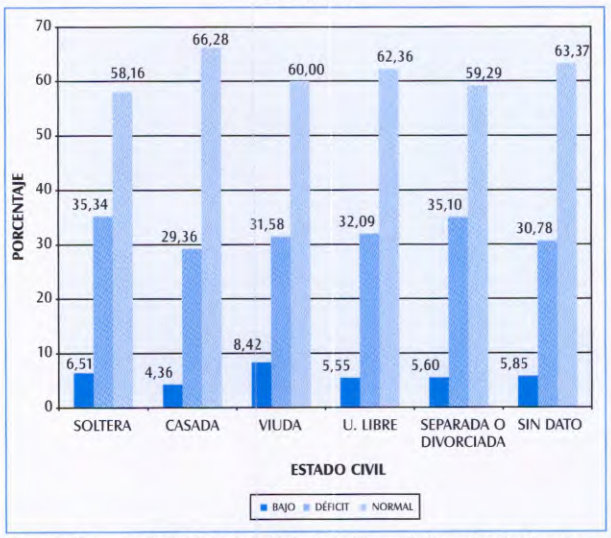
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-certificado de nacido vivo.

GRÁFICO 31. Peso al nacer según régimen de afiliación de la madre. Bogotá, 2001



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-certificado de nacido vivo.

GRÁFICO 32. Bajo peso al nacer según estado civil de la madre. Bogotá, 2001



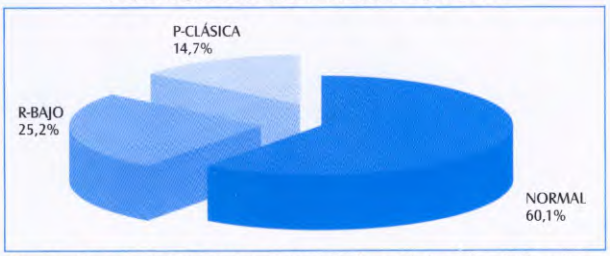
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-certificado de nacido vivo.

Estado nutricional de la población menor de 7 años de estratos 1, 2 y 3 atendida en las empresas sociales del estado de Bogotá, 2001

Durante 2001 el sistema captó 111.886 registros nutricionales de niños menores de 7 años atendidos en los hospitales de primer y segundo nivel de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en 37 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) privadas. Las localidades que aportaron más información al sistema fueron Kennedy (15,7%), Ciudad Bolívar (11,6%), Usme (9,3%), Engativá (8,3%), San Cristóbal (7,3%) y Fontibón (7,1%).

Del total de niños menores de 7 años valorados, 39,9% presentaba algún grado de retraso del crecimiento en talla en relación con su edad; este porcentaje es el resultado de la sumatoria de la prevalencia clásica y el riesgo bajo (véase el gráfico 33). Es así como 14,7% presentaba desnutrición moderada o severa —prevalencia clásica— y 25,2% estaba en riesgo. Estos porcentajes varían entre las diferentes localidades, con un rango de 22,7% a 50,9%.

GRÁFICO 33. Estado nutricional de menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3 según indicador talla/edad. Bogotá, 2001

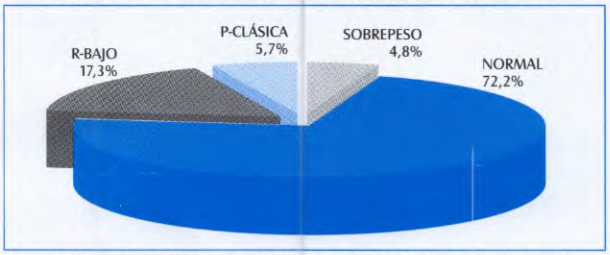


Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-sistema de vigilancia alimentaria y nutricional.

En relación con el índice de peso para la talla, que permite identificar la desnutrición aguda, 23% de los niños evalua-

dos presentaba algún grado de bajo peso en relación con su talla, porcentaje que corresponde a la suma de la prevalencia clásica y el riesgo. De los menores de 7 años, 5,7% tenía desnutrición aguda moderada o severa —prevalencia clásica— y 17,3% riesgo bajo (véase el gráfico 34).

GRÁFICO 34. Estado nutricional de niños y niñas menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3 según indicador peso/talla. Bogotá, 2001



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-sistema de vigilancia alimentaria y nutricional.

Teniendo en cuenta lo anterior, en Bogotá se identificaron por medio del sistema de vigilancia 6.351 menores de 7 años con desnutrición aguda moderada o severa (< - 2 desviaciones estándar) de los cuales es necesario dar prioridad a aquellos con desnutrición severa, es decir a 1.141 niños, quienes deben remitirse para intervención nutricional en la que se efectúe evaluación, seguimiento nutricional, educación y, de ser necesario, canalizarlos a programas de complementación alimentaria y nutricional.

Por localidad, el rango de variación del porcentaje de desnutrición aguda —incluyendo todos los riesgos— oscila entre 17,2% y 27,8%. Al evaluar las localidades con prevalencia clásica —moderada y severa— más alta, utilizando el índice peso para la talla, se encuentra que las más afectadas son Bosa, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, Usme, San Cristóbal y Sumapaz (véase el mapa 13).

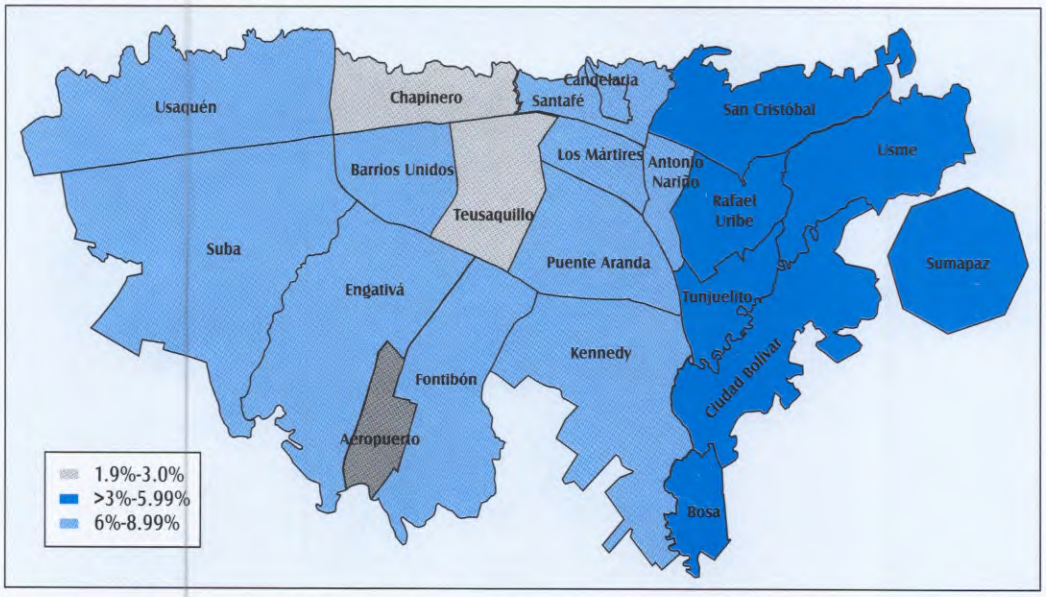
En desnutrición aguda —incluyendo todos los riesgos—, por grupos de edad se observa que el porcentaje de desnutrición más alto es en el de menores de 2 años. En los menores de 11 meses, 19% presenta bajo peso para su longitud, porcentaje que asciende a 32% en los niños de 1 año.

Los altos porcentajes de desnutrición aguda en las localidades mencionadas obligan al desarrollo y la priorización de intervenciones a ese grupo de población, con el propósito de recuperar el estado nutricional mediante la identificación de los determinantes de su estado actual y abordarlos institucional e intersectorialmente.

Es necesario promover y apoyar la práctica de la lactancia materna, el inicio y mantenimiento de la suplementación con hierro a partir de los seis meses de edad, fomentar el inicio a tiempo de la alimentación complementaria, la prevención y manejo de patologías infecciosas como infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) y, si es necesario, gestionar con las diferentes instituciones la remisión de los niños a los programas de complementación alimentaria y nutricional.

Si las condiciones alimentarias y de salud del niño no son adecuadas, la desnutrición crónica, medida por el indicador talla para la edad, es el resultado de un proceso a largo plazo. Generalmente se refleja a medida que aumenta la edad del menor, es decir, en los escolares y adolescentes. Por esta razón, en esos grupos empieza a observarse un incremento leve del porcentaje de exceso de peso, pues cuando el menor inicia la recuperación de peso supera, por lo general, el valor necesario para su talla baja.

MAPA 13. Prevalencia clásica de desnutrición aguda por localidad en menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3. Bogotá, 2001



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-sistema de vigilancia alimentaria y nutricional.

Al analizar la información por localidades se observa que aun cuando en todas se presentan porcentajes altos de desnutrición, en los niños atendidos en las empresas sociales del estado, que generalmente pertenecen a los estratos 1, 2 y 3, unas presentan mayores porcentajes de desnutrición con respecto a otras. Es así como Tunjuelito, Usaquén, Santafé, Usme, San Cristóbal, Barrios Unidos y Ciudad Bolívar presentan altos porcentajes de niños con desnutrición crónica —prevalencia clásica— rango que oscila entre 16,4 y 22,8% (véase el mapa 14).

Lactancia materna

El sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (Sisvan) permite obtener información acerca de la práctica de lactancia materna, identificando los menores de 2 años que estaban siendo alimentados con leche materna al momento de la consulta.

En 2001 se encontró que 84,4% de los niños de 1 mes de edad estaba siendo alimentado con leche materna, porcentaje que disminuye notablemente durante los primeros 6 meses de vida: al quinto mes este porcentaje descendió a 70%, al sexto era de 34% y al año sólo 14% de los niños de 1 año recibía leche materna (véase el gráfico 35).

Como parte fundamental de la intervención en el sistema de vigilancia, durante 2001 se efectuaron 1.600 investigaciones epidemiológicas de campo de niños identificados por el sistema con desnutrición aguda moderada o severa; Ciudad Bolívar, Engativá, Usme, Tunjuelito, Usaquén, Kennedy y Fontibón fueron las localidades que realizaron más investigaciones de campo.

Todos los niños que se beneficiaron de esta intervención se canalizaron a la consulta nutricional para intervención individual de acuerdo con su régimen de afiliación, y 60% de ellos se remitieron a los programas de complementación alimentaria y nutricional de instituciones como el Departamento Administrativo de Bienestar Familiar (DABS) y el ICBF; sin embargo, la canalización a la atención efectiva de los menores fue baja, teniendo en cuenta que la demanda de estos programas es bastante alta y los cupos escasos.

Es importante destacar el trabajo, la gestión y la coordinación de algunas localidades para el logro de la canalización efectiva de los menores, como Engativá, Suba, San Cristóbal y Usme.

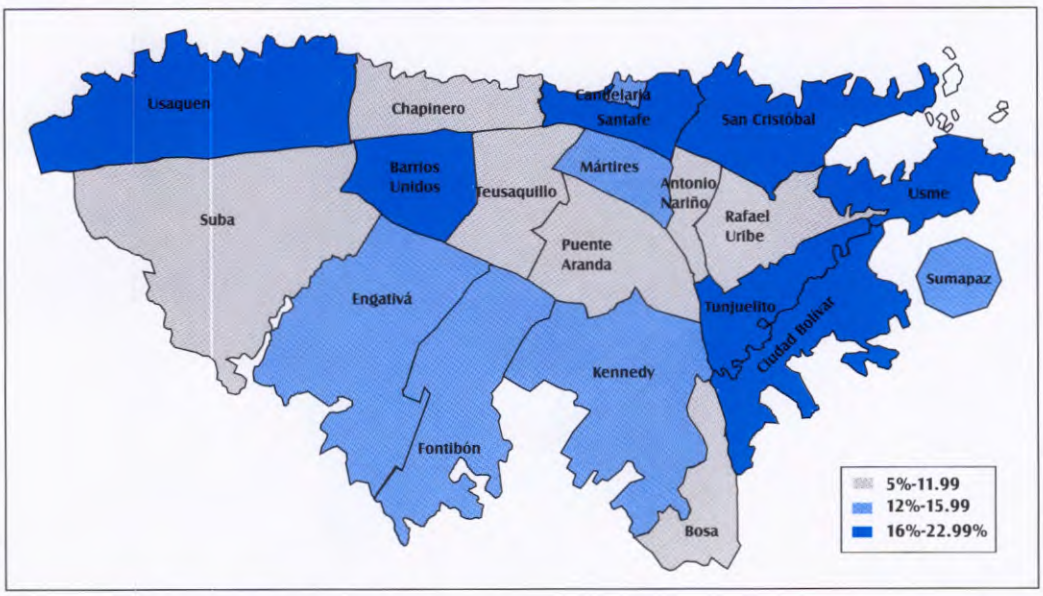
Estado nutricional de población escolarizada del área rural de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Chapinero

Se captó información de 1.662 niños escolarizados con el apoyo de estudiantes de la carrera de nutrición y dietética de la Universidad Nacional de Colombia, quienes efectuaron el tamizaje nutricional. Esos escolares pertenecen a algunos centros educativos ubicados en el área rural de las localidades Usme, Chapinero, Santafé y Ciudad Bolívar.

Del total de la información, 58% corresponde a escolares de centros educativos ubicados en Usme, 35,9% en Ciudad Bolívar y el 6,1% restante a las otras dos localidades.

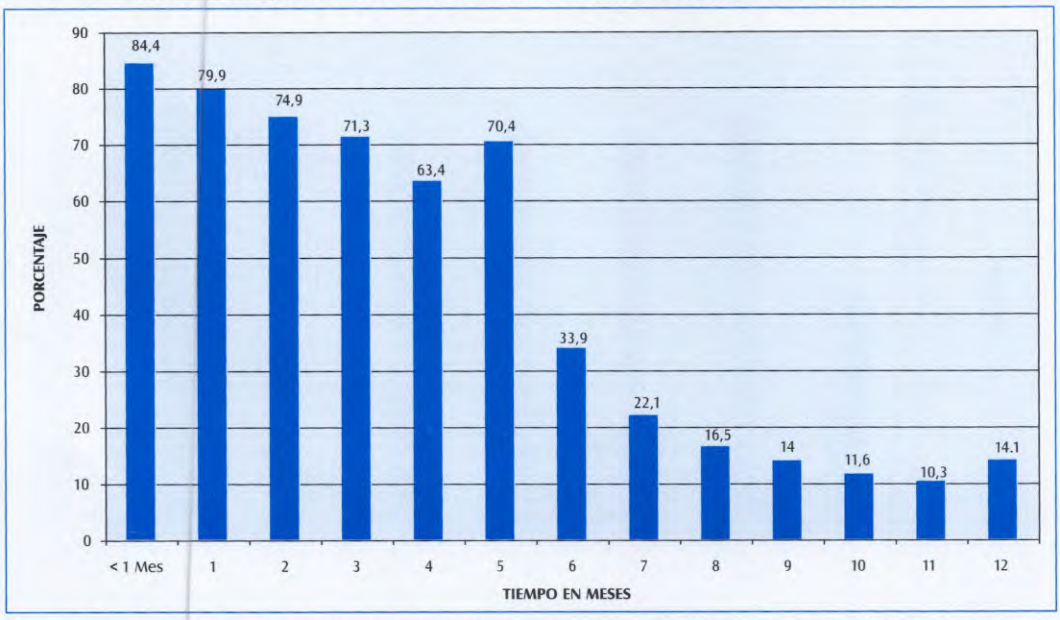
Para los análisis la información se agrupó en dos, los niños escolarizados menores de 10 años y los mayores de 10. Esta división se hizo porque en los menores de 10 años para identificar el déficit y el exceso de peso se utiliza el índice de peso para la talla, considerado uno de los indicadores más sensibles para determinar el estado nutricional actual de los niños.

MAPA 14. Prevalencia clásica de desnutrición crónica por localidad en menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3. Bogotá, 2001



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-sistema de vigilancia alimentaria y nutricional.

GRÁFICO 35. Prevalencia de lactancia materna en población menor de 1 año. Bogotá, 2001



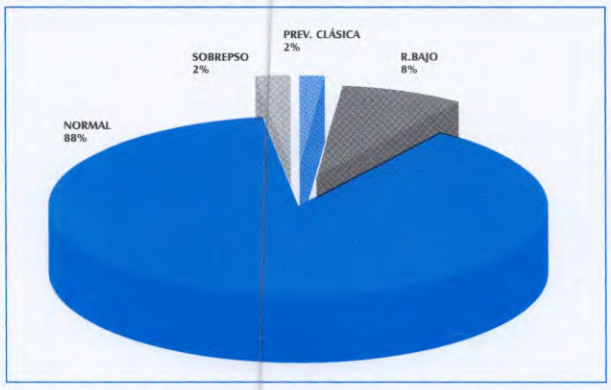
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-sistema de vigilancia alimentaria y nutricional.

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, que ha sido reconocido internacionalmente como un indicador sensible para esta medida en dicho grupo de edad.

Estado nutricional de niños y niñas escolarizados del área rural, menores de 10 años

De 1.151 niños escolarizados tamizados y ubicados en este grupo de edad, se encontró que la prevalencia clásica (< - 2 desviaciones estándar) de desnutrición aguda fue de 1,6% y el total para los tres riesgos (< - 1 desviación estándar) fue de 9,8% (véase el gráfico 36)

GRÁFICO 36. Estado nutricional de niños menores de 10 años escolarizados de escuelas públicas rurales, según indicador peso/talla. Bogotá, 2001



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud, 2001.

Por grupo de edad, se encontró que la proporción de desnutrición aguda o adelgazamiento en menores de 10 años de las escuelas rurales tiende a disminuir a partir de los mayores de 4 años, aunque el porcentaje es mínimo. 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 (véase el gráfico 37).

Con respecto a la desnutrición crónica en este grupo de edad, se observó que del total de menores de 10 años, 16,2% presentó desnutrición crónica —prevalencia clásica— y 53,9% algún grado de retraso en el crecimiento (< -1 desviación estándar) (véase el gráfico 38).

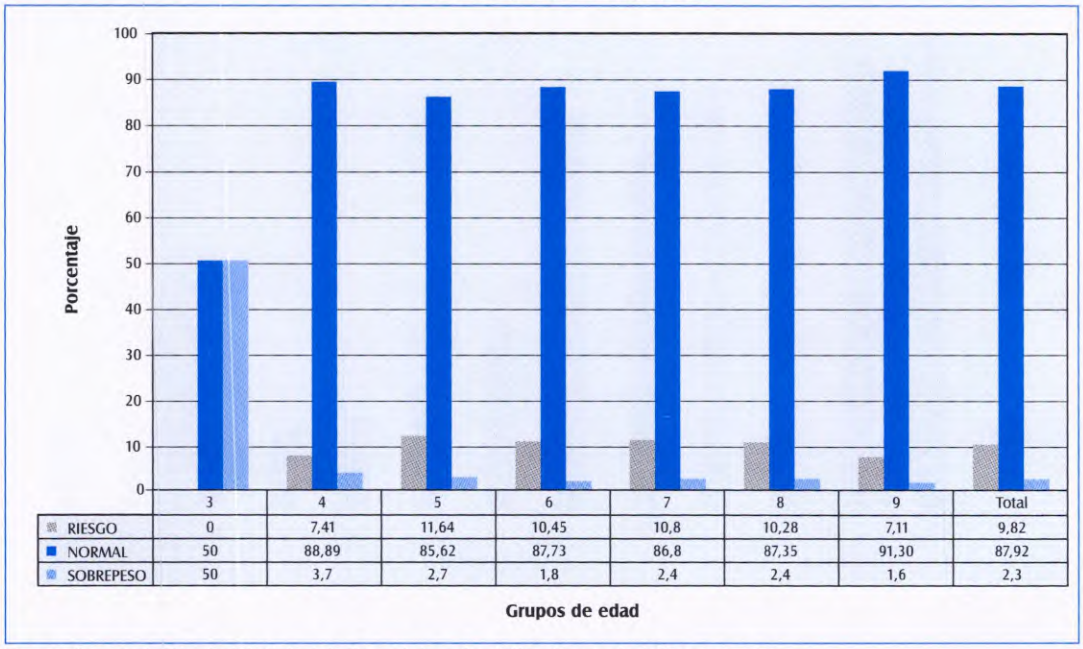
Los porcentajes totales de desnutrición, medidos por medio del indicador talla para la edad, son elevados en un porcentaje alto de escolares, siendo más marcados entre mayor es la edad del niño, variando estos entre 22% y 59% a los 9 años (véase el gráfico 39).

Estado nutricional de niños y niñas escolarizados del área rural mayores de 10 años

En términos generales, el porcentaje de déficit en peso para la edad y en talla para la edad es bastante elevado. De 510 escolares de este grupo de edad, se encontró que el porcentaje de bajo peso para la edad (z score <-1 desviación estándar) fue de 51%; el retraso en talla (z score <-1 desviación estándar) se presentaba en 70,4%, y la prevalencia clásica —nivel moderado y severo— fue de 27,65% (véase el gráfico 40).

Cuando deben escogerse los menores que requieren ser remitidos a programas de complementación alimentaria por

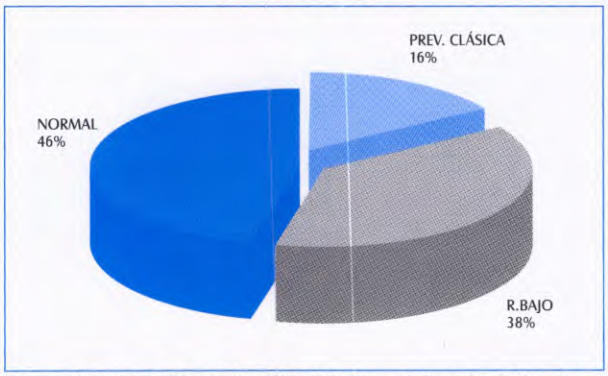
GRÁFICO 37. Estado nutricional por grupo etáreo de niños menores de 10 años escolarizados de escuelas públicas rurales, según indicador peso/talla. Bogotá, 2001



	3	4	5	6	7	8	9	Total
RIESGO	0	7,41	11,64	10,45	10,8	10,28	7,11	9,82
NORMAL	50	88,89	85,62	87,73	86,8	87,35	91,30	87,92
SOBREPESO	50	3,7	2,7	1,8	2,4	2,4	1,6	2,3

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud-Sisvan escolar.

GRÁFICO 38. Estado nutricional de niños menores de 10 años escolarizados de escuelas públicas rurales, según indicador talla/edad. Bogotá, 2001



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud-Sisvan escolar.

presentar déficit, especialmente en peso, en principio se tienen en cuenta los que están por debajo de -3 desviaciones estándar —riesgo alto— en el indicador peso/edad. En los escolares valorados no se encontró ninguno por debajo de este punto de corte, en tanto que aquellos con riesgo medio correspondían a 7,65%.

Cuando se analiza el retraso en talla por grupos de edad se observa que a medida que esta se incrementa el retraso del crecimiento aumenta, llegando a verse afectados a los 14 años 61,3% de los menores (véase el gráfico 41).

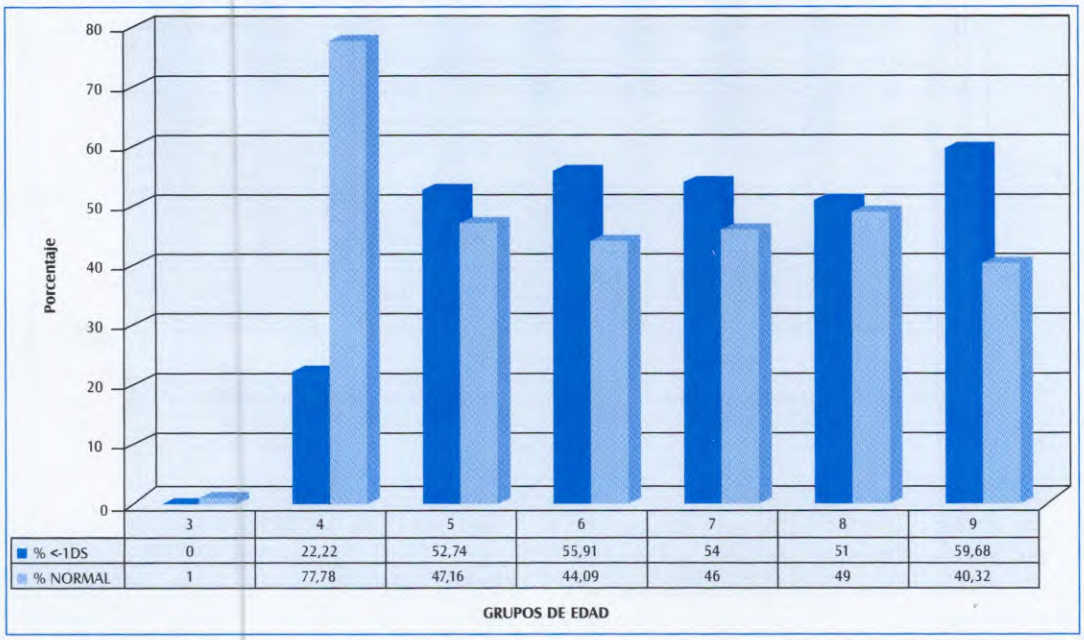
En relación con sobrepeso, se encontró que sólo 0,98% presentaba sobrepeso (> P. 85), y ningún escolar presentó obesidad.

Si quieren mantenerse o disminuirse las prevalencias de desnutrición en la población y en particular de la población infantil, los resultados anteriores permiten identificar la necesidad de desarrollar estrategias de intervención, locales y nacionales, enmarcadas en los planes de desarrollo, de forma que permitan impactar positivamente en la seguridad alimentaria de la población de Bogotá y, en especial, de la más pobre y vulnerable.

La prevalencia de bajo peso al nacer en los nacidos a término en parto simple obliga a que en Bogotá se diseñe y ponga en marcha la vigilancia epidemiológica del bajo peso al nacer, así como la vigilancia del estado nutricional de la gestante, fortaleciendo el sistema informático perinatal. Lo anterior si se tiene en cuenta que este sistema aporta información relacionada con algunos condicionantes y determinantes de la salud materma, y que aporta insumos técnicos para orientar las intervenciones en este grupo de población. Aun cuando en 2001 se canalizaron algunos menores a los programas de asistencia y ayuda alimentaria, es necesario continuar fortaleciendo los espacios de coordinación local con el fin de garantizar la intervención efectiva de los niños identificados por este sistema de vigilancia con desnutrición aguda, mediante el aumento de la cobertura de los programas o proyectos que desarrollan el ICBF, el DABS, las organizaciones no gubernamentales (ONG) o mediante la financiación y desarrollo de proyectos con recursos de los fondos de desarrollo local.

La prevalencia de lactancia materna muestra la necesdidad de llevar a cabo el seguimiento exhaustivo del efecto que tienen las intervenciones de información y educación en la población materna beneficiaria de las actividades adelanta-

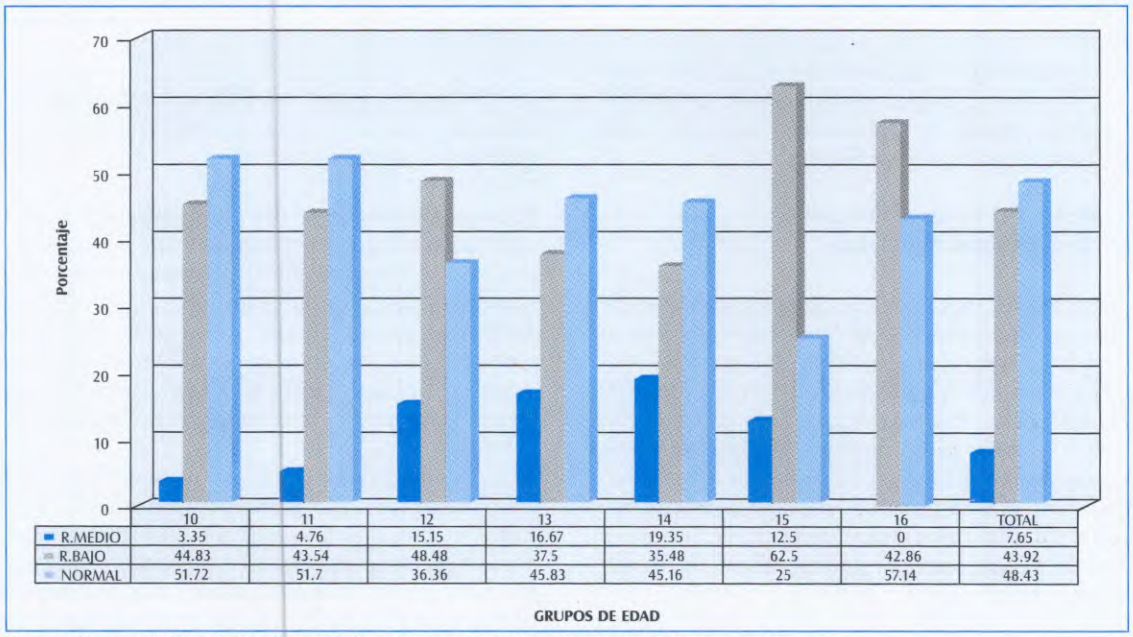
GRÁFICO 39. Estado nutricional por grupo etáreo de niños menores de 10 años escolarizados de escuelas públicas rurales, según indicador talla/edad. Bogotá, 2001



	3	4	5	6	7	8	9
% <-1DS	0	22,22	52,74	55,91	54	51	59,68
% NORMAL	1	77,78	47,16	44,09	46	49	40,32

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud-Sisvan escolar.

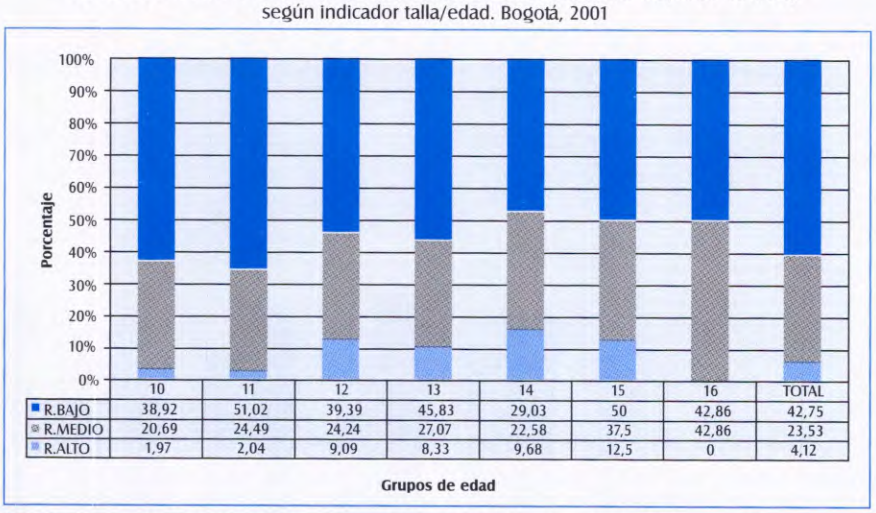
GRÁFICO 40. Estado nutricional por grupo etáreo, según el indicador peso/edad en población escolarizada mayor de 10 años. Bogotá, 2001



	10	11	12	13	14	15	16	TOTAL
R.MEDIO	3.35	4.76	15.15	16.67	19.35	12.5	0	7.65
R.BAJO	44.83	43.54	48.48	37.5	35.48	62.5	42.86	43.92
NORMAL	51.72	51.7	36.36	45.83	45.16	25	57.14	48.43

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud-Sisvan escolar.

GRÁFICO 41. Situación nutricional en población escolarizada rural mayor de 10 años, según indicador talla/edad. Bogotá, 2001



	10	11	12	13	14	15	16	TOTAL
R.BAJO	38,92	51,02	39,39	45,83	29,03	50	42,86	42,75
R.MEDIO	20,69	24,49	24,24	27,07	22,58	37,5	42,86	23,53
R.ALTO	1,97	2,04	9,09	8,33	9,68	12,5	0	4,12

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud-Sisvan escolar.

das por las ESE, el DABS y el ICBF; así mismo, es necesario caracterizar los factores culturales o sociales que pueden estar contribuyendo a que no aumente la prevalencia de lactancia materna en Bogota.

Además, es fundametal fortalecer el componente de salud y, en particular, el relacionado con la vigilancia de infección respiratoria y enfermedad diarreica, con el fin de estimar el grado de correlación de estas patologías con el estado nutricional de los menores y con la desnutrición aguda en Bogotá.

Infecciones intrahospitalarias

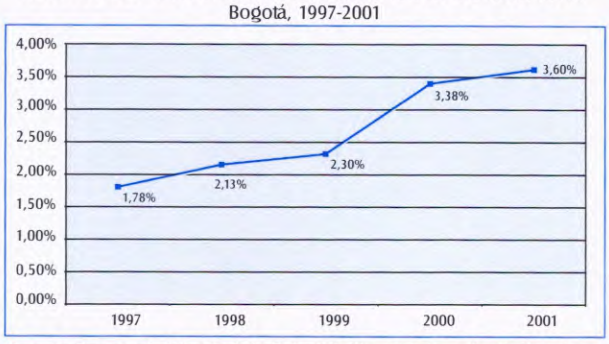
En 2001 se notificaron 8.154 casos de infección intrahospitalaria (IIH) en las 43 unidades notificadoras de los diferentes niveles de atención en salud, con un índice de 2,1 por cada 100 egresos hospitalarios en Bogotá, D. C.

Situación de las IIH en las instituciones de tercer nivel, públicas y privadas

En las cinco empresas sociales del estado de tercer nivel de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, en 2001 se notificaron 2.059 infecciones intrahospitalarias y 57.411 egresos, con un índice de infecciones de 3,6 por cada 100 egresos hospitalarios, el doble del que se presentó en 1997. Lo anterior se debe al incremento de las unidades notificadoras y a la vigilancia epidemiológica activa desarrollada en ellas, que ha permitido mejorar la captación y análisis de casos y, en consecuencia, generar intervenciones de prevención y control para mejorar la calidad de los servicios (véase el gráfico 42).

Las infecciones en los servicios de cirugía presentan una tendencia ascendente, de 13,6 en 2000 a 22,1 en 2001; las infecciones en el servicio de neonatos se incrementaron también,

GRÁFICO 42. Infecciones intrahospitalarias en ESE de tercer nivel. Bogotá, 1997-2001



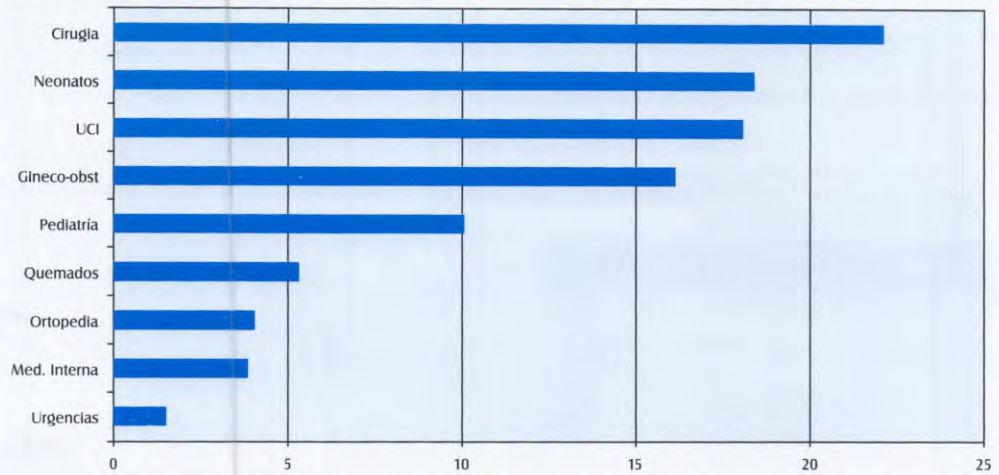
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-IIH.

de 2,2% en 2000 a 18,4% en 2001; en las unidades de cuidados intensivos (UCI) disminuyeron 1% con respecto al año anterior (véase el gráfico 43).

El mayor porcentaje de IIH por localización anatómica se identificó en tracto respiratorio bajo —neumonía nosocomial— y se incrementó 10% con respecto a 2000. Los resultados de las IIH de sitio quirúrgico fueron similares a los de 2000; en general, las IIH presentaron un incremento en promedio de 4,7% con respecto a 2000, que se atribuye al incremento de actividades de vigilancia epidemiológica en las empresas sociales del estado (véase el gráfico 44).

La tercera parte de las IIH fueron causadas por *S. aureus, E. coli, P. aeruginosa;* el mayor incremento, 6,23% con respecto a 2000, se observó en la *Pseudomona aeruginosa;* los otros dos microorganismos mencionados presentaron un incremento de 4,84% y 5,03% respectivamente. La *E. coli* fue el principal agente causal de IIH en las empresas sociales del estado de tercer nivel, con 27,8%, predominante en áreas de cirugía y UCI; seguida por la *P. aeruginosa* con 20% y por el *S. aureus* (véase la tabla 32).

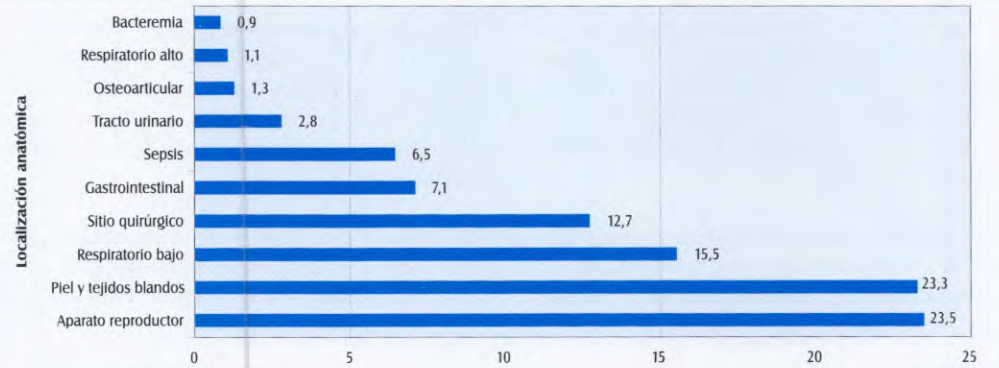
GRÁFICO 43. Porcentaje de infecciones intrahospitalarias según servicio en ESE de tercer nivel. Bogotá, 2001



	Urgencias	Med. Interna	Ortopedia	Quemados	Pediatría	Gineobste-tricia	UCI	Neonatos	Cirugía
Porcentaje IH	1,5	3,8	4,0	5,3	10,1	16,1	18,1	18,4	22,1

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

GRÁFICO 44. Porcentaje de infecciones intrahospitalarias por localización anatómica en ESE de tercer nivel. Bogotá, 2001



Localización anatómica	Aparato reproductor	Piel y tejidos blandos	Respiratorio bajo	Sitio quirúrgico	Gastroin-testinal	Sepsis	Tracto urinario	Osteoarti-cular	Respiratorio alto	Bacteremia
Porcentaje	23,5	23,3	15,51	12,7	7,1	6,5	2,8	1,3	1,1	0,9

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

TABLA 32. Porcentaje de infección intrahospitalaria por microorganismo causal por servicio, ESE de tercer nivel. Bogotá, 2001

Servicio	*S.aureus*	*E.coli*	*P.aureginosa*	*K.pneumoniae*	*S.epidermidis*	*A.baumannii*	*E.cloacae*	*P.mirabilis*	*S.marcescens*
Cirugía	3,0	11,1	5,3	2,6	2,3				
Neonatos	2,3	1,8		4,3	6,6				
UCI	3,6	5,5	10,9	3,6	5,5	4,2			
Gineco-obstetricia	0,3	4,7	0,3	1,2	1,2		0,3		
Pediatría	1,4	4,7		1,9	1,4				
Quemados	0,9		3,5			1,8		1,8	2,7

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

Según localización anatómica, los microorganismos más frecuentes fueron: en sitio quirúrgico la *E. coli* en 27,2%; *P. aeruginosa,* 16,1% y *S. aureus,* 8,9%; en tracto respiratorio bajo predominó el *S. aureus* y la *K. pneumoniae;* en tracto urinario la E. Coli; y en bacteremias el *S. epidermidis* (véase la tabla 33).

TABLA 33. Porcentaje de infección intrahospitalaria por microorganismo causal por localización anatómica en ESE de tercer nivel. Bogotá, 2001

Localización anatómica	*S.aureus*	*E.coli*	*P.aeruginosa*	*K.pneumoniae*	*S.epidermidis*	*Abaumannii*	*C.albicans*
Tracto resp. bajo	2,3	0,6	0,6	1,0		1,3	
Tracto urinario		13,9	5,3	4,1			2,5
Bactermia	4,6		3,3	4,6	8,3	2,5	
Sitio quirúrgico	8,9	27,2	16,1	5,4	10,3		

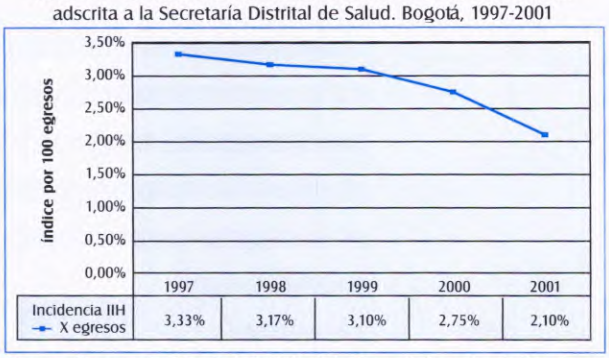
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de vigilancia en salud pública-IIH.

En las treinta IPS de tercer nivel de la red no adscrita a la Secretaría Distrital de Salud —de las 37 que hay en la ciudad—, en 2001 se notificaron 5.595 infecciones intrahospitalarias y 261.005 egresos. El índice de infecciones fue de 2,1 por cada 100 egresos hospitalarios, y ha ido disminuyendo desde 1997, aun cuando se sabe que existe subregistro de información (véase el gráfico 45).

El número de unidades notificadoras se incrementó y las intervenciones de vigilancia epidemiológica activa desarrollada por las ESE se fortalecieron, lo que ha permitido mejorar la captación y análisis de casos y, en consecuencia, aumentar las intervenciones de prevención y control para mejorar la calidad de los servicios.

En las IPS privadas de tercer nivel, las de mayor riesgo fueron los servicios de cirugía seguidos por las unidades de cuidado intensivo. De mediano riesgo fueron ginecoobstetricia, medicina interna, hospitalización, neonatos, ortopedia y pediatría; y hematología y nefrología fueron de bajo riesgo (véase el gráfico 46).

GRÁFICO 45. Índice de IIH en la IPS de tercer nivel de la red no adscrita a la Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, 1997-2001



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

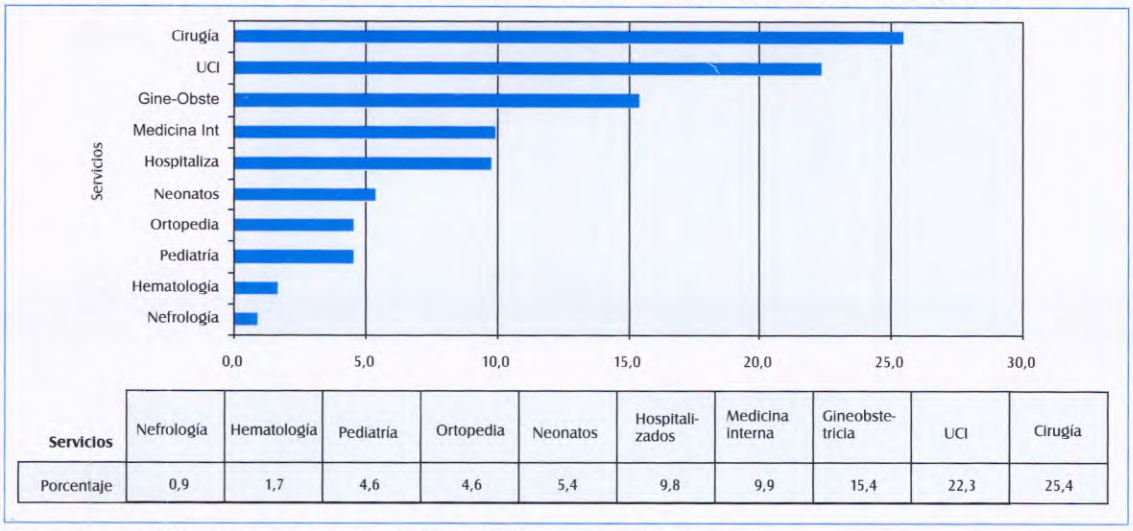
Las infecciones en los servicios de cirugía se incrementaron 16,86% con respecto a 2000, en el servicio de ginecoobstetricia 11,37% y en las unidades de cuidados intensivos 9%

De acuerdo con el número de IIH por localización anatómica en IPS privadas de tercer nivel, un poco más de la tercera parte ocurrió en sitio quirúrgico, tracto respiratorio bajo y tracto urinario (véase el gráfico 47).

En las instituciones prestadoras de servicios de salud de tercer nivel, los principales microorganismos identificados como causantes de infecciones intrahospitalarias fueron *E. coli, S. aureus, S. epidermidis, K. neumoniae, Staphylococcus spp, P. aeruginosa, C. albicans, E. faecalis, E. cloacae, A. baumannii* y *S. marcescens.*

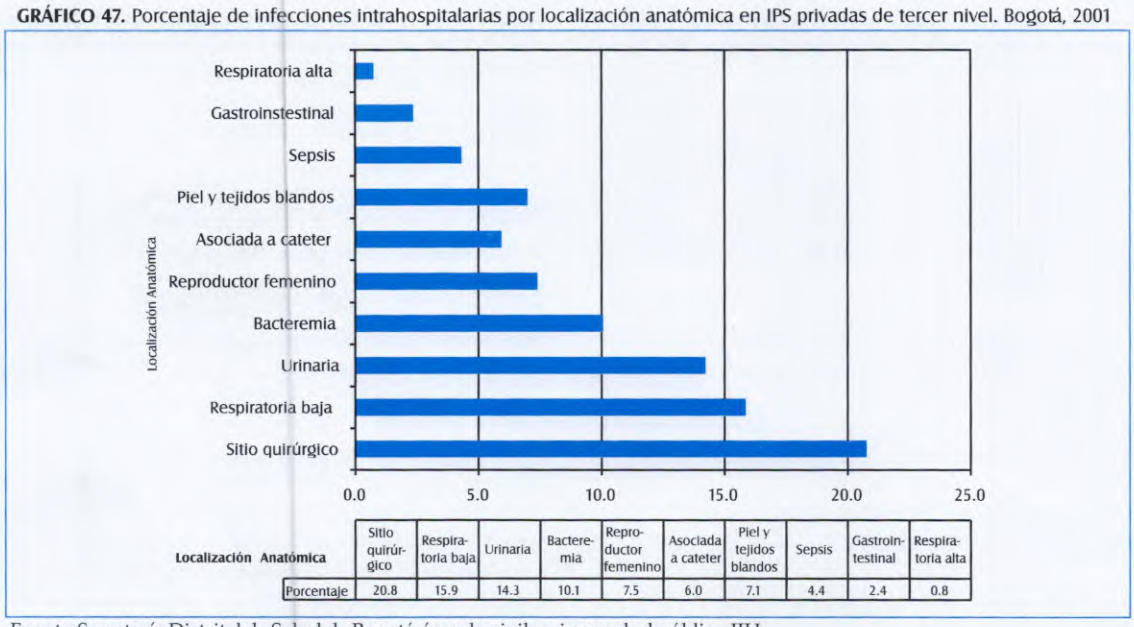
La *E. coli,* el *S. aureus* y el *S. epidermidis* ocasionaron la tercera parte de las IIH en las IPS de Bogotá, que se identificaron con más frecuencia en los servicios de hospitalización,

GRÁFICO 46. Porcentaje de infecciones intrahospitalarias según servicio en IPS de tercer nivel. Bogotá, 2001



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

GRÁFICO 47. Porcentaje de infecciones intrahospitalarias por localización anatómica en IPS privadas de tercer nivel. Bogotá, 2001



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

cirugía y unidad de cuidado intensivo, ocasionando infecciones en sitio quirúrgico, bacteremias y tracto respiratorio bajo (véanse las tablas 34 y 35).

Según localización anatómica, los microorganismos causales de IIH más frecuentes fueron: en sitio quirúrgico, *S. aureus, E. coli, S. epidermidis;* en respiratoria baja *K. neumoniae, S. aureus* y *P. aeruginosa;* en vías urinarias *E. coli, C. albicans, E. cloacae* y *K. neumoniae;* en piel y tejidos blandos *E. coli, S. spp* y S. *Aureus* (véase la tabla 35).

IIH en las instituciones de segundo nivel de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud

El índice de IIH en cuatro ESE de segundo nivel que realizaron notificación fue de 1,06 por cada cien egresos hospitalarios (349 IIH/32.914).

Los servicios más afectados fueron hospitalización, ginecoobstetricia, neonatos, pediatría, cirugía, unidad de cuidado intermedio, urgencias, medicina interna, otros, y

TABLA 34. Porcentaje de IIH por microorganismo causal por servicio. IPS privadas. Bogotá, 2001

Servicio	S.aureus	E.coli	P.aureginosa	K.oxitoca	K.pneumoniae	S.epidermidis	E.faecium	E.faecalis	P.mirabilis	S.spp	E.cloacae	P.aglomerans	C. albican
Cirugía	4,5	4,9			2,2	3,4		2,4			1,9		
Neonatos	3,3			3,0				2,6					
Ortopedia	5,7	3,5	1,7		1,3	5,2		3,0		1,3			
Pediatría		6,1			3,9	4,3							3,0
UCI	4,5	4,5	2,6		2,9	3,5							
Ginecoobstetricia		5,0				0,8	1,0					0,9	0,9
Hospitalización	11,0	11,0				9,4				7,6			4,1
Med.interna		16,9	2,8		6,6	1,6			3,8				

TABLA 35. Porcentaje de infección intrahospitalaria por microorganismo causal por localización anatómica. IPS privadas. Bogotá, 2001

Localización anatómica	S.aureus	E.coli	P.aureginosa	K.pneumoniae	S.epidermidis	E.faecium	E.faecalis	S.spp	E.cloacae	C. albican
Tracto resp. bajo	1,7		1,7	1,8	1,1					1,0
Tracto urinario		8,0	1,1	1,4					1,4	2,6
Piel y tejidos blandos	0,5	1,8	0,3	0,3	0,3			0,5		
Sepsis	2,0	3,3	0,8	3,6	2,0	1,2				
Catéter	10,1				13,4		3,6	5,5		
Bacteremia	6,7	3,2			9,7			2,1		
Sitio quirúrgico		5,1	1,7	2,3	3,1		2,3			

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

recuperación (véase el gráfico 48). Comparados con los de 2000, estos resultados presentaron características similares.

De acuerdo con el número de IIH por localización anatómica, en ESE de segundo nivel el mayor porcentaje fue identificado en el aparato reproductor femenino, seguido de piel y tejidos blandos, tracto respiratorio bajo, en sitio quirúrgico, gastrointestinales, sepsis, en tracto urinario, osteoarticulares, en tracto respiratorio alto y bacteremias (véase el gráfico 49).

En las ESE de segundo nivel los principales microorganismos identificados como causantes de infecciones intrahospitalarias fueron *K. spp, E. coli, K. oxitoca* y *K. pneumoniae* y *S. aureus, K. omithinolytica* y *P. spp* y *P. aeruginosa* y *S. epidermidis* y *S. spp* (véase el gráfico 50).

Situación de las IIH en las instituciones de primer nivel de la red adscrita

El índice de IIH en las ESE de primer nivel fue de 0,75 por cada 100 egresos hospitalarios (115/20.798). Cuarenta de ellas ocurrieron en el servicio de ginecoobstetricia, y su localización anatómica fue el aparato reproductor femenino. Las intervenciones se enfocaron a identificar los principales factores de riesgo relacionados con la atención y los ajustes para mejorar la calidad de la prestación de los mismos por medio de actividades de prevención y control, como controlar el número de tactos vaginales realizados; investigar antecedentes de enfermedades de transmisión sexual; revisar las indicaciones de las revisiones uterinas; y revisar las técnicas de asepsia y antiasepsia e incentivar la asistencia a los controles prenatales.

Maltrato y violencia intrafamiliar

Durante 2001, por medio del sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar (Sivim) se captaron 4.480 casos, de los cuales 33% (n= 1.463) correspondía al sexo masculino y 67% (n = 3.016) al femenino. Este comportamiento, en el que por cada caso de sexo masculino identificado se registran dos del femenino, se ha mantenido desde que opera el sistema de vigilancia en mención (véase el gráfico 51).

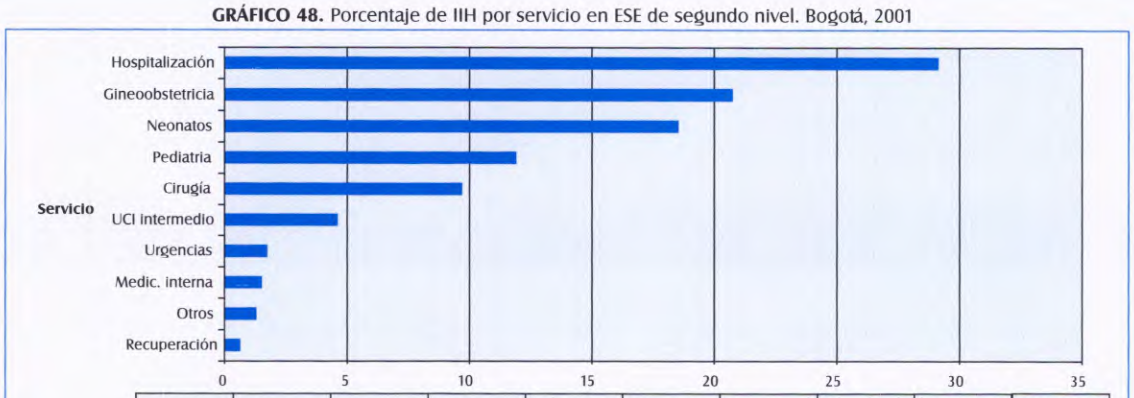
Entre 1999 y 2001 por medio del Sivim se ha detectado el aumento paulatino de la identificación de casos de violencia intrafamiliar correspondientes al sexo masculino. Para el año inicial, el total de reportes de niños y hombres víctimas de violencia intrafamiliar alcanzaba 20,84%; en 2001 el porcentaje fue de 32,66%. Esta situación refleja un cambio paulatino en el comportamiento de la notificación y, probablemente, de la denuncia cuando la víctima es de sexo masculino.

Del total de casos identificados en 2001, el 70,87% (n= 3.175) fueron captados por consulta directa, 29,13% (n= 1.305) por vía indirecta, es decir por medio de consultas cuya motivación primaria no estuvo relacionada con la violencia intrafamiliar. De igual manera, 8,55% de los casos (n= 383) fueron recabados por remisión entre entidades. De los casos restantes, 271, equivalentes a 6,05%, se recopilaron mediante la búsqueda solicitada por las autoridades e instituciones competentes, y de 106 no se dispone de información sobre la manera en que se registraron.

Con respecto a los casos reportados según tipo de violencia, en el gráfico 52 puede observarse que los reportes de violencia intrafamiliar más frecuentes corresponden a la violencia física, seguida por la violencia emocional y la negligencia. En 2001 se registraron por medio del Sivim 3.137 casos de violencia física, que equivalen a 37,38% del total de todos los tipos de violencia intrafamiliar reportados; por su parte, la violencia emocional registró 2.525 casos, que corresponden a 26,87%, y la negligencia 1.304, es decir, 13%.

De otra parte, del total de casos reportados durante el mismo año (véase el gráfico 53), 37,9% correspondía a menores de 18 años, lo cual equivale a 1.467 casos de maltrato a me-

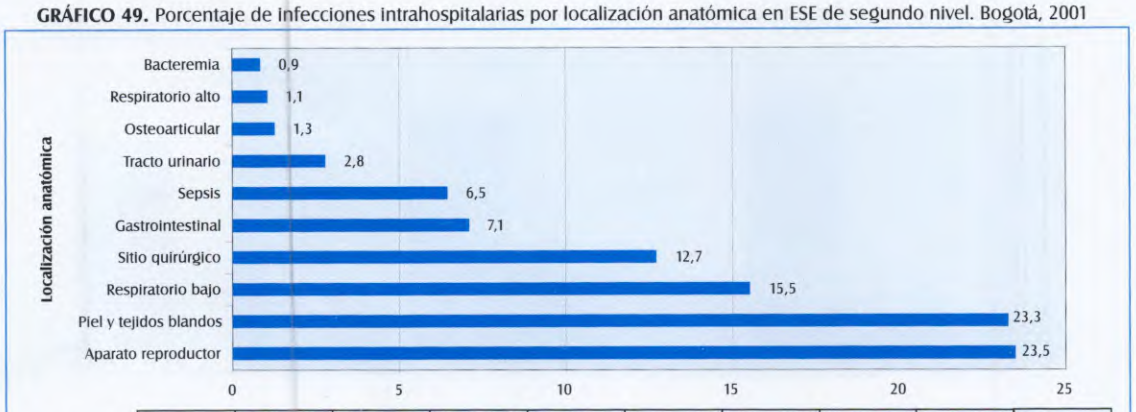
GRÁFICO 48. Porcentaje de IIH por servicio en ESE de segundo nivel. Bogotá, 2001



Servicio	Recuperación	Otros	Medic. Interna	Urgencias	UCI intermedio	Cirugía	Pediatria	Neonatos	Gineoobs-tetricia	Hospitaliza-ción
Porcentaje	0,7	1,3	1,5	1,8	4,6	9,7	11,9	18,5	20,8	29,1

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

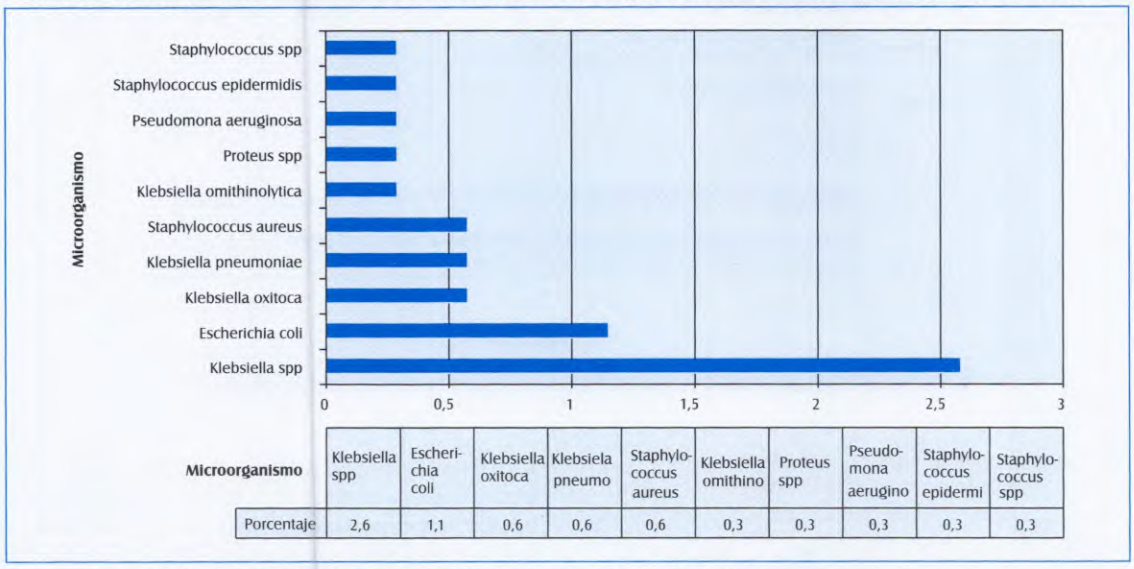
GRÁFICO 49. Porcentaje de infecciones intrahospitalarias por localización anatómica en ESE de segundo nivel. Bogotá, 2001



Localización anatómica	Aparato reproductor	Piel y tejidos blandos	Respiratorio bajo	Sitio quirúrgico	Gastroin-testinal	Sepsis	Tracto urinario	Osteoarti-cular	Respiratorio alto	Bacteremia
Porcentaje	23,5	23,3	15,51	12,7	7,1	6,5	2,8	1,3	1,1	0,9

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

GRÁFICO 50. Porcentaje de infecciones intrahospitalarias por microorganismo causal en ESE de segundo nivel . Bogotá, 2001



Microorganismo	Klebsiella spp	Escheri-chia coli	Klebsiella oxitoca	Klebsiela pneumo	Staphylo-coccus aureus	Klebsiella omithino	Proteus spp	Pseudo-mona aerugino	Staphylo-coccus epidermi	Staphylo-coccus spp
Porcentaje	2,6	1,1	0,6	0,6	0,6	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

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

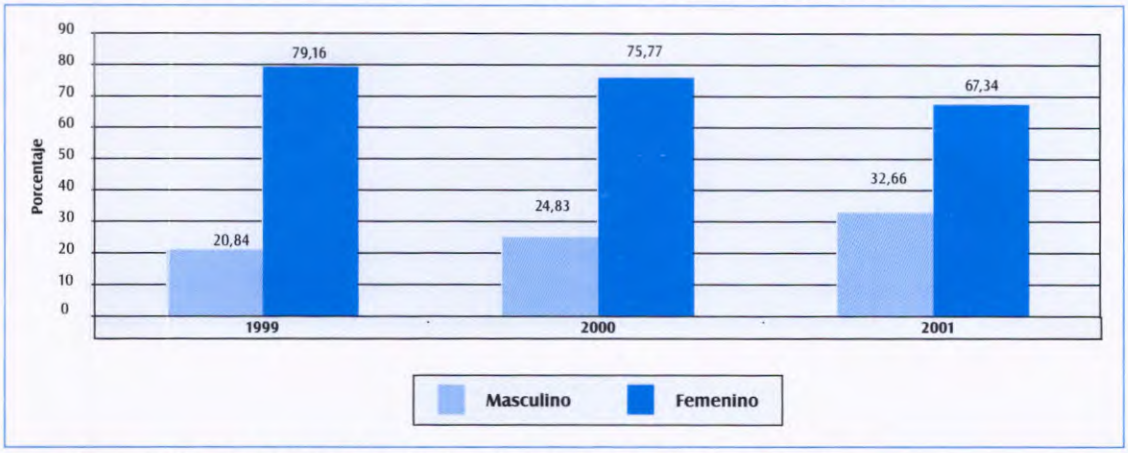
nores de edad; 6,3% (n= 246) correspondió a menores de 1 año. Aunque el número de personas agredidas es siempre mayor en el caso de las niñas y las mujeres, es importante observar que en el caso de las víctimas de maltrato menores de 11 años, en los varones se presentan proporciones más elevadas. Para el sexo femenino, en cambio, el porcentaje de víctimas es mayor a partir de los 11 años de edad.

Es pertinente referirse al análisis del maltrato infantil en menores de 5 años o menos, caso en el que puede afirmarse que la negligencia o descuido[10] es el tipo de violencia intrafamiliar más reportado; en 27,25% (n= 551) de las notificaciones se incluyó el descuido como una de las principales formas de violencia intrafamiliar. La distribución por sexo indica que de los 551 casos 52,08% (n= 287) correspondió a niños y los 264 casos restantes, que equivalen a 47,92%, eran niñas.

Durante 2001, el maltrato emocional o psicológico ejercido contra niños y niñas con 5 años o menos representó 26,4% (n= 534) de los casos notificados que incluyeron esta forma de violencia. Los varones fueron los más afectados, con 320 casos, que equivalen a 60% de los reportes de este tipo de violencia para dicho grupo de edad.

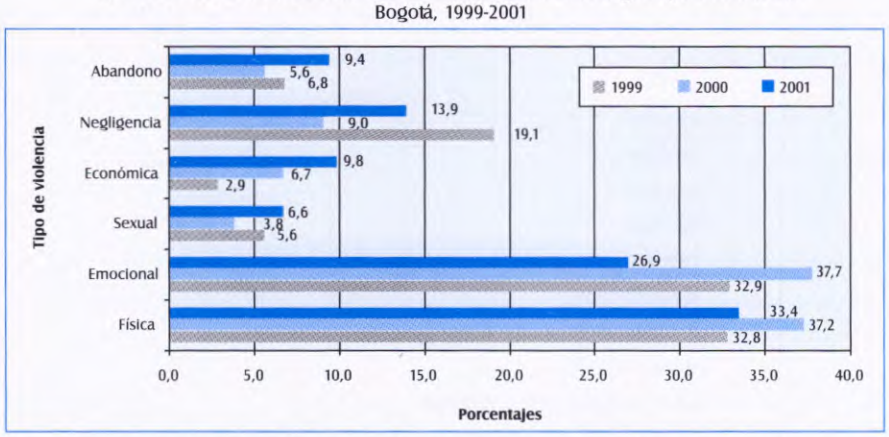
10 La negligencia está referida a los comportamientos del adulto que privan al menor de la satisfacción de sus necesidades básicas, estando en posibilidad de brindarla (alimentación, educación, salud, vivienda, cuidado, vestido). Deben considerarse los casos de malnutrición, accidentes, retraso escolar y enfermedades recurrentes.

GRÁFICO 51. Porcentaje de violencia intrafamiliar identificada por el Sivim. Bogotá, 1999- 2001



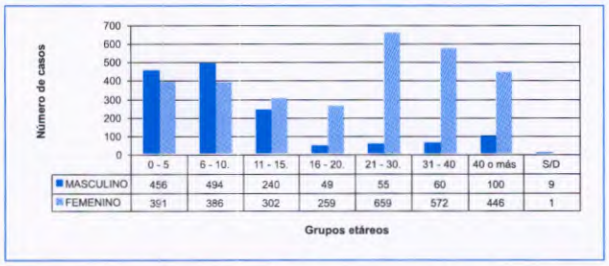
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar.

GRÁFICO 52. Casos identificados de violencia intrafamiliar según tipo de violencia. Bogotá, 1999-2001



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar.

GRÁFICO 53. Distribución de la violencia intrafamiliar según sexo y edad. Bogotá, 2001



	0 - 5	6 - 10.	11 - 15.	16 - 20.	21 - 30.	31 - 40	40 o más	S/D
MASCULINO	456	494	240	49	55	60	100	9
FEMENINO	391	386	302	259	659	572	446	1

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar.

El maltrato físico y el abandono hacia niños y niñas con 5 o menos años representan conjuntamente 35,8% (n= 723) de los casos. Es importante resaltar que de dichos reportes 434 correspondieron a violencia física y los 289 restantes a niños y niñas en situación de abandono y que los varones de dicho segmento poblacional son agredidos con más frecuencia que las niñas. Esta situación se invierte en el caso de la violencia sexual hacia los menores con 5 años de edad o menos.

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, las principales agresiones se registran entre cónyuges, y los padres, madres, padrastros y madrastras continúan siendo los principales agresores para los diversos tipos de violencia. Durante 2001 se registraron 2.822 casos de agresión entre cónyuges, 2.277 casos de violencia ejercida de padres a hijos e hijas y 2.450 de madres hacia hijos e hijas.

En 1.171 casos, que equivalen a 46,6% de registros sobre violencia emocional o psicológica, los agresores fueron la madre o el padre. De violencia física se registraron 3.137 casos, y en 1.491 de ellos (47,53%) los agresores fueron también alguno de los dos progenitores.

De igual manera, en 370 reportes (58,45%) de los 633 casos de violencia sexual registrados, los padres figuran como los principales agresores, seguidos por la violencia sexual entre cónyuges con 116 casos; 30, que equivalen a 4,74% de las notificaciones, correspondió a otros familiares reportados como agresores sexuales, y en 33 casos los agresores fueron conocidos o allegados al núcleo familiar (véanse las tablas 36 y 37).

TABLA 36. Casos de violencia intrafamiliar, física y sexual según relación con el agresor. Bogotá, 2001

Agresor	Emocional		Física		Sexual	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Padre	725	23.5	650	26.26	186	29.67
Madre	766	24.8	521	21.05	184	29.35
Padrastro	79	2.6	50	2.02	18	2.87
Madrastra	8	0.3	8	0.32	5	0.80
Hermano	73	2.4	53	2.14	13	2.07
Cónyuge	1.043	33.8	860	34.75	119	18.98
Hijo	120	3.9	89	3.60	6	0.98
Abuelo	29	0.9	22	0.89	9	1.44
Otro familiar	120	3.9	113	4.57	30	4.78
Conocido	72	2.3	63	2.55	33	5.26
Desconocido	51	1.7	46	1.86	24	3.83
Total	**3.086**	**100**	**2.475**	**100**	**627**	**100**

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar.

TABLA 37. Casos de violencia intrafamiliar por negligencia, abandono y económica según relación con el agresor. Bogotá, 2001

Agresor	Económica		Negligencia		Abandono	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Padre	172	19.05	313	24.49	231	26.49
Madre	186	20.60	468	36.62	325	37.27
Padrastro	22	2.44	74	5.79	32	3.67
Madrastra	4	0.44	7	0.55	6	0.69
Hermano	21	2.33	20	1.56	11	0.26
Cónyuge	404	44.74	227	17.76	169	19.68
Hijo	40	4.43	28	2.19	23	2.64
Abuelo	11	1.22	28	2.19	25	2.87
Otro familiar	20	2.21	53	4.15	28	3.21
Conocido	16	1.77	35	2.75	15	1.62
Des-conocido	7	0.78	25	1.969	7	0.80
Total	**903**	**100**	**1.278**	**100**	**872**	**100**

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar.

Es evidente que en los casos de víctimas de explotación económica, las relaciones entre agresor y agredido resaltan la violencia intrafamiliar entre cónyuges y las relaciones entre hijas e hijos y sus progenitores. En los casos de explotación económica, 46,8% (n= 404) son cónyuges; entre tanto, 41,5% (n= 358) de este tipo de casos correspondió a violencia ejercida por padres y madres hacia sus hijos.

Durante 2001 se recopilaron 468 casos de negligencia, equivalentes a 54,2% del total de reportes por este tipo de violencia, en la que la agresora era la madre, y 313, 25%, en la cual el agresor reportado era el padre.

Para el abandono, referido a la situación en que la persona es dejada sola a pesar de requerir asistencia y atención, se notificaron 881 casos, de los cuales se reportó el parentesco en 588 en los que 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, de violencia emocional. Este tipo de análisis permite identificar el patrón del maltrato y la violencia en Bogotá.

En cuanto a la intervención de los casos identificados o denunciados, en un esfuerzo conjunto, el Departamento Administrativo de Bienestar Social, las comisarías de familia, la Secretaría de Gobierno, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Fiscalía General de la Nación y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, entre otras entidades que integran el consejo distrital para la atención integral a los niños y niñas víctimas de abuso y explotación sexual, elaboraron un plan para la atención integral a los niños y niñas víctimas de abuso y explotación sexual, que tiene como objetivo orientar y facilitar la identificación de posibles casos de delitos sexuales, evitar la doble victimización y favorecer el restablecimiento de los derechos de los niños y las niñas.

Cuando nos referimos a los derechos de las víctimas, hablamos de los consagrados en la ley 360 de 1997 sobre delitos sexuales, que son:

- Ser tratada la persona con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.
- Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.
- Ser informada(o) de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.
- Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia, atendido por personal calificado.
- Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:

— Examen y tratamiento para la prevención de enfermedades venéreas, incluido el VIH-sida.

— Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.

— Recopilación de evidencia médico legal.

— Recibir información sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de perjuicios ocasionados con el delito.

— Información y tratamiento sobre anticoncepción de emergencia.

— Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.

— Recopilación de evidencia médico legal.

— Ser informado sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de perjuicios ocasionados con el delito.

— Información y tratamiento sobre anticoncepción de emergencia.

Los anteriores derechos cubren a mujeres y a hombres de todas las edades, sin importar su tipo de afiliación a la seguridad social en salud.

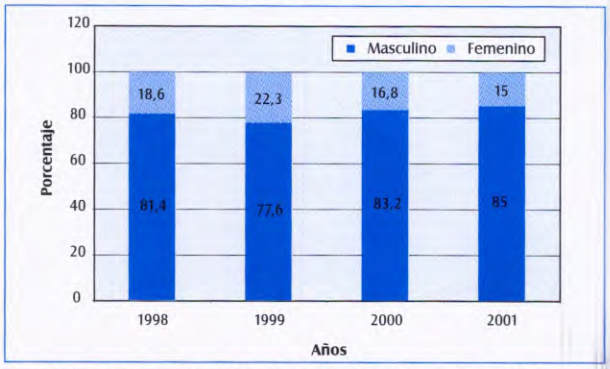
En 2001 se registraron, por medio de centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia, 3.810 casos. El 85% (n = 3.238) eran de sexo masculino y 15% (n = 572) de femenino, lo cual indica que para dicho año por cada mujer que consultó algún centro de tratamiento por problemas asociados al abuso de sustancias psicoactivas lo hicieron aproximadamente 6 hombres.

Los estudios de prevalencia realizados en Colombia desde 1992 han señalado esta tendencia para diversos psicoactivos, exceptuando los tranquilizantes menores. El análisis efectuado a partir de los datos recabados por la ventana de centros de tratamiento del 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 (véanse el gráfico 54 y la tabla 38).

En relación con la distribución de casos según edad, se han mostrado de manera sostenida frecuencias más elevadas para los consumidores cuyas edades se ubican en el rango de 11 a 19 años. Durante 2001, 58,8% (n = 2.243) de los casos atendidos en las diversas instituciones que integran el sistema correspondió a menores de 18 años y el 40,9% restante (n = 1.562) a sujetos entre 18 y 73 años de edad. 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 16 y 20 años.

El análisis efectuado desde 1998 no señala mayores variaciones en la concentración de casos registrados. Sin embargo, 1999 presenta proporciones más elevadas en el grupo de edad de 11 a 15 años, con 28,3% (n= 1.066) de los casos y 47,1% (n= 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 (véase el gráfico 55).

GRÁFICO 54. Distribución de casos de consumidores de psicoactivos según género. Bogota, 1998-2001



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Sistema de vigilancia del consumo de psicoactivos-Vespa.

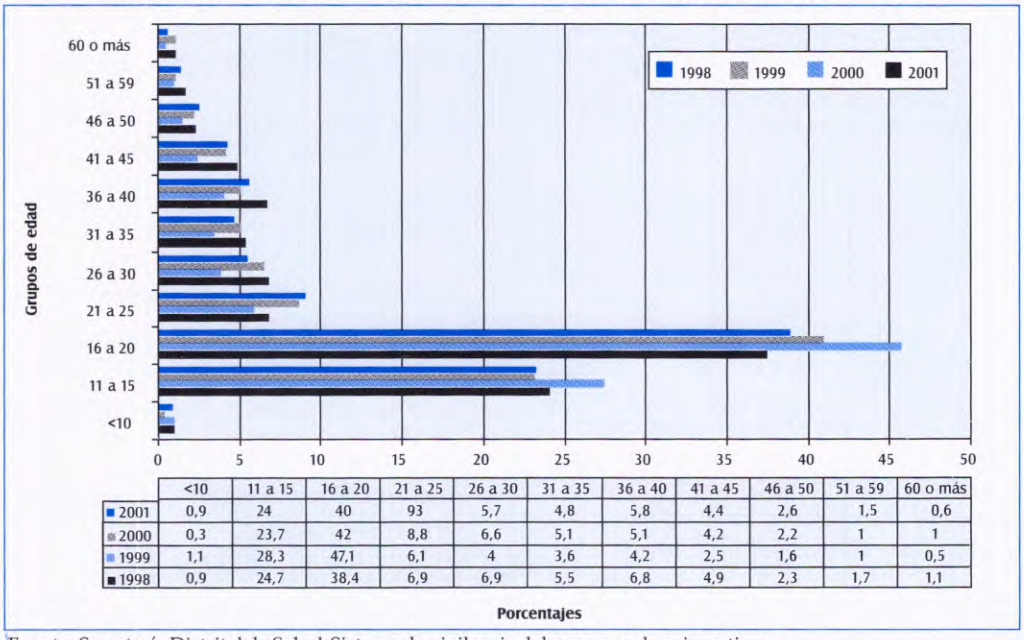
TABLA 38. Consumidores de psicoactivos según sexo. Bogotá, 2001

Sexo	Rango	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Masculino	6 - 70	6 - 70	17	17
Femenino	6 - 70	6 - 70	17	17

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Sistema de vigilancia del consumo de psicoactivos.

En la problemática del uso y abuso de psicotrópicos, la variable estado civil muestra un comportamiento importante en términos de frecuencia. Durante 2001, 77,4% (n= 2.948) de los consumidores eran solteros. Puede afirmarse que para la población que acude a los centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia en Bogotá desde 1998, más de 70% son solteros. Las demás categorías no registran una proporción significativa de casos (véase el gráfico 56).

GRÁFICO 55. Porcentaje de casos de consumidores de psicoactivos, según edad. Bogotá, 1998-2001



	<10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 59	60 o más
2001	0,9	24	40	93	5,7	4,8	5,8	4,4	2,6	1,5	0,6
2000	0,3	23,7	42	8,8	6,6	5,1	5,1	4,2	2,2	1	1
1999	1,1	28,3	47,1	6,1	4	3,6	4,2	2,5	1,6	1	0,5
1998	0,9	24,7	38,4	6,9	6,9	5,5	6,8	4,9	2,3	1,7	1,1

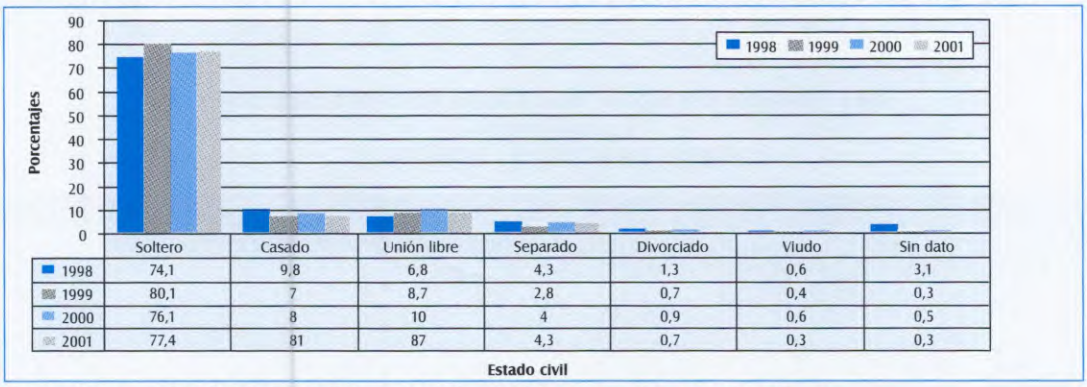
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Sistema de vigilancia del consumo de psicoactivos

El patrón de consumo de psicoactivos descrito en la tabla 39 es uno de los aspectos esenciales dentro de la ventana de centros de tratamiento del Vespa. Durante 2001 las sustancias psicoactivas más frecuentemente citadas como drogas de inicio fueron, en orden descendente, las bebidas alcohólicas, con 48,8 % de los casos, que equivalen a 1.859 consumidores; el cigarrillo, con 1.032 casos que equivalen a 27,1%; la marihuana, reportada en 629 casos (16,5%) como sustancia de inicio; y los inhalantes con 152 casos, que corresponden a 4% 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 2001 se reportaron 62 casos en los que la sustancia psicoactiva que se consumió por primera vez fue el basuco, y 28 en los que la cocaína fue la droga inicial. En esta descripción se puede resaltar también que las sustancias de mayor impacto más citadas por los consumidores fueron, en su orden, el basuco, la marihuana, el alcohol y el tabaco. El 28% (n= 959) de los casos reportados durante 2001 consideraba que la pasta básica de cocaína o basuco es la droga que mayor daño les ha ocasionado. El 25% (n= 833) informó que de todas las sustancias consumidas la marihuana era la droga que mayor daño fisiológico y psicológico les había causado (véase la tabla 39).

Las principales sustancias psicoactivas de inicio o drogas primarias en los dos años anteriores se mantienen, siendo las bebidas alcohólicas, en más de 48% 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 57).

GRÁFICO 56. Distribución porcentual de casos de consumidores de psicoactivos, según estado civil. Bogotá, 1998-2001



	Soltero	Casado	Unión libre	Separado	Divorciado	Viudo	Sin dato
1998	74,1	9,8	6,8	4,3	1,3	0,6	3,1
1999	80,1	7	8,7	2,8	0,7	0,4	0,3
2000	76,1	8	10	4	0,9	0,6	0,5
2001	77,4	81	87	4,3	0,7	0,3	0,3

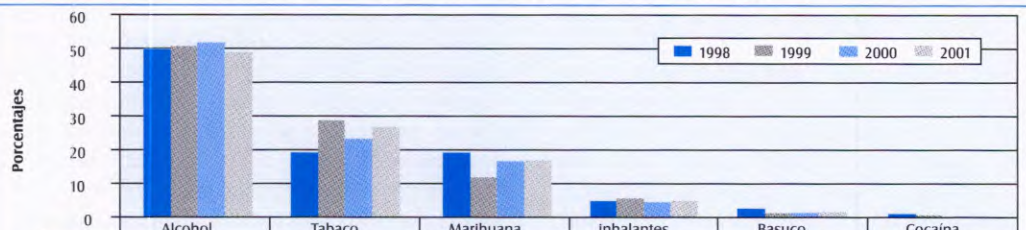
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Sistema de vigilancia del consumo de psicoactivos-Vespa.

TABLA 39. Distribución del consumo de psicoactivos, según sexo, droga de inicio, primaria, secundaria, terciaria y de mayor impacto. Bogotá, 2001

Tipo de droga	Droga de inicio			Droga secundaria			Droga terciaria			Droga mayor impacto		
	Masc.	Femen.	%	Masc.	Femen.	%	Masc.	Femen.	%	Masc.	Femen.	%
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	0	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
Sin dato			0	1		0			0			0
Total	**2.828**	**572**	**0**	**2.828**	**572**	**0**	**2.828**	**572**	**3.400**	**2.828**	**572**	**3.400**

Fuentes: Secretaría Distrital de Salud. Sistema de Vigilancia del consumo de psicoactivo.

GRÁFICO 57. Principales sustancias psicoactivas de inicio. Bogotá, 2001



	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalantes	Basuco	Cocaína
1998	49,9	19,3	19,5	5,1	2,8	1,3
1999	50,7	28,8	12	5,6	1,1	0,7
2000	51,9	23,4	17	4,7	1,7	0,4
2001	48,8	27,1	16,5	4	1,6	0,7

Sustancia psicoactiva

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Sistema de vigilancia del consumo de psicoactivos.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL SEGÚN EDAD

DECIMA REVISION

GÉNERO MASCULINO - BOGOTA D.C.

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa	No.	CAUSAS	Total	%
	Menores de 1 año					De 1 a 4 años		
1	1-092 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	706	49,2	96,3	1-074	Neumonía	29	12,0
2	1-093 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	300	20,9	40,9	1-103	Todas las demás causas externas	25	10,4
3	1-074 Neumonía	137	9,5	18,7	1-093	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	24	10,0
4	1-103 Todas las demás causas externas	35	2,4	4,8	1-096	Accidentes de transporte	13	5,4
5	1-077 Resto de enfermedades del sistema respiratorio	24	1,7	3,3	1-061	Resto de enfermedades del sistema nervioso	12	5,0
6	1-003 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	27	1,9	3,7	1-045	Leucemia	11	4,6
7	1-061 Resto de enfermedades del sistema nervioso	20	1,4	2,7	1-003	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	8	3,3
8	1-075 Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	20	1,4	2,7	1-042	Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	8	3,3
9	1-012 Septicemia	12	0,8	1,6	1-046	Resto de tumores malignos	7	2,9
10	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	17	1,2	2,3	1-098	Ahogamiento y sumersión accidentales	6	2,5
	Resto de causas	138	9,6	18,8		Resto de causas	98	40,7
	Total	1436	100,0	195,9		Total	241	100,0
	De 5 a 9 años					De 10 a 14 años		
1	1-096 Accidentes de transporte	17	16,5	0,6	1-096	Accidentes de transporte	21	18,8
2	1-045 Leucemia	10	9,7	0,3	1-045	Leucemia	18	16,1
3	1-093 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9	8,7	0,3	1-102	Agresiones	9	8,0
4	1-074 Neumonía	8	7,8	0,3	1-061	Resto de enfermedades del sistema nervioso	8	7,1
5	1-061 Resto de enfermedades del sistema nervioso	7	6,8	0,2	1-046	Resto de tumores malignos	6	5,4
6	1-103 Todas las demás causas externas	7	6,8	0,2	1-103	Todas las demás causas externas	6	5,4
7	1-102 Agresiones	7	6,8	0,2	1-093	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5	4,5
8	1-042 Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	3	2,9	0,1	1-074	Neumonía	5	4,5
9	1-046 Resto de tumores malignos	3	2,9	0,1	1-101	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	5	4,5
10	1-068 Otras enfermedades del corazón	3	2,9	0,1	1-068	Otras enfermedades del corazón	3	2,7
	Resto de causas	29	28,2	1,0		Resto de causas	26	23,2
	Total	103	100,00	3,4		Total	112	100,00
	DE 15 a 19 años					De 20 a 24 años		
1	1-102 Agresiones	259	53,3	9,4	1-102	Agresiones	432	54,8
2	1-096 Accidentes de transporte	37	7,6	1,3	1-096	Accidentes de transporte	88	11,2
3	1-101 Lesiones autoinfligidas intencionalmente	36	7,4	1,3	1-103	Todas las demás causas externas	61	7,7
4	1-103 Todas las demás causas externas	28	5,8	1,0	1-101	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	42	5,3
5	1-045 Leucemia	16	3,3	0,6	1-020	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	15	1,9
6	1-094 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	15	3,1	0,5	1-046	Resto de tumores malignos	15	1,9
7	1-046 Resto de tumores malignos	14	2,9	0,5	1-097	Caídas	11	1,4
8	1-061 Resto de enfermedades del sistema nervioso	9	1,9	0,3	1-045	Leucemia	9	1,1
9	1-068 Otras enfermedades del corazón	8	1,6	0,3	1-077	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	9	1,1
10	1-042 Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	5	1,0	0,2	1-061	Resto de enfermedades del sistema nervioso	8	1,0
	Resto de causas					Resto de causas	99	12,5
	Total	486	100,0	17,5		Total	789	100,00

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 25 a 29 años			
1	1-102 Agresiones	334	47,7	12,2
2	1-096 Accidentes de transporte	73	10,4	2,7
3	1-020 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	47	6,7	1,7
4	1-103 Todas las demás causas externas	47	6,7	1,7
5	1-101 Lesiones autoinfligidas intencionalmente	40	5,7	1,5
6	1-046 Resto de tumores malignos	16	2,3	0,6
7	1-097 Caídas	13	1,9	0,5
8	1-074 Neumonía	10	1,4	0,4
9	1-045 Leucemia	9	1,3	0,3
10	1-061 Resto de enfermedades del sistema nervioso	8	1,1	0,3
	Resto de causas	103	14,7	3,8
	Total	**700**	**100,0**	**25,7**
	De 35 a 39 años			
1	1-102 Agresiones	226	34,5	8,8
2	1-020 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	72	11,0	2,8
3	1-096 Accidentes de transporte	64	9,8	2,5
4	1-103 Todas las demás causas externas	47	7,2	1,8
5	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	19	2,9	0,7
6	1-046 Resto de tumores malignos	18	2,7	0,7
7	1-101 Lesiones autoinfligidas intencionalmente	16	2,4	0,6
8	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	14	2,1	0,5
9	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	13	2,0	0,5
10	1-045 Leucemia	12	1,8	0,5
	Resto de causas	155	23,6	6,0
	Total	**656**	**100,0**	**25,6**
	De 45 a 49 años			
1	1-102 Agresiones	106	15,1	6,3
2	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	74	10,5	4,4
3	1-096 Accidentes de transporte	45	6,4	2,7
4	1-020 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	39	5,5	2,3
5	1-094 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	37	5,3	2,2
6	1-029 Tumor maligno del estómago	36	5,1	2,1
7	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	30	4,3	1,8
8	1-046 Resto de tumores malignos	29	4,1	1,7
9	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	29	4,1	1,7
10	1-103 Todas las demás causas externas	23	3,3	1,4
	Resto de causas	255	36,3	15,1
	Total	**703**	**100,0**	41,7
	De 55 a 59 años			
1	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	134	17,3	14,7
2	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	67	8,6	7,3
3	1-029 Tumor maligno del estómago	47	6,1	5,1
4	1-052 Diabetes mellitus	42	5,4	4,6
5	1-046 Resto de tumores malignos	41	5,3	4,5
6	1-102 Agresiones	39	5,0	4,3
7	1-068 Otras enfermedades del corazón	29	3,7	3,2
8	1-096 Accidentes de transporte	29	3,7	3,2
9	1-080 Enfermedades del hígado	25	3,2	2,7
10	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	24	3,1	2,6
	Resto de causas	298	38,5	32,6
	Total	**775**	**100,0**	**84,9**
	De 65 a 69 años			
1	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	242	19,3	48,0
2	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	131	10,4	26,0
3	1-029 Tumor maligno del estómago	84	6,7	16,7
4	1-052 Diabetes mellitus	71	5,7	14,1
5	1-068 Otras enfermedades del corazón	60	4,8	11,9
6	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	59	4,7	11,7
7	1-076 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	59	4,7	11,7
8	1-046 Resto de tumores malignos	51	4,1	10,1
9	1-040 Tumor maligno de la próstata	35	2,8	6,9
10	1-066 Enfermedades hipertensivas	34	2,7	6,7
	Resto de causas	429	34,2	85,0
	Total	**1255**	**100,0**	**248,8**
	De 75 y mas			
1	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	725	19,4	212,9
2	1-076 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	374	10,0	109,8
3	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	329	8,8	96,6
4	1-068 Otras enfermedades del corazón	265	7,1	77,8
5	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	210	5,6	61,7
6	1-074 Neumonía	172	4,6	50,5
7	1-040 Tumor maligno de la próstata	171	4,6	50,2
8	1-052 Diabetes mellitus	141	3,8	41,4
9	1-066 Enfermedades hipertensivas	136	3,6	39,9
10	1-086 Resto de enfermedades del sistema genitourinario	122	3,3	35,8
	Resto de causas	1098	29,3	322,5
	Total	**3743**	**100,0**	**1.099,4**

No.	CAUSAS	Total	%	
	De 30 a 34 años			
1-102	Agresiones	272	41,1	10,2
1-020	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	85	12,9	3,2
1-096	Accidentes de transporte	66	10,0	2,5
1-103	odas las demás causas externas	39	5,9	1,5
1-101	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	21	3,2	0,8
1-061	Resto de enfermedades del sistema nervioso	15	2,3	0,6
1-074	Neumonía	11	1,7	0,4
1-046	Resto de tumores malignos	10	1,5	0,4
1-081	Resto de enfermedades del sistema digestivo	10	1,5	0,4
1-068	Otras enfermedades del corazón	9	1,4	0,3
	Resto de causas	123	18,6	4,6
	Total	**661**	**100,00**	**24,9**
	De 40 a 44 años			
1-102	Agresiones	148	22,1	6,7
1-096	Accidentes de transporte	72	10,7	3,3
1-020	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	67	10,0	3,0
1-103	Todas las demás causas externas	38	5,7	1,7
1-067	Enfermedades isquémicas del corazón	35	5,2	1,6
1-094	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	27	4,0	1,2
1-069	Enfermedades cerebrovasculares	20	3,0	0,9
1-029	Tumor maligno del estómago	20	3,0	0,9
1-101	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	20	3,0	0,9
1-081	Resto de enfermedades del sistema digestivo	19	2,8	0,9
	Resto de causas	205	30,6	9,3
	Total	**671**	**100,00**	**30,5**
	De 50 a 54 años			
1-067	Enfermedades isquémicas del corazón	106	14,3	8,7
1-102	Agresiones	57	7,7	4,7
1-069	Enfermedades cerebrovasculares	43	5,8	3,5
1-096	Accidentes de transporte	40	5,4	3,3
1-029	Tumor maligno del estómago	36	4,9	2,9
1-052	Diabetes mellitus	33	4,4	2,7
1-046	Resto de tumores malignos	32	4,3	2,6
1-068	Otras enfermedades del corazón	22	3,0	1,8
1-071	Resto de enfermedades del sistema circulatorio	22	3,0	1,8
1-103	Todas las demás causas externas	22	3,0	1,8
	Resto de causas	329	44,3	26,9
	Total	**742**	**100,00**	**60,7**
	De 60 a 64 años			
1-067	Enfermedades isquémicas del corazón	204	19,3	31,1
1-069	Enfermedades cerebrovasculares	90	8,5	13,7
1-052	Diabetes mellitus	68	6,4	10,4
1-029	Tumor maligno del estómago	64	6,1	9,8
1-076	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	41	3,9	6,3
1-046	Resto de tumores malignos	38	3,6	5,8
1-068	Otras enfermedades del corazón	38	3,6	5,8
1-081	Resto de enfermedades del sistema digestivo	37	3,5	5,6
1-080	Enfermedades del hígado	31	2,9	4,7
1-034	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	27	2,6	4,1
	Resto de causas	418	39,6	63,8
	Total	**1056**	**100,00**	**161,2**
	De 70 a 74 años			
1-067	Enfermedades isquémicas del corazón	290	17,8	85,3
1-069	Enfermedades cerebrovasculares	127	7,8	37,4
1-068	Otras enfermedades del corazón	108	6,6	31,8
1-076	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	104	6,4	30,6
1-081	Resto de enfermedades del sistema digestivo	93	5,7	27,4
1-052	Diabetes mellitus	88	5,4	25,9
1-029	Tumor maligno del estómago	67	4,1	19,7
1-040	Tumor maligno de la próstata	65	4,0	19,1
1-046	Resto de tumores malignos	63	3,9	18,5
1-074	Neumonía	53	3,3	15,6
	Resto de causas	568	34,9	167,1
	Total	**1626**	**100,00**	**478,3**

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL SEGÚN EDAD

DECIMA REVISION

GÉNERO FEMENINO - BOGOTA D.C.

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	Menores de 1 año			
1	1-092 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	489	44,7	68,2
2	1-093 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	270	24,7	37,6
3	1-074 Neumonía	96	8,8	13,4
4	1-103 Todas las demás causas externas	29	2,7	4,0
5	1-077 Resto de enfermedades del sistema respiratorio	29	2,7	4,0
6	1-003 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	25	2,3	3,5
7	1-012 Septicemia	16	1,5	2,2
8	1-068 Otras enfermedades del corazón	12	1,1	1,7
9	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	11	1,0	1,5
10	1-059 Meningitis	11	1,0	1,5
	Resto de causas	105	9,6	14,6
	Total	**1093**	**100,0**	**152,3**

No.	CAUSAS	Total	%
	De 1 a 4 años		
1-093	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	25	13,4
1-074	Neumonía	21	11,3
1-103	Todas las demás causas externas	15	8,1
1-003	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	9	4,8
1-077	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	9	4,8
1-096	Accidentes de transporte	8	4,3
1-061	Resto de enfermedades del sistema nervioso	8	4,3
1-045	Leucemia	8	4,3
1-046	Resto de tumores malignos	7	3,8
1-098	Ahogamiento y sumersión accidentales	6	3,2
	Resto de causas	70	37,6
	Total	**186**	**100,0**

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 5 a 9 años			
1	1-045 Leucemia	9	11,3	0,3
2	1-096 Accidentes de transporte	8	10,0	0,3
3	1-093 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6	7,5	0,2
4	1-061 Resto de enfermedades del sistema nervioso	5	6,3	0,2
5	1-074 Neumonía	4	5,0	0,1
6	1-042 Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	4	5,0	0,1
7	1-046 Resto de tumores malignos	4	5,0	0,1
8	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	4	5,0	0,1
9	1-103 Todas las demás causas externas	3	3,8	0,1
10	1-068 Otras enfermedades del corazón	3	3,8	0,1
	Resto de causas	30	37,5	1,0
	Total	**80**	**100,00**	**2,7**

No.	CAUSAS	Total	%
	De 10 a 14 años		
1-045	Leucemia	13	15,3
1-096	Accidentes de transporte	7	8,2
1-046	Resto de tumores malignos	7	8,2
1-103	Todas las demás causas externas	7	8,2
1-102	Agresiones	6	7,1
1-093	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4	4,7
1-081	Resto de enfermedades del sistema digestivo	4	4,7
1-068	Otras enfermedades del corazón	3	3,5
1-042	Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	3	3,5
1-065	Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	3	3,5
	Resto de causas	28	32,9
	Total	**85**	**100,00**

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 15 a 19 años			
1	1-102 Agresiones	26	14,9	0,9
2	1-096 Accidentes de transporte	18	10,3	0,6
3	1-101 Lesiones autoinfligidas intencionalmente	17	9,7	0,6
4	1-045 Leucemia	12	6,9	0,4
5	1-046 Resto de tumores malignos	10	5,7	0,3
6	1-103 Todas las demás causas externas	7	4,0	0,2
7	1-061 Resto de enfermedades del sistema nervioso	6	3,4	0,2
8	1-068 Otras enfermedades del corazón	6	3,4	0,2
9	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	5	2,9	0,2
10	1-089 Otras muertes obstétricas directas	5	2,9	0,2
	Resto de causas	63	36,0	2,1
	Total	**175**	**100,0**	**5,7**

No.	CAUSAS	Total	%
	De 20 a 24 años		
1-102	Agresiones	25	11,2
1-101	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	22	9,8
1-096	Accidentes de transporte	20	8,9
1-103	Todas las demás causas externas	15	6,7
1-045	Leucemia	13	5,8
1-083	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	11	4,9
1-089	Otras muertes obstétricas directas	11	4,9
1-081	Resto de enfermedades del sistema digestivo	10	4,5
1-061	Resto de enfermedades del sistema nervioso	8	3,6
1-086	Resto de enfermedades del sistema genitourinario	7	3,1
	Resto de causas	82	36,6
	Total	**224**	**100,00**

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 25 a 29 años			
1	1-089 Otras muertes obstétricas directas	25	12,7	0,8
2	1-102 Agresiones	19	9,6	0,6
3	1-096 Accidentes de transporte	11	5,6	0,3
4	1-020 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	11	5,6	0,3
5	1-103 Todas las demás causas externas	8	4,1	0,3
6	1-061 Resto de enfermedades del sistema nervioso	8	4,1	0,3
7	1-052 Diabetes mellitus	8	4,1	0,3
8	1-086 Resto de enfermedades del sistema genitourinario	8	4,1	0,3
9	1-068 Otras enfermedades del corazón	7	3,6	0,2
10	1-083 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	7	3,6	0,2
	Resto de causas	85	43,1	2,7
	Total	**197**	**100,0**	**6,2**

No.	CAUSAS	Total	%
	De 30 a 34 años		
1-089	Otras muertes obstétricas directas	20	8,0
1-096	Accidentes de transporte	19	7,6
1-061	Resto de enfermedades del sistema nervioso	16	6,4
1-102	Agresiones	15	6,0
1-074	Neumonía	13	5,2
1-046	Resto de tumores malignos	13	5,2
1-083	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	11	4,4
1-037	Tumor maligno del cuello del útero	10	4,0
1-069	Enfermedades cerebrovasculares	9	3,6
1-020	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	8	3,2
1-103	Todas las demás causas externas		
	Resto de causas	116	46,4
	Total	**250**	**100,00**

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 35 a 39 años			
1	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	24	7,5	0,8
2	1-036 Tumor maligno de la mama	20	6,2	0,7
3	1-096 Accidentes de transporte	19	5,9	0,6
4	1-089 Otras muertes obstétricas directas	19	5,9	0,6
5	1-037 Tumor maligno del cuello del útero	18	5,6	0,6
6	1-102 Agresiones	16	5,0	0,5
7	1-046 Resto de tumores malignos	16	5,0	0,5
8	1-052 Diabetes mellitus	12	3,7	0,4
9	1-068 Otras enfermedades del corazón	12	3,7	0,4
10	1-029 Tumor maligno del estómago	11	3,4	0,4
	Resto de causas	154	48,0	5,2
	Total	**321**	**100,0**	**10,8**

No.	CAUSAS	Total	%
	De 40 a 44 años		
1-036	Tumor maligno de la mama	36	9,0
1-069	Enfermedades cerebrovasculares	32	8,0
1-037	Tumor maligno del cuello del útero	28	7,0
1-067	Enfermedades isquémicas del corazón	22	5,5
1-046	Resto de tumores malignos	19	4,7
1-083	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	16	4,0
1-102	Agresiones	14	3,5
1-096	Accidentes de transporte	14	3,5
1-029	Tumor maligno del estómago	14	3,5
1-081	Resto de enfermedades del sistema digestivo	13	3,2
	Resto de causas	193	48,1
	Total	**401**	**100,00**

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 45 a 49 años			
1	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	56	11,6	2,8
2	1-036 Tumor maligno de la mama	49	10,2	2,5
3	1-037 Tumor maligno del cuello del útero	40	8,3	2,0
4	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	26	5,4	1,3
5	1-046 Resto de tumores malignos	26	5,4	1,3
6	1-068 Otras enfermedades del corazón	26	5,4	1,3
7	1-071 Resto de enfermedades del sistema circulatorio	19	3,9	1,0
8	1-052 Diabetes mellitus	19	3,9	1,0
9	1-029 Tumor maligno del estómago	17	3,5	0,9
10	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	16	3,3	0,8
	Resto de causas	188	39,0	9,5
	Total	**482**	**100,0**	**24,4**

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 50 a 54 años			
1	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	85	14,7	5,9
2	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	45	7,8	3,1
3	1-036 Tumor maligno de la mama	43	7,4	3,0
4	1-068 Otras enfermedades del corazón	38	6,6	2,6
5	1-037 Tumor maligno del cuello del útero	34	5,9	2,3
6	1-046 Resto de tumores malignos	30	5,2	2,1
7	1-052 Diabetes mellitus	25	4,3	1,7
8	1-029 Tumor maligno del estómago	19	3,3	1,3
9	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	18	3,1	1,2
10	1-039 Tumor maligno del ovario	14	2,4	1,0
	Resto de causas	228	39,4	15,7
	Total	**579**	**100,00**	**39,9**

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 55 a 59 años			
1	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	65	9,3	5,8
2	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	57	8,2	5,1
3	1-046 Resto de tumores malignos	49	7,0	4,4
4	1-036 Tumor maligno de la mama	46	6,6	4,1
5	1-068 Otras enfermedades del corazón	43	6,2	3,8
6	1-052 Diabetes mellitus	39	5,6	3,5
7	1-037 Tumor maligno del cuello del útero	30	4,3	2,7
8	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	26	3,7	2,3
9	1-030 Tumor maligno del colon, del recto y del ano	23	3,3	2,0
10	1-039 Tumor maligno del ovario	22	3,2	2,0
	Resto de causas	297	42,6	26,4
	Total	**697**	**100,0**	**61,9**

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 60 a 64 años			
1	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	99	12,1	11,5
2	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	99	12,1	11,5
3	1-052 Diabetes mellitus	59	7,2	6,9
4	1-046 Resto de tumores malignos	50	6,1	5,8
5	1-036 Tumor maligno de la mama	49	6,0	5,7
6	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	42	5,2	4,9
7	1-068 Otras enfermedades del corazón	34	4,2	4,0
8	1-076 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	32	3,9	3,7
9	1-029 Tumor maligno del estómago	26	3,2	3,0
10	1-037 Tumor maligno del cuello del útero	22	2,7	2,6
	Resto de causas	303	37,2	35,3
	Total	**815**	**100,00**	**94,8**

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 65 a 69 años			
1	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	160	14,5	23,5
2	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	128	11,6	18,8
3	1-052 Diabetes mellitus	72	6,5	10,6
4	1-068 Otras enfermedades del corazón	57	5,2	8,4
5	1-046 Resto de tumores malignos	53	4,8	7,8
6	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	48	4,4	7,0
7	1-076 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	40	3,6	5,9
8	1-036 Tumor maligno de la mama	36	3,3	5,3
9	1-029 Tumor maligno del estómago	35	3,2	5,1
10	1-066 Enfermedades hipertensivas	32	2,9	4,7
	Resto de causas	439	39,9	64,5
	Total	**1100**	**100,0**	**161,5**

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 70 a 74 años			
1	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	216	14,8	45,1
2	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	194	13,3	40,5
3	1-052 Diabetes mellitus	101	6,9	21,1
4	1-068 Otras enfermedades del corazón	95	6,5	19,8
5	1-076 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	79	5,4	16,5
6	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	69	4,7	14,4
7	1-066 Enfermedades hipertensivas	65	4,5	13,6
8	1-046 Resto de tumores malignos	58	4,0	12,1
9	1-029 Tumor maligno del estómago	53	3,6	11,1
10	1-074 Neumonía	48	3,3	10,0
	Resto de causas	477	32,8	99,5
	Total	**1455**	**100,00**	**303,5**

No.	CAUSAS	Total	%	Tasa
	De 75 y más			
1	1-067 Enfermedades isquémicas del corazón	917	18,9	161,1
2	1-069 Enfermedades cerebrovasculares	612	12,6	107,5
3	1-068 Otras enfermedades del corazón	419	8,6	73,6
4	1-076 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	347	7,1	61,0
5	1-066 Enfermedades hipertensivas	285	5,9	50,1
6	1-052 Diabetes mellitus	273	5,6	48,0
7	1-081 Resto de enfermedades del sistema digestivo	244	5,0	42,9
8	1-074 Neumonía	195	4,0	34,3
9	1-046 Resto de tumores malignos	145	3,0	25,5
10	1-029 Tumor maligno del estómago	123	2,5	21,6
	Resto de causas	1295	26,7	227,5
	Total	**4855**	**100,0**	**852,8**

FUENTE : Certificado Individual de defunción DANE
TASA * 10.000 Habitantes

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.	Tasa global de fecundidad. Bogotá, 1998-2001	Pag. 7
GRÁFICO 2.	Tasa de fecundidad específica por grupo de edad por 1.000 nacidos vivos. Bogotá, 1998-2001	Pag. 7
GRÁFICO 3.	Tasa de mortalidad por género y grupos etáreos. Bogotá, 2001	Pag. 9
GRÁFICO 4.	Tasas de mortalidad infantil. Bogotá, 1998-2001	Pag. 9
GRÁFICO 5.	Pirámide poblacional. Bogotá, 2001	Pag. 10
GRÁFICO 6.	Mortalidad por neumonía en menores de 5 años. Bogotá, 1986-2001	Pag. 11
GRÁFICO 7.	Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. Bogotá, 1986-2001	Pag. 13
GRÁFICO 8.	Clasificación internacional de enfermedades, CIE-10. Mortalidad perinatal, Bogotá, 2001	Pag. 17
GRÁFICO 9.	Casos acumulados de VIH y sida por edad y sexo. Bogotá, 1984-2001	Pag. 19
GRÁFICO 10.	VIH y sida. Incidencia por 100.000 habitantes. Bogotá, 1985-2001	Pag. 19
GRÁFICO 11.	Peso porcentual de la mortalidad por VIH-sida sobre mortalidad por sexo y grupo de edad, Bogotá, 2001	Pag. 20
GRÁFICO 12.	Incidencia de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Bogotá, 1990-2001	Pag. 23
GRÁFICO 13.	Incidencia de tuberculosis extrapulmonar. Bogotá, 2001	Pag. 23
GRÁFICO 14.	Investigaciones epidemiológicas de campo frente a casos de tuberculosis pulmonar. Bogotá, 2001	Pag. 24
GRÁFICO 15.	Nivel endémico de varicela. Bogotá, 2001	Pag. 27
GRÁFICO 16.	Nivel endémico por parotiditis. Bogotá, 2001	Pag. 27
GRÁFICO 17.	Incidencia de paperas en niños de 1-4 años y cobertura de vacunación con triple viral. Bogotá, 1995-2001	Pag. 28
GRÁFICO 18.	Incidencia de tosferina en menores de 5 años, y cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 años. Bogotá, 1986-2001	Pag. 28
GRÁFICO 19.	Incidencia de difteria en menores de 1 año y cobertura de vacunación con DPT. Bogotá, 1986-2001	Pag. 29
GRÁFICO 20.	Incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae* en menores de 5 años y cobertura de vacunación en menores de 1 año. Bogotá, 1998-2001	Pag. 30
GRÁFICO 21.	Incidencia de sarampión en menores de 5 años y cobertura de vacunación con triple viral en niños de 1 año. Bogotá, 1986-2001	Pag. 31
GRÁFICO 22.	Incidencia de rubéola en menores de 5 años y cobertura de vacunación con triple viral. Bogotá, 1993-2001	Pag. 33
GRÁFICO 23.	Notificaciones de dengue clásico por periodo epidemiológico. Bogotá, 1998-2001	Pag. 37
GRÁFICO 24.	Notificación de casos de dengue hemorrágico por periodo epidemiológico. Bogotá, 1998-2001	Pag. 38
GRÁFICO 25.	Peso al nacer. Bogotá, 2001	Pag. 39
GRÁFICO 26.	Peso al nacer a término en parto único. Bogotá, 2001	Pag. 39
GRÁFICO 27.	Peso al nacer por género en nacidos a término en parto único. Bogotá, 2001	Pag. 39
GRÁFICO 28.	Peso al nacer según edad de la madre. Bogotá, 2001	Pag. 40
GRÁFICO 29.	Bajo peso al nacer según localidad de residencia de la madre. Bogotá, 2001	Pag. 41
GRÁFICO 30.	Bajo peso al nacer según escolaridad de la madre. Bogotá, 2001	Pag. 41
GRÁFICO 31.	Peso al nacer según régimen de afiliación de la madre. Bogotá, 2001	Pag. 42
GRÁFICO 32.	Bajo peso al nacer según estado civil de la madre. Bogotá, 2001	Pag. 42
GRÁFICO 33.	Estado nutricional de menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3 según indicador talla/edad. Bogotá, 2001	Pag. 42
GRÁFICO 34.	Estado nutricional de niños y niñas menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3 según indicador peso/talla. Bogotá, 2001	Pag. 43
GRÁFICO 35.	Prevalencia de lactancia materna en población menor de 1 año. Bogotá, 2001	Pag. 45
GRÁFICO 36.	Estado nutricional de niños menores de 10 años escolarizados de escuelas públicas rurales, según indicador peso/talla. Bogotá, 2001	Pag. 45
GRÁFICO 37.	Estado nutricional por grupo etáreo de niños menores de 10 años escolarizados de escuelas públicas rurales, según indicador peso/talla. Bogotá, 2001	Pag. 46
GRÁFICO 38.	Estado nutricional de niños menores de 10 años escolarizados de escuelas públicas rurales, según indicador talla/edad. Bogotá, 2001	Pag. 46
GRÁFICO 39.	Estado nutricional por grupo etáreo de niños menores de 10 años escolarizados de escuelas públicas rurales, según indicador talla/edad. Bogotá, 2001	Pag. 47
GRÁFICO 40.	Estado nutricional por grupo etáreo, según el indicador peso/edad en población escolarizada mayor de 10 años. Bogotá, 2001	Pag. 47
GRÁFICO 41.	Situación nutricional en población escolarizada rural mayor de 10 años, según indicador talla/edad. Bogotá, 2001	Pag. 48
GRÁFICO 42.	Infecciones intrahospitalarias en ESE de tercer nivel. Bogotá, 1997-2001	Pag. 48
GRÁFICO 43.	Porcentaje de infecciones intrahospitalarias según servicio en ESE de tercer nivel. Bogotá, 2001	Pag. 49
GRÁFICO 44.	Porcentaje de infecciones intrahospitalarias por localización anatómica en ESE de tercer nivel.Bogotá, 2001	Pag. 49
GRÁFICO 45.	Índice de IIH en la IPS de tercer nivel de la red no adscrita a la Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, 1997-2001	Pag. 50

GRÁFICO 46.	Porcentaje de infecciones intrahospitalarias según servicio en IPS de tercer nivel. Bogotá, 2001	Pag. 50
GRÁFICO 47.	Porcentaje de infecciones intrahospitalarias por localización anatómica en IPS privadas de tercer nivel. Bogotá, 2001	Pag. 51
GRÁFICO 48.	Porcentaje de IIH por servicio en ESE de segundo nivel. Bogotá, 2001	Pag. 52
GRÁFICO 49.	Porcentaje de infecciones intrahospitalarias por localización anatómica en ESE de segundo nivel. Bogotá, 2001	Pag. 53
GRÁFICO 50.	Porcentaje de infecciones intrahospitalarias por microorganismo causal en ESE de segundo nivel. Bogotá, 2001	Pag. 53
GRÁFICO 51.	Porcentaje de violencia intrafamiliar identificada por el Sivim. Bogotá, 1999- 2001	Pag. 54
GRÁFICO 52.	Casos identificados de violencia intrafamiliar según tipo de violencia. Bogotá, 1999-2001	Pag. 54
GRÁFICO 53.	Distribución de la violencia intrafamiliar según sexo y edad. Bogotá, 2001	Pag. 54
GRÁFICO 54.	Distribución de casos de consumidores de psicoactivos según género. Bogota, 1998-2001	Pag. 56
GRÁFICO 55.	Porcentaje de casos de consumidores de psicoactivos, según edad. Bogotá, 1998-2001	Pag. 56
GRÁFICO 56.	Distribución porcentual de casos de consumidores de psicoactivos, según estado civil. Bogotá, 1998-2001	Pag. 57
GRÁFICO 57.	Principales sustancias psicoactivas de inicio. Bogotá, 2001	Pag. 58

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.	Eventos notificados al sistema alerta acción, por 100 mil habitantes. Bogotá, 2001	Pag. 5
TABLA 2.	Características de los nacimientos en Bogotá, 2001	Pag. 8
TABLA 3.	Tasa de mortalidad infantil, neonatal temprana, neonatal tardía y posneonatal, por causas. Bogotá, 2001	Pag. 9
TABLA 4.	Indicadores demográficos básicos. Bogotá y Colombia, 2001	Pag. 10
TABLA 5.	Régimen de afiliación y estado de vacunación de los menores muertos por neumonía. Bogotá, 2001	Pag. 12
TABLA 6.	Duración de la enfermedad y hospitalizaciones por neumonía en menores de 5 años. Bogotá, 2001	Pag. 12
TABLA 7.	Mortalidad materna: razón y denominadores ajustados, 1990-2001	Pag. 15
TABLA 8.	Tasa de mortalidad materna por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Bogotá, 2001	Pag. 15
TABLA 9.	Mortalidad materna según causa básica de muerte relacionadacon el embarazo, parto y puerperio. Bogotá, 2001	Pag. 15
TABLA 10.	Mortalidad materna según localidad de residencia. Bogotá, 2001	Pag. 15
TABLA 11.	Mortalidad materna según variable de riesgo. Bogotá, 2001	Pag. 16
TABLA 12.	Mortalidad perinatal por subredes y localidades. Bogotá, 2001	Pag. 17
TABLA 13.	Mortalidad perinatal según variable de riesgo. Bogotá, 2001	Pag. 18
TABLA 14.	Diez primeras causas de mortalidad perinatal. Bogotá, 2001	Pag. 18
TABLA 15.	Epidemia de VIH-sida en Bogotá. Resumen de casos acumulados, 1984-2001	Pag. 18
TABLA 16.	VIH y sida, origen de la notificación. Bogotá 1984-2001	Pag. 20
TABLA 17.	VIH y sida: causa básica de muerte. Bogotá, 2000-2001	Pag. 21
TABLA 18.	Tasa de incidencia de hepatitis B, por 100.000 habitantes. Bogotá, 1999-2001	Pag. 21
TABLA 19.	Tasa de incidencia de hepatitis B por grupo de edad. Bogotá, 2001	Pag. 22
TABLA 20.	Incidencia de tuberculosis, según localidad y grupo de edad (tasa por 100.000 habitantes). Bogotá, 2001	Pag. 24
TABLA 21.	Incidencia de la lepra por localidad. Bogotá, 2001	Pag. 25
TABLA 22.	Incidencia de casos de lepra según grupo de edad. Bogotá, 2001	Pag. 25
TABLA 23.	Indicadores de vigilancia del plan de erradicación del sarampión por localidad y total. Bogotá, 2001	Pag. 32
TABLA 24.	Tasa de rubéola por localidad. Bogotá, 2001	Pag. 33
TABLA 25.	Indicadores de vigilancia del plan de erradicación de la poliomielitis por localidad y total. Bogotá, 2001	Pag. 34
TABLA 26.	Incidencia de hepatitis A por grupo etáreo. Bogotá, 2001	Pag. 34
TABLA 27.	Porcentaje de brotes de hepatitis A, según localidad. Bogotá, 2001	Pag. 35
TABLA 28.	Incidencia de hepatitis C por grupo edad y por 100.000 habitantes. Bogotá, 2001	Pag. 36
TABLA 29.	Casos notificados de dengue clásico, según lugar de procedencia. Bogotá, 2001	Pag. 36
TABLA 30.	Casos notificados de dengue hemorrágico, según lugar de procedencia. Bogotá, 2001	Pag. 37
TABLA 31.	Porcentaje de caos notificados de malaria según lugar de procedencia. Bogotá. 2001	Pag. 38
TABLA 32.	Porcentaje de infección intrahospitalaria por microorganismo causal por servicio, ESE de tercer nivel. Bogotá, 2001	Pag. 49
TABLA 33.	Porcentaje de infección intrahospitalaria por microorganismo causal por localización anatómica en ESE de tercer nivel. Bogotá, 2001	Pag. 50
TABLA 34.	Porcentaje de IIH por microorganismo causal por servicio. IPS privadas. Bogotá, 2001	Pag. 51
TABLA 35.	Porcentaje de infección intrahospitalaria por microorganismo causal por localización anatómica. IPS privadas. Bogotá, 2001	Pag. 51
TABLA 36.	Casos de violencia intrafamiliar, física y sexual según relación con el agresor. Bogotá, 2001	Pag. 55
TABLA 37.	Casos de violencia intrafamiliar por negligencia, abandono y económica según relación con el agresor. Bogotá, 2001	Pag. 55

TABLA 38.	Consumidores de psicoactivos según sexo. Bogotá, 2001	Pag. 56
TABLA 39.	Distribución del consumo de psicoactivos, según sexo, droga de inicio, primaria, secundaria, terciaria y de mayor impacto. Bogotá, 2001	Pag. 57

ÍNDICE DE MAPAS

MAPA 1.	Mortalidad por neumonía en menores de 5 años por localidad. (por 100.000). Bogotá, 2001	Pag. 12
MAPA 2.	Mortalidad por EDA en menores de 5 años. Bogotá, 2001 (tasa por 100.000 habitantes según localidad)	Pag. 14
MAPA 3.	Incidencia de hepatitis B por localidad. Bogotá, 2001	Pag. 22
MAPA 4.	Incidencia de la tuberculosis por localidad. Bogotá, 2001	Pag. 23
MAPA 5.	Incidencia de varicela por localidad. Bogotá, 2001	Pag. 26
MAPA 6.	Incidencia de parotiditis por 100.00 habitantes, por localidad. Bogotá, 2001	Pag. 27
MAPA 7.	Prevalencia clásica de tosferina por localidad en menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3. Bogotá, 2001	Pag. 29
MAPA 8.	Incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae* según localidad. Bogotá, 2001	Pag. 30
MAPA 9.	Influencia de meningitis por menigococo, por localidad.	Pag. 31
MAPA 10.	Incidencia de rubéola por localidad. Bogotá, 2001	Pag. 33
MAPA 11.	Incidencia de hepatitis A por localidad. Bogotá, 2001	Pag. 35
MAPA 12.	Incidencia de hepatitis C, por localidad. Bogotá, 2001	Pag. 35
MAPA 13.	Prevalencia clásica de desnutrición aguda por localidad en menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3. Bogotá, 2001	Pag. 43
MAPA 14.	Prevalencia clásica de desnutrición crónica por localidad en menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3. Bogotá, 2001	Pag. 44

Reconocimientos

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

Coordinación del anuario, María Teresa Espitia Ortiz
Apoyo técnico, Dustin Morales

Profesionales responsables de la vigilancia en salud pública por evento

Estadísticas vitales, *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, 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, *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, *Humberto Niampira Rodríguez.*

REPORTE SEMANAL SEXTO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 21, 22, 23 y 24. Del 19 de mayo al 15 de junio de 2002

EVENTOS	Usaquén		Chapinero		Santafé		S.Cristóbal		Usme		Tunjuelito		Bosa		Kennedy		Fontibón		Engativá		Suba		B.Unidos		Teusaquillo		Mártires		A.Nariño		P.Aranda		Candelaria		R.Uribe		C.Bolívar		Sumapaz		Total	
	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Obs	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu
ETA	6	23	11	8	3	11	1	15	2	7		6	1	4	1	16	5	20	9	70	8	63	8	46	8	36	2	4		2	4	20		5		13	1	18			70	459
Hepatitis B		6	2	19		1	1	6				2		2	1	4		5		8		5		3	1	5		3		1		1		-	1	10	1	4			7	85
Infección por VIH	1	22	13	86	2	15	2	25		4	1	11	3	18	6	21	1	3	10	37	8	29	2	22	4	29	1	12			4	13		2	1	8	1	13			60	370
Meningitis meningocóccica							1	1								1				1		2																2			1	7
Meningitis Haemophilus influenzae														1																							2	2			2	3
Mortalidad materna		1			2	2		2		1		1		2	1	2	1	2		2		2						1													4	18
Mortalidad perinatal	2	18	1	6	2	7	3	34	4	19	1	14	4	18	4	41	2	17	2	21	6	43	1	9		6	1	10	1	8		8		3	4	22	8	29		1	46	334
Mortalidad por EDA 4 años		1				1																				1				1						1	1	2			1	7
Mortalidad por neumonia 4 años	1	2				1	2	6			1	1	2	3	3	6				1		2	2	3		5	1	1			1	2			1	2	2	3			16	38
Mortalidad por malaria																				1																						1
Parálisis flácida aguda		1																																								1
Exposición rábica leve	4	25	-	9	3	15	3	35	8	18	2	14		18	3	87	9	64	23	76	22	218	3	10	8	20	-	7	-	3	2	36		1	1	9	3	19		1	94	685
Exposición rábica grave	-	3	-	1	1	1		2		1		2				1		1	4	22		1		2	1	2							1	1				1			7	41
Reacción postvacunal	-	2	-		1	2	2	8	1	2		1	1	10		2		2			2	5			1	1				1						2		1			8	39
Rubéola	4D	21	1D	5	1D	1	2D	28	1D	7	5D	12	3D	12	4D	27	2D	15	5D	29	1D	48	2D	8	2D	9		2				13			1D	1	22D	65			65	312
Sarampión	53D	70	8D	12	11D	16	33D	50	24D	41	14D	24	22D	44	60D	108	37D	53	60D	78	101D	137	20D	25	19D	27	10D	18	12D	16	17D	30	3D	5	33D	51	30D	56	2	2	569	863
Sífilis congénita		5	1	3	1	10	3	11		4		2		2	2	10		1		3		4						4		3		3				3		1			7	69
Tuberculosis extrapulmonar		3	2	3	1	5	3	7		3	2	3	1	5	1	7	2	4	2	8	2	10				3		2				1	1	1	3	11		6			20	82
Tuberculosis pulmonar	1	17	2	15	2	11	2	15	1	9	1	10	5	16	4	22	1	7	4	22	3	24	1	15	3	12	1	9		5	2	14		7	4	21	4	21			41	272
Hepatitis A	6	59	17	81	4	36	24	130	5	42	11	59	20	85	23	128	9	70	25	123	24	116	5	36	6	31	2	23	4	13	4	40	1	8	7	60	36	154			233	1.294
Parotiditis	1	9	2	14	1	2		8	1	6	1	6	1	12	3	18	1	3	3	19	5	26		7		5	1	4	2	3	3	7			1	7	1	13			27	169
Lepra				1				1	1	1		2		2		1													1	3					1	2	1	5			4	18
Tosferina		4			1%	4	3%	23	1%	6		3	1%	6	3%	7		2		2		3				1		3		1		2	1%	1	1%	5		3			11	76
Brote de varicela	4	4					4	25		2	3	10		2	1	4		1				1								2	2	3			1	3	1	4			16	61
Brote de ETA						2		7		1		4				3		1		2						1		1		1						2					-	25
Brote hepatitis A				1		1	1	3	1	2				1	1	4												3							2	3					5	18
Otros brotes																																									-	-
Total	**83**	**296**	**60**	**264**	**36**	**144**	**90**	**442**	**50**	**176**	**42**	**187**	**64**	**263**	**121**	**520**	**70**	**271**	**147**	**525**	**182**	**739**	**44**	**186**	**53**	**194**	**19**	**107**	**20**	**63**	**39**	**193**	**7**	**34**	**62**	**236**	**114**	**422**	**2**	**4**	**1.314**	**5.347**

> Brote rubéola
+ Sospechoso
D Descartado
L Confirmado por laboratorio
% Probable
C Confirmado clínicamente

EVENTOS ESPECIALES

Semana 21 D. clásico (Meta 1, Santander 1, Tolima 1, C/marca. 4); d. hemorrágico (Caquetá 1, Guainía 1); m. vivax (Meta 2, Guaviare 1); m. mixta (Casanare 1); TBC p. (Tolima 1, C/marca. 1); exp. rábica leve (C/marca. 1); m. perinatal (C/marca. 1); sarampión (C/marca. 2); rubéola (C/marca. 1).

Semana 22 Hepatitis C (Los Mártires 1); chagas (C. Bolívar 1); PFA (Meta 1); m. vivax (Meta 1, Guaviare 2, Valle 1, C/marca. 1); m. falciparum (Vichada 1, Boyacá 1); TBC pulmonar (Caquetá 1); d. clásico (Casanare 1, Valle 1, C/marca. 3); d. hemorrágico (C/marca. 4); m. perinatal (C/marca. 1); m. IRA (Guaviare 2, C/marca. 2); ETA (C/marca. 1); exp. rábica leve (C/marc. 1); H

Semana 23 D. clásico (Meta 2, C/marca. 3); d. hemorrágico (Tolima 1); m. vivax (Meta 5, Guaviare 2, Vichada 1, Valle 1, Boyacá 1); m. falciparum (Guaviare 1); TBC p. (Caquetá 1); TBC e. (C/marca. 1); m. perinatal (C/marca. 1); m. IRA (Tolima 1); hepatitis A (C/marca. 1); hepatitis B (C/marca. 1); rubéola (C/marca. 1), hepatitis A (C/marca. 1); sarampión (C/marca. 1); tosferina (C/marca. 1)

Semana 24 D. clásico (Meta 2, Tolima 1, Caldas 1, C/marca. 3); d. hemorrágico (Santander 1); m. vivax (Meta 4, Guaviare 1, Vichada 1, Tolima 1, Putumayo 1); m. falciparum (Meta 1, África 1); tosferina (Boyacá 1); TBC pulmonar (Boyacá 1); hepatitis A (C/marca. 1); m. IRA (C/marca. 2); sarampión (C/marca. 1).

REPORTE SEMANAL SÉPTIMO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 25, 26, 27 y 28. Del 16 de junio al 13 de julio de 2002 .

EVENTOS	Usaquén		Chapinero		Santafé		S.Cristóbal		Usme		Tunjuelito		Bosa		Kennedy		Fontibón		Engativá		Suba		B.Unidos		Teusaquillo		Mártires		A.Nariño		P.Aranda		Candelaria		R.Uribe		C.Bolívar		Sumapaz		Total	
	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Obs	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu
ETA	5	28	2	82	6	17	1	16	2	9		6	1	5	10	26	4	24	7	77	5	68	11	57	14	5	1	5	1	3	4	24	1	6	1	14	2	20			78	537
Hepatitis B		6	1	20		1	4	10				2	1	3	3	7	1	6	1	9		5	1	4		5		3	1	2	1	2				10		4			14	99
Infección por VIH	5	27	16	102		15	4	29	1	5	1	12		18	4	25	3	6	3	40	4	33	4	26	5	34	5	17	1	1		13	1	3		8	3	16			60	430
Meningitis meningocóccica							1								1				1		2																	2			-	7
Meningitis Haemophilus influenzae														1							1	1																2			1	4
Mortalidad materna		1			1	3	1	3		1		1	2	4	2	4		2		2	2	4						1			1	1									9	27
Mortalidad perinatal	7	25	2	8	2	9	2	36	3	22	1	15	3	21	5	46	2	19	7	28	5	48	1	10		6	1	11	1	9		8		3	5	27	1	30		1	48	382
Mortalidad por EDA 4 años	1	1	1		1													1	1							1				1						1		2			2	9
Mortalidad por neumonía 4 años		2				1		6			1	2		3	2	8			1	2	2	4		3		5		1				2			2	4	2	5			10	48
Mortalidad por malaria																				1																					-	1
Parálisis flácida aguda		1	1	1																	1	1																			2	3
Exposición rábica leve	7	32	3	12	1	16	4	39	6	24		14	3	21	1	88	15	79	8	84	16	234	2	12	1	21		7		3	3	39		1	2	11	1	20		1	73	758
Exposición rábica grave		3		1		1		2		1		2	1	1		1		1	1	23		1		2	1	3								1			1	2			4	45
Reacción postvacunal		2				2	3	11	1	3		1		10		2	1	3			1	6				1			1	2						2		1			7	46
Rubéola	5D	26	1D	6	2D	3		28	4D	11	2D	14	1D	13		27	3D	18	1D	3	11D	59		8	1D	10	1D	3				13				10	12D	77			44	356
Sarampión	15D	85	6D	18	8D	24	13D	63	6D	47	4D	28	17D	61	37D	145	17D	70	31D	109	43D	180	6D	31	5D	32	6D	24	7D	23	11D	41	2D	7	16D	67	10D	66		2	260	1.123
Sífilis congénita	2	7	1	4	1	11	3	14		4	1	3		2	1	11	-	1	1	4	3	7					1	5		3		3			2	5	2	3			18	87
Tuberculosis extrapulmonar	1	4		3		5	1	8		3		3	2	7	2	9	2	6	3	11	1	11				3		2				1		1	1	12		6			13	95
Tuberculosis pulmonar	2	19	3	18	6	17	2	17	2	11		10	2	18	4	26	1	8	2	24	3	27		15	1	13	1	10	2	7	2	16		7	4	25	3	24			40	312
Hepatitis A	8	67	5	86	12	48	23	153	15	57	8	67	16	101	16	144	8	78	19	142	18	134	2	38	2	33	4	27	4	17	4	44	1	9	6	66	57	211			228	1.522
Parotiditis	5	14	2	16	1	3	3	11	2	8	2	8	4	16	9	27	2	5	5	24	3	29	1	8	1	6		4		3	3	10				7	5	18			48	217
Lepra				1			1	2		1		2		2		1													1	4						2		5			2	20
Tosferina		4			1	5	6%	29		6		3		6	3%	10		2	2%	4	1%	4				1		3	1%	2		2		1		5	1%	4			15	91
Brote de varicela		4			1	1	1	26		2	1	11		2		4		1				1								2	2	5	1	1	1	4	2	6			9	70
Brote de ETA						2	1	8		1	1	5				3		1		2						1		1		1						2					2	27
Brote hepatitis A				1		1		3		2				1		4												3								3						18
Otros brotes																																										-
Total	**62**	**358**	**44**	**380**	**42**	**186**	**73**	**515**	**42**	**218**	**22**	**209**	**53**	**316**	**99**	**619**	**59**	**330**	**93**	**591**	**120**	**859**	**28**	**214**	**31**	**180**	**20**	**127**	**20**	**83**	**31**	**224**	**6**	**40**	**40**	**285**	**102**	**524**	**-**	**4**	**987**	**6.334**

> Brote rubéola
+ Sospechoso
D Descartado
L Confirmado por laboratorio
% Probable
C Confirmado clínicamente

EVENTOS ESPECIALES

Semana 25 Intoxicación alcohol (Kennedy 1); hepatitis C (Fontibón 1); m. vivax (Meta 1, Guaviare 3, Vichada 1, Chocó 2, Putumayo 1, Valle 1, C/marca.); m. falciparum (Meta 2, Guaviare 2, C/marca. 1); m. mixta (Vichada 1); m. perinatal (Boyacá 1, C/marca. 1); m. EDA (Tolima 1); d. clásico (C/marca. 3); hepatitis A (C/marca 1); hepatitis B (C/marca. 1); PFA (C/marca. 1); sarampión (C/marca. 5): TBC P (C/marca. 2).

Semana 26 Hepatitis C (Kennedy, San Cristóbal 1); d. clásico (Meta 1, C/marca.); m. falciparum (Guaviare 3); m. vivax (Guaviare 5, Vichada 1, Boyacá 1, Antioquia 1, Cauca 1, C/marca. 1); m. perinatal (San Andrés 1, Casanare 1); m. IRA (C/marca. 1); m. VIH (C/marca. 1); rubéola (C/marca. 1).

Semana 27 Hepatitis C (Kennedy 1, Bosa 1, Eng. 1); d. clásico (Meta 2, Santander 1, Bolívar 1, Caldas 1, C/marca. 1); d. hemorrágico (Meta 1, Boyacá 2, Tolima 1, C/marca. 1); m. vivax (Chocó 1, Valle 1, Tolima 3); m. perinatal (Casanare 1, C/marca. 1); men. meningocóccica (Huila 1); m. materna (C/marca. 1); PFA (C/marca. 1); sarampión (C/marca. 1); s. congénita (C/marca. 1).

Semana 28 Hepatitis C (Usaquén 2); m. vivax (Meta 1, Atlántico 1, Guaviare 1, Tolima 3); m. falciparum (Meta 1); m. mixta (Guaviare 1); d. clásico (Valle 1, Tolima 1, Bolívar 1, Caldas 1, C/marca. 10); d. hemorrágico (Boyacá 1, Tolima 1, C/marca. 2); TBC p. (Amazonas 1, C/marca. 3); meningitis meningocóccica (Huila 1); sarampión (C/marca. 2); m. IRA (C/marca. 1).

REPORTE SEMANAL OCTAVO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 29, 30, 31 y 32. Del 14 de julio al 10 de agosto de 2002.

EVENTOS	Usaquén		Chapinero		Santafé		S.Cristóbal		Usme		Tunjuelito		Bosa		Kennedy		Fontibón		Engativá		Suba		B.Unidos		Teusaquillo		Mártires		A.Nariño		P.Aranda		Candelaria		R.Uribe		C.Bolívar		Sumapaz		Total	
	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Obs	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu
ETA	7	35	16	98	3	20	1	17		9		6	4	9	5	31	8	32	26	103	17	85	17	74	6	56	5	10		3	2	26	1	7	1	15	6	26			125	662
Hepatitis B	1	7	1	21	1	2	5	15				2		3	2	9	1	7	5	14		5		4		5		3		2		2			1	11	2	6			19	118
Infección por VIH	5	32	18	120		15	4	33	1	6		12	1	19	6	31	4	10	5	45	6	39	2	28		34	1	18	1	2	1	14	1	4		8	3	19			59	489
Meningitis meningocóccica							1	2								1				1		2																2			1	8
Meningitis Haemophilus influenzae											1	1		1								1																2			1	5
Mortalidad materna		1				3		3		1	1	2	2	6	2	6		2		2	1	5						1				1									6	33
Mortalidad perinatal	4	29	1	9	1	10	7	43	4	26	1	16	2	23	8	54	5	24	2	30	6	54	2	12	2	8	2	13	3	12	2	10	1	4	3	30	8	38		1	64	446
Mortalidad por EDA 4 años		1		1		1											1	1		1						1				1						1		2			1	10
Mortalidad por neumonia 4 años	2			1	2		6				2	1	4		8				2	1	5			3		5		1				2			1	5		5			4	52
Mortalidad por malaria																			1																						-	1
Parálisis flácida aguda		1		1																		1															1	1			1	4
Exposición rábica leve	5	37	3	15	4	20	4	43	18	42		14	1	22		88	13	92	19	103	48	282	2	14	5	26	2	9		3		39	4	5	3	14	2	22		1	133	891
Exposición rábica grave		3		1		1	1	3		1		2		1		1	2	3	5	28	1	2		2	1	4								1	1	1		2			11	56
Reacción postvacunal		2			1	3	1	12	1	4		1		1	5	7		3			1	7				1				2					1	3		1			10	56
Rubéola	1D	27	2D	8		3	4D	32	1D	12	1D	15	2D	15		27	5D	23	6D	36	1D	60	2D	10		10	1D	4	1D	1		13	1D	1	2D	12	12D	89			42	398
Sarampión	14D	99	1D	19	6D	30	9D	72	6D	53	7D	35	8D	69	13D	158	5D	75	22D	131	24D	204	1D	32	5D	37	8D	32	6D	29	5D	46	4D	11	9D	76	7D	73		2	160	1.283
Sífilis congénita		7		4	1	12	1	15	2	6		3		2	1	12	1	2	1	5		7					1	6		3		3	1	1	2	7	1	4			12	99
Tuberculosis extrapulmonar	1	5		3	1	6	1	9	3	6		3	2	9	2	11	1	7	2	13		11				3		2				1		1		12	1	7			14	109
Tuberculosis pulmonar	3	22	2	20	4	21	1	18	2	13		10	2	20	1	27	1	9	1	25	3	30	1	16	-	13	1	11	2	9		16	1	8	3	28	4	28			32	344
Hepatitis A	4	71	14	100	9	57	36	189	11	68	5	72	14	115	21	165	20	98	23	165	2	154	3	41	14	47	5	32	3	20	6	50	2	11	10	76	42	253			262	1.784
Parotiditis	2	16	1	17		3	2	13	1	9		8	1	17	5	32		5	4	28	2	31	3	11		6		4		3	1	11			1	8	2	20			25	242
Lepra				1				2		1		2		2		1													1	5						2		5			1	21
Tosferina		4				5	4%	33		6		3	2%	8	1%	11		2		4		4				1		3		2	1%	3		1		5	1%	5			9	100
Brote de varicela		4				1	6	32	1	3		11	1	3		4		1			1	2								2		5		1	1	5	2	8			12	82
Brote de ETA		1	1		2	1	9		1		5			1	4		1		2							1		1		1						2					3	30
Brote hepatitis A			1		1	1	4	1	3				1		4													3	1	1					2	5					5	23
Otros brotes																																									-	-
Total	**47**	**405**	**60**	**440**	**32**	**218**	**90**	**605**	**52**	**270**	**16**	**225**	**43**	**350**	**73**	**692**	**67**	**397**	**121**	**739**	**114**	**991**	**33**	**247**	**33**	**258**	**26**	**153**	**18**	**101**	**18**	**242**	**16**	**56**	**41**	**326**	**94**	**618**	**-**	**4**	**1.012**	**7.346**

> Brote rubéola
+ Sospechoso
D Descartado
L Confirmado por laboratorio
% Probable
C Confirmado clínicamente

EVENTOS ESPECIALES

Semana 29 Leishmaniasis cutánea (Usaquén 1); intoxicación metanol (Chap. 2); hepatitis C (Chap. 2, C. Bolívar 1); m. vivax (Meta 2, Guaviare 1, Tolima 1, Chocó 1, Vichada 2, Putumayo 1); m. mixta (Valle 1, Guaviare 1); d. clásico (Meta 1, Valle 1, Boyacá 1, Guaviare 1, Tolima 1, Santander 1, Caldas 1, Córdoba 1, C/marca. 7); d. hemorrágico (Boyacá 1, Tolima 2, Santander 1, Huila 1, C/marca. 3); m. perinatal (Boyacá 1, Guaviare 1, C/marca. 1); fiebre tifoidea (C/marca. 1); rubéola (C/marca. 1); s. congénita (C/marca. 1) TBC p. (C/marca. 1): TBC e. (C/marca. 1).

Semana 30 M. falciparum (Meta 1); m. vivax (Meta 1, Guaviare 2, Antioquia 1, Córdoba 1, C/marca. 2); d. hemorrágico (Tolima 1, Valle 1, C/marca. 2); d. clásico (Meta 2, Tolima 2, Huila 2, Santander 1); TBC extrap. (Tolima 1); exp. rábica leve (Boyacá 1, C/marca. 1); hepatitis A (C/marca. 1); m. perinatal (C/marca. 1); sarampión (C/marca. 3); VIH (C/marca. 1).

Semana 31 Hepatitis C (Usaquén 1); hepatitis B (Atlántico 1, Cesar 1); hepatitis A (C/marca. 1); intoxicación química (Ant. Nariño 1); intox. alcohol metílico (P. Aranda 1); d. clásico (Meta 2, Tolima 2, Santander 2, Caldas 1, C/marca. 3); d. hemorrágico (Meta 2, Tolima 1, Caldas 1, C/marca. 1); m. falciparum (Meta 1, Vichada 1); m. vivax (Meta 1, Guaviare 1, Tolima 1, Santander 1, C/marca. 2); VIH (Tolima 1, C/marca. 1); TBC pulmonar (Casanare 1, C/marca. 1); m. perintal (C/marca. 1).

Semana 32 Leishmaniasis cutánea (Los Mártires 1); hepatitis C (Kennedy 1, Fontibón 1); hepatitis A (C/marca. 3); m. vivax (Meta 3, Guaviare 1, Valle 1, Boyacá 1); m. falciparum (Boyacá 1); d. hemorrágico (Tolima 2, C/marca. 1); d. clásico (Tolima 2, Magdalena 1, C/marca. 4); m. mixta (Chocó 1); TBC pulmonar (Neiva 1); tosferina (C/marca. 4); VIH (C/marca. 2).

REPORTE SEMANAL NOVENO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 33, 34, 35 y 36. Del 11 de agosto al 7 de septiembre de 2002.

EVENTOS	Usaquén		Chapinero		Santafé		S.Cristóbal		Usme		Tunjuelito		Bosa		Kennedy		Fontibón		Engativá		Suba		B.Unidos		Teusaquillo		Mártires		A.Nariño		P.Aranda		Candelaria		R.Uribe		C.Bolívar		Sumapaz		Total	
	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Obs	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu
ETA	8	43	11	109	2	22	2	19		9		6		9	3	34	4	36	11	114	10	95	9	83	3	59		10		3	2	28	1	8	2	17	2	28			70	732
Hepatitis B	1	8	9	30	1	3	2	17	1	1	1	3		3	1	10	3	10	5	19	1	6	2	6	1	6		3		2	1	3			1	12	4	10			34	152
Infección por VIH	6	38	13	133	4	19	7	40	4	10	1	13	1	20	5	36	6	16	8	53	7	46	3	31	13	47	2	20	1	3	1	15		4	5	13	5	24			92	581
Meningitis meningocóccica								2								1				1		2																2			-	8
Meningitis Haemophilus influenzae												1		1								1																2			-	5
Mortalidad materna		1				3		3		1		2		6		6		2		2		5						1				1					1	1			1	34
Mortalidad perinatal	5	34		9	5	15	7	50	2	28	3	19	6	29	2	56	3	27	3	33	9	63		12	1	9	1	14	1	13	1	11	1	5	2	32	7	45	1	2	60	506
Mortalidad por EDA 4 años		1		1		1	1	1										1		1						1				1						1		2			1	11
Mortalidad por neumonia 4 años		2			1	3		6				2	1	5	1	9				2		5		3	2	7		1				2				5		5			5	57
Mortalidad por malaria	1	1																		1																					1	2
Parálisis flácida aguda		1		1																	1	2			1	1												1			2	6
Exposición rábica leve	1	38	2	17	1	21	4	47	11	53		14	1	23	3	91	7	99	9	112	16	298	3	17		26		9	1	4	1	40		5	1	15	1	23		1	62	953
Exposición rábica grave	1	4		1	3	4		3		1		2		1		1	1	4	5	33		2		2		4								1		1	1	3			11	67
Reacción postvacunal		2				3	1	13		4		1	1	2		7	1	4			1	8				1	1	1		2			1	1		3	1	2			7	54
Rubéola	1D	28	1D	9		3		32		12		15	1D	16	3D	30	3D	26	11D	47	14D	74	1D	11	1D	11		4		1	1D	14		1	3D	15	11D	100			51	449
Sarampión	11D	110	1D	20	5D	35	6D	78	3D	56	2D	37	6D	75	8D	166	9D	84	24D	155	24D	228	1D	33	4D	41	6D	38	1D	30	7D	53		11	3D	79	4D	77		2	125	1.408
Sífilis congénita		7		4	4	16	4	19		6	1	4	1	3	1	13	1	3	1	6	1	8					1	7		3	1	4		1		7	2	6			18	117
Tuberculosis extrapulmonar	4	9		3	2	8	2	11		6		3		9		11	1	8	4	17	3	14	1	1	1	4		2	1	1	1	2		1		12	1	8			21	130
Tuberculosis pulmonar	1	23	1	21	2	23	3	21	1	14	2	12	7	27	4	31	1	10	3	28	2	32	2	18	1	14	1	12	2	11	2	18		8	5	33	1	29			41	385
Hepatitis A	9	80	10	110	8	65	25	214	8	76	5	77	18	133	26	191	4	102	18	183	12	166	6	47	8	55	9	41	3	23	9	59	2	13	12	88	40	293			232	2.016
Parotiditis	1	17	1	18	3	6	2	15	3	12		8	2	19	2	34	1	6	4	32	5	36		11		6		4		3	2	13			1	9	1	21			28	270
Lepra				1				2		1		2		2	1	2														5						2		5			1	22
Tosferina		4			1%	6	1	34		6		3	1%	9	2%	13		2		4	1%	5				1		3		2		3		1		5		5			6	106
Brote de varicela	1	5				1	9	41	1	4	1	12		3	1	5	4	5				2							1	3	1	6		1	2	7		8	1	1	22	104
Brote de ETA				1		2		9		1		5				4		1		2						1		1		1						2					-	30
Brote hepatitis A				1		1		4		3				1		4												3		1						5					-	23
Otros brotes																																									-	-
Total	**51**	**468**	**49**	**526**	**42**	**260**	**76**	**685**	**34**	**307**	**16**	**243**	**46**	**401**	**63**	**787**	**49**	**449**	**106**	**852**	**107**	**1.114**	**28**	**311**	**36**	**310**	**21**	**189**	**11**	**114**	**30**	**275**	**5**	**61**	**37**	**365**	**82**	**705**	**2**	**6**	**891**	**8.428**

> Brote rubéola
+ Sospechoso
D Descartado
L Confirmado por laboratorio
% Probable
C Confirmado clínicamente

EVENTOS ESPECIALES

Semana 33 D. clásico (Meta 1, Tolima 4, Caldas 1, C/marca. 4.); d. hemorrágico (Tolima 1, C/marca. 1); m. falciparum (Meta 1, Guaviare 1, Vichada 1); m. vivax (Meta 7, Putumayo 1, Santander 1, Antioquia 1, Guaviare 2, Boyacá 1); m. mixta (Chocó 1); TBC pulmonar (Caldas 1, Guainía 1, Casanare 1); hepatitis A (C/marca. 2); m. perinatal (C/marca. 1); sarampión (C/marca. 1); TBC extrap. (C/marca. 2).

Semana 34 Hepatitis C (Chap. 1, Ant. Nariño 1); leishmaniasis mucocutánea (Suba 1, Norte de Santander 1); m. vivax (Meta 3, Caquetá 1, Antioquia 1, Guaviare 3, Chocó 1, Córdoba 1); d. clásico (Santander 2, Tolima 1, Norte de Santander 1), d. hemorrágico (Tolima 2, Meta 1, C/marca. 1); m. materna (Boyacá 1); m. perinatal (Boyacá 2); hepatitis A (C/marca. 3); sarampión (C/marca. 1); TBC extrap. (C/marca. 3); VIH (C/marca. 1)

Semana 35 M. vivax (Meta 1, Tolima 1, Guaviare 3); m. falciparum (Meta 1); d. clásico (Santander 1, Caldas 1, C/marca. 1); d. hemorrágico (Tolima 1, C/marca.); TBC extrap. (Norte de Santander 1, C/marca. 1); mening. meningocóccica (C/marca. 1); sarampión (C/marca. 1).

Semana 36 D. clásico (Tolima 1, Meta 2, Valle 1, México 1, C/marca. 1); d. hemorrágico (Tolima 5, Guaviare 1, C/marca. 3); m. falciparum (Meta 1, Boyacá 1); m. vivax (Meta 1, Guaviare 2, Vichada 1); leishmaniasis (Guaviare 1); hepatitis A (C/marca. 1); hepatitis B (C/marca. 2); m. perintal (C/marca. 2); sarampión (C/marca. 2); VIH (C/marca 1).