



Esperanza de vida por localidad en Bogotá D.C. 1985-2021

4

Editorial

5

Artículo central

24

Noticia epidemiológica

27

Emergencias en salud de interés internacional - ESPII

31

Comportamiento de eventos a nivel Distrital

Alcalde Mayor de Bogotá

Carlos Fernando Galán Pachón

Secretario Distrital de Salud

Gerson Orlando Bermont Galavis

Subsecretario de Salud Pública

Julián Alfredo Fernández Niño

Coordinación general del documento

**Directora de Epidemiología, Análisis
y Gestión de Políticas de Salud Colectiva**

María Belen Jaimes Sanabria

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública

Diana Marcela Walteros Acero

Comité editorial

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga

Libia Janet Ramírez Garzón

Diane Moyano Romero

Luz Mery Vargas Gómez

Sandra Liliana Gómez Bautista

Leonardo Salas Zapata

Reporte de eventos de interés en Salud Pública

Rubén Darío Rodríguez Camargo

Coordinación Editorial

Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

Estefanía Fajardo De la Espriella

Corrección de estilo

Luisa Fernanda Beltrán Enciso

Diseño y diagramación

Juan Daniel Burbano Torres

ISSN 0123 - 8590

ISSN: 2954- 6567 (En línea)

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Conmutador: 364 9090

Bogotá, D. C. - 2022

www.saludcapital.gov.co

Contenido

Editorial	4
Esperanza de vida por localidad en Bogotá D.C. 1985-2021	5
Avances en la caracterización de las personas con enfermedades huérfanas en Bogotá, D.C.	24
Información Emergencias en Salud Pública de Interés Internacional – ESPII. Corte a junio de 2024	27
Comportamiento de la notificación de casos confirmados por localidad de residencia para los eventos trazadores en Bogotá con corte a periodo 05 de 2024	31

Editorial

Más que el simple análisis estadístico de una colectividad humana en una región determinada, la demografía como disciplina estudia a las poblaciones humanas, sus características sociales y su desarrollo a través del tiempo. La epidemiología, la ecología y la salud pública consideran que una población se integra y relaciona de manera sistémica e indivisible con el territorio en un constructo social en permanente cambio, que es susceptible de estudiarse e intervenir.

Bajo este enfoque interdisciplinario los tradicionales datos demográficos que se expresan en estadísticas vitales, estructuras poblacionales, estado civil, matrimonios y otras formas de relaciones familiares; migraciones, grupos étnicos, actividades económicas, niveles de educación, entre otros, son complementados y contextualizados con modelos que involucran el análisis del entorno, las estructuras y determinantes sociales, los procesos productivos y reproductivos que protegen o deterioran dimensiones como la salud y el bienestar de la población. Esto exige que en las investigaciones de ciencias como la salud, la demografía gane más espacio y se evolucione en herramientas metodológicas y procedimentales que involucren otras disciplinas humanas y sociales, en ecosistemas de generación de conocimiento más holísticos.

Un tema particular de estudio en este vínculo de demografía y salud se relaciona con la teoría de la transición conjunta, que estudia los problemas y necesidades en salud de las poblaciones en diversos contextos sociales, económicos, históricos, políticos y culturales. Un concepto no acabado en el que se reconoce que hay una multiplicidad de fases y tránsitos en las sociedades que los hacen difíciles de reproducir, pero que comparten aspectos básicos de la relación entre la salud, enfermedad y sus manifestaciones sobre la evolución y las características de las poblaciones. Descubrir las regularidades en medio de tal diversidad es un verdadero reto epistemológico y metodológico; en particular, el estudio de las transiciones epidemiológicas y demográficas puede ofrecer una explicación de los cambios en las condiciones de salud de las poblaciones, contextualizar las consecuencias de dichos cambios y proveer información para la orientación de instrumentos de política pública.

La esperanza de vida al nacer es un indicador asociado con estas transiciones, ampliamente utilizado en los análisis y proyecciones demográficas que pretenden sintetizar las condiciones de vida y otras dimensiones sociales de los países y territorios. Asociado al desarrollo humano, se mantiene como uno de los tres grandes componentes del Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Su cálculo representa la duración promedio de vida de una generación ficticia sometida a condiciones de mortalidad observadas en un periodo determinado de estudio.

La presente edición del Boletín Epidemiológico Distrital analiza la esperanza de vida con desagregación territorial por localidades de Bogotá, D.C., considerando la influencia de la pandemia de COVID-19 en la mortalidad y algunas variables conexas, con el propósito de concurrir con los procesos de planeación de la salud pública en la ciudad.

Esperanza de vida por localidad en Bogotá D.C. 1985-2021

Autores

Juan Camilo Tocora Rodríguez

Epidemiólogo. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Subsecretaría de Salud Pública. Dirección: Carrera 32 #12-81.

Correo electrónico: jctocora@saludcapital.gov.co

*Autor principal y de correspondencia.

Lina María Triana Trujillo

Especialista en Gerencia de la Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Subsecretaría de Salud Pública. Dirección: Carrera 32 #12-81. Correo electrónico: lm triana@saludcapital.gov.co.

Diana Sofía Ríos Oliveros

Maestría en Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Subsecretaría de Salud Pública. Dirección: Carrera 32 #12-81. Correo electrónico: dsrios@saludcapital.gov.co.

Agradecimientos a:

Carlos Andrés Fernández Contreras

Geógrafo con especialización en Sistemas de Información Geográfica. Por la realización de las representaciones cartográficas.

Resumen

Introducción: La esperanza de vida (EV) es un indicador relevante para planificar servicios de salud y sociales en una ciudad; Bogotá no cuenta con un desarrollo que le permita analizar estos indicadores por unidades geográficas pequeñas, las localidades. **Objetivo:** Analizar la evolución de la EV en Bogotá entre 1985-2021, considerando la influencia de la pandemia de COVID-19 en la mortalidad y explorando las variaciones sexo y localidad. **Método:** Estudio retrospectivo basado en datos de nacimientos

y defunciones oficiales para Bogotá. Se calcularon tablas de mortalidad, EV al nacer, curvas de supervivencia y se analizaron las muertes por edad del 1985-2021. **Resultados:** La EV en Bogotá experimentó un incremento constante a lo largo de los años. Sin embargo, se observó una disminución en 2020 y 2021 relacionada con la pandemia de COVID-19, se identificaron variaciones significativas en la EV por localidad y sexo. Las curvas de supervivencia mostraron mejoras generales, pero se observó un estancamiento o incluso una disminución en grupos de edad avanzada en 2020 y 2021 por la influencia de la pandemia. **Conclusiones:** La EV es un indicador fundamental para evaluar la salud y el desarrollo de la población; la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en la mortalidad en Bogotá, resultando en una reducción de la EV. Las diferencias geográficas y por sexo destacan la importancia de políticas públicas específicas para abordar desigualdades.

Palabras clave

Esperanza de Vida, Esperanza de Vida al Nacer, mortalidad, COVID-19, demografía

Abstract

Introduction: Life expectancy is a relevant indicator for planning health and social services in a city. Bogotá does not have a development that allows it to analyze these indicators by small geographic units — localities. **Aim:** To analyze the evolution of life expectancy (LE) in Bogotá between 1985 to 2021, considering the influence of the COVID-19 pandemic on mortality and exploring variations by gender and locality. **Method:** Retrospective study based on official birth and death data for Bogotá. Mortality tables, LE at birth, survival curves, were calculated and deaths were analyzed by age in Bogotá from 1985 to 2021. **Results:** The LE in

Bogotá experienced a steady increase over the years. However, was a decrease in 2020 and 2021 related to the COVID-19 pandemic. Significant variations in LE by locality and gender were identified. Survival curves showed overall improvements, but a stagnation or even a decrease was observed in older age groups in 2020 and 2021, due to the influenced by the pandemic. **Conclusions:** LE is a key indicator for assessing population health and development. The COVID-19 pandemic had a significant impact on mortality in Bogotá, resulting in a reduction of LE. Geographic and gender differences highlight the importance of specific public policies to address inequalities.

Key words

Life Expectancy, Life Expectancy at Birth, mortality, COVID-19, Demographics.

Introducción

La esperanza de vida (EV) es un indicador del desarrollo humano ampliamente usado para identificar el número promedio de años que viviría una persona siempre y cuando se mantengan las tendencias de mortalidad existentes en un periodo (1); se calcula utilizando tablas de vida que toman en cuenta las tasas de mortalidad específicas por edad de un año dado y suponen que una cohorte hipotética experimenta esas tasas a lo largo de toda su vida (2). Es una medida que resume la mortalidad de un país, permitiendo comparar por generaciones y analizar tendencias, la EV al nacer es ampliamente aceptada como un indicador valioso de la salud de la población en un país y es utilizada extensamente por organismos internacionales como un indicador general del desarrollo nacional (3); de hecho, este indicador resulta tan importante para describir las condiciones de una población que, junto con el índice de educación y el Índice del Producto Interior Bruto (PIB) conforman el Índice de Desarrollo

Humano que utiliza el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (4).

Según la División de Población de las Naciones Unidas, la EV mundial al nacer aumentó de 46,5 años en 1950 a 71,7 años en 2022 y se espera que incremente a 77,3 para 2050. Sin embargo, es importante mencionar que la brecha mundial de EV se está cerrando con Asia, América Latina y el Caribe, en particular, haciendo un rápido progreso para ponerse al día con Europa y América del Norte (5). Entre 1950 y 2000 la EV en Asia aumentó en más de 25 años, reduciendo la brecha con América del Norte y Europa que estaba en más de 20 años, a menos de 10 años. Para 2050, Asia podría tener una EV de casi 80 años. África es la única región que se espera que esté detrás del resto del mundo en cuanto a la EV para 2050 (5).

El país con la EV más alta del mundo es Japón, con una media de casi 85 años para ambos sexos y España lo sigue de cerca con algo más de 82 años; en cuanto a Brasil es de 76 años y Estados Unidos y China comparten un promedio de 77 años. En 2020 la EV de los rusos se redujo en dos años como consecuencia de la pandemia y quedó por debajo de la media mundial (72,7 años). Teniendo en cuenta las tendencias actuales (incluyendo los efectos de la guerra en Ucrania), Rusia pronto podría ser superada por otros países emergentes como la India (6).

La EV en todo el mundo experimentó una reducción de 0.92 años entre 2019 y 2020, seguida de una disminución adicional de 0.72 años entre 2020 y 2021, lo cual representó la primera caída de este tipo desde 1950. En al menos 50 países se observaron reducciones anuales en la EV de más de dos años para finales de 2021, magnitud que rara vez se había registrado desde 1950 (7).

Las nuevas estimaciones y proyecciones de población permiten estimar el impacto demográfico de la pandemia de COVID-19 y muestran que América Latina y el Caribe perdió 2,9 años de EV

al nacer entre 2019 y 2021, pasando de 75,1 años en 2019 a 72,2 años en 2021; esto la convierte en la región del mundo que perdió más años en la EV debido a la pandemia. La caída entre 2019 y 2021 fue mayor en América Central con una pérdida de 3,6 años, aunque se evidenció una aceleración en la pérdida de EV en el Caribe en 2021, señalando grandes desigualdades entre países. Sin embargo, las proyecciones suponen que en 2022 comenzará la recuperación de los años perdidos de EV, debido al proceso de vacunación y las medidas tomadas por los países para combatir la pandemia (8).

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) Colombia está entre los países en los que el aumento de la EV es más fuerte si se comparan los datos de 2000 frente a 2021, pasando de 71 a 76,8 años; esto puede ser el resultado del cambio del proceso violento que ha enfrentado el país en los últimos 60 años, que conlleva a mejorar la EV en ambos sexos, sin embargo, se mantiene por debajo del promedio de la OCDE de 81 años.

Bogotá cuenta con una EV calculada según el DANE para el año 2023 con proyección de datos post-covid de 76 años para los hombres, 81 años para las mujeres, y 79 años para ambos sexos, estando por encima del país en aproximadamente un año para ambos sexos. Sin embargo, dadas las características demográficas de la ciudad es de suma importancia conocer la EV en escalas geográficas más pequeñas, ya que esto permite identificar áreas con mayores desventajas.

Por lo anterior, este estudio analiza la EV de cada una de las veinte localidades de Bogotá, las cuales según el Plan de Ordenamiento Territorial siguen siendo escalas de medición idóneas para la ciudad. La EV es un buen indicador a la hora de representar el estado de salud, la eficiencia del sistema de salud y los retos en los en materia de protección social, por ejemplo, a la población infantil y de personas mayores.

El objetivo del estudio fue analizar la evolución de la EV en Bogotá D.C. entre 1985-2021, considerando la influencia de la pandemia de COVID-19 en la mortalidad y explorando las variaciones por sexo y localidad.

Materiales y métodos

1. Tipo de estudio y fuente de datos

El enfoque del análisis fue cuantitativo y el diseño de tipo retrospectivo basado en datos de fuentes oficiales de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Se obtuvieron del DANE los datos de las proyecciones y retroproyecciones de población de Bogotá para el periodo 2018-2035 por localidades con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, desagregados por grupo quinquenal y sexo. De la SDS se obtuvo la información de defunciones del sistema de estadísticas vitales de las bases de datos cerradas 1985-2021 por grupo quinquenal, sexo y localidad. Teniendo en cuenta que las proyecciones y retroproyecciones del DANE comienzan en 2018, se obtuvieron los datos de población de 2005 y 2010 del Observatorio de Salud de Bogotá, el cual se basa en las estimaciones del censo DANE 2005 proporcionadas por la fuente de planeación distrital.

2. Métodos analíticos

Se construyeron las tablas de mortalidad para Bogotá y cada localidad a partir de datos de los grupos de edad (menores de 1 año, 1 a 4 años y grupos quinquenales agrupando a los mayores de 80 años), hombres, mujeres y ambos sexos, y la razón de sexos al nacer (por cien) con modelo de la tabla Oeste de Coale y Demeny (9). Las razones para seleccionar el modelo Oeste son las siguientes: la tabla de vida Norte se basa principalmente en datos de mortalidad escandinavos, mientras que la familia Sur proviene de poblaciones del sur

de Italia, Portugal y España. El modelo Este se basó en la experiencia de Austria, Chequia, Eslovenia, Alemania, Italia Centro y Norte, Polonia y Hungría. La familia Oeste, en cambio, no es un patrón específico sino un conjunto de datos de mortalidad de Europa Occidental y el resto de los países, considerado un patrón genérico útil como predeterminado si los otros tres modelos no son adecuados; además, la tabla del modelo Oeste es la más similar a las tablas de Naciones Unidas (10,11).

Se obtuvo la EV al nacer en Bogotá con una distancia de 5 años del periodo 1985-2015, y para los años 2019-2020 y 2021 para analizar diferencias en pandemia por COVID 19. Por otra parte, de acuerdo con la disponibilidad de los datos por localidad, se calculó la EV al nacer con una distancia de 5 años a partir del 2005 y 2019-2021. Es importante mencionar que, al estimar datos por localidad, no fue posible contar con la población que incluye la mortalidad por COVID-19, dado que para esta desagregación no se cuenta con las estimaciones correspondientes. Los datos corresponden a la población a partir del CENSO 2005 o 2018 según corresponda.

Se obtuvieron las curvas de supervivencia de Bogotá de los mismos años a partir del número de personas vivas al inicio del intervalo de edad x a $x+n$, que es la proporción de personas que sobreviven a la edad $x+n$ respecto al número de personas que estaban vivas al inicio del intervalo x a $x+n$.

Para los mismos años, se calculó el peso porcentual de las defunciones en los intervalos de edad a partir de ndx , que es el número de defunciones en el intervalo de edad x a $x+n$ por cada persona-año de exposición en el punto medio del intervalo. Se obtuvo para los intervalos de edad menor de 1 año, 5-14, 15-19, 50-69, y 70 y más, para Bogotá.

Las tablas de mortalidad se realizaron en el software Epidat 4.2 y las representaciones gráficas en Microsoft Excel y del portal de internet de acceso libre Flourish®. A nivel espacial, se realizó una representación geográfica mediante coropletas del comportamiento de la esperanza de vida por localidad. Se utilizó una gama cromática de azul, donde mayor intensidad del color indica una esperanza de vida más alta y menor intensidad una esperanza de vida más baja. Los rangos se calcularon de forma anual e individualmente, es decir, que para cada año se establecieron rangos distintos, clasificados mediante el método de cortes naturales de Jenks, el cual agrupa los datos en clases similares minimizando la desviación promedio de cada clase respecto a su media. Las entidades espaciales que aparecen en blanco indicaron que la esperanza de vida no era calculable. Por otro lado, en un gráfico de barras por localidad se mostró un comparativo entre la esperanza de vida de hombres y mujeres. Los geoprocursos se desarrollaron utilizando el software ArcGis versión 10.8, aplicando herramientas como el Spatial Join para relacionar la tabla de datos de esperanza de vida con la capa geográfica de las localidades, y la opción de clasificación de Natural Breaks (Jenks) incluida en el software. Se realizaron superposiciones de capas para obtener la salida gráfica final.

Resultados

Esperanza de Vida al Nacer en Bogotá

A lo largo de los años, se ha observado un aumento constante en la EV en Bogotá en hombres y mujeres. La EV en 1985 para ambos sexos era de 70 años y mostraba incrementos de 1 a 3 años hasta el 2019, en el que logró su máximo de 81 años; sin embargo, la EV descendió a 78 años en el 2020 y a 76 en el 2021. Existe una marcada diferencia entre hombres y mujeres: las mujeres han mantenido consistentemente una EV más alta que los hombres en todos los

años de análisis. Esta diferencia de entre 5 y 7 años se ha mantenido relativamente constante durante la serie de tiempo.

En el 2020 hubo una disminución en la EV para ambos sexos de 3 años con respecto al año anterior: en hombres la diferencia absoluta fue de 4 años y en mujeres de 3. En el 2021 la EV se redujo 2 años con respecto al 2020 en ambos sexos, lo que puede ser un indicador de los efectos negativos de la pandemia en la mortalidad general de la población. Figura 1.

Esperanza de Vida al Nacer según localidades de Bogotá

Como se observa en la Figura 2, existen variaciones en la EV a lo largo del tiempo y entre localidades, tanto para hombres como para mujeres. A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes en el indicador intra e interlocalidades en el promedio del periodo de análisis:

- **Usaquén:** la EV en esta localidad ha sido consistentemente alta para ambos sexos durante el período analizado, estando por encima de los 80 años la mayor parte del periodo analizado. Las mujeres presentaron un promedio de EV más alta (85) que los hombres (80), y esta diferencia se mantuvo constante a lo largo del tiempo.
- **Chapinero:** la EV fue generalmente alta y se mantuvo en valores cercanos a los de Usaquén. También se observó una diferencia entre sexos, donde las mujeres tienden a vivir más tiempo (83.9) que los hombres (79.4).
- **Santa Fe:** en esta localidad la EV fue la más baja en comparación con las otras localidades, con datos cercanos a los 70 años. Las mujeres tuvieron una EV superior (77.6) a la de los hombres (70.3) y esta diferencia se mantuvo a lo largo de los años.
- **San Cristóbal:** la localidad mostró una tendencia al alza en la EV para ambos sexos durante el período analizado. Las mujeres tuvieron una EV mayor (79.5) que los hombres (74).
- **Usme:** la EV para ambos sexos también aumentó con el tiempo. La diferencia entre sexos es consistente, con las mujeres viviendo más tiempo (80.4) que los hombres (75).
- **Tunjuelito:** a lo largo del período la EV ha experimentado fluctuaciones en esta localidad. Las mujeres tuvieron una EV más alta que los hombres, 79.1 y 75.1 respectivamente, aunque esta diferencia varió en los diferentes años.
- **Bosa:** la EV aumentó en general. Las mujeres tuvieron una EV más alta (81.6) que los hombres (76.3), y esta brecha tendió a mantenerse estable.
- **Kennedy:** se presentó una tendencia constante de aumento en la EV para ambos sexos. Las mujeres tuvieron una EV mayor (81.9) que los hombres (76.6), y esta diferencia se mantuvo en todos los años.
- **Fontibón:** a lo largo del periodo la EV aumentó en general. La brecha de género fue más amplia aquí, con las mujeres viviendo más tiempo (83.1) que los hombres (77.6).
- **Engativá:** la EV fue alta y mostró aumento. Las mujeres superaron a los hombres en EV, con 82.7 y 77.3, respectivamente.
- **Suba:** presentó una tendencia constante de aumento en la EV para ambos sexos. Las mujeres tuvieron una EV mayor (83.3) que los hombres (78.8), y esta diferencia fue constante.
- **Barrios Unidos:** esta localidad contó con un comportamiento estacionario, llamando la atención una disminución respecto del

2004. Sin embargo, la EV es alta en ambos sexos. Las mujeres tuvieron una EV mayor (82.8) que los hombres (78.5), diferencia que se mantuvo estable.

- **Teusaquillo:** mostró una tendencia general al aumento en la EV para ambos sexos. Las mujeres tendieron a vivir más tiempo (83) que los hombres (78.4).
- **Los Mártires:** esta localidad presentó una tendencia constante de aumento en la EV para ambos sexos, sin embargo, cuenta con un comportamiento similar a la de Santa Fe. Las mujeres tuvieron una EV superior (76.2) a la de los hombres (70).
- **Antonio Nariño:** mostró una tendencia de aumento en la EV para ambos sexos, en los primeros años de la serie, sin embargo, entre 2012 y 2016 se mantiene sin cambios. Las mujeres tuvieron una EV mayor que los hombres, con 79.6 y 73.5, respectivamente. Esta diferencia fue consistente.
- **Puente Aranda:** la EV aumentó en general. Las mujeres tuvieron una EV más alta (82.1) que los hombres (76) y esta diferencia se mantuvo constante.
- **Candelaria:** en esta localidad la EV presentó un descenso hasta el año 2016, con un aumento en 2019 que no es consistente en los años posteriores. Las mujeres presentaron una EV superior a la de los hombres, con 79.1 y 73.2, respectivamente.
- **Rafael Uribe Uribe:** en esta localidad la EV tendió a aumentar con el tiempo. Las mujeres tuvieron una EV más alta (79.8) que los hombres (74.1).
- **Ciudad Bolívar:** mostró una tendencia general al aumento en la EV para ambos sexos. Las mujeres presentaron una EV mayor (79) que los hombres (73.6).

- **Sumapaz:** mostró un descenso en la EV entre 2005 y 2010. Las mujeres tienen una EV mayor que los hombres, con 86.9 y 76, respectivamente. 2015 y 2019 no pudieron calcularse con los datos disponibles.

Por otra parte, al comparar el promedio de la EV a lo largo de la serie de tiempo para hombres, mujeres, y ambos sexos en las diferentes localidades de Bogotá, se observan las siguientes diferencias:

En el caso de los hombres, la EV osciló entre 70 y 80 años en general, con una media de 75.7 años durante el periodo analizado. Destacan cuatro localidades que superan esta media: Usaquén (80 años), Chapinero (79.4), Suba (78.8) y Barrios Unidos (78.5), mostrando una diferencia positiva de entre 2.8 y 4.3 años con respecto a la media para Bogotá. Por otro lado, las localidades con una EV por debajo de la media fueron Santa Fe (70.3 años) y Los Mártires (70 años), evidenciando una diferencia de 5.4 y 5.7 años en comparación con la esperanza de vida promedio del distrito capital.

En las mujeres, los promedios de EV mostraron un rango que va desde 76.2 hasta 85 años, con una media de 81.3 años. Usaquén (85 años), Chapinero (83.9), Suba (83.3) y Teusaquillo (83) registraron los promedios más altos en la ciudad, lo que implica una diferencia positiva con respecto a la media de Bogotá que oscila entre 1.7 y 3.7 años. En contraste, Los Mártires y Santa Fe tuvieron los promedios más bajos, con edades de 76.2 y 77.6 años respectivamente, lo que indica una diferencia de 3.7 y 5.1 años con la media del distrito.

Para ambos sexos, el promedio de EV se mantuvo en un rango general de 73.1 a 82.7 años, con una media de 78.5 años. Usaquén, Chapinero, Teusaquillo y Barrios Unidos se desatacaron como las localidades con los promedios más altos, presentando EV que oscilan entre 80.8 y 82.7 años. En comparación con la media de EV

de Bogotá, las superan Usaquéen en 4.2 años, Chapinero en 3.3, Teusaquillo en 2.4 y Barrios Unidos en 2.3.

Por otro lado, Los Mártires, Santa Fe y San Cristóbal tuvieron los promedios más bajos, con valores de 73.1, 73.8 y 76.8 años respectivamente, y con diferencias negativas con respecto a la media del distrito: Los Mártires 5.4 años, Santa Fe 4.7 y San Cristóbal 1.7.

Esperanza de Vida al Nacer según localidades y número de habitantes

La representación cartográfica de la Figura 3 muestra la esperanza de vida por localidad para los años de estudio, destacando que no se pudo calcular para Sumapaz en 2015 y 2019. Adicionalmente, la Figura 4 presenta la esperanza de vida (EV) en hombres (eje x) y mujeres (eje y), junto con el total de población, representado por el tamaño del círculo, para cada localidad entre 2005 y 2021. El rango de colores indica la EV, donde el rojo corresponde a la más baja (69.65) y el verde a la más alta (84.63). Al observar las figuras 3 y 4, se puede analizar que:

En el 2005, Barrios Unidos, cuya población superó los 218.800 habitantes (hab), tuvo la EV más alta (hombres 82, mujeres 85, ambos sexos 84), seguido de Usaquéen (hombres 79, mujeres 84, ambos sexos 81) con 415.099 hab. Las localidades con esperanzas de vida más bajas fueron Antonio Nariño (hombres 72, mujeres 75, ambos sexos 74), Los Mártires (hombres 72, mujeres 75, ambos sexos 74) y San Cristóbal (hombres 72, mujeres 77, ambos sexos 75), las cuales tienen 113.969, 93.245, 400.187 hab respectivamente.

En el 2010, aunque casi todas las localidades incrementaron la EV con respecto al 2005, se observaron hallazgos importantes: aquellas con el indicador más alto fueron Usaquéen, con una EV de 83 años para ambos sexos, 80 en hombres y 85 en mujeres; con una población

total de 488,850 hab; Chapinero (hombres 80, mujeres 84, ambos sexos 82), cuya población total en ese año era de 142,753 hab; y, Teusaquillo (hombres 79, mujeres 84, ambos sexos 82) y 140.098 hab. Por otra parte, Santa Fe y Los Mártires tuvieron la EV más baja; Santa Fe (hombres 70, mujeres 79, ambos sexos 74), ubicándose en el extremo inferior de la escala en comparación con otras localidades, con una población total era 100,177 personas, y Los Mártires con una EV de 73 años para ambos sexos, 71 en hombres y 75 en mujeres y una población total de 79,597 hab.

En el 2015 hubo incremento en la EV en todas las localidades. Se resaltan como aquellas con un indicador más favorable Usaquéen, Suba, Fontibón, Engativá y Teusaquillo. Tanto Santa Fe como Los Mártires experimentaron incrementos en la esperanza de vida entre 2010 y 2015, lo que indica una tendencia positiva en la mejora de la longevidad en ambas localidades durante ese período. En 2010 Santa Fe tenía una población total de 100.177 hab y en 2015 aumentó a 102.155 hab, diferencia correspondiente a 1,978 personas; por el contrario, en Los Mártires, hubo un descenso en la población entre 2010 y 2015 de 5.610 hab (79,597 en el 2010 y 73,987 en el 2015). Estos cambios en la población pueden influir en las tendencias de la esperanza de vida en estas localidades; por ejemplo, en Santa Fe, a pesar del aumento en la población, se observa un aumento en la EV, lo que puede indicar mejoras en las condiciones de salud y calidad de vida. Por su parte, en Los Mártires, donde la población disminuyó, el ligero aumento en la esperanza de vida podría deberse a varios factores, incluyendo cambios en la composición demográfica y mejoras en el acceso a la atención médica.

En el 2019 continuó el aumento en la EV en todas las localidades. Aquellas con EV más altas fueron Usaquéen, Suba, Chapinero, Fontibón y Engativá, mientras que Santa Fe y Los Mártires

compartieron una EV de 76 años, lo que las coloca en el extremo inferior en comparación con otras localidades, con una población total para Santa Fe de 105,926 personas, y para Los Mártires de 82,957 hab. En estas localidades hubo cambios en el tamaño de la población entre el 2015 y 2019: Usaquén experimentó un aumento en su población de aproximadamente 30,226 personas, Suba registró un crecimiento de alrededor de 72,312 hab, en Fontibón la población también mostró un incremento de alrededor de 20,730 personas. Por su parte, Los Mártires presentó un aumento de aproximadamente 8,970 personas en su población, mientras que Santa Fe experimentó un crecimiento más modesto de alrededor de 3,771 personas en esos cuatro años. Estos cambios en la población pueden reflejar dinámicas demográficas, migratorias y sociales con implicaciones en diversos aspectos.

En el 2020, todas las localidades experimentaron disminución de la EV, a pesar de lo cual Usaquén, Chapinero, Suba, Fontibón, Engativá y Teusaquillo continuaron siendo las localidades con EV más altas, y tuvieron aumento en el número de habitantes con respecto al año anterior. Por el contrario, Los Mártires, Santa Fe y Ciudad Bolívar presentaron las EV más bajas: Los Mártires con una EV para ambos sexos de 72 años y 83,590 hab, Santa Fe y Ciudad Bolívar compartieron una EV de 76 años, con 107,458 y 641,306 hab respectivamente. Estas localidades también presentaron aumento en el número de habitantes: Los Mártires (633), Santa Fe (1532) y Ciudad Bolívar (12.636).

En el 2021, Usaquén siguió con una de las esperanzas de vida más altas en Bogotá y su población total era de 571,268 personas. Suba, Fontibón y Engativá también tuvieron EV altas. Por su parte, Los Mártires, Santa Fe, Antonio Nariño y Ciudad Bolívar fueron las localidades que presentaron las EV más bajas en Bogotá en ese año. Entre 2020 y 2021 las localidades de mayor esperanza de vida en Bogotá vieron

aumentos poblacionales modestos, variando de 2,628 a 25,024 personas en Usaquén, Suba, Fontibón y Engativá. Las localidades de menor esperanza de vida, como Los Mártires y Santa Fe experimentaron descensos de aproximadamente 164 y aumentos de alrededor de 326 personas, respectivamente. También, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, con menor esperanza de vida, aumentaron en total alrededor de 20,360 personas.

Para mayor detalle de la información, en la Tabla 1 (anexa) se muestran los datos descriptivos de la EV y número de habitantes en hombres, mujeres y ambos sexos por localidad.

Curva de supervivencia de Bogotá 1985 – 2021

En la Figura 5 se muestran las curvas de supervivencia de la población de Bogotá entre 1985 y 2021. En general se observa una mejora a lo largo del tiempo, ya que las proporciones de supervivencia son más altas en años posteriores. Por ejemplo, la proporción de supervivencia para el grupo de edad 0 (recién nacidos) es cercana a 1 en todos los años, lo que indica que la mayoría de los recién nacidos sobreviven al primer año de vida.

A medida que aumenta la edad, la proporción de supervivencia disminuye gradualmente, lo que es una tendencia esperada. Sin embargo, es importante notar que las tasas de supervivencia mejoran en general, lo que puede estar relacionado con mejoras en la atención de servicios de salud y en las condiciones de vida a lo largo de los años.

En comparación con las tendencias de años anteriores, las curvas de 2020 y 2021 muestran un patrón similar de mejora en la supervivencia a medida que avanza el tiempo y disminuye la edad. Sin embargo, en los grupos de edad más avanzados, como 70, 75, 80 y 90 años, las curvas de 2020 y 2021 parecen tener un estan-

camiento o incluso una leve disminución en las proporciones de supervivencia en comparación con los años anteriores. Esto podría indicar una desaceleración en las mejoras de la supervivencia en esos grupos de edad en los últimos años. Eventos excepcionales como la pandemia de COVID-19 podrían haber afectado las curvas de supervivencia durante estos dos años, especialmente en los grupos de edad más avanzada, introduciendo factores que influyeron en la mortalidad y la esperanza de vida de la población.

Muertes por edad en Bogotá 1985-2021

En la Figura 6 se presentan las muertes por edad en Bogotá durante el periodo de análisis. En general, se observa una disminución en las muertes en la mayoría de los grupos de edad a lo largo del tiempo, lo cual puede ser un indicador positivo de mejoras en la atención de los servicios de salud y en la calidad de vida en la población. El grupo de menores de 5 años mostró un descenso constante en el número de muertes a lo largo de los años, lo que sugiere avances en la atención médica y en la prevención de enfermedades que afectan a los menores, además de mejoras en la nutrición, el acceso a servicios de salud y las campañas de vacunación. El grupo de edad de 5 a 14 años, los adolescentes y jóvenes también presentaron tendencia a la baja en el número de muertes. En las personas de 15 a 49 años, se observa una disminución gradual en el número de muertes hasta alrededor del año 2015, seguido de un ligero aumento en los últimos años. Las personas en los grupos de edad de 50 a 69 años y de 70 y más, presentan un patrón ascendente en las muertes, lo cual es esperado debido al envejecimiento de la población. Sin embargo, se observa una disminución en el número de muertes en 2020 y 2021 para el grupo 70 y más a expensas de un leve aumento en el grupo de 15 a 49 y a un mayor aumento en las mortalidades de personas de 50 a 69 años relacionada con la pandemia de COVID-19.

Discusión

A lo largo de los años, se ha observado un aumento constante en la EV en las localidades de Bogotá, aunque persisten diferencias entre ellas. Las localidades que han mantenido una alta EV son Usaquén, Chapinero, Suba y Barrios Unidos, mientras que las localidades que han tenido una EV más baja son Santa Fe, Los Mártires y San Cristóbal. Si bien, la ciudad no cuenta con estudios similares que permitan entender las dinámicas de desarrollo económico, condiciones sociales y disponibilidad de servicios médicos, que toman importancia al momento de conocer la información del porqué a esta escala geográfica se presentan estas diferencias, algunos estudios en Alemania (12) y Reino Unido (13) resaltan la necesidad de seguir trabajando a escalas pequeñas para la medición de la EV, y refuerzan la importancia de esta información para la toma de decisiones.

En los años 2020 y 2021, en general, se observó que la EV para ambos sexos en la mayoría de las localidades experimentó una ligera disminución o estabilidad en comparación con años previos. Este fenómeno podría estar relacionado con los desafíos planteados por la pandemia de COVID-19 que tuvo un impacto significativo en la salud pública y los sistemas de atención médica en todo el mundo. Las localidades que han mantenido una alta EV experimentaron disminución en la misma durante estos años, al igual que las que tuvieron EV bajas. Estos hallazgos sugieren que el contexto de la pandemia ha tenido un impacto heterogéneo en las distintas localidades de Bogotá, afectando de manera diversa las tendencias de la EV en 2020-2021.

De acuerdo con los resultados de EV en Bogotá desde 1985 hasta el 2021 se observa una amplia diferencia entre hombres y mujeres, las mujeres a lo largo de este periodo de tiempo presentan una EV más alta que los

hombres; esto puede deberse a procesos de violencia (homicidios) y lo relacionado con la accidentalidad de tránsito, que siguen siendo las principales causas de años potencialmente perdidos en los hombres, mientras que para las mujeres esta situación está relacionada con neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio (tomado de ASIS Distrital 2023).

En la localidad de Santa Fe, a pesar del aumento en la población, se observa un aumento en la EV, lo que puede indicar mejoras en los sistemas de salud y atención médica y en la calidad de vida. Por otro lado, en Los Mártires, donde la población disminuyó, el ligero aumento en la esperanza de vida podría deberse a varios factores, incluyendo cambios en la composición demográfica, disminución de los niveles de fecundidad y mejoras en el acceso a la atención médica. Sin embargo, las variables de migración se consideran como una de las limitaciones dentro del estudio, ya que no fue posible conocer resultados sobre las condiciones sociales por localidad de la población, así como el PIB per cápita para complementar el estudio.

Según Wirayuda & Chan (2021), la EV está influenciada por múltiples factores y contar con datos precisos sobre la misma es fundamental para que los países puedan desarrollar políticas nacionales efectivas y abordar los factores que la afectan. Identificar estos determinantes permite a los países mejorar y priorizar áreas de intervención que impactan la EV (14).

Wirayuda & Chan realizaron una revisión sistemática de la literatura en la que encontraron que, entre los factores sociodemográficos, la EV se ve significativamente influenciada por la tasa de mortalidad infantil, el nivel de alfabetización, el grado educativo, el estatus socioeconómico, el crecimiento demográfico y la desigualdad de género. Los principales factores macroeconómicos que se correlacionan con la EV incluyen el producto interno bruto, el coeficiente de Gini, el nivel de ingresos, la tasa de desempleo y la

inflación. En cuanto a los recursos de salud, la disponibilidad de instalaciones sanitarias, la cantidad de profesionales de la salud, el gasto público en salud, las tasas de mortalidad, la prevalencia del tabaquismo, la contaminación y las vacunaciones también muestran una correlación significativa con la EV (14).

Los hallazgos de este estudio plantean varios interrogantes sobre los elementos contextuales que podrían influir en los cambios de la EV en cada localidad, los cuales son complejos y de larga duración. Por ejemplo, ¿cómo afectan las diferencias en el acceso y la calidad de los servicios de salud a las tendencias de EV en distintas localidades? Es posible que localidades con mejor infraestructura sanitaria y mayor disponibilidad de servicios médicos presenten una mayor EV tal como lo reportan Ghosh & Dinda en su investigación (15).

Otro interrogante es, ¿de qué manera las condiciones socioeconómicas, como el ingreso per cápita y los niveles de educación, están correlacionadas con la EV? Es bien sabido que los adultos con más educación tienden a tener una vida más saludable y prolongada en comparación con aquellos con menor nivel educativo (16). Del mismo modo, un mayor ingreso per cápita puede facilitar el acceso a una mejor alimentación, vivienda y atención sanitaria, factores que contribuyen positivamente a la EV. Jetter & Laudage (2019) encontraron una relación sistemática y significativa entre los niveles de ingresos y la EV en un conjunto de datos de 197 países durante 213 años; solo el PIB per cápita explicó más del 64% de la variación en la EV (17).

La seguridad y la violencia también son factores que deben considerarse. Áreas con altos niveles de violencia y criminalidad pueden tener tasas más altas de mortalidad, especialmente entre los jóvenes, lo que reduce la EV, tal como lo identificaron Gonzalez-Pérez en su investigación en México y Brasil (18).

Finalmente, es relevante mencionar como limitaciones de este estudio que, aunque las tablas de vida modelo de Coale y Demeny tienen altos estándares de precisión, su aplicación puede ser limitada en contextos no europeos. Esto implica que los patrones de mortalidad en el mundo en desarrollo contemporáneo podrían no estar adecuadamente reflejados en estas tablas. Además, aunque la clasificación en Norte, Sur, Este y Oeste añade una dimensión adicional, la naturaleza uniparamétrica de cada familia limita su flexibilidad para capturar la complejidad de los patrones de mortalidad en diversas regiones (19).

Conclusiones y recomendaciones

La EV en Bogotá ha experimentado un aumento constante a lo largo de las últimas décadas, un logro que refleja mejoras en la salud pública, el acceso a la atención médica y la calidad de vida en general. Sin embargo, este avance no ha sido uniforme, presentando desigualdades significativas entre localidades e incluso entre hombres y mujeres.

Si bien la tendencia general ha sido positiva, la pandemia de COVID-19 generó un retroceso temporal en la EV durante los años 2020 y 2021. Este impacto negativo se observó principalmente en grupos de edad avanzada, lo que pone de relieve la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y protección social para este segmento poblacional.

En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres en general tienen una EV superior a la de los hombres. Esta brecha se explica principalmente por las mayores tasas de mortalidad masculina asociadas a la violencia, los accidentes de tránsito y otras causas externas.

Los cambios en la composición poblacional también pueden influir en las tendencias de la EV. Por ejemplo, el aumento o la disminución

de la población en una localidad puede afectar la disponibilidad de recursos y servicios, lo que a su vez puede tener un impacto en la salud y la esperanza de vida.

Para comprender mejor las causas de las desigualdades en la EV y desarrollar estrategias efectivas para mejorarla en toda la ciudad, se necesitan estudios más detallados a nivel de localidad. Estos estudios deben considerar variables como las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios de salud, la calidad del medio ambiente y los patrones de migración.

A partir de los hallazgos actuales, se recomienda:

- Fortalecer los sistemas de salud en las localidades con menor EV, con énfasis en la atención primaria y preventiva.
- Implementar políticas públicas dirigidas a abordar las necesidades y desafíos particulares de cada zona. Diseñar campañas de sensibilización y prevención para reducir las principales causas de muerte en hombres y mujeres.
- Recopilar y analizar datos sobre las condiciones sociales, el PIB per cápita y las variables de migración para complementar los estudios de EV y obtener una comprensión más completa de los factores que influyen en la misma.

Referencias

1. Roubal AM, Pollock EA, Gennuso KP, Blomme CK, Givens ML. Comparative methodologic and practical considerations for life expectancy as a public health mortality measure. *Public Health Rep.* 11 de marzo de 2021;137(2):255-62.
2. Woolf SH, Schoomaker H. Life expectancy and mortality rates in the United States,

- 1959-2017. JAMA. 26 de noviembre de 2019;322(20):1996.
3. Husain AR. Life expectancy in developing countries: a cross-section analysis. Bangladesh Dev Stud. 2002;28(1/2):161-78.
 4. CENIE. La esperanza de vida: qué es y por qué importa. 2019 [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://cenie.eu/es/blogs/envejecer-en-sociedad/la-esperanza-de-vida-que-es-y-por-que-importa>
 5. Statista Daily Data. Infografía: Aumenta la esperanza de vida en el mundo. 2023 [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/29351/esperanza-de-vida-al-nacer-estimada-por-region>
 6. Statista Daily Data. Infografía: La evolución de la esperanza de vida. 2022 [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/28551/esperanza-de-vida-al-nacer-en-el-mundo-y-en-paises-seleccionados-de-1960-a-2020-en-anos>
 7. Heuveline, P. Global and national declines in life expectancy: an end-of-2021 assessment. 14 de enero de 2022 [citado 7 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://typeset.io/papers/global-and-national-declines-in-life-expectancy-an-end-of-fhl6kff8>
 8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). América Latina y el Caribe: Estimaciones y proyecciones de población. [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/subtemas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-poblacion>
 9. Coale AJ, Demeny P, Vaughan B. Uses of the tables1. En: Coale AJ, Demeny P, Vaughan B, editores. Regional model life tables and stable populations (Second Edition). Academic Press; 1983 [citado 26 de febrero de 2024]. p. 29-38. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780121770808500081>
 10. United Nations ESCAP GLSB. Model life table. The 1st national capacity building workshop for assessing inequalities in registration; 17 de agosto de 2022 [citado 13 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.unescap.org/sites/default/d8files/event-documents/Lecture%203.2.pdf>
 11. UNFPA. Model tables: the Coale-Demeny set. [citado 13 de julio de 2024]. Disponible en: http://papp.iussp.org/sessions/papp103_s01/PAPP103_s01_070_010.html
 12. Rau R, Schmertmann CP. District-Level life expectancy in Germany. Dtsch Arzteblatt Int. 20 de julio de 2020;117(29-30):493-9.
 13. Bennett JE, Li G, Foreman K, Best N, Kontis V, Pearson C, et al. The future of life expectancy and life expectancy inequalities in England and Wales: Bayesian spatiotemporal forecasting. Lancet Lond Engl. 11 de julio de 2015;386(9989):163-70.
 14. Wirayuda AAB, Chan MF. A systematic review of sociodemographic, macroeconomic, and health resources factors on life expectancy. Asia Pac J Public Health. mayo de 2021;33(4):335-56.
 15. Management Association IR, editor. Health economics and healthcare reform: breakthroughs in research and practice. IGI Global; 2018 [citado 25 de julio de 2024]. Disponible en: <http://services.igi-global.com/resolvedoi/resolve.aspx?doi=10.4018/978-1-5225-3168-5>
 16. Zajacova A, Lawrence EM. The relationship between education and health: re-

ducing disparities through a contextual approach. Annu Rev Public Health. 1 de abril de 2018;39(1):273-89.

17. Jetter M, Laudage S, Stadelmann D. The intimate link between income levels and life expectancy: global evidence from 213 years. Institute of Labor Economics (IZA); 2016 jun [citado 25 de julio de 2024]. Report No. 10015. Disponible en: <https://econpapers.repec.org/paper/izaizadps/dp10015.htm>

18. González-Pérez GJ, Vega-López MG, Souza ERD, Pinto LW. Mortalidad por violencias y su impacto en la esperanza de vida: una comparación entre México y Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. septiembre de 2017;22(9):2797-809.

19. Murray CJL, Ahmad OB, Lopez AD, Salomon J. WHO System of model life tables. GPE Discuss Pap Ser No 8 EIPGPEEBD World Health Organ. 1 de enero de 2001.

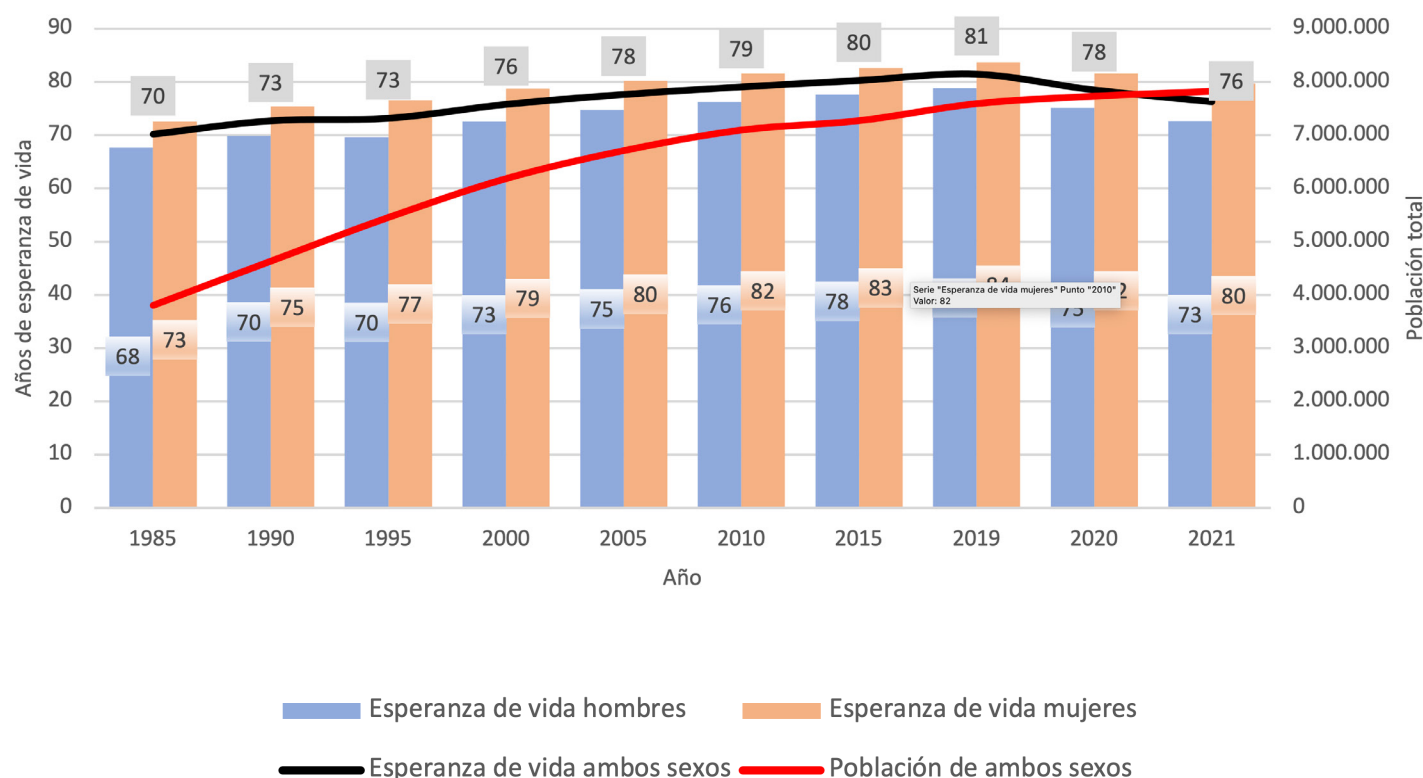


Figura 1. Esperanza de Vida al Nacer en Bogotá 1985-2021 según sexo

Fuente 2020-2021: Base DANE -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES (2020 Publicado 23-12- 2021 y 2021 30-03- 2022).

Fuente 1985-2021: Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2019 y 2020-2070 con base en el CNPV 2018 (publicado 22-03-2023).



Figura 2. Esperanza de Vida al Nacer según localidades de Bogotá, en hombres, mujeres y total de la población
Fuente 2020-2021: Base DANE -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES
(2020 Publicado 23-12- 2021 y 2021 30-03- 2022).

Fuente 1985-2021: Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2019 y 2020-2070 con base en el CNPV 2018 (publicado 22-03-2023).

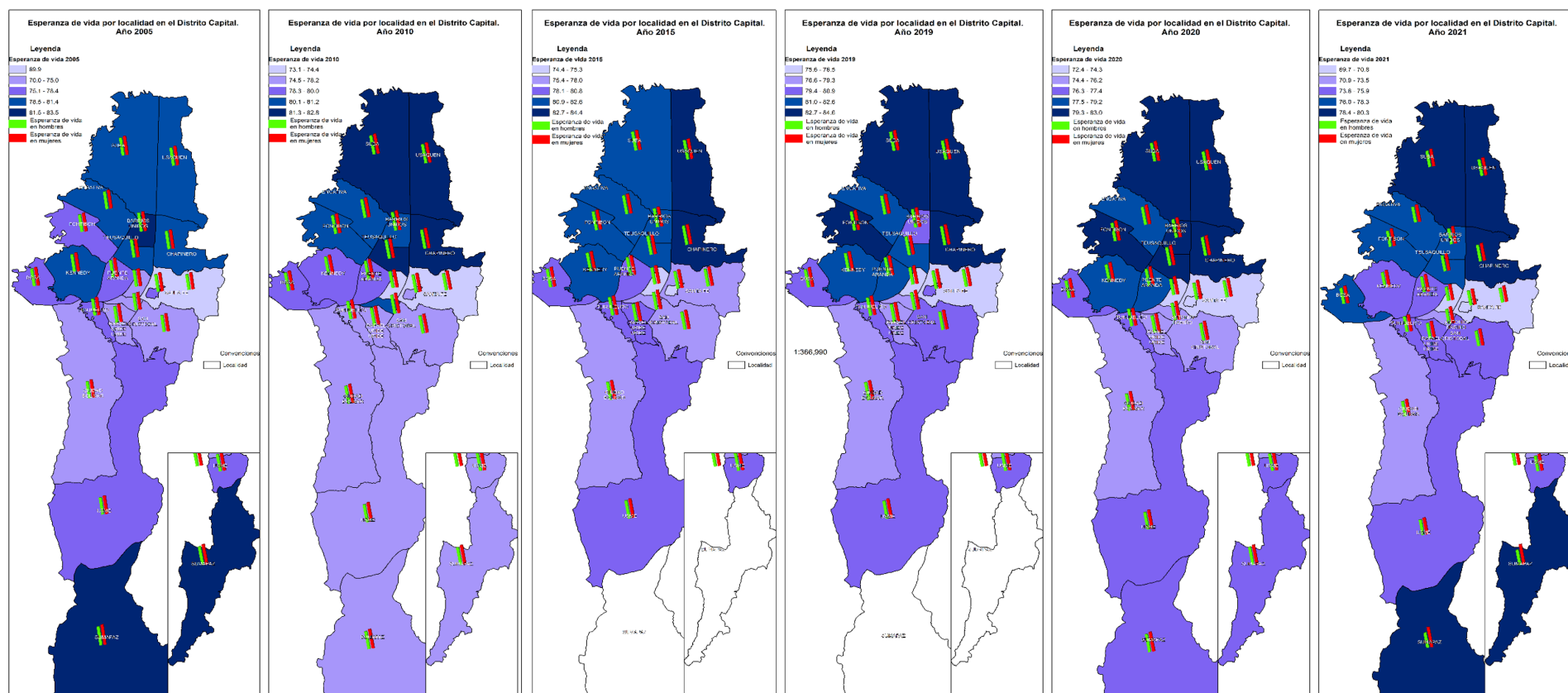


Figura 3: Esperanza de Vida al Nacer según localidad, 2005, 2010, 2015, 2019, 2020 y 2021
 Fuente 2020-2021: Base DANE - Aplicativo RUAF-ND. Sistema de estadísticas Vitales
 SDS -EEVV-FINALES-(2020 Publicado 23-12- 2021 y 2021 30-03- 2022).

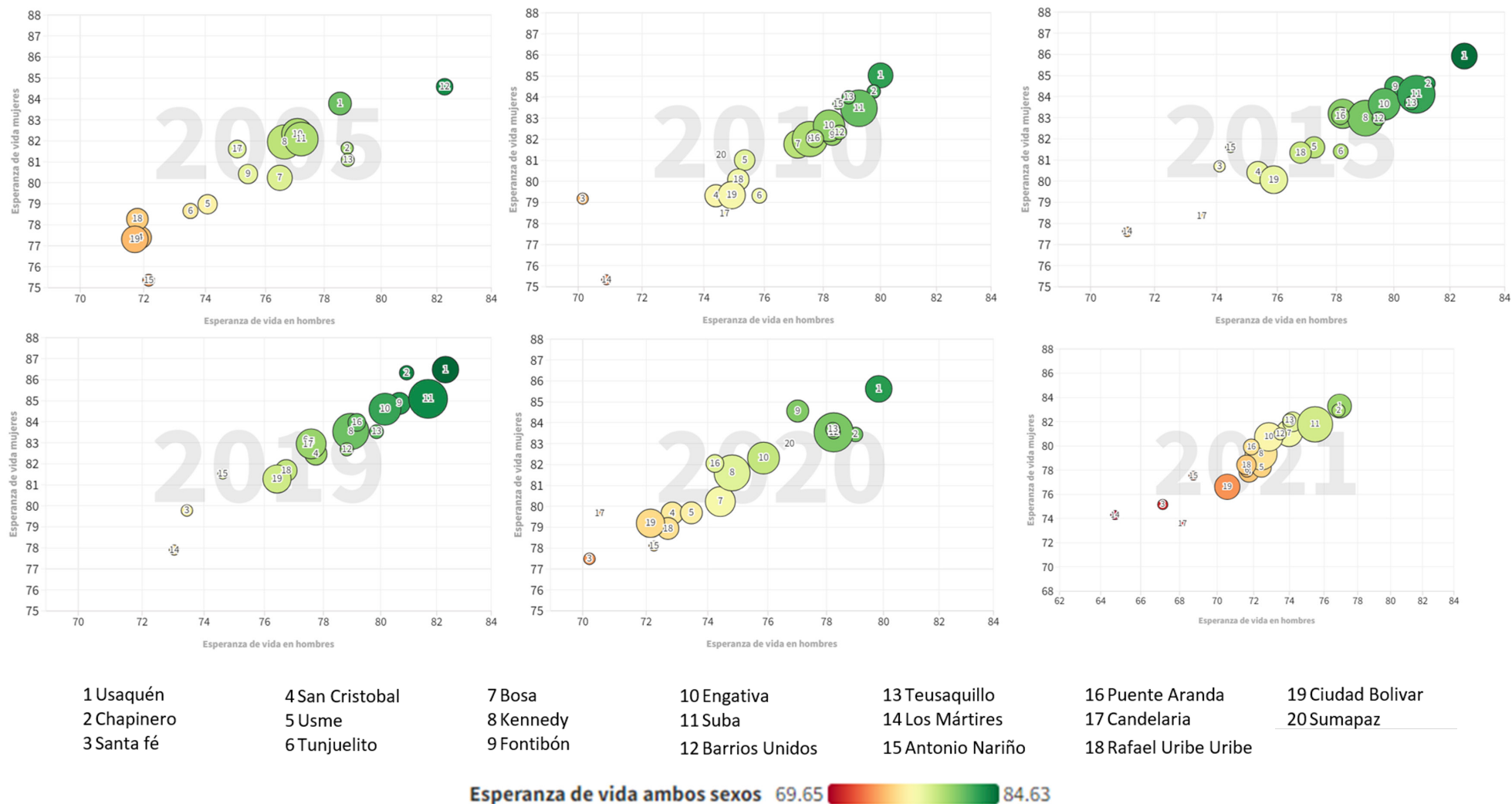


Figura 4 Esperanza de vida al nacer según localidad y número de habitantes, 2005, 2010, 2015, 2019, 2020 y 2021

Fuente: 2020-2021: Base DANE - Aplicativo RUAF-ND. Sistema de estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES

(2020 Publicado 23-12- 2021 y 2021 30-03- 2022).

Fuente 1985-2021: Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2019 y 2020-2070 con base en el CNPV 2018 (publicado 22-03-2023).

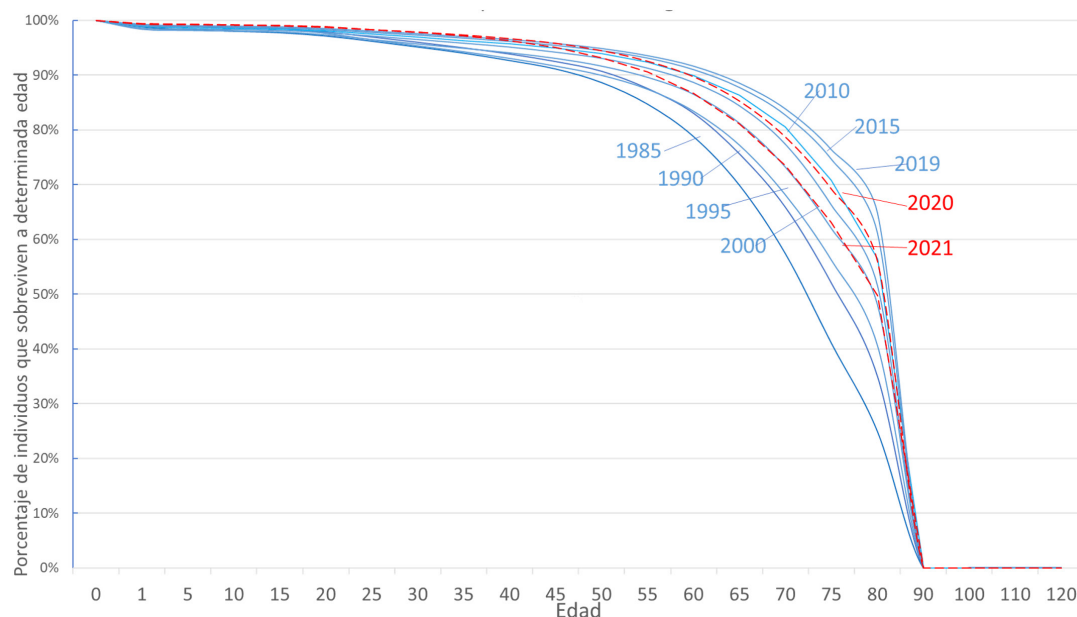


Figura 5. Curva de supervivencia de Bogotá 1985 – 2021

Fuente 2020-2021: Base DANE - Aplicativo RUAF-ND. Sistema de estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES (2020 Publicado 23-12- 2021 y 2021 30-03- 2022).

Fuente 1985-2021: Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2019 y 2020-2070 con base en el CNPV 2018 (publicado 22-03-2023).

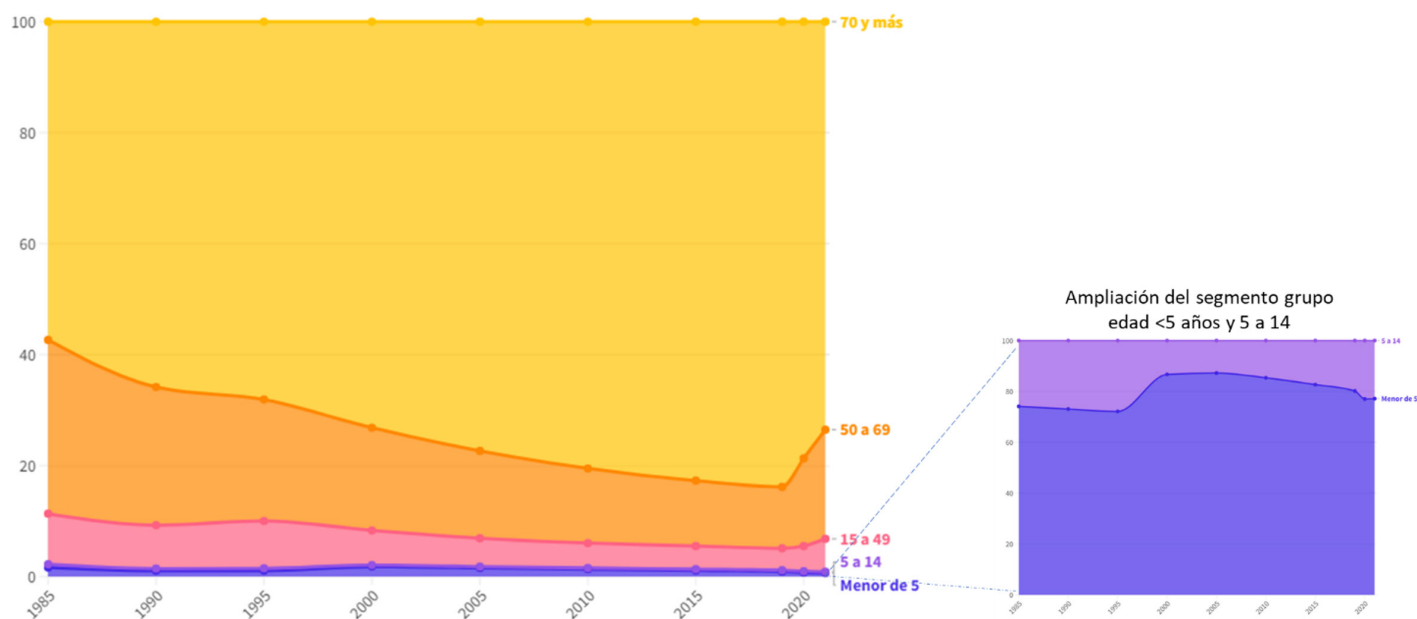


Figura 6. Muertes por edad en Bogotá 1985-2021

Fuente 2020-2021: Base DANE - Aplicativo RUAF-ND. Sistema de estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES (2020 Publicado 23-12- 2021 y 2021 30-03- 2022).

Fuente 1985-2021: Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2019 y 2020-2070 con base en el CNPV 2018 (publicado 22-03-2023).

Anexos

Tabla 1. Esperanza de vida y población total por localidad para hombres, mujeres y ambos sexos 2005, 2010, 2015, 2019, 2020 y 2021.

LOCALIDAD	Esperanza de vida hombres						Esperanza de vida mujeres						Esperanza de vida ambos sexos						Poblacion hombres					
	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2005	2010	2015	2019	2020	2021
Usaquén	79	80	83	82	80	77	84	85	86	86	86	83	81	83	84	85	83	80	191.068	224.356	239.216	253.770	260.040	262.649
Chapinero	79	80	81	81	79	77	82	84	85	86	83	83	80	82	83	84	81	80	55.515	65.872	71.444	77.991	81.436	82.993
Santa fé	67	70	74	73	70	67	73	79	81	80	77	75	70	74	77	76	74	71	48.127	49.963	50.788	52.751	53.544	53.328
San Cristobal	72	74	75	78	73	72	77	79	80	82	80	78	75	77	78	80	76	75	195.556	187.149	185.168	189.906	192.089	193.376
Usme	74	75	77	78	73	72	79	81	82	83	80	78	77	78	79	80	77	75	146.861	165.329	173.705	183.590	189.204	193.699
Tunjuelito	74	76	78	77	74	72	79	79	81	83	74	78	76	78	80	80	77	75	88.051	84.303	83.364	85.805	87.963	88.825
Bosa	76	77	78	78	74	74	80	82	83	83	80	81	78	80	81	80	77	78	246.068	302.852	325.275	340.010	345.148	351.821
Kennedy	77	78	79	79	75	72	82	82	83	84	82	79	79	80	81	81	78	76	454.404	474.630	483.553	493.558	498.446	499.553
Fontibón	75	78	80	81	77	74	80	82	84	85	85	82	78	80	82	83	81	78	141.412	160.569	168.448	178.158	182.187	184.457
Engativa	77	78	80	80	76	73	82	83	84	85	82	81	80	81	82	83	79	77	377.508	372.705	371.303	379.603	384.107	385.375
Suba	77	79	81	82	78	75	82	83	84	85	84	82	80	82	83	84	81	79	431.221	499.292	528.542	561.773	578.556	590.219
Barrios Unidos	82	79	79	79	78	73	85	82	83	83	84	81	84	81	81	81	81	77	104.534	77.419	66.465	65.700	68.978	71.269
Teusaquillo	79	79	81	80	78	74	81	84	84	84	84	82	80	82	82	82	81	78	62.944	64.188	64.108	69.301	71.569	72.772
Los Mártires	72	71	71	73	68	65	75	75	78	78	77	74	74	73	74	76	72	70	46.354	38.684	34.570	38.757	37.781	36.363
Antonio Nariño	72	79	74	75	72	69	75	84	82	82	78	78	74	81	78	78	75	73	55.115	43.488	38.522	38.097	38.539	38.419
Puente Aranda	75	78	78	79	74	72	82	82	83	84	82	80	78	80	81	82	78	76	118.343	115.717	116.427	120.652	123.056	124.463
Candelaria	75	75	74	77	71	68	82	78	78	83	80	74	78	77	75	80	74	71	11.170	9.540	8.831	9.085	9.154	9.223
Rafael Uribe Uribe	72	75	77	77	73	72	78	80	81	82	79	78	75	78	79	79	76	75	180.750	177.171	177.121	184.454	187.764	189.226
Ciudad Bolívar	72	75	76	76	72	71	77	79	80	81	79	77	75	77	78	79	76	74	278.396	290.043	296.405	308.746	316.525	321.703
Sumapaz	81	75	NC	NC	77	71	88	81	NC	NC	83	95	83	77	NC	NC	77	79	3.080	1.992	1.628	1.682	1.752	1.816
NC: No calculable																								

LOCALIDAD	Poblacion mujeres						Poblacion total					
	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2005	2010	2015	2019	2020	2021
Usaquén	224.031	264.494	281.264	296.936	304.499	308.619	415.099	488.850	520.480	550.706	564.539	571.268
Chapinero	65.792	76.881	80.552	85.157	88.350	90.360	121.307	142.753	151.996	163.148	169.786	173.353
Santa fé	47.919	50.214	51.367	53.175	53.914	54.456	96.046	100.177	102.155	105.926	107.458	107.784
San Cristobal	204.631	198.861	197.079	202.416	205.321	207.684	400.187	386.010	382.247	392.322	397.410	401.060
Usme	149.963	170.448	179.853	191.297	195.739	199.667	296.824	335.777	353.558	374.887	384.943	393.366
Tunjuelito	92.687	88.932	87.024	89.676	90.704	91.333	180.738	173.235	170.388	175.481	178.667	180.158
Bosa	253.040	316.847	346.129	367.163	372.546	371.072	499.108	619.699	671.404	707.173	717.694	722.893
Kennedy	479.170	505.568	517.984	533.815	535.933	535.285	933.574	980.198	1.001.537	1.027.373	1.034.379	1.034.838
Fontibón	154.428	177.517	187.940	198.960	204.677	209.075	295.840	338.086	356.388	377.118	386.864	393.532
Engativa	412.332	411.699	412.130	423.177	427.365	428.725	789.840	784.404	783.433	802.780	811.472	814.100
Suba	476.159	556.620	591.790	630.871	649.231	662.592	907.380	1.055.912	1.120.332	1.192.644	1.227.787	1.252.811
Barrios Unidos	114.346	84.502	71.785	72.616	74.287	75.607	218.880	161.921	138.250	138.316	143.265	146.876
Teusaquillo	72.381	75.910	78.137	83.113	89.653	95.107	135.325	140.098	142.245	152.414	161.222	167.879
Los Mártires	46.891	40.913	39.417	44.200	45.809	47.063	93.245	79.597	73.987	82.957	83.590	83.426
Antonio Nariño	58.854	47.152	42.492	41.998	42.933	43.782	113.969	90.640	81.014	80.095	81.472	82.201
Puente Aranda	130.936	127.253	124.270	126.585	127.912	128.904	249.279	242.970	240.697	247.237	250.968	253.367
Candelaria	11.128	9.210	8.459	8.260	8.457	8.654	22.298	18.750	17.290	17.345	17.611	17.877
Rafael Uribe Uribe	190.754	186.410	183.803	188.527	192.309	194.734	371.504	363.581	360.924	372.981	380.073	383.960
Ciudad Bolivar	286.045	299.247	305.311	319.924	324.781	328.131	564.441	589.290	601.716	628.670	641.306	649.834
Sumapaz	2.946	1.946	1.596	1.616	1.697	1.768	6.026	3.938	962.640	3.298	3.449	3.584
NC: No calculable												

Fuente 2020-2021: Base DANE - Aplicativo RUAF-ND. Sistema de estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES (2020 Publicado 23-12- 2021 y 2021 30-03- 2022).

Fuente 1985-2021: Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2019 y 2020-2070 con base en el CNPV 2018 (publicado 22-03-2023).

Avances en la caracterización de las personas con enfermedades huérfanas en Bogotá, D.C.

Autoras:

Erika Milena Castillo Pantoja

Enfermera, Especialista en Epidemiología. Secretaría de Salud de Bogotá, Observatorio de Salud de Bogotá.

Paola Elena León Velasco

Enfermera, Máster en Epidemiología. Secretaría de Salud de Bogotá, Observatorio de Salud de Bogotá.

Las enfermedades huérfanas son patologías crónicamente debilitantes que se caracterizan por su baja prevalencia y su alta tasa de mortalidad, que afectan principalmente a población con barreras de acceso a los servicios de salud. Se reconocen como un problema de especial interés en salud y el Estado colombiano adopta disposiciones tendientes a garantizar la protección social a los pacientes, cuidadores y familias, dándole un enfoque integral a su abordaje (1).

Se estima que existen cerca de 7.000 diagnósticos de enfermedades huérfanas y afectan a 400 millones de personas a nivel mundial (prevalencia 6-8%) (2). Con respecto a la prevalencia, ésta se establece por cada región o país acorde con sus normativas: en Japón es de 1/2.500 personas, en la Comunidad Europea 1/2.000 y en Estados Unidos 1/1.500 personas (3). En Colombia se han incluido 2.236 diagnósticos y la prevalencia estimada, según resolución 023 de 2023, es < 1/5.000 personas (4).

La vigilancia del evento se justifica en las dificultades diagnósticas, la falta de tratamiento, la naturaleza clínica de las patologías con potencial discapacitante y el alto costo que generan, siendo necesario estimar indicadores epidemiológicos y sociodemográficos para su caracterización. Desde el 2016 la notificación de las enfermedades huérfanas se hace obligatoria bajo el evento 342-Sivigila que, de acuerdo con los diagnósticos incluidos por normativa, aborda patologías de origen genético, defectos y malformaciones congénitas, algunos tipos de cáncer, entre otras (5).

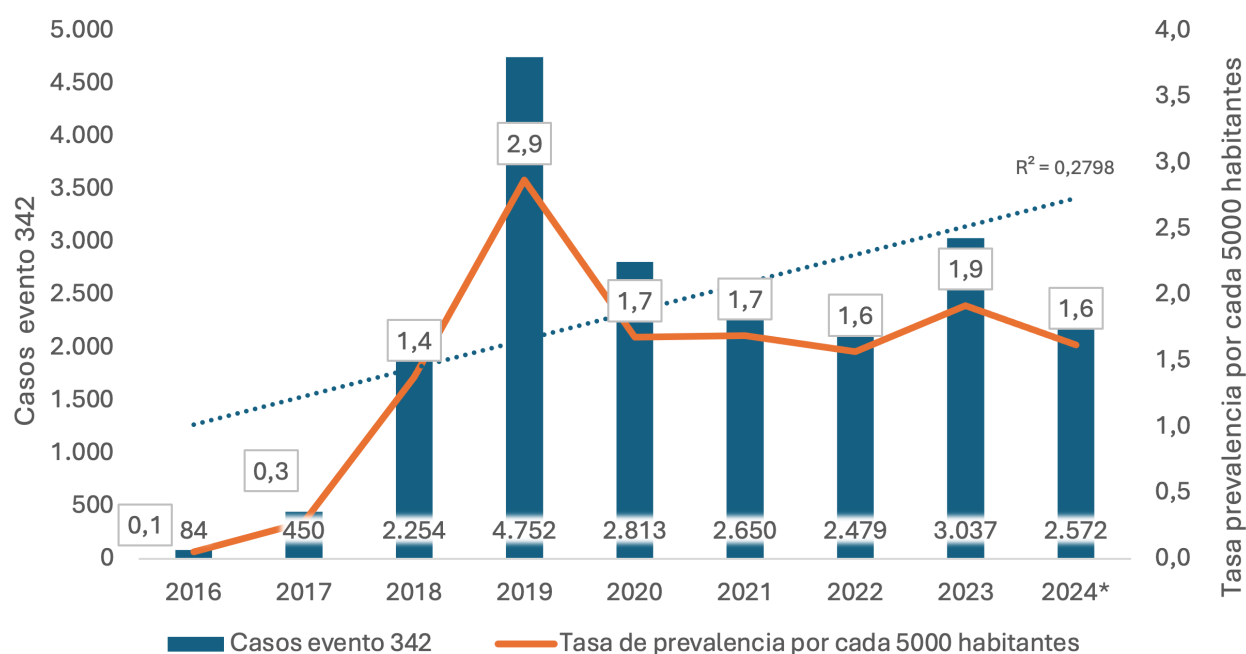


Figura 1. Prevalencia de enfermedades huérfanas - raras, evento 342 SIVIGILA, Bogotá, D.C.

Fuente: SIVIGILA Bogotá, D.C. Base notificaciones evento 342 años 2016-2024.

*Hasta el 30 de septiembre de 2024.

Con corte a junio de 2024, en Colombia se registran 88.426 personas con enfermedades huérfanas (6), lo que difiere de la prevalencia estimada por resolución y equivale a una mayor prevalencia cercana a 8/5000 personas. En Bogotá, según el SIVIGILA distrital¹ se han notificado un total de 21.091 casos con tendencia creciente y una prevalencia promedio de 1,5 casos por cada 5000 habitantes de 2016 a 2024 (Figura 1).

En la cohorte de personas únicas, se observa predominio de los casos femeninos 11.393 (57%) en relación con el sexo masculino 8.734 casos (43%). La distribución por edad en el momento

de la notificación presenta los mayores picos en las edades del curso de vida Primera infancia [0 - 5 años] e Infancia [6-11 años], agrupando el 25,2% (5.209 casos) de la población notificada. En el curso de vida adolescencia [12-17 años] se marca un descenso de la curva de notificación, agrupando el 8,9% (1.849 casos), mientras que en Juventud [18-28 años] hay un incremento con el 10,6% (2.194 casos), luego se estabiliza la curva con promedio de cerca de 200 notificaciones por edad hasta la Adultez [29-59 años] que agrupa el 34,5% (7.139 casos). Por último, en Vejez [60 y más años] la notificación está representada por 20,6% (7.139 casos).

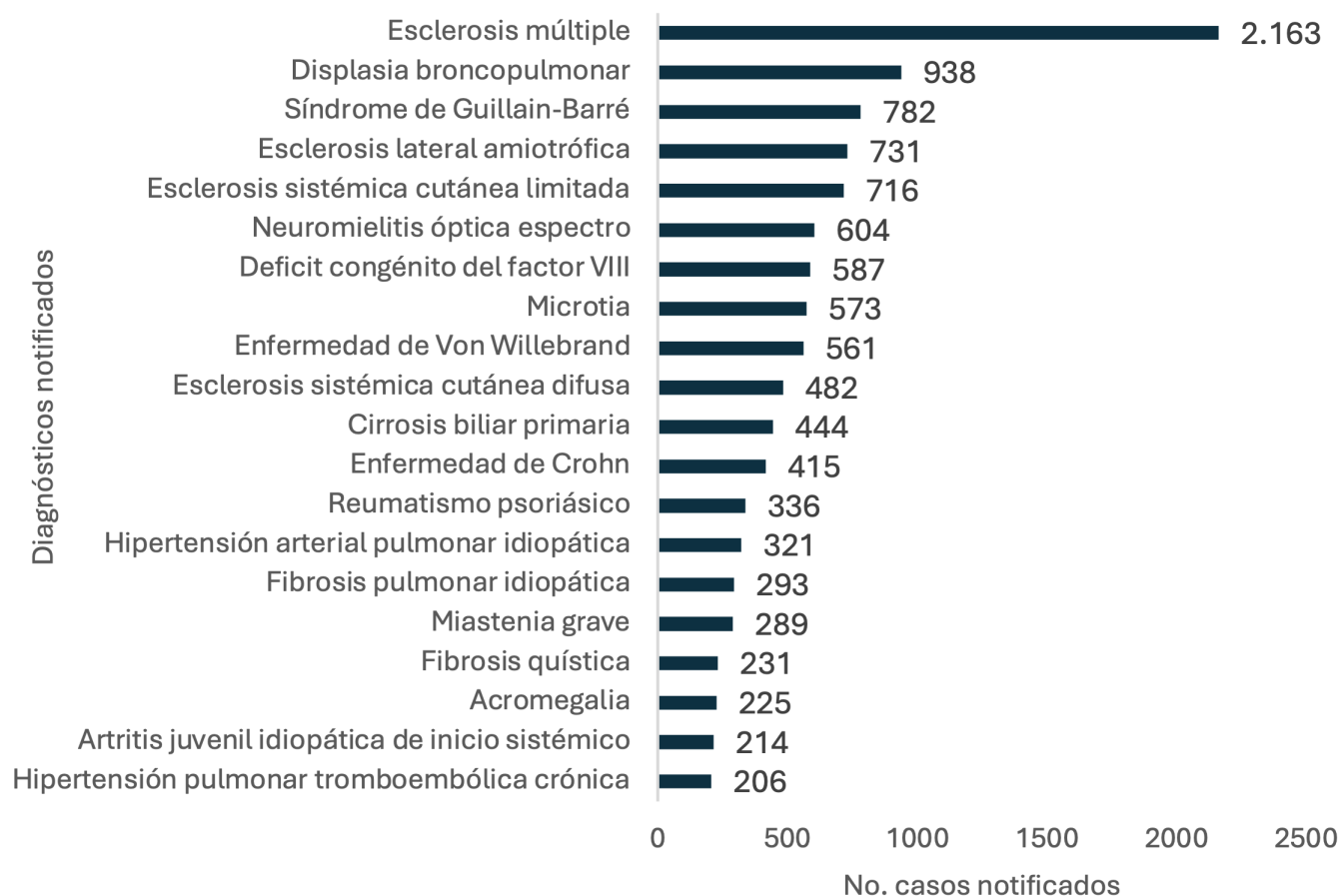


Figura 2. Primeros veinte diagnósticos prevalentes de enfermedades huérfanas - raras, evento 342 SIVIGILA, Bogotá, D.C.

Fuente: SIVIGILA Bogotá, D.C. Base notificaciones evento 342 años 2016-2024.

*Hasta el 30 de septiembre 2024.

1 SIVIGILA distrital. Base de datos del evento 342 con corte desde el año 2016 hasta el 30 de septiembre de 2024.

Dentro de los diagnósticos más prevalentes se encontraron los siguientes: esclerosis múltiple 10,8% (2.163 casos), displasia broncopulmonar 4,7% (938 casos), síndrome de Guillain-Barré 3,9% (782 casos) y esclerosis lateral amiotrófica 3,7% (731 casos) (Figura 2). Actualmente se identifican 12.258 personas (61,3%) pertenecientes al régimen contributivo, se hallan inscritas en el régimen subsidiado el 9,2% y en régimen de excepción 157 personas (0,8%) (Figura 3). Haciendo seguimien-

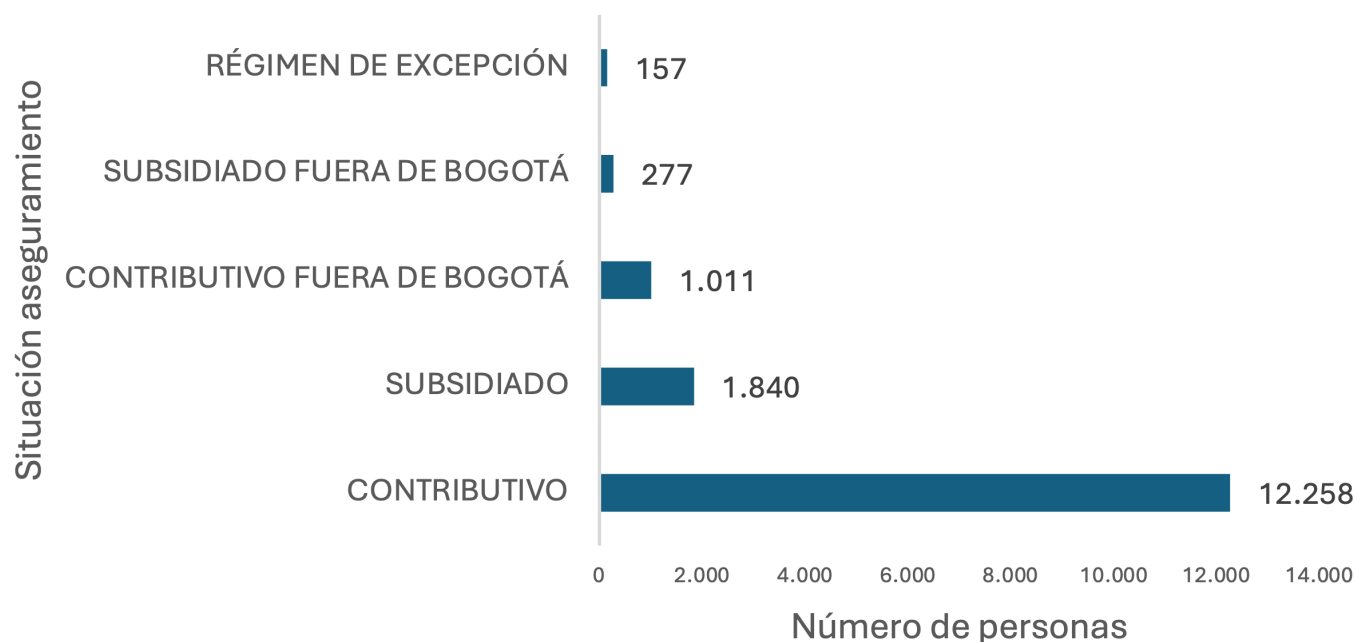


Figura 3. Situación de aseguramiento actual al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del total personas únicas notificadas 2016-2024 en Bogotá, D.C.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Aseguramiento en salud.

Base notificaciones evento 342 del año 2016 al 30 de septiembre de 2024.

to de la cohorte de personas notificadas en el Distrito Capital, se encuentra que han fallecido 2.243 personas (11%), 1.288 personas según el sistema de aseguramiento están fuera de Bogotá y de 973 (5%) se desconoce la situación por identificación no válida.

Se resalta que en 2023 la notificación de enfermedades huérfanas aumentó en comparación con 2022, sin embargo, el incremento no fue estadísticamente significativo [$R^2 = 0,2798$]. La vigilancia del evento ha permitido identificar que la prevalencia estimada ($<1/5000$) es menor a la prevalencia evidenciada tanto a nivel nacional como distrital, lo que invita a todos los actores del sistema y en especial al talento humano a fortale-

cer las capacidades en términos de conocimiento para mitigar el subregistro y disminuir el tiempo entre la sospecha y la confirmación diagnóstica.

Referencias

- 1- Colombia. Ley 1392. Diario oficial No. 47.758 de 2 de julio de 2010.
- 2- Global genes. Rare facts. [Consultado el 18 de octubre de 2024]. Disponible en <https://globalgenes.org/rare-disease-facts/>
- 3- Posada M., Martín-Arribas C., Ramírez A., Villaverde A., Abaitua I. Enfermedades raras: Concepto, epidemiología y situación

actual en España. Anales Sis San Navarra. 2008 [citado 2024 Oct 25]; 31 (Suppl 2): 9-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000400002&lng=es

- 4- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 023. 4 de enero de 2023.
- 5- Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1954 del 19 de septiembre de 2012. Por el cual se dictan las disposiciones para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas. [Consultado el 18 de octubre de 2024] Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1954-de-2012.pdf>
- 6- Instituto Nacional de Salud. Informe de evento - Enfermedades huérfanas - Periodo epidemiológico VI 2024. [Consultado el 18 de octubre de 2024]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ENFERMEDADES%20HUERFANAS%20PE%20VI%202024.pdf>

Información Emergencias en Salud Pública de Interés Internacional – ESPII. Corte a junio de 2024

Jenny Mora. Secretaría Distrital de Salud, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Equipo Urgencias y Emergencias

Actualización casos de dengue en la Región de las Américas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reportan a 18 de junio del 2024 aumento en

el número de casos registrados en el primer semestre del año 2024 en la Región de las Américas, superando el máximo número de casos reportado en un año, comparado con todos los años anteriores. Hasta la semana epidemiológica (SE) 23 del 2024, 43 países y territorios de la Región de las Américas han reportado 9.386.082 casos de dengue, una cifra dos veces mayor al número de casos registrados durante todo el 2023 (4.617.108 casos).

Del total de casos reportados al 8 de junio del 2024, el 49% (4.630.669) fueron confirmados por pruebas de laboratorio y 9.582 fueron clasificados como dengue grave, de los cuales 4.529 casos fueron mortales. En seis países de la región se concentra el 98% de total de los casos fatales: Brasil presentó 3.643 casos (82,4%), Argentina 355 casos (8,0%), Perú 203 casos (4,5%), Paraguay 100 casos (2,3%), Colombia con 74 casos (1,7%) y Ecuador 44 casos (0,9%).

El comportamiento por subregión muestra que en la Subregión Istmo Centroamericano y México se reportaron 174.868 casos de dengue, lo que representa un incremento del 92% respecto al mismo periodo del 2023; en la Subregión Caribe reportaron 56.024 casos sospechosos de dengue, con un incremento de 469% en comparación con el mismo periodo del 2023; la Subregión Andina reportó 497.741 casos sospechosos de dengue, con un aumento del 37% respecto al mismo periodo de 2023; la Subregión Cono Sur ha reportado 8.656.706 casos sospechosos de dengue, representando un incremento de 244% en comparación con el mismo periodo del 2023.

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros para que continúen con el fortalecimiento de las acciones de vigilancia, triaje, diagnóstico, manejo oportuno y adecuado de los casos de dengue y otras arbovirosis, así como las acciones de control del vector (1).

Alerta Epidemiológica por Sarampión en la Región de las Américas

De acuerdo con los datos mensuales de la vigilancia para sarampión y rubéola, desde inicio del 2024 con al 8 de mayo, se notificaron 178.768 casos sospechosos de sarampión, en 166 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 121.413 (68%) fueron confirmados, lo cual representa un incremento del 94% en comparación con el mismo periodo en el 2023 (n=62.642).

Desde el 2023, la OPS/OMS, alertó sobre la disminución de las coberturas de la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP1 y SRP2), así como sobre la ocurrencia de casos de sarampión en países de la Región de las Américas.

Desde inicio del 2024 y con corte al 25 de mayo, en la Región de las Américas se notificaron 7.167 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 234 casos han sido confirmados (233 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico) en siete países de la región y en las Islas Turcas y Caicos que se encuentran ubicadas entre las Bahamas y la Republica Dominicana. De los 234 casos, los grupos de edad con la mayor proporción corresponden al de 1 a 4 años y al de 20 a 29 años con un 35% y 28% respectivamente. En relación con el antecedente de vacunación, en el 65% de los casos no estaban vacunados y en el 13% de los casos dicha información era desconocida o ausente.

Siete países de la Región de las Américas han reportado casos de sarampión confirmados por laboratorio en el 2024: Argentina (3 casos), Bolivia (un caso), Brasil (un caso), Canadá (77 casos), Estados Unidos de América (142 casos), México (6 casos, uno por nexo epidemiológico), Perú (2 casos). Adicionalmente en las Islas Turcas y Caicos reportan dos casos.

El 3 de junio del 2024 la OPS/OMS recomendó a los Estados Miembros continuar con los esfuerzos necesarios para lograr y mantener coberturas adecuadas de vacunación contra sarampión y rubeola, así como garantizar la detección oportuna y respuesta a casos, los cuales pueden generar brotes de diversa magnitud en los países de la Región de las Américas. Se hace hincapié en estas recomendaciones considerando los eventos masivos y deportivos que se realizarán en países de las Américas, el inicio de la temporada de turismo en el hemisferio norte y el incremento de casos de sarampión a nivel global (2).

Enfermedad invasiva causada por estreptococos del grupo A – 21 de junio del 2024

El *Streptococcus pyogenes*, también conocido como estreptococo del grupo A (EGA), produce un amplio espectro de infecciones que puede generar enfermedades leves como amigdalitis y faringitis y en raras ocasiones puede causar infecciones graves como fascitis necrotizante, bacteriemia, artritis séptica, endometritis puerperal o neumonía. Aproximadamente, un tercio de estas infecciones invasivas se complican con el síndrome del choque tóxico estreptocócico.

El 15 de diciembre del 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) compartió información sobre un aumento de casos de enfermedad invasiva por EGA en los Estados Miembros de la Región de Europa de la OMS, que había generado algunas defunciones, especialmente en niños menores de 10 años.

El 19 de diciembre del 2022, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicó un aumento de la ocurrencia de casos de enfermedades producidas por EGA en Uruguay, y el 28 de noviembre de 2023 publicó una alerta epidemiológica por el aumento de casos de enfermedad invasiva por EGA en Argentina.

En relación con datos actualizados se reporta a la fecha en la Región de las Américas la situación de países seleccionados: Argentina reporta en actualización a semana epidemiológica 10 del 2024 que los casos confirmados por infección masiva por *Streptococcus pyogenes* durante el 2023 ascendió a 926, de los cuales 134 (14,4%) fallecieron. En cuanto a la distribución por grupo de edad, el 46,7% de los casos confirmados de EGA en 2023 correspondieron a menores de 16 años, y el 28,4% a mayores de 50 años; en Chile, el 31 de mayo 2024 el Instituto de Salud Pública reportó un aumento de casos durante el año 2023, con 192 cepas confirmadas de EGA, principalmente durante los últimos meses del año. Durante el 2024, de enero hasta el 15 de mayo, se han confirmado 162 cepas; En Uruguay durante el 2023 se detectaron 66 casos de infección invasiva por *Streptococcus pyogenes*, de los cuales 20 (30,3%) fallecieron. Los grupos de edad más afectados fueron aquellos entre los 6 y 10 años (19,9%) y los mayores de 60 años (28,8%).

OPS/OMS reitera las principales recomendaciones para la vigilancia, enfocadas en la vigilancia clínica y genómica, el manejo clínico, la prevención y control de infecciones y profilaxis, así como el tratamiento antibiótico, donde la selección del fármaco, la dosis y la vía de administración dependen de las manifestaciones clínicas, la localización de la infección y las características del paciente (3).

Monitoreo a brotes globales de Cólera – 28 de junio 2024

Del 30 de abril al 31 de mayo de 2024, se han registrado en todo el mundo 48.818 nuevos casos de cólera, incluidas 176 muertes. Los cinco países que notifican el mayor número de casos son Afganistán (13.451), Pakistán (13.005), Yemen (4 910), Somalia (3 646) y Comoras (3385). Los cinco países que reportan el mayor número de muertes son Comoras (39), Yemen (35), Etiopía (29), Somalia (27) y Zimbabwe (11).

Otros países donde se han notificado nuevos casos son Bangladesh, Burundi, la República Democrática República del Congo, Etiopía, Haití, India, Kenia, Malawi, Mayotte, Mozambique, Nigeria, Sudáfrica, Sudán, Siria, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

Entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2024, se han registrado 200.314 casos de cólera, incluidas 1.955 muertes en todo el mundo. Disminuyendo en comparación con el mismo periodo de 2023, donde se notificaron 324 791 casos de cólera, incluidas 2.181 muertes.

En la Región de las Américas, Haití a reporta entre el 30 de abril y el 18 de mayo de 2024, 280 nuevos casos de Cólera. Desde inicio del 2024 y hasta el 18 de mayo de 2024 se han notificado 6.763 casos, incluidas 119 muertes, con una disminución en comparación con el 2023, que al 20 de mayo habían notificado 22.727 casos, incluidas 322 muertes.

En los últimos meses se han seguido notificando casos de cólera en África y Asia y también se han reportado brotes en partes de Medio Oriente y América. Sin embargo, con este contexto, el riesgo de infección de cólera entre los viajeros que visitan estos países sigue siendo bajo, aunque es posible la importación esporádica de casos (4).

Influenza aviar A(H9N2) – Monitoreo de casos humanos

El 11 de junio de 2024, la OMS notificó una infección humana por el virus de la influenza aviar A(H9N2) en la India. Esta es la segunda detección de A(H9N2) en humanos en ese país.

El 22 de mayo de 2024, la OMS recibió una notificación del Punto Focal Nacional del Reglamento Sanitario Internacional (PFN del RSI) sobre un niño afectado por la influenza aviar A(H9N2) en el estado de Bengala Occidental, India. El caso, previamente diagnosticado con

enfermedad hiperreactiva de las vías respiratorias, presentó inicialmente fiebre y dolor abdominal, con inicio de síntomas el 26 de enero de 2024 y fue llevado a un pediatra el 28 de enero. El 29 de enero presentó convulsiones, El 1 de febrero el caso ingresó en la unidad de cuidados intensivos pediátricos por dificultad respiratoria grave, fiebre alta recurrente y calambres abdominales; El 2 de febrero, el caso dio positivo a influenza B y adenovirus.

El 3 de marzo, ante una reaparición de la dificultad respiratoria grave, el paciente fue remitido a otro hospital. El 5 de marzo, por el laboratorio de referencia se reportó positivo para influenza A (no subtipificada) y rinovirus. La misma muestra fue enviada al Instituto Nacional Centro de Influenza del Instituto Nacional de Virología, donde el 26 de abril, la muestra fue subtipificada como influenza A(H9N2). El 1 de mayo, el paciente fue dado de alta del hospital con soporte de oxígeno.

El caso tuvo exposición a aves de corral en el domicilio y alrededores según informaron familiares. No se conocen antecedentes de viajes entre miembros de la familia que viven en el mismo hogar, o para cualquier otra persona que visite su casa. No se conoció ningún caso que reportara síntomas de enfermedad respiratoria en la familia, el vecindario o entre los trabajadores de la salud.

Al 11 de junio de 2024, y desde 1998, se tienen un total de 137 casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H9N2), incluidas dos muertes (ambas en pacientes con condiciones subyacentes); se han notificado en nueve países: China (122), Egipto (4), Bangladesh (3), Camboya (2), Omán (1), Pakistán (1), India (2), Senegal (1) y Vietnam (1). La mayoría de Los casos eran niños con enfermedad leve (5).

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiological update - Increase in dengue cases in the Region of the Americas - 18 June 2024. [Consultado 15/07/2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-update-increase-dengue-cases-region-americas-18-june-2024>
2. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiological alert measles in the Region of the Americas - 3 June 2024. [Consultado 15/07/2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-measles-region-americas-3-june-2024>
3. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiological update - Invasive disease caused by group A streptococci - 21 June 2024. [Consultado 16/06/2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-update-invasive-disease-caused-group-streptococci-21-june-2024>
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable disease threats report, 22-28 June 2024, week 26 [Consultado 15/07/2024]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-22-28-june-2024-week-26>
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable disease threats report, 8-14 June 2024, week 24 [Consultado 15/07/2024]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-8-14-june-2024-week-24>

Comportamiento de la notificación de casos confirmados por localidad de residencia
para los eventos trazadores en Bogotá con corte a periodo 06 de 2024
(Periodo epidemiológico 06 - información preliminar)

EVENTOS SIVIGILA	CODIGO INS	Red Norte												TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engativá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente Ofídico	100	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	834	136	253	45	1067	185	1693	253	208	33	222	33	12026	1942
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	257	44	65	4	293	43	436	63	52	12	77	13	2865	435
Cáncer en menores de 18 años	115	10	1	2	0	9	0	21	3	5	1	3	0	305	43
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	10	2
Chagas crónico	205	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	10	2
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	68	7	24	2	106	16	162	22	17	4	18	6	1685	254
Dengue	210	184	27	62	11	222	33	346	59	49	4	76	13	2759	395
Dengue Grave	220	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	34	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	71	13	13	1	127	22	270	56	22	4	12	5	2112	386
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	98	30	7	0	15	2	146	27	2	0	2	1	1510	328
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

EVENTOS SIVIGILA	CODIGO INS	Red Norte												TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engativá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Enfermedades huérfanas-raras	342	98	18	29	6	133	22	172	26	20	3	35	8	2430	474
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1	24	1
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	7	1	11	1	5	1	10	4	3	0	3	0	98	11
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	33	5	66	8	75	12	84	14	13	2	24	5	716	123
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	109	17	54	9	10	0	47	7	26	2	86	12	541	83
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	79	0	19	0	71	1	122	1	21	0	25	1	726	9
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	54	4	55	9	21	2	38	5	33	2	66	13	454	57
Intento de suicidio	356	126	21	56	10	267	49	358	58	71	10	60	4	2829	499
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	246	45	122	27	235	35	446	76	64	12	86	17	2339	392
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis Cutánea	420	4	1	0	0	7	1	3	0	0	0	2	0	84	4
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	11	1
Leptospirosis	455	4	3	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	22	5
Lesiones de causa externa ***	453	1	1	3	1	2	2	3	0	0	0	4	1	30	7
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	4	1	1	0	7	0	17	0	2	0	1	0	102	16
Malaria	465	8	0	11	2	17	0	25	2	4	0	4	0	300	23
Meningitis	535	4	0	0	0	6	0	6	0	1	0	0	0	75	8
Morbilidad Materna Extrema	549	142	19	56	13	207	43	335	53	38	4	35	6	2668	456
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	11	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	19	4	9	0	30	4	45	13	4	1	5	1	462	88
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	6	2

EVENTOS SIVIGILA	CODIGO INS	Red Norte												TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engativá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	69	8	16	1	50	11	119	22	18	2	10	2	686	126
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	7	2	0	0	5	0	11	4	1	0	2	1	83	17
Sífilis gestacional	750	17	3	5	0	32	2	57	8	5	3	8	1	511	85
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	7	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	38	6	11	1	50	10	74	13	10	3	17	5	868	156
Varicela Individual	831	176	23	39	5	231	37	339	62	53	17	32	4	2285	406
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	704	95	210	35	1481	255	2250	365	232	36	265	45	19612	3420
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	3	2	3	1	0	0	0	0	15	5
Viruela Símica	880	2	1	7	1	5	0	5	0	0	0	2	0	44	2
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	117	18	99	16	252	45	312	52	65	6	80	12	2949	457
Zika	895	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL POR LOCALIDAD		3594	554	1308	208	5051	835	7972	1270	1040	161	1263	210	64328	10727

EVENTOS SIVIGILA	CODIGO INS	Red Centro Oriente												TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		03 - Santafe		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente Ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	222	35	635	106	132	25	0	0	46	5	603	100	12026	1942
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	57	5	77	13	33	6	0	0	23	3	94	18	2865	435
Cáncer en menores de 18 años	115	4	1	4	0	2	0	0	0	0	0	10	1	305	43
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	2
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	2
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	40	3	79	9	33	5	0	0	6	1	87	12	1685	254
Dengue	210	33	1	69	8	18	1	0	0	9	0	52	11	2759	395
Dengue Grave	220	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	24	3	112	19	36	4	0	0	3	0	121	23	2112	386
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	70	16	139	29	64	17	0	0	10	2	112	30	1510	328
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

EVENTOS SIVIGILA	CODIGO INS	Red Centro Oriente												TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		03 - Santafe		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Enfermedades huérfanas-raras	342	38	4	91	16	32	3	0	0	9	2	94	21	2430	474
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	24	1
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	4	0	1	0	2	1	0	0	0	0	3	0	98	11
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	15	4	23	6	4	1	0	0	3	2	23	6	716	123
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	5	0	47	11	71	9	25	3	0	0	16	2	541	83
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	14	0	16	0	7	0	0	0	2	0	25	0	726	9
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	42	4	28	1	0	0	0	0	12	4	454	57
Intento de suicidio	356	60	12	146	27	46	10	0	0	11	2	153	32	2829	499
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	49	7	78	11	40	10	0	0	8	1	78	9	2339	392
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis Cutánea	420	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	4	0	84	4
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	22	5
Lesiones de causa externa ***	453	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	7
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	3	1	102	16
Malaria	465	20	1	12	0	13	0	0	0	1	1	9	0	300	23
Meningitis	535	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5	1	75	8
Morbilidad Materna Extrema	549	51	13	111	27	49	10	0	0	14	1	109	17	2668	456
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	7	2	15	1	4	1	0	0	1	0	31	6	462	88
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2

EVENTOS SIVIGILA	CODIGO INS	Red Centro Oriente												TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		03 - Santafe		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	7	0	26	3	0	0	0	0	1	0	38	7	686	126
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	2	0	4	1	1	0	0	0	1	0	8	4	83	17
Sífilis gestacional	750	26	7	28	7	8	1	0	0	3	1	28	4	511	85
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico trasmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico trasmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	33	8	42	10	35	5	0	0	8	1	36	7	868	156
Varicela Individual	831	39	15	84	19	10	0	0	0	11	5	115	13	2285	406
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	348	70	1096	207	252	54	0	0	70	8	956	176	19612	3420
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	5
Viruela Símica	880	3	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	44	2
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	107	20	103	13	111	24	0	0	19	2	106	16	2949	457
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL POR LOCALIDAD		1285	228	3093	547	1036	188	25	3	261	37	2935	521	64328	10727

EVENTOS SIVIGILA	CODIGO INS	Red Sur Occidente								TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente Ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	923	151	1269	192	496	80	363	52	12026	1942
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	160	20	305	51	115	14	76	14	2865	435
Cáncer en menores de 18 años	115	21	2	22	4	4	2	2	0	305	43
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	1	0	1	0	0	0	0	0	10	2
Chagas crónico	205	1	0	1	0	0	0	0	0	10	2
Chikungunya	217	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	109	23	175	31	58	4	36	6	1685	254
Dengue	210	118	16	241	41	106	18	87	11	2759	395
Dengue Grave	220	1	0	2	0	0	0	1	0	34	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	210	27	214	37	69	8	50	13	2112	386
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	78	26	222	55	23	3	12	4	1510	328
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

EVENTOS SIVIGILA	CODIGOS INS	Red Sur Occidente								TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Enfermedades huérfanas-raras	342	112	24	160	24	56	6	38	6	2430	474
Evento adverso seguido a la vacunación	298	4	0	8	0	0	0	0	0	24	1
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	5	1	10	0	4	0	3	0	98	11
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	31	4	65	10	28	5	24	5	716	123
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	1	0	34	10	0	0	0	0	541	83
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	36	0	58	0	23	0	30	0	726	9
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	12	4	48	2	15	2	0	0	454	57
Intento de suicidio	356	253	47	379	61	106	17	86	16	2829	499
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	136	18	194	27	119	15	67	10	2339	392
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/									
Leishmaniasis Cutánea	420	5	0	7	0	2	0	5	0	84	4
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	1	0	0	0	1	0	8	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	11	1
Leptospirosis	455	1	0	1	0	1	0	0	0	22	5
Lesiones de causa externa ***	453	1	0	1	1	1	0	0	0	30	7
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	3	0	4	1	2	0	0	0	102	16
Malaria	465	11	1	18	0	3	0	9	2	300	23
Meningitis	535	6	2	17	2	2	1	3	0	75	8
Morbilidad Materna Extrema	549	210	39	303	57	96	15	63	6	2668	456
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	0	0	1	0	0	0	11	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	38	3	48	14	12	4	4	0	462	88
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2

EVENTOS SIVIGILA	CODIGO INS	Red Sur Occidente								TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	47	16	83	11	25	1	28	2	686	126
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	6	2	8	0	1	0	2	1	83	17
Sífilis gestacional	750	54	11	57	4	16	4	8	1	511	85
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	1	0	0	0	0	0	7	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	49	3	103	20	31	7	26	4	868	156
Varicela Individual	831	199	28	263	44	81	12	65	10	2285	406
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	2213	425	2380	421	641	106	445	71	19612	3420
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	2	0	1	1	0	0	0	0	15	5
Viruela Símica	880	3	0	8	0	1	0	0	0	44	2
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	256	41	405	45	114	20	82	8	2949	457
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL POR LOCALIDAD		5316	934	7117	1166	2253	345	1616	242	64328	10727

EVENTOS SIVIGILA	CODIGO INS	Red Sur								21 - Fuera de Bogotá		22 - Sin Dato		TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz							
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente Ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	3	0	9	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	706	118	208	40	1040	176	12	1	611	106	483	70	12026	1942
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	91	15	50	11	134	15	0	0	466	71	4	0	2865	435
Cáncer en menores de 18 años	115	8	1	3	1	19	2	0	0	155	24	1	0	305	43
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	1	0	0	0	2	2	0	0	3	0	0	0	10	2
Chagas crónico	205	1	0	0	0	2	2	0	0	3	0	0	0	10	2
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	91	14	37	5	129	21	0	0	399	61	11	2	1685	254
Dengue	210	39	7	40	10	107	15	0	0	807	95	94	14	2759	395
Dengue Grave	220	0	0	0	0	1	0	0	0	19	3	6	0	34	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	148	22	68	11	317	60	1	0	187	43	37	15	2112	386
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	111	16	46	7	246	35	0	0	90	26	17	2	1510	328
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

EVENTOS SIVIGILA	CODIGO INS	Red Sur								21 - Fuera de Bogotá		22 - Sin Dato		TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe						
Enfermedades huérfanas-raras	342	58	10	32	8	84	19	0	0	907	184	232	64	2430	474
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	24	1
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	4	1	3	0	3	0	0	0	15	1	2	0	98	11
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	20	3	6	2	30	6	1	0	126	14	22	9	716	123
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	7	1	2	0	0	0	1	0	0	0	541	83
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	27	0	13	0	37	0	1	0	91	0	9	6	726	9
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	3	0	22	5	0	0	5	0	0	0	454	57
Intento de suicidio	356	156	35	55	10	253	61	0	0	152	11	35	6	2829	499
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	60	14	43	10	110	16	0	0	131	22	27	10	2339	392
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis Cutánea	420	2	0	1	0	4	0	0	0	17	1	18	1	84	4
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	8	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	1	0	1	1	0	0	0	0	3	0	1	0	11	1
Leptospirosis	455	1	0	1	0	1	0	0	0	5	2	0	0	22	5
Lesiones de causa externa ***	453	2	0	0	0	1	0	0	0	3	0	5	0	30	7
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	2	0	0	0	9	0	0	0	29	8	13	5	102	16
Malaria	465	11	2	2	0	14	0	0	0	90	12	18	0	300	23
Meningitis	535	3	0	3	0	3	0	0	0	10	2	1	0	75	8
Morbilidad Materna Extrema	549	90	17	45	9	225	30	3	1	472	75	14	1	2668	456
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	0	0	3	0	0	0	4	0	0	0	11	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	28	3	11	4	28	4	1	0	117	22	5	1	462	88
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	6	2

EVENTOS SIVIGILA	CODIGO INS	Red Sur								21 - Fuera de Bogotá		22 - Sin Dato		TOTAL POR EVENTO EN BOGOTÁ	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe						
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	24	8	17	4	52	10	0	0	47	13	9	5	686	126
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	1	0	0	0	3	0	0	0	19	2	1	0	83	17
Sífilis gestacional	750	28	1	8	2	56	8	0	0	60	14	7	3	511	85
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	7	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	29	4	23	3	73	11	0	0	165	29	15	6	868	156
Varicela Individual	831	99	17	61	10	156	37	0	0	144	29	88	19	2285	406
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	1242	217	443	107	2660	445	30	4	1509	258	185	20	19612	3420
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	0	15	5
Viruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	44	2
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	94	12	48	12	191	29	0	0	344	58	44	8	2949	457
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL POR LOCALIDAD		3178	537	1278	268	6017	1009	49	6	7231	1191	1410	267	64328	10727

* ac - acumulado del 31 de diciembre de 2023 al 15 de junio de 2024
* pe - periodo del 19 de mayo de 2024 al 15 de junio de 2024
** Eventos reportados según localidad de notificación.
*** Eventos que por definición de caso, quedan en estudio (sospechosos o probables)

Fuente: Base SIVIGILA Nacional ver 2024
Información preliminar 2024
Elaborado: Ing. Ruben Rodriguez, Epidemiólogo SIVIGILA

