

Boletín Epidemiológico Distrital

Semanas 25 a la 44 / Del 18 de junio al 4 de noviembre de 2006 / ISSN 0123-8590

Volumen 11, números 7 a 11



Anuario de vigilancia
epidemiológica, 2004
Eventos mórbidos

Bogotá *sin indiferencia*

Boletín Epidemiológico Distrital

Secretario Distrital de Salud
Héctor Zambrano Rodríguez

Subsecretario
Jorge Bernal Conde

Director de Salud Pública
José Fernando Martínez

Área de Acciones en Salud Pública
María Claudia Franco

Área de Vigilancia en Salud Pública
María Patricia González

Área de Análisis y Políticas de Salud Pública
Consuelo Peña

Laboratorio de Salud Pública
Elkin Osorio

Editor
Jesús Ortega Bolaños

Comité editorial
Mónica Patricia Ballesteros
María Teresa Buitrago
Gladys Espinosa
María Patricia González
Luis Jorge Hernández
Jesús Ortega Bolaños
Elkin Osorio
Luz Adriana Zuluaga

Coordinación editorial
Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud

Edición
Tiza Orión Editores

Fotografía
Diego Bautista

Diseño y diagramación e impresión
Magin Comunicaciones Ltda.
Campo Elías Franco

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Dirección de Salud Pública
Área de Vigilancia en Salud Pública
Calle 13 N° 32-69, cuarto piso, Bogotá - Colombia
Teléfono 364 90 90, extensiones 9629 y 9673
Correo electrónico mpgonzalez@saludcapital.gov.co
jaortega@saludcapital.gov.co
Página web saludcapital.gov.co

Contenido

Editorial	7
1. Indicadores demográficos.....	8
2. Mortalidad evitable	12
3. Inmunoprevenibles.....	26
4 Transmisibles	35
5. Enfermedades transmitidas por vectores.....	47
6. Infecciones intrahospitalarias	52
7. Estado nutricional y su vigilancia epidemiológica	56
8. Maltrato y violencia intrafamiliar	69
9. Abuso de psicoactivos y su vigilancia epidemiológica.....	72
Reporte semanal del séptimo al undécimo período epidemiológico	76-80

Índice de tablas

Tabla 1	Comparativo indicadores demográficos básicos, Bogotá D. C.-Colombia, 2004.....	8
Tabla 2	Distribución por grupos de edad. Bogotá D. C., 1993, 2000, 2003 y 2004	9
Tabla 3	Comparativo tasas de natalidad y fecundidad Bogotá D.C., 1998-2004	9
Tabla 4	Número de nacidos vivos en adolescentes, por localidad, 2004	10
Tabla 5	Tasas de mortalidad por neumonía en menores de 5 años, 1999- 2004	12
Tabla 6	Mortalidad por IRA y neumonía, 2004	14
Tabla 7	Frecuencia de mortalidad según sitio de defunción, 2004	14
Tabla 8	Frecuencia de mortalidad según régimen seguridad social, 2004.....	14
Tabla 9	Frecuencia de mortalidad por sexo, 2004	14
Tabla 10	Frecuencia edad, 2004 (total datos analizados 212).....	15
Tabla 11	Causa básica de muerte según certificado de defunción, 2004.....	16
Tabla 12	Identificación viral. Vigilancia epidemiológica centinela, 2004.....	17
Tabla 13	Tipo de virus identificados vigilancia epidemiológica centinela viral, 2004.....	17
Tabla 14	Tipo de virus identificados por mes. Sistema de vigilancia centinela, 2004.....	18
Tabla 15	Tipo de virus identificados por grupo étnico. Sistema de vigilancia centinela, 2004.....	19
Tabla 16	Razón de mortalidad materna, 1999-2003	20
Tabla 17	Razón de mortalidad materna por grupo étnico, 2003.....	21
Tabla 18	Razón de mortalidad materna según grupo de edad, por localidad, 2004	21
Tabla 19	Razón de mortalidad materna por régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, 2004	22
Tabla 20	Causas agrupadas de muerte materna, 2004.....	23
Tabla 21	Causas básicas de muerte materna, 2004.....	23
Tabla 22	Mortalidad perinatal, por localidad de residencia, 2004	24
Tabla 23	Tasa de mortalidad perinatal por régimen de afiliación al SGSSS, 2004	25
Tabla 24	Diez primeras causas de muerte perinatal, 2004.....	25
Tabla 25	Tasa de casos de tos ferina, por localidad, 2004	27
Tabla 26	Tasas de casos de tosferina notificados al SAA, por grupo de edad, 200	27
Tabla 27	Casos confirmados de tos ferina por tasa y grupo de edad, 2004.....	27
Tabla 28	Brotes por localidad Bogotá D.C., 2004	29
Tabla 29	Tasa de parotiditis por 100.000, por localidad, 2004	29
Tabla 30	Tasa de meningitis por Haemophilus influenzae, por localidad, 2004	31
Tabla 31	Tasa de meningitis meningocócica, por localidad, 2004	32
Tabla 32	Tasa de hepatitis a por grupo de edad, 2004	32

Tabla 33	Tasa de hepatitis según localidad de residencia, 2004	33
Tabla 34	Brotos de hepatitis A, por localidad de residencia, 2004	33
Tabla 35	Indicadores de vigilancia epidemiológica de rubéola, por localidad y total Bogotá, 2004	34
Tabla 36	Indicadores del plan de erradicación del sarampión por localidad y total Bogotá, 2004	35
Tabla 37	Cobertura de vacunación con BGC en menores de 1 año frente a incidencia de casos de tuberculosis meníngea, 1998-2003	36
Tabla 38	Casos de lepra y tasa de incidencia por 100.000 hab. Bogotá D.C., 2001-2004	38
Tabla 39	Casos de lepra en registro activo y tasa de incidencia por 100.000 habitantes, 2002-2004	38
Tabla 40	Proporción de menores de 15 años entre los casos nuevos, 2001-2004	39
Tabla 41	Porcentaje de casos nuevos detectados en el año y evaluados con grado de discapacidad 1 y 2, 2001-2004	39
Tabla 42	Porcentaje de casos paucibacilares curados con secuelas, 2001-2004	40
Tabla 43	Porcentaje de casos multibacilares curados con secuelas, 2001-2004	40
Tabla 44	Porcentaje de casos nuevos detectados cuyo grado de discapacidad fue evaluado por año, 2001-2004	40
Tabla 45	Casos nuevos detectados que iniciaron PQT al año / casos nuevos detectados en el año, 2001-2004	40
Tabla 46	Distribución de los casos nuevos de lepra diagnosticados, por sexo, 2001-2004	41
Tabla 47	Casos notificados de sífilis congénita, por localidad y sexo, 2004	41
Tabla 48	Tasa de incidencia de sífilis congénita por localidad de residencia, 2004	42
Tabla 49	Edad en días al diagnóstico de sífilis congénita, por lugar de procedencia y sexo, 2004	43
Tabla 50	Casos de sífilis congénita por régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud y lugar de procedencia Bogotá D.C., 2004	43
Tabla 51	Notificación por grupo de edad y lugar de procedencia. Bogotá D.C., 2004	44
Tabla 52	Tasa de incidencia por notificación de casos de hepatitis B según localidad de residencia, 2004	45
Tabla 53	Comportamiento de los casos de hepatitis B notificados, 2004	46
Tabla 54	Número de casos de ETV notificados, por régimen de afiliación, 2004	47
Tabla 55	Casos de ETV notificados al SAA, por departamento de procedencia, 2004	48
Tabla 56	Casos de ETV notificados al SAA procedentes de otros países, 2004	49
Tabla 57	Comportamiento de la notificación de casos de ETV por unidad notificadora, 2004	49
Tabla 58	Comportamiento de las exposiciones rábicas notificadas, por régimen de afiliación al SGSSS, 2004	52
Tabla 59	Comportamiento de las exposiciones rábicas por unidad notificadora, 2004	52
Tabla 60	Comportamiento del estado nutricional según el indicador talla para la edad en menores de 7 años notificados al sisván, 2004	60
Tabla 61	Comportamiento del estado nutricional según el indicador peso para la talla en menores de 7 años notificados al Sisván, por entidad aseguradora, 2004	63
Tabla 62	Comportamiento del estado nutricional en mujeres gestantes notificadas al Sisván, por localidad, 2004	65
Tabla 63	Estado nutricional de mujeres en periodo de gestación afiliadas al régimen subsidiado notificadas al Sisván, 2004	67

Tabla 64	Estado nutricional de mujeres en periodo de gestación afiliadas al régimen contributivo notificadas al Sisván, 2004....	68
Tabla 65	Distribución de casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales registrados, según sexo, edad y tipo de violencia, 2004	71
Tabla 66.	Distribución de casos identificados de de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales, según localidad, 2004	72
Tabla 67	Distribución de casos de abuso de psicoactivos según nivel educativo y sexo, 2004	75
Tabla 68	Distribución de la atención especializada en farmacodependencia según el como asistió o acudió la persona al tratamiento	75

Índice de gráficos

Gráfico 1	Pirámide poblacional de Bogotá, 2004.....	9
Gráfico 2	Tasa de fecundidad específica por grupo de edad por 1.000 nacidos vivos, 2004	10
Gráfico 3	Tasas de mortalidad por sexo y grupo etáreo, 2004	11
Gráfico 4	Casos de mortalidad por era según certificados de defunción menores de 5 años, 2004	12
Gráfico 5	Proporción de casos de neumonía según certificados de defunción en menores de 5 años, 2004	13
Gráfico 6	Tipo de virus identificados por mes. Sistema de vigilancia centinela, 2004	18
Gráfico 7	Incidencia de tos ferina en menores de 5 años y cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 año, 1986-2004	28
Gráfico 8	Incidencia de difteria en menores de 1 año y cobertura de vacunación con DPT, 1986-2004.....	28
Gráfico 9	Incidencia de parotiditis en niños de 1 a 4 años y cobertura de vacunación con triple viral, 1986-2004	30
Gráfico 10	Incidencia de meningitis por <i>Haemophilus influenzae</i> en menores de 5 años y cobertura de vacunación en menores de 1 año, 1998-2004.....	31
Gráfico 11	Incidencia de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, 1990-2004	35
Gráfico 12	Porcentaje de tuberculosis extrapulmonar, 2004	36
Gráfico 13	Incidencia de tuberculosis por grupo edad, 2004	37
Gráfico 14	Tuberculosis según régimen de afiliación, 2004	38
Gráfico 15	Número de casos de ETV notificados, 2004	47
Gráfico 16	Número de casos de ETV notificados, por sexo, 2004	48
Gráfico 17	Casos de ETV notificados al SAA, por grupos de edad, 2004	49
Gráfico 18	Primeras instituciones notificadoras de ETV al sistema alerta acción, 2004.....	50
Gráfico 19	Comportamiento de las exposiciones rábicas, por sexo, 2004	51
Gráfico 20	Comportamiento de las exposiciones rábicas notificadas por grupo etáreo, 2004	51
Gráfico 21	Comportamiento del índice de infección intrahospitalaria según prestador, 1997-2004.....	53
Gráfico 22	Distribución de infección intrahospitalaria según servicio, 2003-2004	54
Gráfico 23	Distribución de casos de IIH por localización anatómica, 2004.....	55
Gráfico 24	Comportamiento de los microorganismos aislados en infecciones intrahospitalarias, 2004	55

Gráfico 25	Comportamiento del estado nutricional en menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3, según el indicador talla para la edad, 2004.....	57
Gráfico 26	Prevalencia de desnutrición crónica, por localidad en menores de 7 años notificados al Sisván, 2004	58
Gráfico 27	Comportamiento del estado nutricional según indicador talla / edad por grupo de edad en menores de 7 años notificados al Sisván, 2004.....	58
Gráfico 28	Prevalencia clásica de desnutrición crónica por régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud en menores de 7 años notificados al Sisván, 2004	59
Gráfico 29	Comportamiento del estado nutricional en menores de 7 años notificados al Sisván según el indicador peso para la talla, 2004	61
Gráfico 30	Prevalencia clásica de desnutrición aguda por localidad en menores de 7 años notificados al Sisván, 2004.....	6
Gráfico 31	Comportamiento del estado nutricional según indicador peso para la talla por grupo étnico en menores de siete años notificados al Sisván, 2004	62
Gráfico 32	Comportamiento del estado nutricional según el indicador peso para la talla por régimen de afiliación en menores de siete años notificados al Sisván, 2004.....	62
Gráfico 33	Prevalencia de lactancia materna en población menor de 1 año atendida en las ESE, 2004	64
Gráfico 34	Comportamiento del estado nutricional en mujeres gestantes notificadas al Sisván, 2004	64
Gráfico 36	Estado nutricional de las mujeres en periodo de gestación por régimen de afiliación notificadas al Sisván, 2004	66
Gráfico 35	Comportamiento del estado nutricional en mujeres gestantes notificadas al Sisván, 2004	66
Gráfico 37	Distribución de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil, según sexo, 2004	70
Gráfico 38	Comportamiento del abuso de psicoactivos, por sexo, 2004	74
Gráfico 39	Distribución de casos de abuso de psicoactivos, según edad, 2004	74
Gráfico 40.	Abuso de sustancias psicoactivas según ocupación u oficio, 2004	75

Índice de mapas

Mapa 1	Incendencia de tuberculosis por 100.000 habitantes, 2004	37
Mapa 2	Incendencia de lepra por localidad, 2004	39

Editorial

La estrategia de promoción de calidad de vida es el esfuerzo colectivo que busca la preservación y el desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales, entendiendo por autonomía la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con necesidades, lo cual dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades para una buena salud y, por ende, una buena calidad de vida.

Todo enfoque conceptual y metodológico desvela una forma particular de entender el hecho o fenómeno por profundizar, lo que lleva a interrogarnos frente a la forma en que entendemos el concepto de salud. La salud en un sentido positivo se considera como la realización cotidiana del proyecto vital de los sujetos, concebida como una construcción intencionada, es decir política, colectiva, ciudadana y posible sólo con la participación de toda la sociedad, incluyendo el estado, que se encuentra determinada por las necesidades y los problemas derivados de su forma de reproducción social.

El presente anuario, correspondiente a 2004, pretende iniciar la construcción del marco conceptual de análisis de indicadores de salud pública, partiendo de un enfoque de determinantes estructurales de salud como ordenador de la información referente al sujeto y su grupo social en territorios sociales, articulado con los determinantes intermedios expresados por la vulnerabilidad y la exposición diferencial a la que están expuestos; lo anterior es condición necesaria para abordar las cambiantes condiciones políticas y macroeconómicas en Bogotá, que determinan las consecuencias de salud visibilizadas en indicadores de equidad, que permitan aportar a los procesos políticos de reforma sectorial.

La estructura planteada y presentada pretende mostrar dos componentes grandes de información, resultado del quehacer de la vigilancia en salud pública; sus capítulos muestran, de una manera ágil, la información recibida durante este año de las veinte localidades de Bogotá, y contribuyen a acercarnos a un proceso analítico de seguimiento y evaluación de los diferentes eventos de interés en salud pública. La presente organización se puede visualizar en dos capítulos; uno relacionado con los eventos mórbidos y mortales y el segundo referido a los eventos de ambiente.

Esperamos que la información presentada sirva a los diferentes públicos del BED para comprender los comportamientos de los diferentes eventos objetos de vigilancia epidemiológica, su análisis, y como un insumo valioso para la toma de decisiones en pro de la salud pública de la población de Bogotá, D. C.

Jesús Ortega Bolaños

Editor

jaortega@saludcapital.gov.co

1. Indicadores demográficos

En 2004, la población de Bogotá era de 7'029.927 habitantes, equivalente a 15,4% de la del país. En la tabla 1 se presenta una comparación entre los principales indicadores demográficos de Bogotá y los del país, lo que permite tener un perfil general de la situación de población de la ciudad.

1.1 Estructura de la población

La razón de masculinidad para los menores de un año de edad es de 104 hombres por 100 mujeres, situación que cambia a partir del grupo de los 15 a 19 años y se mantiene hasta el de 75 y más. En el total este índice es de 92 hombres por cada 100 mujeres, con un leve predominio de ellas, quienes representan 52,03% del total de la población (gráfico 1).

La distribución por grupos de edad da cuenta del proceso gradual de envejecimiento: en el censo de 1993

el 41,9% de la población era menor de 15 años, y según las proyecciones en 2004 este porcentaje debía ser de 36,8%. Por su parte los mayores de 60 años, que en 1993 eran 5,7%, aumentaron a 6,9% en 2004 (tabla 2).

El índice de vejez, es decir el número de adultos mayores de 60 y más años existentes por cada 100 personas, en 2004 era de 6,9; por tanto, por cada 100 habitantes había 6,9 mayores de 60 años.

La estructura de la población se puede examinar también con la relación entre los mayores de 60 años y los menores de 15, que durante entre 1993 y 2004 pasó de 13,6% a 18,9%, debido principalmente a la disminución de la mortalidad y de la fecundidad.

Por último, el índice de dependencia es de 45,3%, o sea que hay 45 personas en edad de dependencia (menores de 15 y mayores de 64 años) por cada 100 en edad productiva.

Tabla 1. Comparativo indicadores demográficos básicos, Bogotá D. C.-Colombia, 2004

Indicador	Bogotá, D.C.	Colombia
Tasa de crecimiento anual ¹	2,0 por 100 habitantes ¹	1,7 por 100 habitantes ¹
Tasa bruta de natalidad	20,1 por 1.000 habitantes ² 17,1 por 1.000 habitantes ³	21,4 por 1.000 habitantes ²
Tasa global de fecundidad	2,1 hijos por mujer ² 1,8 hijos por mujer ³	2,6 hijos por mujer ²
Tasa bruta de mortalidad	4,79 por 1.000 habitantes ² 3,64 por 1.000 habitantes ³	5,48 por 1.000 habitantes ²
Tasa de mortalidad infantil (0 a 1 año de vida)	16,7 por 1.000 nacidos vivos ³	25,64
Esperanza de vida al nacer (total)	73,2 años ²	72,1 años ²
Esperanza de vida al nacer (hombres)	70,1 años ²	69,1 años ²
Esperanza de vida al nacer (mujeres)	76,4 años ²	75,3 años ²
Población	6'865.997 ²	44'531.434 ²

¹ Tasa de crecimiento anual: relaciona el crecimiento de la población en un periodo dado.

² Esperanza de vida al nacer: estima la duración promedio de años adicionales que puede vivir una generación sujeta a las condiciones de vida observadas en un periodo dado.

Fuentes: DNP-UDS-DIOGS, con base en proyecciones de población Dane. www.dnp/sisd

Dane, proyecciones de población, 1990-2015. www.dnp/sisd

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Área de vigilancia en salud pública-base de datos preliminar Dane certificados de nacido vivo y de defunción.

Ministerio de la Protección Social-Instituto Nacional de Salud-Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos. 2003.

1.2. Estadísticas vitales

1.2.1 Fecundidad

Las tasas de fecundidad que se presentan en este *Boletín* se basan en la información del certificado de nacido vivo de madres cuya residencia habitual es Bogotá: en

2004 hubo 113.678 certificados. En cuanto a los indicadores de natalidad, estos han descendido en el periodo 1998-2004 (tabla 3); así, por ejemplo, la tasa global de fecundidad en 1998 era de 2,3 hijos por mujer y a partir del 2002 está por debajo de la tasa de reemplazo.

Gráfico 1. Pirámide poblacional de Bogotá, 2004



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (Dane), proyecciones de población censo 1993.

Tabla 2. Distribución por grupos de edad. Bogotá D. C., 1993, 2000, 2003 y 2004

Grupo de edad	Distribución porcentual			
	1993	2000	2003	2004
0-14 años	41,9	38,5	37,3	36,8
15-59 años	63,4	65,1	65,5	65,6
60 y más	5,7	6,3	6,8	6,9

Fuente: proyecciones de población Dane. Censo de 1993

Tabla 3. Comparativo tasas de natalidad y fecundidad Bogotá D.C., 1998-2004

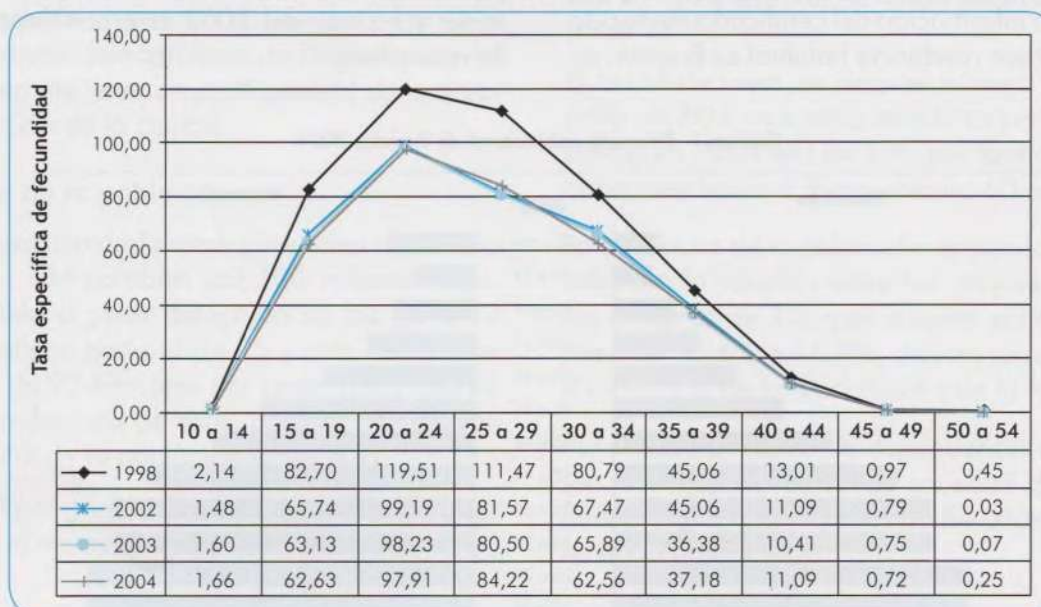
Indicadores	Distribución porcentual						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tasa bruta de natalidad	22,3	20,1	19,1	18,1	17,1	16,5	16,1
Tasa general de fecundidad	60,0	53,9	51,4	49,0	46,0	44,6	44,1
Tasa global de fecundidad	2,3	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8
Tasa bruta de mortalidad	3,90	4,0	3,9	3,80	3,6	3,7	

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Sistema de estadísticas vitales. Bases de datos Dane de nacido vivo.

Por grupo de edad se observa (gráfico 2) que la tasa específica ha venido descendiendo de manera sostenida

en todos los grupos de edad, y que el de 20 a 24 años sigue presentando la tasa más alta.

Gráfico 2. Tasa de fecundidad específica por grupo de edad por 1.000 nacidos vivos, 1998, 2002-2004



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Vigilancia en salud pública-Certificados de nacido vivo Dane. Datos sin ajuste.

El número de nacimientos en adolescentes fue de 19.605, y la localidad con el porcentaje más alto de estos fue Ciudad Bolívar, con 14,1% (2.760), seguida de Kennedy, con 11% (2.165) y de Bosa, con 10,2% (2.008) (tabla 4).

1.2.2 Mortalidad general

El análisis se hizo con base en los datos preliminares de defunciones del Dane, con la información de defunciones con residencia habitual Bogotá, que en 2004 fueron 25.396.

La tasa de mortalidad equivale a 3,6 muertes por cada 1.000 habitantes, igual a la de 2003. La mortalidad en los hombres continúa siendo más alta (13.253), y la tasa fue de 4 por 1.000 hombres; en las mujeres se presentaron 11.827 muertes, y la tasa fue de 3,3 por 1.000.

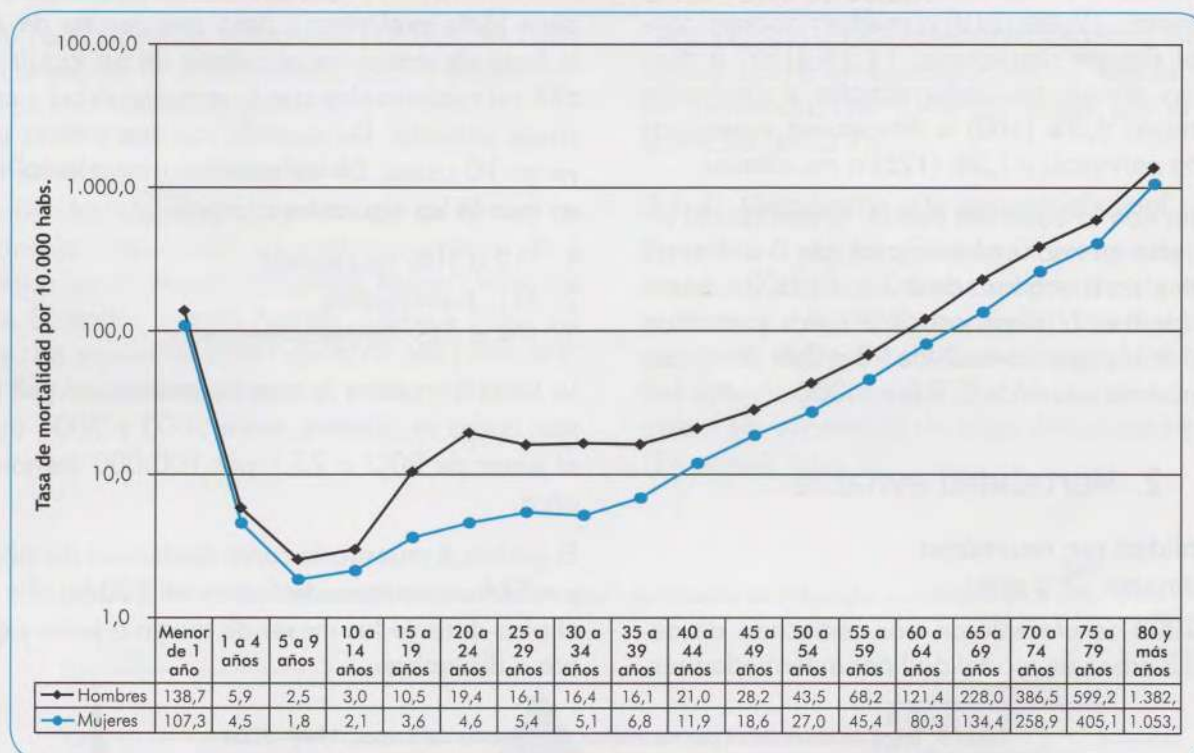
Por grupo de edad y sexo, el gráfico 3 muestra sobre mortalidad masculina en todos los grupos, siendo mayor desde los 15 años hasta los 39 años de edad, en el que predominan

Tabla 4. Número de nacidos vivos en adolescentes, por localidad, 2004

Localidad	10 a 14	15 a 19	Total de 10 a 19 años	%
Ciudad Bolívar	79	79	2.760	14,1
Kennedy	61	61	2.165	11,0
Bosa	49	49	2.008	10,2
Suba	43	43	1.847	9,4
San Cristóbal	57	57	1.667	8,5
Engativá	31	31	1.593	8,1
Usme	34	34	1.526	7,8
Rafael Uribe	35	35	1.389	7,1
Tunjuelito	15	15	730	3,7
Fontibón	13	13	651	3,3
Usaquén	13	13	649	3,3
Santa Fe	18	18	574	2,9
Puente Aranda	7	7	492	2,5
Los Mártires	1	1	284	1,4
Barrios Unidos	3	3	219	1,1
Antonio Nariño	1	1	171	0,9
Chapinero	4	4	169	0,9
Teusaquillo	6	6	126	0,6
La Candelaria	0	0	27	0,1
Sumapaz	0	0	9	0,0
Sin información	20	20	549	2,8
Total	490	490	19.605	100,0

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Vigilancia en salud pública-Certificados de nacido vivo Dane. Datos sin ajuste

Gráfico 3. Tasas de mortalidad por sexo y grupo etáreo, 2004



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de Vigilancia en Salud Pública-Base de datos de defunción. Dane.

las causas relacionadas con la violencia: agresiones, caídas y accidentes de transporte. La magnitud es mayor en los menores de un año y a partir de los 60, grupo en el que se mantienen como primeras causas, en los dos sexos, las relacionadas con el complejo cardiocerebrovascular.

1.2.3 Mortalidad por grupo de edad

La tasa de mortalidad más alta en menores de un año se debe a causas relacionadas con ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (30,2 por 10.000 menores), seguida de las malformaciones congénitas, con un tasa de 28,9 por 10.000; en tercer lugar estuvo la neumonía, con 9 por 10.000. En ese mismo grupo la causa 14 correspondió a las deficiencias nutricionales: tasa 1,9 y 26 defunciones.

En los niños de 1 a 4 años la neumonía ocupa el primer lugar, con una tasa de 0,7 por 10.000, seguida de las malformaciones congénitas (del sistema circulatorio y demás malformaciones), con 0,5 por 10.000, seguida de las causas externas (eventos de intención no determinada y secuelas y agresiones y secuelas), con una tasa de 0,4 por 10.000. En el grupo de 5 a

9 años, por su parte, los accidentes de tránsito y las neumonías ocuparon el primer lugar, con una tasa 0,2 por 10.000.

En el de 10-14 años la tasa más alta (10,2 por 10.000) correspondió a los accidentes de tránsito y las lesiones auto infligidas (suicidios). En el grupo de 15 a 44 años las agresiones siguieron siendo la primera causa de mortalidad en ambos sexos, pero la tasa fue mayor en los hombres (6,3 por 10.000) que en las mujeres (0,3 por 10.000). Para los hombres la segunda causa fue el VIH, con una tasa de 1,4 por 10.000; y en las mujeres el tumor maligno de mama y las causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, con una tasa de 0,3.

Respecto a la mortalidad infantil³, en 2004 en Bogotá murieron 1.710 niños antes de cumplir el año, para una tasa de 15 por 1.000 nacidos vivos; por sexo, 57,5% (984) era del masculino y 42,6% (726) del femenino. Según las causas, 24,4% (418) correspondía

³ Tasa de mortalidad infantil: indica el riesgo que tiene de morir un menor durante el primer año de vida.

a ciertos trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; 12,4% (212) a malformaciones congénitas del sistema circulatorio; 11,1% (189) a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; 6,3% (108) a infecciones específicas del periodo perinatal; y 7,3% (125) a neumonías.

De acuerdo con la edad del menor, la mortalidad infantil se divide en neonatal temprana (de 0 a 7 días): 785 muertes, para una tasa de 6,2 por 1.000; neonatal tardía (de 8 a 27 días), con 329 casos y una tasa de 2,9 por mil; y posneonatal (de 28 a 364 días), con 676 defunciones y tasa de 5,9 por 1.000.

2. Mortalidad evitable

2.1 Mortalidad por neumonía en menores de 5 años

Durante 2004 se presentaron por certificado de defunción 213 casos de mortalidad por enfermedad res-

piratoria aguda (ERA) en niños y niñas menores de 5 años (dato preliminar), dato que resulta de depurar la base de datos con el criterio de no incluir eventos ERA no relacionados con la estacionalidad y con gran causa perinatal. De acuerdo con este criterio se excluyeron 10 casos. En las estadísticas vitales se tuvieron en cuenta los siguientes códigos:

1. J12 a J18: neumonías.
2. J21: bronquiolitis
3. J04 a J05: laringitis-traqueítis.

La tabla 5 muestra la tasa de mortalidad por neumonía: como se observa, entre 2003 y 2004 aumentó, al pasar de 20,2 a 23,1 por 100.000 menores de 5 años.

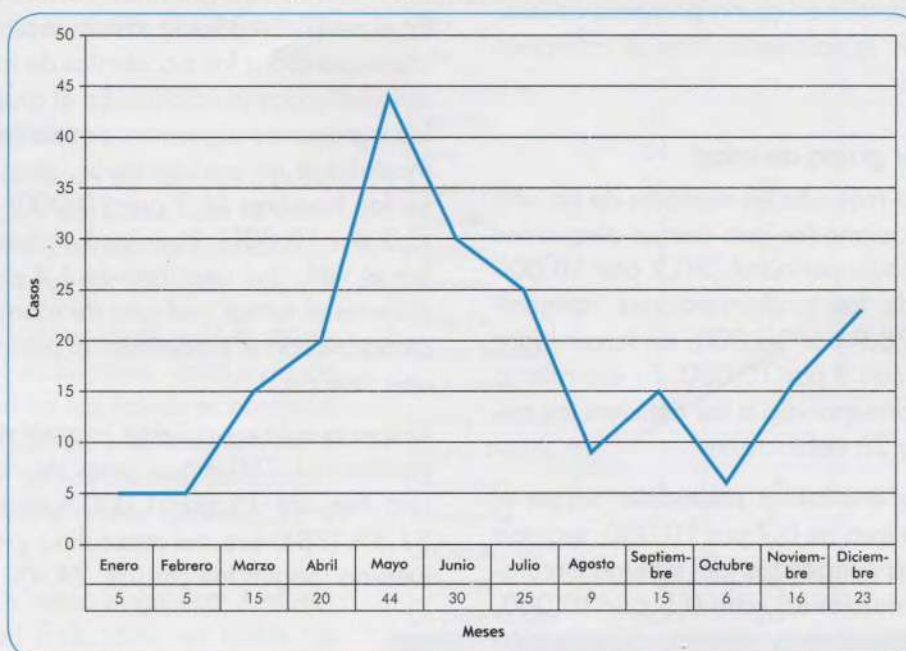
El gráfico 4 muestra la curva epidémica de mortalidad por ERA en menores de 5 años en 2004: cabe resaltar el pico durante los meses de marzo a junio y de octubre a diciembre.

Tabla 5. Tasas de mortalidad por neumonía en menores de 5 años, 1999- 2004

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Casos	264	253	224	139	134	213
Tasa por 100.000 < de cinco años	41,3	39,1	34,4	21,1	20,2	23,1

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema de estadísticas vitales. Certificado de defunción.

Gráfico 4 Casos de mortalidad por ERA según certificados de defunción menores de 5 años, 2004



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema de estadísticas vitales. Certificado de defunción.

2.1.1 Proporción de neumonías

En cuanto a la causa de mortalidad por ERA, en 2004 76,5% correspondió a neumonías, 22,5 a bronquiolitis y 1% a otros eventos (gráfico 5).

2.1.2 Casos y tasa por localidad

Las localidades bogotanas por encima de la tasa de mortalidad por neumonía en población menor de 5 años fueron San Cristóbal, Tunjuelito, Rafael Uribe, Los Mártires, Santa Fe, Puente Aranda, Usme y Suba; no obstante, las siguientes están cerca de ese promedio: Ciudad Bolívar, Kennedy, Engativá y Bosa (tabla 6).

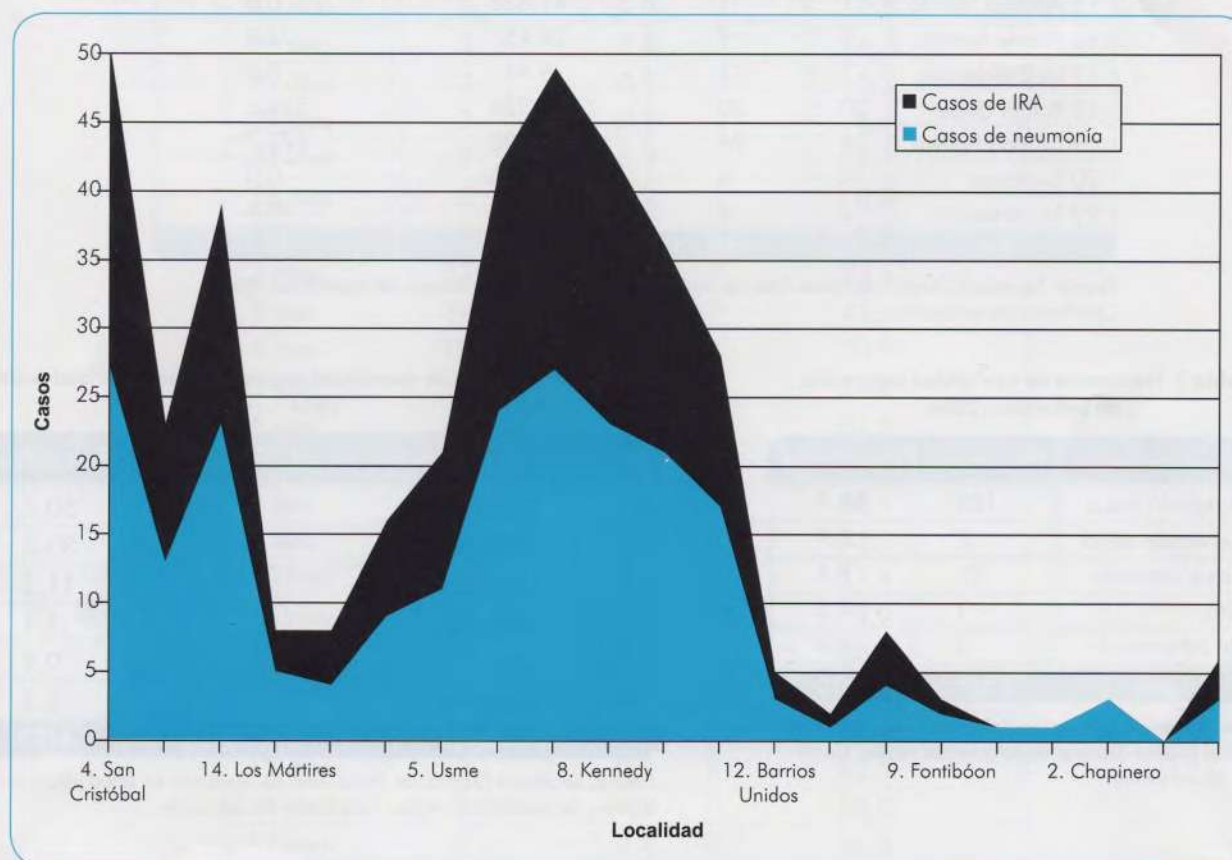
2.1.3 Sitio de defunción

Según el sitio donde fallecieron los niños, 88,7% (189 casos) ocurrió en hospital o clínica, seguido en orden de frecuencia, con 9,4% (20 casos) por la casa o el domicilio (tabla 7).

2.1.4 Vinculación a la seguridad social

En relación con la afiliación al sistema de seguridad social en salud, la mayor proporción de mortalidad (108 casos, 50,7%) correspondió a personas pertenecientes al régimen contributivo, seguida de miembros del subsidiado, con 33,3% (71 casos). La población pobre sin capacidad de pago (vinculado) era 11,3% (24 casos) (tabla 8).

Gráfico 5. Proporción de casos de neumonía e IRA según certificados de defunción en menores de 5 años, 2004



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema de estadísticas vitales. Certificado de defunción.

Tabla 6. Mortalidad por IRA y neumonía, 2004

Localidad	IRA	Neumonía	Menores de 5 años (dato proyectado)	Tasa neumonía por 100.000 menores de 5 años.
1 Usaquén	4	4	46.322	8,6
2 Chapinero	3	3	21.530	0,0
3 Santa Fe	4	4	35.125	11,4
4 San Cristóbal	27	27	7.761	296,4
5 Usme	10	10	10.836	83,1
6 Tunjuelito	12	12	24.914	36,1
7 Bosa	17	17	35.688	30,8
8 Kennedy	21	21	73.229	24,6
9 Fontibón	3	3	94.506	1,1
10 Engativá	21	21	90.541	16,6
11 Suba	23	23	72.231	23,5
12 Barrios Unidos	3	3	70.115	2,9
13 Teusaquillo	1	1	12.870	7,8
14 Los Mártires	5	5	7.225	41,5
15 Antonio Nariño	1	1	41.832	0,0
16 Puente Aranda	9	9	29.451	23,8
17 La Candelaria	1	1	8.441	0,0
18 Rafael Uribe	20	20	2.336	556,5
19 Ciudad Bolívar	26	26	7.700	272,7
20 Sumapaz	0	0	645	0,0
99 Sin dirección	2	2	0	N.A
Total	213	160	693.298	23,1

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema de estadísticas vitales. Certificado de defunción.

Tabla 7. Frecuencia de mortalidad según sitio de defunción, 2004

Sitio de defunción	Frecuencia	Porcentaje
Hospital/clínica	189	88,7
Centro de salud	2	0,9
Casa/domicilio	20	9,4
Otro	1	0,5
Sin información	1	0,5
Total	213	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema de estadísticas vitales. Certificado de defunción.

Tabla 8. Frecuencia de mortalidad según régimen seguridad social, 2004

Régimen de seguridad social	Frecuencia	Porcentaje
Contributivo	108	50,7
Subsidiado	71	33,3
Vinculado	24	11,3
Particular	3	1,4
Otro	2	0,9
Ignorado	5	2,3
Total	213	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema de estadísticas vitales. Certificado de defunción.

Tabla 9. Frecuencia de mortalidad por sexo, 2004

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	120	56,3
Mujeres	93	43,7
Total	213	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema de estadísticas vitales. Certificado de defunción.

2.1.5 Sexo y edad

El sexo que presentó mayor mortalidad fue el masculino, con 56,3% (120 casos); en el femenino, por su parte, hubo 93 casos, es decir 43,7% (tabla 9).

La variable edad promedio de mortalidad fue de 8 meses: en la mitad de los casos eran niños menores de 4 meses, y 80% menores de 12 meses (tabla 10).

2.2. Causa básica de muerte según certificado de defunción

La causa básica de muerte más frecuente fue la neumonía lobar no específica, con 71 casos (33,3%), seguida de la neumonía no específica, con 38 casos

(17,8%) y la bronquitis aguda no específica: 16,4% (35 casos) (tabla 11).

2.2.1 Peso al nacer

En los datos recolectados para menores de un año se evidencio que 45% de los niños tuvo un peso menor de 2.500 gr al nacer, con un promedio de 2.290 gramos.

Tabla 10. Frecuencia de edad promedio de mortalidad, 2004 (total datos analizados 212)

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
4 días	1	0,5	0,5
11 días	1	0,5	0,9
18 días	1	0,5	1,4
19 días	1	0,5	1,9
20 días	2	0,9	2,8
21 días	3	1,4	4,2
22 días	2	0,9	5,2
23 días	2	0,9	6,1
24 días	2	0,9	7,1
25 días	2	0,9	8,0
27 días	1	0,5	8,5
2 mes	32	15,1	23,6
3 mes	39	18,4	42,0
4 mes	19	9,0	50,9
5 mes	7	3,3	54,2
6 mes	16	7,5	61,8
7 mes	9	4,2	66,0
8 mes	6	2,8	68,9
9 mes	9	4,2	73,1
10 mes	9	4,2	77,4
11 mes	4	1,9	79,2
12 mes	2	0,9	80,2
13 mes	1	0,5	80,7
14 mes	2	0,9	81,6
15 mes	2	0,9	82,5
16 mes	3	1,4	84,0
17 mes	5	2,4	86,3
18 mes	1	0,5	86,8
19 mes	2	0,9	87,7
20 mes	3	1,4	89,2
21 mes	1	0,5	89,6
22 mes	2	0,9	90,6
24 mes	1	0,5	91,0

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema de estadísticas vitales. Certificado de defunción.

Tabla 11. Causa básica de muerte según certificado de defunción, 2004

Causa básica	Frecuencia	Porcentaje
Traqueítis aguda	2	0,9
Laringitis obstructiva	2	0,9
Neumonía debida a Adenovirus	4	1,9
Neumonía debida a VSR	1	0,5
Neumonía viral no especificada	20	9,4
Neumonía debida a <i>Streptococcus</i> sp	1	0,5
Neumonía bacteriana no especificada	3	1,4
Bronconeumonía no especificada	21	9,9
Neumonía lobar no especificada	71	33,3
Neumonía no especificada	38	17,8
Bronquiolitis aguda debida a VSR	14	6,6
Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos	1	0,5
Bronquiolitis aguda no especificada	35	16,4
Total	213	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema de estadísticas vitales. Certificado de defunción.

2.2.2 Resultados de la implementación de la vigilancia centinela de virus respiratorios en Bogotá

El desarrollo de la vigilancia centinela de virus respiratorios tiene como fin obtener información continua, permanente y oportuna sobre el comportamiento de los virus causantes de la infección respiratoria en menores de 5 años. Las instituciones prestadoras participantes fueron los hospitales Simón Bolívar, La Victoria, de Kennedy, Santa Clara, El Tunal, San Blas, hospital unidad pediátrica Engativá y hospital clínica del Niño del Seguro Social; y las clínicas Colsubsidio, David Restrepo y SaludCoop 104.

Se partió de la siguiente definición de caso: "Paciente menor de 5 años con infección respiratoria aguda no mayor de tres días de evolución, que presente signos y síntomas compatibles con infección baja de vías respiratorias como: fiebre alta, dificultad respiratoria y estertores pulmonares".

Los centros centinela toman, los martes de cada semana, tres muestras nasofaríngeas de pacientes entre 0 y 59 meses de edad con residencia en Bogotá que acudan a consulta externa o a urgencias por presentar un cuadro clínico no mayor a 3 días de evolución, compatible con infección respiratoria aguda baja

(IRA) (bronconeumonía, neumonía, bronquiolitis). Las muestras sólo se tomaron de aspirados nasofaríngeos o frotis de la pared posterior de la faringe dirigida hacia la nasofaringe con escobillón estéril. El medio de transporte viral (suministrado por el Laboratorio de salud pública, LSP) se entregó y envió dentro de las primeras 48 horas después de la toma, junto con la ficha diligenciada.

El análisis de Laboratorio se hizo mediante identificación por medio de inmunofluorescencia indirecta a través de un panel respiratorio para virus de influenza A y B, adenovirus, sincitial respiratorio y parainfluenza 1, 2 y 3.

2.2.2.1 Resultados

Durante 2004, en el Laboratorio de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se recibieron y analizaron 664 muestras, de las cuales 35,8% (n= 238) fueron positivas, 54,5% (n= 362) negativas y 9,6% (n= 64) se clasificaron como muestra insuficiente.

En cuanto a las que resultaron positivas, la mayor proporción (40,8%) correspondió al virus sincitial respiratorio (n= 97), seguida, en orden descendente, por el virus parainfluenza 3, con 18,5 % (n= 44) y el pa-

rainfluenza 1, 13,9% (n= 33). Al presentar en forma conjunta el virus de la influenza A y B el porcentaje representó 14,7%, destacándose mayor frecuencia del tipo A sobre el B (8,8 % y 5,9%, respectivamente). El adenovirus correspondió a 11,8 % de los casos positivos (n= 28) (tabla 12).

La tabla 13 presenta la frecuencia de los tipos de virus identificados, por mes, de marzo a diciembre de 2004,

periodo durante el que se llevó a cabo la vigilancia centinela. Los casos se concentraron más entre junio y septiembre de 2004, época de mayor sensibilización a las unidades centinelas en Bogotá, debido a que coincide con el periodo agudo del primer pico epidémico de neumonía del año.

Tabla 12. Identificación viral. Vigilancia epidemiológica centinela, 2004

Tipo de virus	Número	%
No se observan virus respiratorios	362	54,5
Positivo para virus sincitial respiratorio	97	14,6
Muestra insuficiente	64	9,6
Positivo para parainfluenza 3	44	6,6
Positivo para parainfluenza 1	33	5
Positivo para adenovirus	28	4,2
Positivo para influenza A	21	3,2
Positivo para influenza B	14	2,1
Positivo para parainfluenza 2	1	0,2
Total	664	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Laboratorio de salud pública.

Tabla 13. Tipo de virus identificados. Vigilancia epidemiológica centinela viral, 2004

Tipo de virus	Número	%
Positivo para adenovirus	28	11,8
Positivo para influenza A	21	8,8
Positivo para influenza B	14	5,9
Positivo para parainfluenza 1	33	13,9
Positivo para parainfluenza 2	1	0,4
Positivo para parainfluenza 3	44	18,5
Positivo para virus sincitial respiratorio	97	40,8
Total	238	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Laboratorio de salud pública

Tabla 14. Tipo de virus identificados por mes. Sistema de vigilancia centinela, 2004

Mes	Influenza A	Influenza B	VSR	Adenovirus	Para 1	Para 2	Para 3	Total positivos
Marzo				54,5	2		1	3
Abril			5	14,6	1		4	10
Mayo		1	3	9,6	2		6	12
Junio		3	13	6,6	2		1	20
Julio	1	10	41	5	11		9	84
Agosto	8		16	4,2	10		10	49
Septiembre	6		6	3,2	2		4	22
Octubre	2		4	2,1	2		5	17
Noviembre	4		2	0,2		1		8
Diciembre			7		1		4	13
	21	14	97	28	33	44	44	238

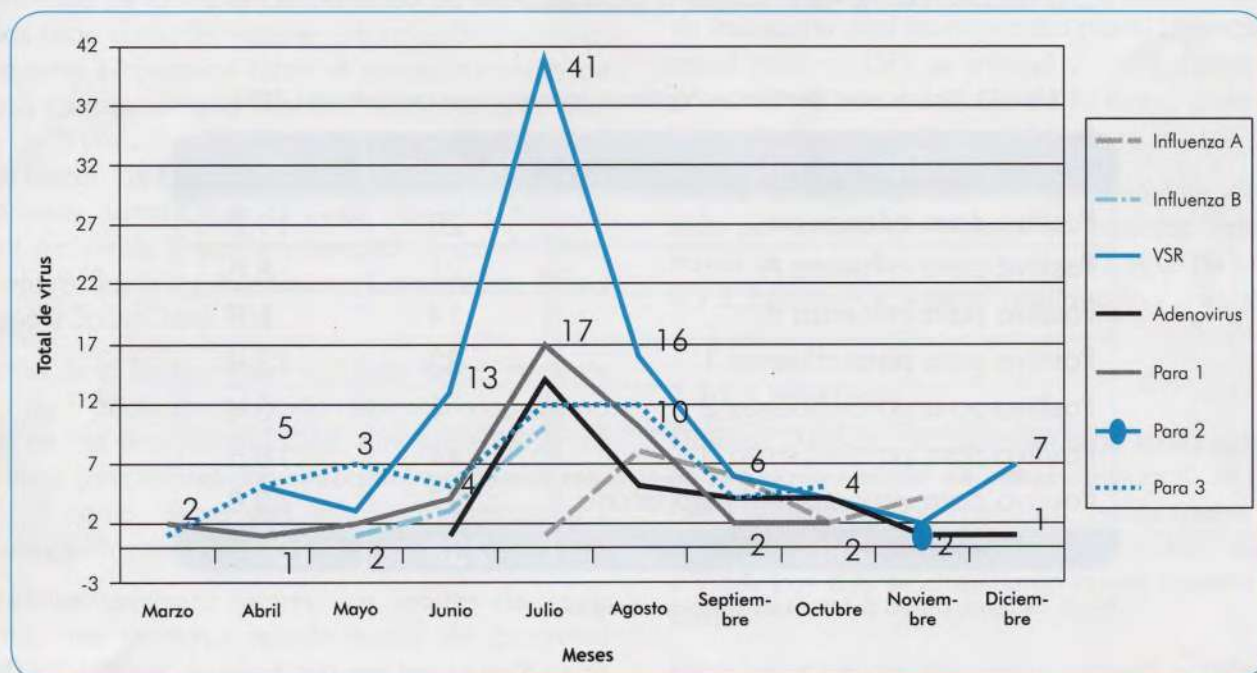
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Laboratorio de salud pública.

El gráfico 6, por su parte, muestra la distribución de las muestras positivas por mes.

En el caso del virus de la influenza debe resaltarse que en mayo y junio de 2004 se identificó sólo virus tipo A; en julio de ambos tipos, pero con una relación de 10 a 1 de tipo B sobre el A; y en agosto y septiembre sólo se identificó tipo B. La tabla 15 muestra la frecuencia

del tipo de virus identificado, según grupo de edad. En el grupo de 0 a 24 meses predominó el sincitial respiratorio; en el de 0 a 6 meses siguen en frecuencia los virus parainfluenza 3 y 1; en el de 7 a 12 meses los virus parainfluenza 3 y el adenovirus; y en el grupo de 13 a 24 meses el adenovirus y parainfluenza 1.

Gráfico 6. Tipo de virus identificados por mes. Sistema de vigilancia centinela, 2004



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Laboratorio de salud pública.

Tabla 15. Tipo de virus identificados por grupo etéreo. Sistema de vigilancia centinela, 2004

Mes	Adenovirus	Parainfluenza 1	Parainfluenza 2	Parainfluenza 3	Influenza A	Influenza B	VRS
0-6 meses	9	22	0	34	7	6	58
%	6,6	16,2	0,0	25,0	5,1	4,4	42,6
7-12 meses	10	5	5	10	8	4	21
%	16,9	8,5	8,5	16,9	13,6	6,8	35,6
13-24 meses	8	6	6	2	3	1	12
%	25,0	18,8	18,8	6,3	9,4	3,1	37,5

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Laboratorio de salud pública.

En relación con la influenza, en todos los grupos predominó el tipo A sobre el B. En el grupo de 7 a 12 meses los dos tipos de influenza correspondieron a 20,4%, constituyéndose el segundo en frecuencia después del VSR.

2.2.3 Intervenciones en Bogotá para tratar la enfermedad respiratoria aguda

En 2004 la propuesta se basó en el modelo de atención primaria en salud (APS), que integró los procesos de educación para la salud, protección de la vida, prevención de las enfermedades, atención curativa, seguimiento y rehabilitación, para garantizar el derecho a la salud. En este contexto se desarrolla la estrategia Salud a su hogar, para responder a las necesidades sociales según territorios específicos y entendiendo las poblaciones según la clase social, el sexo, la etnia y el ciclo vital. En tal sentido, la Política de la niñez y la adolescencia tiene el propósito de que las niñas, los niños y los adolescentes sean reconocidos como ciudadanos y ciudadanas; sujetos de derecho que desde la gestación y a lo largo de su ciclo vital sean y se sientan queridos, seguros de tener su vida protegida, con las oportunidades materiales y sociales requeridas para su desarrollo.

En este contexto, el abordaje de la enfermedad respiratoria aguda (ERA) está inmerso en los derechos de los niños y las niñas ya que:

1. Ubica a la niña y al niño en la condición de sujeto de derechos.
2. Considera el interés superior del niño como elemento fundamental en la toma de decisiones.
3. Considera que la familia, la sociedad y el Estado son corresponsables del cumplimiento de dichos derechos.

4. Incorpora la filosofía de la protección integral, haciendo evidente la necesidad de asegurar los derechos a toda la población infantil.

Para adelantar este trabajo se llevaron a cabo las siguientes intervenciones:

1. Conformación del comité transectorial para la prevención de la enfermedad respiratoria, con la participación de las siguientes entidades: Departamento Administrativo del Medio ambiente (Dama), Secretaría Distrital de Educación, Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), Instituto de Desarrollo Urbano (IDU), Secretaría de Tránsito y Transporte; y el apoyo del Ministerio de la Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Instituto Nacional de Salud y el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (Ideam).
2. Cooperación técnica por medio de visita de asesoría del Ministerio de Salud de Chile.
3. Programa Salud a su hogar. Estrategia de atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).
4. Establecimiento de las salas ERA: áreas definidas en las unidades primarias de atención (UPA), los centros de atención médica inmediata (Cami), y en algunas instituciones de segundo nivel para la atención de pacientes con ERA, que puedan ser manejados con esquemas terapéuticos básicos, sin los requerimientos de una sala de observación en urgencias, y que se considere no requieran una estancia mayor de 3 a 4 horas. Entre septiembre y diciembre del año 2004 se atendieron 3.000 niños y niñas.

2.3 Mortalidad materna

La muerte materna es un evento de gran importancia social, por cuanto afecta a una mujer y a su grupo fa-

miliar, en especial a sus otros hijos, si los hay; a esto se agrega el hecho de que un porcentaje alto son prevenibles. La mortalidad materna se considera un indicador de inequidad global, ya que 99% del total sucede en los países en desarrollo.

Más de 300 millones de mujeres del mundo entero padecen actualmente enfermedades, de corta o larga duración, atribuibles al embarazo o al parto. La distribución de las 529 mil defunciones maternas que se registran cada año, incluidas 68 mil muertes provocadas por abortos peligrosos, es aún más desigual que la de las defunciones de recién nacidos y niños: sólo 1% se da en los países ricos. Aun cuando impera cierta sensación de progreso, respaldada por indicadores que muestran más uso de los servicios de salud durante el embarazo y el parto en todas las regiones, excepto el África subsahariana, durante los años 1990, el panorama general no muestra ninguna mejora destacable, y sigue siendo preocupante la falta de información fiable en muchos países sobre la suerte que corren las madres y sus hijos recién nacidos⁴.

La razón de mortalidad mide la probabilidad de que una mujer fallezca por complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio en un periodo dado en relación con nacidos vivos. Por su parte, la muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio de este, debida a cualquier causa relacionada

con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales⁵.

La mortalidad materna en Bogotá desde 1999 hasta 2003 ha disminuido 23,58% (tabla 16). En 2004, según las cifras preliminares de estadísticas vitales, se presentaron 64 casos, con una razón de mortalidad materna estimada de 56,4 por 100.000 nacidos vivos, lo que representa, comparado con el año anterior, una disminución de 14,67%.

Según grupos de edad, la proporción más alta fue en los de 20 a 24 años y de 30 a 34, con 23,44% cada uno. La razón de mortalidad materna más alta se presentó en el grupo de 10 a 14 años, considerado de riesgo materno y riesgo fetal. La tabla 17 presenta la razón de mortalidad materna por grupo de edad para Bogotá en 2003.

Por localidad de residencia la mayor razón de mortalidad materna (105,54 por 100.000 nacidos vivos) se presentó en San Cristóbal, y la proporción más alta de casos (20,31%) en Kennedy, seguida de Bosa y San Cristóbal, con 12,5% cada una (tabla 18).

La mediana de la razón de mortalidad materna de las veinte localidades de Bogotá es de 46,94 defunciones por 100.000 nacidos vivos. Sólo cinco de las dieciséis localidades donde las hubo están por debajo de la mediana: Rafael Uribe (43,95); Fontibón (39,76), Usaquén (35,99), Tunjuelito (23,45) y Usme (16,14). La tabla 18 muestra la razón de mortalidad materna por localidad, y grupo de edad.

Tabla 16. Razón de mortalidad materna, 1999-2003

Año	Número de muertes	Razón por 100.000 nacidos vivos
1999	109	86,5
2000	114	92,8
2001	92	77,1
2002	74	64,2
2003	75	66,1

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

⁴ OMS. 2005. Informe sobre la salud en el mundo. Cada madre y cada niño contarán.

⁵ Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Volumen 2.

Tabla 17. Razón de mortalidad materna por grupo etáreo, 2003

Grupo etáreo (años)	Total	Nacidos vivos	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	%
10 a 14	1	460	205,34	1,56
15 a 19	7	19.033	36,78	10,94
20 a 24	15	32.077	46,76	23,44
25 a 29	11	27.222	40,41	17,19
30 a 34	15	19.487	76,97	23,44
35 a 39	12	11.528	104,09	18,75
40 a 44	3	3.128	95,91	4,69
Total	64	113.493	56,39	100

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

Tabla 18. Razón de mortalidad materna según grupo de edad, por localidad, 2004

Localidad de residencia	GRUPO DE EDAD											
	10 a 14			15 a 19			20 a 24			25 a 29		
	Número de casos	Nacidos vivos	Razón por 100.000 n.v.	Número de casos	Nacidos vivos	Razón por 100.000 n.v.	Número de casos	Nacidos vivos	Razón por 100.000 n.v.	Número de casos	Nacidos vivos	Razón por 100.000 n.v.
Usaquén		15			632			1.257			1.413	
Chapinero		4			164			392			446	
San Cristóbal		59			1.609		4	2.356	169,78	1	1.629	61,39
Usme		31		1	1.501	66,62		1.987			1.295	
Tunjuelito		13		1	709	141,04		1.309			980	
Bosa		48			1.960		1	3.135	31,90	4	2.262	176,83
Kennedy		62		1	2.098	47,66	4	3.920	102,04	1	3.397	29,44
Fontibón		11		1	642	15,76		1.244		1	1.231	81,23
Engativá		32		1	1.559	64,14	2	3.340	59,88		3.287	
Suba	1	43	2.326		1.799		2	3.587	55,76	3	3.791	
Barrios Unidos		1			224		1	404	247,52		411	
Teusaquillo		5			126			277			310	
Antonio Nariño		1			165			330			288	
Puente Aranda		1			497			1.094			1.051	
Rafael Uribe		36			1.354			2.134		1	1.604	62,34
Ciudad Bolívar		81		2	2.681	74,60	1	3.360	29,76		2.228	
Sin dirección		17			450			711			622	
Total	1			7			15			11		

Localidad de residencia	GRUPO DE EDAD												
	30 a 34			35 a 39			40 a 44			TOTAL			
	Número de casos	Nacidos vivos	Razón por 100.000 n.v.	Número de casos	Nacidos vivos	Razón por 100.000 n.v.	Número de casos	Nacidos vivos	Razón por 100.000 n.v.	Número de casos	Nacidos vivos	Razón por 100.000 n.v.	%
Usaquén		1.294		2	738	271,00		175		2	5.557	35,99	3,13
Chapinero	1	417	239,81		268			50		1	1.749	57,18	1,56
San Cristóbal		1.075		1	622	160,77	2	197	1015,23	8	7.580	105,54	12,50
Usme		790			429			135		1	6.195	16,14	1,56
Tunjuelito		685			429			127		1	4.264	23,45	1,56
Bosa	1	1.567	63,82	2	893	223,96		227		8	10.135	78,93	12,50
Kennedy	4	2.222	180,02	3	1.273	235,66		364		13	13.391	97,08	20,31
Fontibón		1.059			661			160		2	5.030	39,76	3,13
Engativá	1	2.433	41,10	2	1.446	138,31		388		6	12.537	47,86	9,38
Suba	1	2.974	33,62		1.803			467		7	14.515	48,23	10,94
Barrios Unidos		321			203			66		1	1.638	61,05	1,56
Teusaquillo	1	324	308,64		233			57		1	1.337	74,79	1,56
Antonio Nariño	1	191	523,56		145			40		1	1.168	85,62	1,56
Puente Aranda	1	761	131,41	1	448	223,21	1	120	833,33	3	3.996	75,08	4,69
Rafael Uribe	1	992	100,81	1	535	186,92		143		3	6.826	43,94	4,69
Ciudad Bolívar	2	1.287	155,40		747			216		5	10.651	46,94	7,81
Sin dirección	1	426	234,74		245			71		1	2.601	38,45	1,56
Total	15			12			3			3	113.493	59,39	100,00

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

En relación con el régimen de afiliación, la proporción más alta de mortalidad materna (40,6%) se presentó en el contributivo, seguido del régimen subsidiado, con 31,2%, de los vinculados (23,4%); este dato se ignoró en 3,1%. En la tabla 19 se presentan las razones de mortalidad materna por régimen de afiliación. Es importante anotar que la red de servicios de salud adscrita a la Secretaría Distrital de Salud atiende la población vinculada y un gran porcentaje de la población del régimen subsidiado. No obstante, la razón de mortalidad materna más alta según régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud se presentó en el subsidiado.

En relación con algunas características de las maternas, a continuación se presenta la información de variables consignadas en el certificado de defunción, como estado civil, nivel educativo y ocurrencia de la muerte.

Según el estado civil, la mayor proporción de los casos (51,56%) se halló en mujeres en unión libre, seguidas de las mujeres casadas (21,8%) y de las solteras (20,3%). En 6,25% de las muertes maternas no se obtuvo información sobre esta variable.

Al estratificar el nivel educativo de las madres se encontró que la mayor proporción de estas mujeres (26,67%) tenía secundaria incompleta, seguidas de quienes habían estudiado la secundaria completa (17,19%). El nivel universitario lo alcanzó de manera incompleta 10,94%, y completa 9,38% de las gestantes que fallecieron. La primaria la incompleta 10,94%

y completa 6,25%. El certificado de defunción con respecto a la variable educación estaba sin información en 18,75%.

Acerca del momento de la muerte materna en relación con el parto, se sabe que si bien es cierto que este es un momento de grandes riesgos, en muchos lugares más de la mitad de las defunciones maternas se producen durante el puerperio; en consecuencia, para la reducción de esas muertes es necesario que la atención durante el parto y después de este la brinde un profesional especializado⁶.

En relación con el momento de la muerte materna, la mayoría (82,8%) de los casos que se presentaron en Bogotá durante 2003 sucedió después del parto. Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas 78,1% y en los últimos 12 meses 4,68%. El 17,18% de las maternas falleció embarazada.

2.3.1 Causa básica de muerte materna

La mayor parte de las muertes maternas en el mundo se deben a la pérdida excesiva de sangre, las infecciones, los trastornos de hipertensión, la obstrucción en el parto o las complicaciones por abortos en condiciones arriesgadas. Lamentablemente, dichas emergencias suelen ser difíciles de prever. En muchas comunidades pobres las mujeres con complicaciones se demoran en decidir si van a buscar atención médica y tardan en llegar a las instalaciones de salud apropiadas, así como en ser atendidas una vez que se encuentran allí⁷.

Tabla 19. Razón de mortalidad materna por régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, 2004

Régimen de seguridad social	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	Porcentaje
Contributivo	26	40,4	40,6
Subsidiado	20	95,3	31,2
Vinculado	15	56,6	23,4
Particular	1	75,5	1,5
Ignorado	2	41,6	3,1
Total	64	56,3	100

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

⁶ OMS. 2005. Informe sobre la salud en el mundo. Cada madre y cada niño contarán.

⁷ Yvette Collymore. 2003. Mejorar los servicios de emergencia para evitar muertes maternas. Noviembre.

Según el certificado de defunción, durante 2004 en Bogotá la primera causa de muerte materna agrupada (28,13%) se debió a los trastornos hipertensivos, seguidos del grupo de hemorragias, con 17,19% (tabla 20).

La tabla 21, muestra las causas de mortalidad materna para Bogotá en 2004, según el registro de certificado de defunción.

Tabla 20. Causas agrupadas de muerte materna, 2004

Causas agrupadas de muerte materna	Número de casos	Porcentaje
Trastornos hipertensivos en el embarazo	18	28,13
Hemorragias	11	17,19
Ectópicos	3	4,69
Abortos	3	4,69
Embolia	3	4,69
Sepsis puerperal	3	4,69
Otros	23	35,94

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

Tabla 21. Causas básicas de muerte materna, 2004

Causa básica de muerte CIE10	Total	Porcentaje
O141 Preeclampsia severa	14	21,9
O95X Muerte obstétrica de causa no especificada	5	7,8
O994 Enfermedades del sistema circulatorio que complican	5	7,8
O065 Aborto no especificado, completo o no especificado	3	4,7
O622 Otras inercias uterinas	3	4,7
O720 Hemorragia del tercer periodo del parto	3	4,7
O85X Sepsis puerperal	3	4,7
O996 Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo	3	4,7
O998 Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio	3	4,7
O009 Embarazo ectópico, no especificado	2	3,1
O140 Preeclampsia moderada	2	3,1
O721 Otras hemorragias posparto inmediatas	2	3,1
O882 Embolia de coágulo sanguíneo, obstétrica	2	3,1
O96X Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica	2	3,1
O993 Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	2	3,1
O001 Embarazo tubárico	1	1,6
O13X Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo]	1	1,6
O152 Eclampsia en el puerperio	1	1,6
O234 Infección no especificada de las vías urinarias	1	1,6
O441 Placenta previa con hemorragia	1	1,6
O459 Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra	1	1,6
O712 Inversión del útero, posparto	1	1,6
O881 Embolia de líquido amniótico	1	1,6
O991 Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1	1,6
O997 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1	1,6
Total general	64	100,0

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

2.4. Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal es un evento más frecuente que la muerte materna y puede llegar a ser un indicador más sensible del estado de salud reproductivo, incluyendo la salud de la madre. Su análisis implica examinar el proceso reproductivo como un continuo, con sus etapas intra y extrauterina, siendo el parto el momento que separa ambos. La mortalidad perinatal es un indicador de impacto que mide en forma directa la salud perinatal y de manera indirecta la de la madre.

Según los indicadores básicos de 2003, la tasa de mortalidad neonatal en Colombia se estimó en 9,4

por 1.000 nacidos vivos. De acuerdo con el sistema de vigilancia de estadísticas vitales, en Bogotá se presentaron 1.966 muertes perinatales, de las cuales 16,5% correspondieron a casos de residentes de municipios aledaños a Bogotá.

Según la información preliminar de estadísticas vitales, en 2004 se estimó para Bogotá una tasa de 14,46 por 1.000 nacidos vivos. La tabla 22 muestra la distribución de la mortalidad perinatal por localidad de residencia, en la que se observa que la tasa más alta estuvo en La Candelaria, seguida de Sumapaz; es importante resaltar que 6% de los casos de mortalidad perinatal carece de información de localidad de residencia.

Tabla 22. Mortalidad perinatal, por localidad de residencia, 2004

Localidad de residencia	Número de casos	Tasa por 1.000 nacidos vivos
Usaquén	62	11,16
Chapinero	14	8,00
Santa Fe	39	15,74
San Cristóbal	133	17,55
Usme	81	13,08
Tunjuelito	52	12,20
Bosa	145	14,31
Kennedy	161	12,02
Fontibón	62	12,33
Engativá	157	12,52
Suba	202	13,92
Barrios Unidos	32	19,54
Teusaquillo	24	17,95
Los Mártires	25	14,88
Antonio Nariño	12	10,27
Puente Aranda	57	14,26
La Candelaria	5	38,76
Rafael Uribe	111	16,26
Ciudad Bolívar	168	15,77
Sumapaz	1	27,78
Sin dirección	98	37,68
Total	213	14,46

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

En cuanto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, la mayor proporción de la mortalidad perinatal (45,2%) se encontró en el régimen contributivo, seguido del subsidiado, con 31%; este último se incrementó en comparación con el año anterior. La mayor tasa de mortalidad perinatal estuvo en el régimen subsidiado, seguida de la población particular (tabla 23).

Las principales causas de mortalidad neonatal están intrínsecamente relacionadas con la salud de la madre y la atención que recibe antes de dar a luz, durante el parto e inmediatamente después de él⁸. Los nacimientos prematuros y las malformaciones congénitas causan más de una tercera parte de las muertes de recién nacidos en el mundo. Otro 25% se produce por asfixia, en especial durante la primera semana de vida.

En Bogotá, las malformaciones congénitas agrupadas son la primera causa de mortalidad perinatal, seguidas de la hipoxia perinatal. La tabla 24 muestra las diez principales causas de mortalidad perinatal en la ciudad durante 2004.

Según lugar de defunción, 80,1% de los casos de mortalidad perinatal ocurrieron en instituciones de salud, 8,9% en la casa y de 5,9% se carece de esta información.

2.4.1 Características de la mortalidad perinatal

La proporción más alta de muertes perinatales (61,9%) sucedió durante el parto vaginal, seguida, con 35%, en los partos atendidos por cesárea y del parto instrumentado (1,12%); en 1,87% de los casos se ignora esta información, porcentaje que disminuyó en relación con 2003, cuando fue de 3,04%

Tabla 23. Tasa de mortalidad perinatal por régimen de afiliación al SGSSS, 2004

Régimen de seguridad social	Número de casos	Tasa por 1.000 nacidos vivos
Contributivo	743	11,5
Subsidiado	509	24,2
Vinculado	288	10,8
Particular	24	18,1
Otro	8	58,1
Ignorado	69	1.437,5
Total	213	14,46

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

Tabla 24. Diez primeras causas de muerte perinatal, 2004

Causa básica de muerte CIE10		Total	Porcentaje
P022	Feto y recién nacido afectados por otras anomalías	285	14.50
P22.0	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	283	14.39
P20.0	Hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del inicio del trabajo de parto	103	5.24
P95X	Muerte fetal de causa no especificada	92	4.68
P02.7	Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis	89	4.53
P000	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	79	4.02
P025	Feto y recién nacido afectados por otra compresión	74	3.76
P369	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificadas	68	3.46
P02.1	Feto y recién nacido afectados por otras formas de desprendimiento y de hemorragias placentarias	63	3.20
Q249	Malformación congénita del corazón, no especificada	52	2.64

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

8 Idem.

En cuanto al momento, 46% de las muertes perinatales ocurrieron antes del parto, 46% después de este, y 6,9% durante el mismo. El 1,7% de los casos no reportó esta variable. El 92,3% de los casos correspondió a embarazos clasificados como simples o único feto, y el resto a embarazo múltiple o gemelar.

Para analizar la mortalidad perinatal respecto al tiempo de gestación de la madre se usaron las cuatro categorías contempladas en el certificado de nacido vivo: menor de 20 semanas, de 20 a 27, 28 y más e ignorado. La proporción más alta de muertes perinatales en 2004 (61,2%) correspondió al grupo de 28 semanas y más, seguido del grupo de 22 a 27, con 31% y del de menos de 22 semanas (2,8%); por último, en 4,9% se ignora el dato.

Con respecto al sexo, se encontró en los casos de mortalidad perinatal una relación hombre / mujer de 1,3. El 56,5% de los casos fueron hombres y el 41,9% mujeres. En relación con la tasa de mortalidad perinatal por sexo, la mayor tasa de mortalidad perinatal se presentó en los hombres, con 15,9 por mil nacidos vivos; en las mujeres fue de 12,4 por mil nacidos vivos.

En cuanto al peso al nacer, la mayor proporción de casos de mortalidad perinatal se presentó en los nacidos con peso inferior a 1.000 gr (33,3%), seguida del grupo de 1.500 a 2.499 gr (24,1%); 15% de los casos ocurrió en los nacidos con peso de 1.000 a 1.499 gr, 12,7% en quienes pesaron de 2.500 a 2.999 gr, 7,4% en los nacidos vivos de 3.000 a 3.499 gr, y 2,8% en los de 3.500 gramos y más. Debe resaltarse que esta variable no se registró en 4,6% de los casos.

A continuación se presentan características de la madre de los casos de muerte perinatal como edad, estado civil, escolaridad y antecedentes obstétricos. La tasa de mortalidad perinatal fue más alta (15,27 por 1.000 nacidos vivos) en el grupo de madres entre 35 y 39 años de edad, seguido del grupo de 15 a 19 años, cuya tasa fue de 14,87 por 1.000 nacidos vivos.

En relación con el estado civil, la mayor proporción de los casos ocurrió en mujeres con unión libre (52,4%), seguidas de las casadas (21,1%), de las madres solteras, con 18,9%, las separadas (0,8%) y de las viudas, con 0,2%. En 6,6% de los casos no se tuvo esa información.

Al estratificar el nivel educativo de las madres en los casos de mortalidad perinatal se encontró que la proporción más alta (29%) cursó la secundaria completa,

seguida de secundaria incompleta (25,8%), primaria completa (12,8%), universitaria completa (9,2%), primaria incompleta (6,2%) y universitaria incompleta (6,1%). En 9,9% de los casos se careció de esta información.

En cuanto a los antecedentes obstétricos, 22,6% de los casos se presentaron en primigestantes, 31,7% en madres con antecedente de un hijo nacido vivo, y 23,7% en mujeres con dos nacidos vivos.

3. Inmunoprevenibles

3.1 Tos ferina

El diagnóstico final del caso se hace mediante la información aportada por el laboratorio, de acuerdo con resultados de la inmunofluorescencia y del cultivo; los casos clasificados como compatibles corresponden a los que por síntomas sugieren uno, pero cuya confirmación o descarte por laboratorio no fueron posibles.

Durante 2004 se notificaron 356 casos probables de tos ferina, de los cuales de Bogotá 11 fueron confirmados por laboratorio y 3 por clínica; otro pertenecía a Cundinamarca y 341 fueron descartados por laboratorio. La tasa fue de 1,41 por 100.000 habitantes. Por lugar de residencia, la incidencia más alta se presentó en la localidad de Rafael Uribe (tabla 25).

De los 356 casos notificados 330 residían en Bogotá; los otros 21 eran de personas no residentes en la ciudad, y se distribuían así: 1 caso pertenecía al departamento de Arauca, 5 al de Boyacá y 15 al de Cundinamarca. En la tabla 26 se presenta su distribución por edad.

El porcentaje de seguimiento de los casos residentes en la ciudad de Bogotá fue de 90%, y entre ellos se desarrollaron las actividades de quimioprofilaxis y barrido de vacunación. El antecedente vacunal se distribuyó así: 60% no tenía antecedente, por no estar en la edad de iniciación de la vacuna, y 40% tenía una dosis.

El comportamiento de la tos ferina durante 2004 muestra que el grupo de edad de menores de un año tiene una tasa de 219 casos por 100.000, seguido por el grupo de 1 a 4 años, con una tasa de 5,20 por 100.000; en tercer estuvo lugar el grupo de 5 a 9 años, con una tasa de 1,49 por 100.000.

El comportamiento de casos confirmados de tos ferina durante 2004 muestra que el grupo de menores de un año de edad tuvo una tasa de 4,978 casos por

100.000, seguido por el grupo de de 1 a 4 años, con una tasa de 0,897 por 100.000, y del grupo de 5 a 9 años, con una tasa de 0,149 por 100.000.

Tabla 25. Tasa de casos de tos ferina, por localidad, 2004

Localidad	Población	Casos	Tasa por 100.000
Kennedy	992.910	3	0,30
Engativá	791.432	3	0,38
Suba	804.149	3	0,37
Usaquén	458.773	2	0,44
Bosa	496.439	1	0,20
Rafael Uribe	385.640	2	0,52

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

Tabla 26. Tasas de casos de tosferina notificados al SAA, por grupo de edad, 200

Grupo de edad	Número	Población	Tasa
Menores de un año	308	140.632	219,01
1 a 4 años	29	557.163	5,20
5 a 9	10	673.046	1,49
10 a 14		591.601	0,00
15 a 19		588.464	0,00
20 a 24	1	621.264	0,16
25 a 29	1	604.022	0,17
30 a 34	1	586.186	0,17
35 a 39	2	574.557	0,35
40 a 44	2	536.257	0,37
45 a 49	1	434.885	0,23
50 y mas	1	1'059.698	0,09
Total	356	6'967.875	5,11

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

Tabla 27. Casos confirmados de tos ferina por tasa y grupo de edad, 2004

Grupo de edad	Número	Tasa por 10.000 hab.
Menores de un año	7	4,978
1 a 4 años	5	0,897
5 a 9	1	0,149
30 a 34	1	0,171
35 a 39	1	0,174
Total	15	0,215

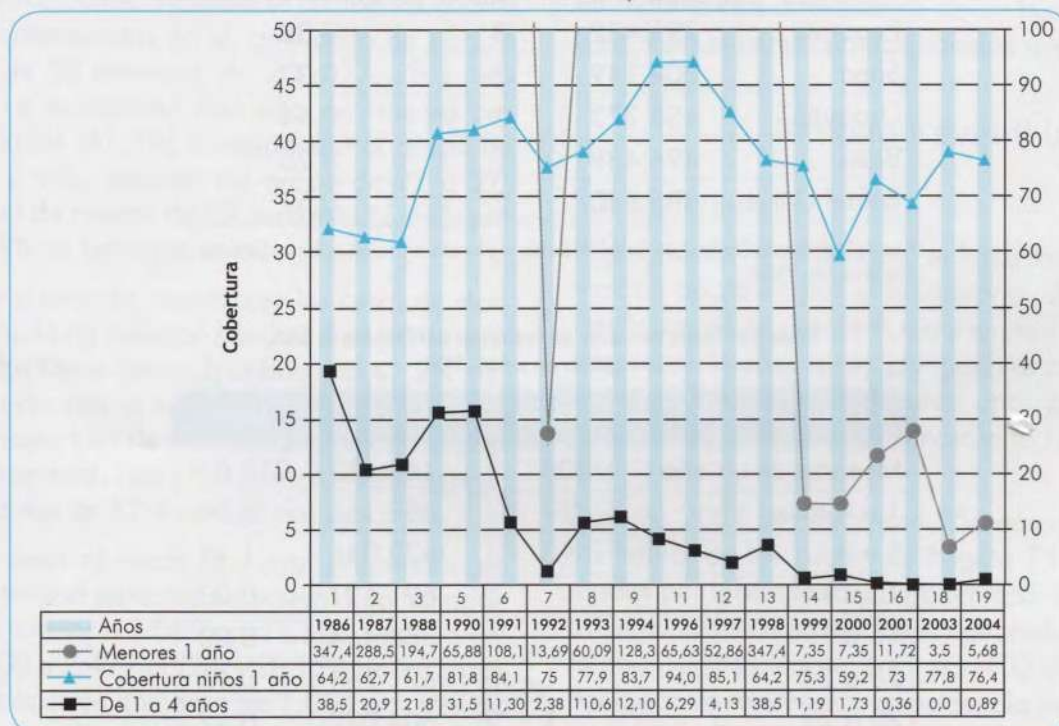
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema alerta acción (SAA).

3.2 Difteria

En 2004 no se notificaron casos de difteria (gráfico 8), ausencia que se puede atribuir a los siguientes factores: la alta inmunogenicidad de la vacuna; la eficacia protectora comprobada tras la primovacuna,

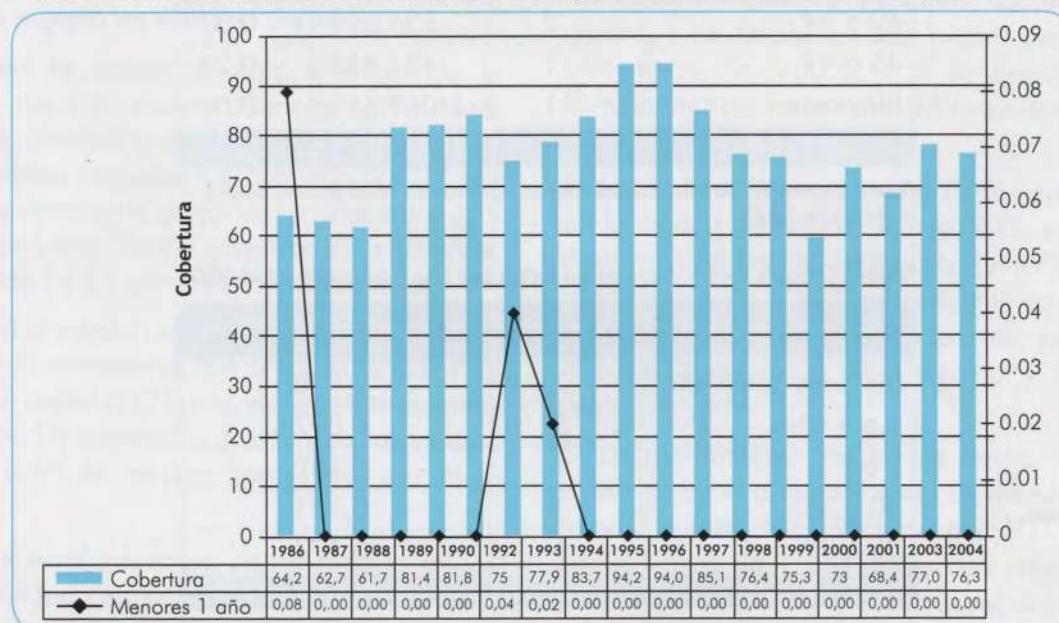
que es superior a 95%; la aplicación de la vacuna de toxoide tetánico y diftérico (TD) en lugar del toxoide tetánico (TT); y la no circulación del agente, lo que lleva a la protección del recién nacido antes de la aplicación de la antidiftérica.

Gráfico 7. Incidencia de tos ferina en menores de 5 años y cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 año, 1986-2004



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

Gráfico 8. Incidencia de difteria en menores de 1 año y cobertura de vacunación con DPT, 1986-2004



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

3.3 Varicela

La varicela es considerada como una enfermedad leve de la infancia; por lo general su curso es benigno y sin complicaciones, pero tiene un impacto significativo en el niño enfermo y su familia, ya que es muy contagiosa y lo incapacita de sus actividades de una a dos semanas.

Durante 2004 se notificaron 13.930 casos de varicela, que se clasificaron por cuadro clínico. En comparación con 2003 (13.367 casos) el comportamiento de este evento tuvo un comportamiento muy similar; lo mismo ocurrió en relación con los brotes: en 2004 fueron 366, con un leve descenso con respecto al año anterior (364). Las localidades con más brotes fueron:

Rafael Uribe Uribe, con 57, y Ciudad Bolívar, con 32 (tabla 28). La mayoría de los brotes presentó dos casos (104 brotes), entre 3 y 10 casos 183, entre 11 y 20 casos 44, con más de treinta casos 16 brotes.

La intervención en los brotes de varicela se realiza mediante la educación en medidas de control, y en el caso de los jardines y los colegios en ocasiones se recomienda su cierre para su contención.

3.4 Parotiditis

En 2004 se notificaron 427 casos de parotiditis, lo que representa un leve aumento en relación con 2003 (406). El grupo de 1 a 4 años de edad fue el más afectado, con una tasa de 24,05 por 100.000 (gráfi-

Tabla 28. Brotes de varicela por localidad, 2004

Localidad	Número
Antonio Nariño	9
Barrios Unidos	11
Bosa	24
Ciudad Bolívar	32
Chapinero	2
Engativá	11
Fontibón	18
Kennedy	21
La Candelaria	2
Los Mártires	10
Puente Aranda	13
Rafael Uribe	57
San Cristóbal	24
Santa Fe	11
Suba	15
Sumapaz	3
Teusaquillo	11
Tunjuelito	31
Usaquén	33
Usme	26
Sin dato	2
Total	366

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

Tabla 29. Tasa de parotiditis por 100.000, por localidad, 2004

Localidad	Número	Población	Tasa por 100.000
Antonio Nariño	6	98.355	6,10
Barrios Unidos	10	176.552	5,66
Bosa	21	496.439	4,23
C. Bolívar	16	685.399	2,33
Chapinero	18	122.991	14,64
Engativá	70	791.432	8,64
Fontibón	27	323.595	8,34
Kennedy	36	992.910	3,63
La Candelaria	3	27.450	10,93
Los Mártires	5	95.541	5,23
Puente Aranda	17	282.491	6,02
Rafael Uribe Uribe	27	385.640	7,00
San Cristóbal	23	461.911	4,98
Santa Fe	7	107.044	6,54
Suba	72	804.149	8,95
Sumapaz	1	5.230	19,12
Teusaquillo	15	126.125	11,89
Tunjuelito	12	204.367	5,87
Usaquén	29	458.773	6,32
Usme	5	274.968	1,82
Fuera de Bogotá	5		
Sin dato	2		
Total	356	6'967.875	6,13

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

co 9), seguido del grupo de 5 a 9 años, cuya tasa fue de 18,57 por 100.000. Los picos en la notificación se presentaron en los periodos epidemiológicos sexto (mayo-junio) (43) y noveno y décimo (agosto-septiembre) (45).

En relación con el comportamiento de este evento por régimen de afiliación, el mayor número de casos (66,7%) se presentó en el contributivo, seguido del subsidiado (14,28%) y de los participantes vinculados, con 9,37%; 9,6% fueron pacientes clasificados como particulares.

Por sexo, 47,7% de los casos se presentaron en mujeres y 52,2% en hombres. En cuanto a las localidades, se presentaron 3 brotes de parotiditis en Santa Fe, con 7 casos; Rafael Uribe Uribe con 27 casos y Bosa con 21.

Por localidad, Sumapaz ocupó el primer lugar, con una tasa de 19,12 por 100.000, seguida de Chapinero, cuya tasa fue de 14,64 por 100.000 y de localidad de Teusaquillo, con tasa de 11,89 por 100.000.

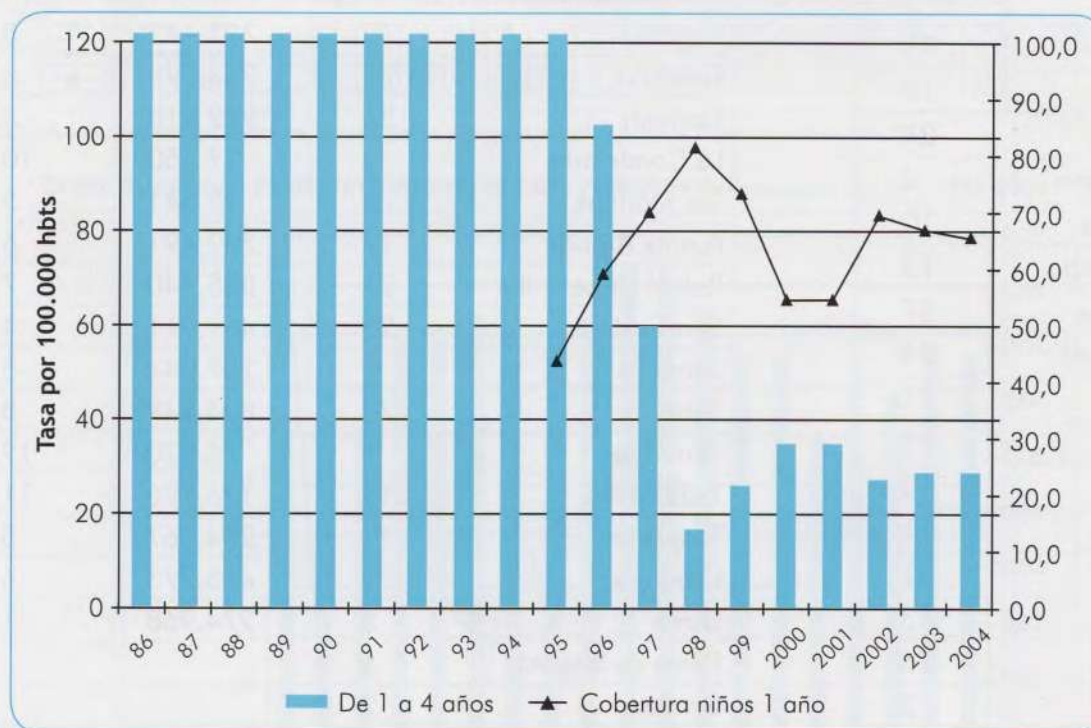
3.5 Meningitis por *Haemophilus influenzae*

En 2004, al sistema alerta acción se notificaron 8 casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* confirmados por el laboratorio. Al efectuar el análisis por grupo de edad se encontró que 50% (n= 4) se presentaron en población menor de un año de edad; 12,5% (n= 1) de 1 a 4 años; 12,5% (n= 1) en el grupo de 5 a 9; y 25 % (n= 2) de 15 a 44 años.

La incidencia en los menores de 1 año fue de 2,84 por 100.000 habitantes; en la población de 1 a 4 años fue de 0,18 por 100.000; en los niños de 5 a 9 años fue de 0,15 por 100.000 habitantes; y de 0,17 por 100.000 para el grupo de 15 a 44 años.

El comportamiento de la meningitis por *Haemophilus influenzae* durante 2004 nos muestra en primer lugar la localidad de Barrios Unidos, con una tasa de 0,566 por 100.000, seguida de Usme, con 0,364 por 100.000 y de Puente Aranda, con 0,354 por 100.000. Se presentó un caso de mortalidad en una niña de tres meses residente en la localidad de Usme, realizándose la intervención respectiva.

Gráfico 9. Incidencia de parotiditis en niños de 1 a 4 años y cobertura de vacunación con triple viral, 1986-2004

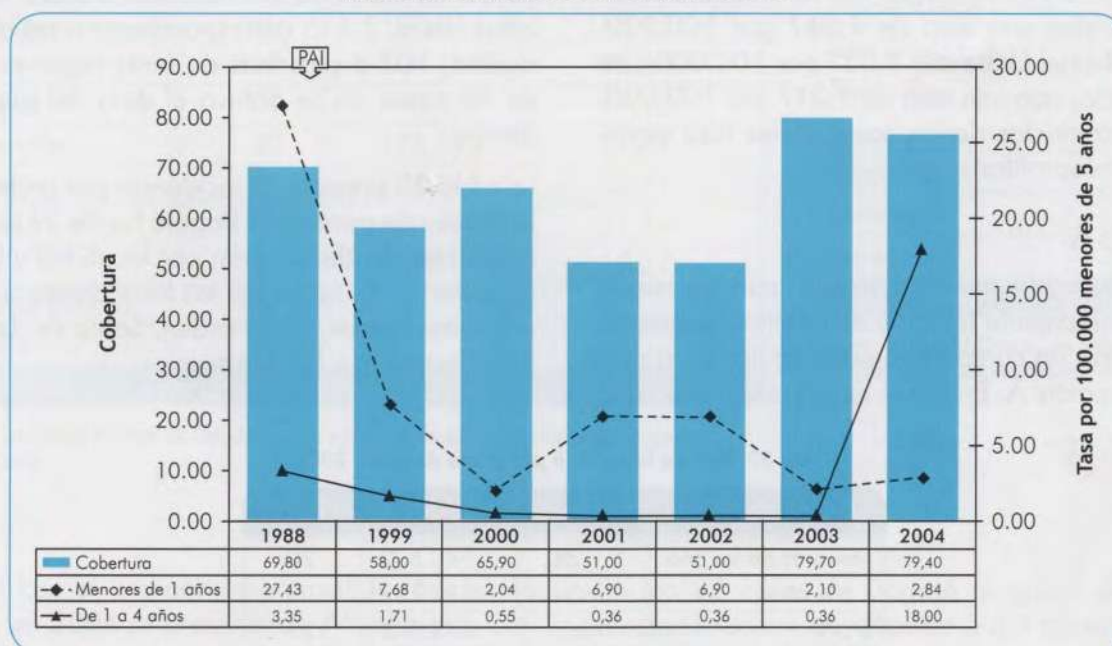


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sistema alerta acción (SAA).

Tabla 30. Tasa de meningitis por *Haemophilus influenzae*, por localidad, 2004

Localidad	Número	Población	Tasa por 100.000
Barrios Unidos	1	176.552	0,566
Fontibón	1	323.595	0,309
Kennedy	2	992.910	0,201
Puente Aranda	1	282.491	0,354
Suba	1	804.149	0,124
Usaquén	1	458.773	0,218
Usme	1	274.968	0,364
Total	8		

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

Gráfico 10. Incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae* en menores de 5 años y cobertura de vacunación en menores de 1 año, 1998-2004

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

3.6 Meningitis por meningococo

En 2004 se notificaron 26 casos de meningitis por meningococo, confirmados todos por laboratorio; 92,3% (n= 24) residían en Bogotá y 7,6% (n= 2) en Cundinamarca. La incidencia de este evento en Bogotá fue de 0,34 por 100.000 habitantes, con un aumento de 0,27 en relación con 2003. Ninguno de los casos tuvo nexos epidemiológico.

De acuerdo con lo notificado, en los menores de 1 año se presentaron 5 casos (20,8%); en el grupo de 1 a 4 años hubo 2 (8,33%); en el de 5 a 14 se presentaron 6 (24,9%); en la población de 15 a 44 años 8 (33,3%); y en la de 55 y más 3 casos (12,5%).

Tabla 31. Tasa de meningitis meningocócica, por localidad, 2004

Localidad	Número	Población	Tasa por 100.000
Antonio Nariño	1	98.355	1,017
Bosa	2	496.439	0,403
Ciudad Bolívar	5	685.399	0,730
Engativá	1	791.432	0,126
Fontibón	1	323.595	0,309
Kennedy	3	992.910	0,302
Los Mártires	1	95.541	1,047
Rafael Uribe Uribe	4	385.640	1,037
San Cristóbal	1	461.911	0,216
Suba	1	804.149	0,124
Usaquén	2	458.773	0,436
Usme	2	274.968	0,727
Fuera de Bogotá	2	-	-
Total	24	5'869.112	0,409

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

Durante 2004, en primer lugar estuvo la localidad de Los Mártires, con una tasa de 1,047 por 100.000, seguida por Rafael Uribe con 1,037 por 100.000 y de Antonio Nariño, con una tasa de 1,017 por 100.000. A todos los contactos de los casos se les hizo seguimiento y quimioprofilaxis.

3.7 Hepatitis A

Este es un evento frecuente, asociado con las condiciones de saneamiento básico y de hábitos higiénicos. Bogotá muestra un comportamiento regular en la presencia de hepatitis A. En 2004 se presentaron 2.722

casos, un descenso con respecto a 2003 (3.028). De estos casos, 2.615 correspondieron a residentes en la ciudad, 107 a personas de otras regiones del país y en 46 casos no se obtuvo el dato del lugar de residencia.

La tabla 32 presenta la incidencia por grupo de edad; la incidencia general en Bogotá fue de 39 por 100.000 habitantes. La distribución por localidad y las tasas se muestran en la tabla 33: las localidades con las tasas más altas fueron, en su orden, Santa Fe, La Candelaria, Chapinero y Los Mártires.

Tabla 32. Tasa de hepatitis a por grupo de edad, 2004

Grupo de edad	Número	Población	Tasa
Menores de un año	28	140.632	20
1 a 4 años	604	557.163	108
5 a 9	865	673.046	129
10 a 14	409	591.601	69
15 a 19	214	588.464	36
20 a 24	229	621.264	37
25 a 29	147	604.022	24
30 a 34	76	586.186	13
35 a 39	42	574.557	7
40 a 44	41	536.257	8
45 a 49	20	434.985	5
50 y más	43	1'059.698	4
Sin dato	4		
Total	2722	6'827.243	40

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

Tabla 33. Tasa de hepatitis, según localidad de residencia, 2004

Localidad	Número	Población	Tasa por 100.000
Antonio Nariño	38	98.355	38,64
Barrios Unidos	49	176.552	27,75
Bosa	190	496.439	38,27
Ciudad Bolívar	356	685.399	51,94
Chapinero	84	122.991	68,30
Engativá	302	791.432	38,16
Fontibón	108	323.595	33,38
Kennedy	149	992.910	15,01
La Candelaria	21	27.450	76,50
Los Mártires	64	95.541	66,99
Puente Aranda	45	282.491	15,93
Rafael Uribe Uribe	183	385.640	47,45
San Cristóbal	237	461.911	51,31
Santa Fe	150	107.044	140,13
Suba	367	804.149	45,64
Sumapaz	1	5.230	19,12
Teusaquillo	40	126.125	31,71
Tunjuelito	46	204.367	22,51
Usaquén	97	458.773	21,14
Usme	42	274.968	15,27
Fuera de Bogotá	107		
Sin dato	46		
Total	2.722	6'827.243	39,87

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

Tabla 34. Brotes de hepatitis A, por localidad de residencia, 2004

Localidad	Número
Antonio Nariño	1
Barrios Unidos	2
Bosa	5
Ciudad Bolívar	12
Chapinero	1
Cundinamarca	2
Engativá	3
Fontibón	1
Kennedy	8
La Candelaria	1
Los Mártires	1
Puente Aranda	4
Rafael Uribe Uribe	4
San Cristóbal	11
Santa Fe	4
Teusaquillo	3
Tunjuelito	4
Usaquén	3
Usme	4
Total	74

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

En relación con el comportamiento de los brotes de hepatitis A, en 2004 se presentaron 74, el mayor con 20 casos. En todos los casos se realizó el seguimiento y se brindaron las recomendaciones respectivas. Por localidad, el mayor número de brotes ($n=12$) se presentó en Ciudad Bolívar, seguida de San Cristóbal ($n=11$) (tabla 34). En uno de esos brotes hubo un caso de mortalidad, en una joven de 23 años, docente de un jardín infantil.

3.8 Parálisis flácida aguda

Por medio del sistema alerta acción durante 2004 se reportaron 36 casos de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, de los cuales 61,1% (22) residían en Bogotá, y 38,8% (14) procedían de otras zonas del país.

En los 22 casos de Bogotá el grupo de edad más afectado fueron los niños de 5 a 9 años, con 8 casos (36,3%), seguido de los de 1 a 4 años, con 7 (31,8%), los de 10 a 14, con 5 casos (22,7%) y el grupo menor de un año, con 9,1% (2). Según sexo, 81,8% (18) correspondía al masculino y 18,1% (4) al femenino.

Los indicadores de vigilancia epidemiológica en el plan de erradicación de la poliomielitis muestran lo siguiente:

1. La tasa de incidencia en menores de 15 años fue de 1,1 por 100.000 menores de 15 años, por encima de lo esperado (1 por 100.000 menores de 15 años). Las localidades que no cumplieron con este indicador fueron Usaquén, Engativá y Rafael Uribe.

2. El indicador de toma de muestra oportuna de heces se encuentra en 81,8%. Las localidades que no cumplieron fueron San Cristóbal, Bosa y Suba.
3. En cuanto al porcentaje de notificación semanal, en la ciudad fue de 91,3%; a excepción de Teusaquillo, todas las localidades cumplieron con el indicador.
4. El porcentaje de casos investigados en las primeras 48 horas de notificado fue de 72,7%. Bogotá no alcanzó a cumplir con este indicador, debido al bajo cumplimiento de las localidades de San Cristóbal, Bosa, Suba y Ciudad Bolívar.

3.9 Rubéola

Durante 2004 se presentaron 478 casos de rubéola, con 67% de oportunidad en la investigación de campo para 91% de notificación efectiva semanal. Las coberturas de vacunación con triple viral fueron de 81,3%, porcentaje inferior dos puntos en relación con el año anterior.

En 2004 se reportaron por medio del sistema MESS (Measles Elimination Surveillance System. OPS Versión 5) 478 casos sospechosos de rubéola. El mayor porcentaje (22%) correspondía a niños entre 2 y 4 años de edad y el menor (4,7%) al grupo de 5 a 14 años. Del total de casos reportados se descartaron por laboratorio 83% (493); 6% (35) se confirmó por laboratorio y el 11% (67) restante se confirmó por clínica.

Las coberturas de vacunación con triple viral fueron de 81,3%, inferior 2 puntos en relación con el año anterior.

3.10 Sarampión

En el programa Measles Elimination Surveillance System. OPS Versión 5 (MESS) ingresaron 356 casos de sarampión; al ser evaluados por los indicadores del plan de erradicación del sarampión, Bogotá cumple con todos los indicadores, a excepción de la investigación epidemiológica de campo, que se encuentra en 51%.

Tabla 35. Indicadores de vigilancia epidemiológica de rubéola, por localidad y total Bogotá, 2004

Localidad	Total casos	% notificación semanal	% casos con muestra adecuada	% casos investigados las primeras 48 horas	% de muestras que llegan al laboratorio < 5 días a la toma de la muestra	% de casos con resultado < 4 días posteriores a la recepción de la muestra
Usaquén	12	100	100	0	75	83
Chapinero	17	79	86	100	100	100
Santa Fe	3	100	100	33	100	100
San Cristóbal	21	92	95	52	100	100
Usme	8	99	100	88	100	88
Tunjuelito	5	85	100	60	100	100
Bosa	16	94	100	88	94	75
Kennedy	35	99	100	54	89	97
Fontibón	16	92	100	31	94	100
Engativá	65	98	95	43	75	94
Suba	99	84	94	44	47	100
Barrios Unidos	16	80	88	100	100	100
Teusaquillo	11	79	100	91	100	9
Los Mártires	6	96	67	50	100	67
Antonio Nariño	13	99	100	46	85	100
Puente Aranda	12	100	100	42	100	100
La Candelaria	5	100	100	60	100	100
Rafael Uribe	40	100	100	65	90	98
Ciudad Bolívar	78	95	95	74	99	100
Bogotá	478	91	96	57	82	96

Fuente: Measles Elimination Surveillance System (Mess). OPS Versión 5.

Tabla 36. Indicadores del plan de erradicación del sarampión, por localidad y total Bogotá, 2004

Localidad	Total casos	% notificación semanal	% casos con muestra adecuada	% casos investigados las primeras 48 horas	% de muestras que llegan al laboratorio < 5 días a la toma de la muestra	% de casos con resultado < 4 días posteriores a la recepción de la muestra
Usaquén	24	100	100	0	88	100
Chapinero	2	79	100	100	100	100
Santa Fe	9	100	100	100	100	100
San Cristóbal	26	92	100	42	100	96
Usme	20	99	100	90	95	95
Tunjuelito	6	85	100	100	67	100
Bosa	26	94	100	38	77	100
Kennedy	36	99	100	42	89	100
Fontibón	9	92	89	22	89	100
Engativá	21	98	100	19	86	100
Suba	61	84	97	44	59	100
Barrios Unidos	8	80	100	88	88	100
Teusaquillo	6	79	100	100	100	100
Los Mártires	13	96	100	62	100	100
Antonio Nariño	5	99	100	40	80	100
Puente Aranda	24	100	96	33	96	100
La Candelaria	3	100	10	67	100	100
Rafael Uribe	24	100	100	63	96	100
Ciudad Bolívar	33	95	100	52	91	100
Bogotá	356	91	99	51	85	99

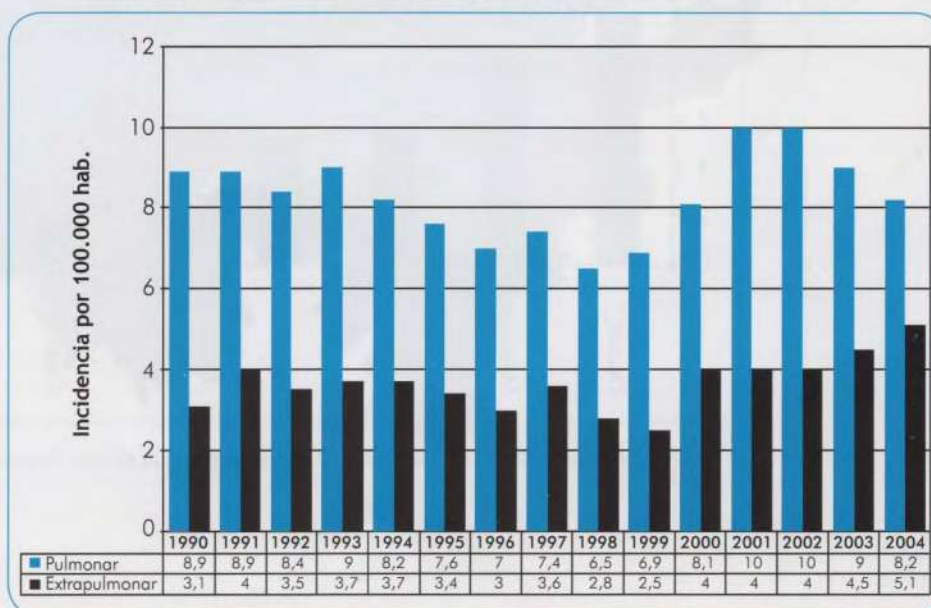
Fuente: Measles Elimination Surveillance System (Mess). OPS Version 5.

4 Transmisibles

4.1 Tuberculosis

En 2004, al sistema alerta acción fueron notificados 923 casos confirmados de tuberculosis, de los cuales 61,9% (571) fueron pulmonares, que disminuyeron 4,7% con respecto a 2003; el otro 38,1% (352) fueron extrapulmonares, que aumentaron 4,7% en relación con 2003. La incidencia de tuberculosis en todas sus formas fue de 13,24 por 100.000 habitantes, y disminuyó en 0,29 con respecto a 2003 (gráfico 11).

Gráfico 11. Incidencia de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, 1990-2004



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública. SIS-12: 1998; PAI: 1999-2004; SAA: 1998-2004).

La tuberculosis pleural continúa siendo la forma extrapulmonar más frecuente, con porcentaje de 10,4%: aumento de 1,66% con respecto a 2003; el segundo lugar lo ocupó la meníngea, con 8,56%, un incremento de 2,73% (gráfico 12). En 2004 se presentó un caso, en menores de un año. La cobertura de vacunación con BCG fue de 87,3%, y la cobertura esperada

era de 95% (tabla 37), situación que podría explicar la aparición de este evento.

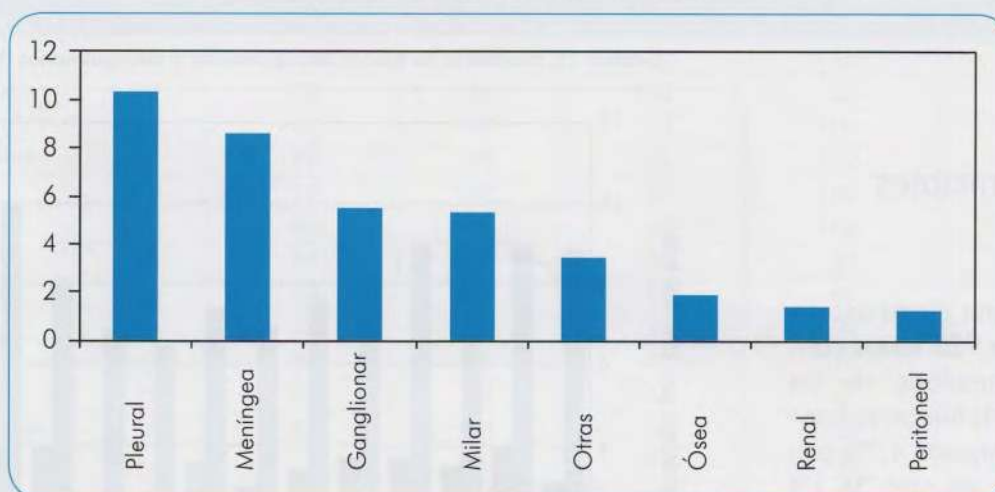
La razón hombre-mujer fue de 1,6, es decir que por cada mujer enferma lo hicieron casi 2 hombres. Similar al año anterior, la incidencia por grupo edad fue más alta en la población de 60 años, y la menor en menores de 1 año (gráfico 13).

Tabla 37. Cobertura de vacunación con BCG en menores de 1 año frente a incidencia de casos de tuberculosis meníngea, 1998-2003

Año	Cobertura de BCG (%)	Incidencia de TBC meníngea en menores de 1 año
1998	100	0,20
1999	96,6	0,00
2000	82,2	1,30
2001	83,8	0,00
2002	84,2	1,00
2003	87,7	1,00
2004	87,3	1,00

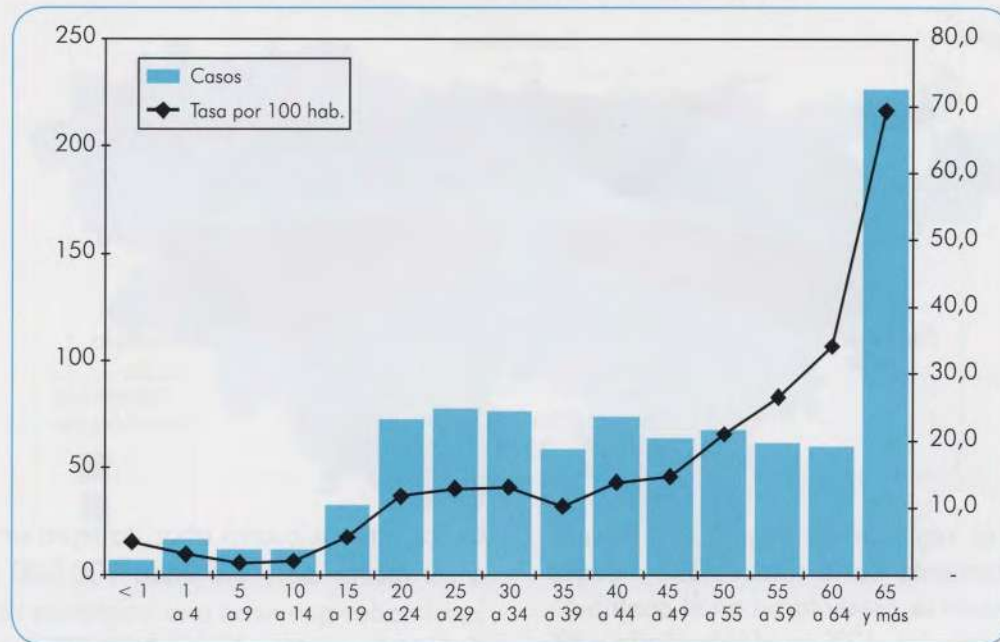
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública. SIS-12: 1998; PAI: 1999-2004; SAA: 1998-2004).

Gráfico 12. Porcentaje de tuberculosis extrapulmonar, 2004



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

Gráfico 13 Incidencia de tuberculosis por grupo edad, 2004

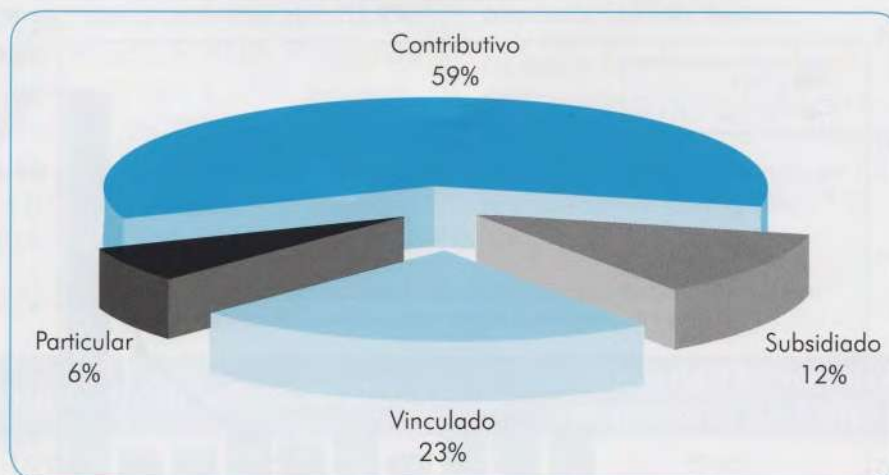


La incidencia de casos por localidad fue mayor que 20 por 100.000 habitantes en La Candelaria, Santa Fe y Chapinero, situación similar a 2003 (mapa 1).

Mapa 1. Incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes, 2004



Gráfico 14 Tuberculosis según régimen de afiliación, 2004



Según afiliación al régimen de seguridad, durante 2004 el comportamiento de la tuberculosis muestra que 59% de los casos se presentaron en el contributivo, 23% en los vinculados, 12% en el subsidiado y 6% eran particulares (gráfico 14).

4.2 Lepra

En 2004 se presentaron 39 casos nuevos de lepra en Bogotá, un incremento de 7 casos con respecto al año anterior. La incidencia desde 2001 ha tenido leves variaciones, entre 0,3 y 0,5 por cada 100.000 habitantes (tabla 38).

En los últimos cuatro años, la lepra en Bogotá tiende a ser menor de 1 por cada 100.000 habitantes. Las localidades que tienen una incidencia mayor que 1 por 100.000 son Chapinero, Santa Fe y Antonio Nariño, situación similar a la de 2003; en Chapinero fue menor que 1, a diferencia del 2003, cuando estaba por encima de 1 (mapa 2).

La magnitud de la lepra en Bogotá se ha mantenido por debajo de los niveles mínimos esperados para el cumplimiento de la meta de eliminación, es decir menor que 1 caso por cada 10.000 habitantes (tabla 39).

Tabla 38. Casos de lepra y tasa de incidencia por 100.000 habitantes, 2001-2004

Año	Número de casos nuevos	Incidencia de TBC meníngea en menores de 1 año
2001	38	0,5
2002	22	0,3
2003	32	0,4
2004	39	0,5

Fuente: SAA. VSP. 2001-2004

Tabla 39. Casos de lepra en registro activo y tasa de incidencia por 100.000 habitantes, 2002-2004

Año	Casos en registro activo de PQT a 31 de diciembre	Prevalencia de lepra por 10.000 habitantes
2002	51	0,076
2003	48	0,070
2004	59	0,084

Fuente: SAA. VSP. 2001-2004

Mapa 2. Incidencia de lepra por localidad, 2004



Fuente: SAA. SDS. 2004

Tabla 40. Proporción de menores de 15 años entre los casos nuevos, 2001-2004

Año	Número de casos nuevos	Menores de 15 años	% de menores de 15 años
2001	38	1	2,6
2002	22	2	9,0
2003	32	1	3,1
2004	39	3	7,6

El comportamiento del evento en Bogotá presenta una tendencia estable en los últimos cinco años, con un diagnóstico promedio de 34 casos (tabla 41). Es importante resaltar el trabajo de descentralización del diagnóstico y la atención, que tradicionalmente se

realizaba en el centro dermatológico Federico Lleras Acosta y ahora en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de primero, segundo y tercer nivel, de la red pública y privada.

Tabla 41. Porcentaje de casos nuevos detectados en el año y evaluados con grado de discapacidad 1 y 2, 2001-2004

Año	Número de casos nuevos	Grado discapacidad 1	Grado discapacidad 2	% de discapacidad de casos nuevos por año
2001	38	9	5	36
2002	22	6	4	45
2003	32	7	5	37
2004	39	10	5	38

Los pacientes con algún grado de discapacidad se han mantenido por debajo de 45%, y cada año es menor el porcentaje de discapacidad grave, lo que demuestra el énfasis en las actividades para la detección precoz de casos, que se desarrollan por medio del plan de atención básica.

El número de pacientes paucibacilares diagnosticados con algún grado de discapacidad ha disminuido considerablemente (tabla 42), aun cuando es necesario fortalecer las medidas, dadas las altas externalidades que implica.

El número de pacientes multibacilares diagnosticados con algún grado de discapacidad continúa siendo alto

(tabla 43), porque el diagnóstico es tardío. La captación de pacientes con grado 0 de discapacidad ha mejorado, pero es necesario fortalecer el acceso a un diagnóstico oportuno libre de discapacidades.

Todos los pacientes nuevos detectados se examinan periódicamente (tabla 44), para evaluar el grado de discapacidad; esto permite medir la calidad de la atención de los puntos de atención de la red pública y privada, especialmente el tercer nivel, donde se concentran más pacientes.

Tabla 42. Porcentaje de casos paucibacilares curados con secuelas, 2001-2004

Año	Número de casos nuevos	Casos PB	Grado discapacidad 0	Grado discapacidad 1	Grado discapacidad 2	% de casos paucibacilares curados con secuelas
2001	38	9	8	1	0	11
2002	22	6	3	1	2	50
2003	32	12	9	0	3	33
2004	39	16	11	4	2	54

Tabla 43. Porcentaje de casos multibacilares curados con secuelas, 2001-2004

Año	Número de casos nuevos	Casos MB	Grado discapacidad 0	Grado discapacidad 1	Grado discapacidad 2	% de casos multibacilares curados con secuelas
2001	38	29	16	8	5	44
2002	22	16	9	5	2	43
2003	32	20	15	3	2	25
2004	39	23	13	6	4	43

Tabla 44. Porcentaje de casos nuevos detectados cuyo grado de discapacidad fue evaluado 2001-2004

Año	Número de casos nuevos	Casos nuevos evaluados por discapacidad	% de menores 15 años
2001	38	14	100
2002	22	10	100
2003	32	32	100
2004	39	12	100
2005	18	15	100

4.2.1 Porcentaje de casos nuevos detectados que iniciaron PQT al año

La cobertura de PQT a los casos nuevos fue total, porque siempre se contó con los medicamentos asignados desde el ente nacional con oportunidad y calidad, que permite dar una buena atención a los pacientes nuevos detectados en el programa.

El sexo más afectado por la lepra es el masculino, con la consecuente carga social por las limitaciones para el ejercicio del trabajo. La razón hombre-mujer disminuyó en 2004: por cada mujer que se enfermó lo hicieron 2 hombres con respecto al año anterior, cuando por cada una se enfermaron cerca de 3 hombres (tabla 46).

4.3 Sífilis congénita

Fue declarada evento objeto de eliminación por el Ministerio de Salud a partir de 1996, razón por la cual se incluye en el SAA, con el propósito de hacer vigilancia

epidemiológica intensificada, que implica la búsqueda activa permanente de casos, información inmediata de todo caso confirmado y seguimiento hasta el cierre del mismo una vez certificado el tratamiento adecuado y oportuno.

En Bogotá, este plan de eliminación hace parte de las metas del plan de gobierno 2004-2007, *Bogotá sin indiferencia*, y en 2004 se notificaron, por medio del sistema de información alerta acción 236 casos, de los cuales 93,2% pertenecían a hijos de población residente en Bogotá. La tabla 47 muestra el número de casos reportados por medio del sistema alerta acción durante 2004, por localidad y sexo. Los casos de sífilis congénita procedentes de fuera de Bogotá se incrementaron en 2004.

La tasa de incidencia estimada según la notificación de los casos fue de 2,1 por 1.000 nacidos vivos, con un incremento de 8,8% con respecto al año anterior.

Tabla 45. Casos nuevos detectados que iniciaron PQT al año / casos nuevos detectados en el año, 2001-2004

Año	Casos nuevos detectados que iniciaron PQT al año	% de casos nuevos detectados que iniciaron PQT al año
2001	38	100
2002	22	100
2003	32	100
2004	39	100

Tabla 46. Distribución de los casos nuevos de lepra diagnosticados, por sexo, 2001-2004

Año	Número de casos nuevos	Mujeres	Hombres
2001	38	11	27
2002	22	6	16
2003	32	14	18
2004	39	9	30

Tabla 47. Casos notificados de sífilis congénita, por localidad y sexo, 2004

Localidad de notificación	Mujer	Hombre	Sin dato	Total	%
Antonio Nariño	17	7		24	10.17
Bosa	10			10	4.24
Ciudad Bolívar	2	1		3	1.27
Chapinero	3	1		4	1.69
Engativá	18	6		24	10.17
Kennedy	20	4		24	10.17
Los Mártires	7	5		12	5.08
Puente Aranda	3	4		7	2.97
Rafael Uribe Uribe	3	3		6	2.54
San Cristóbal	36	17		53	22.46
Santa Fe	10	5		15	6.36
Suba	1	4		5	2.12
Teusaquillo	4	3		7	2.97
Tunjuelito	13	8	2	23	9.75
Usaquén	11	4		15	6.36
Usme	4			4	1.69
Total	162	72	2	236	100

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

La mayor proporción de los casos (22,46%) fueron notificados por la localidad de San Cristóbal. Se presentaron casos en diecisiete de las veinte localidades, que corresponden a 85%.

La tabla 47 muestra el número de casos reportados por medio del sistema alerta acción durante 2004. En Bogotá la tasa de incidencia, estimada según la notificación de los casos, de 2,1 por 1.000 nacidos vivos, con un incremento de 8,8% con respecto al año anterior.

Por lugar de residencia, la tasa más alta de incidencia de sífilis congénita (14,9 por 1.000 nacidos vivos) se presentó en la localidad de Santa Fe, seguida de Chapinero, con una tasa de 5,1 por 1.000 nacidos vivos. Es importante resaltar que Santa Fe tuvo la segunda tasa de incidencia más alta en 2003. La mediana de la tasa de incidencia de sífilis congénita de las veinte

localidades fue de 2,1 por 1.000 nacidos vivos. La tabla 48 muestra la tasa de incidencia por localidad de residencia.

Por debajo de la mediana están las localidades de Engativá (1,4), Kennedy (1,3), Suba (1,2), Ciudad Bolívar (1,1), Puente Aranda (0,8), y Fontibón (0,4).

El objetivo fundamental del plan de eliminación de la sífilis congénita es la prevención de la transmisión materna al fruto de la gestación, suministrando el tratamiento a la madre; y contempla también la detección oportuna y el tratamiento al neonato cuando la enfermedad ha sido transmitida.

A 42,7% de los casos notificados residentes en Bogotá se les hizo el diagnóstico antes de las 48 horas de vida, proporción que disminuyó con respecto a 2003; al porcentaje restante se le hizo en días posteriores al nacimiento, porque la enfermedad en la mayoría de

Tabla 48. Tasa de incidencia de sífilis congénita por localidad de residencia, 2004

Localidad de residencia	Mujer	Hombre	Sin dato	Total	%	Número de nacidos vivos	Tasa de incidencia por notificación por 1.000 nacidos vivos
Usaquén	5	4		9	3.81	5.557	1.6
Chapinero	6	3		9	3.81	1.749	5.1
Santa Fe	27	9	1	37	15.68	2.478	14.9
San Cristóbal	20	11		31	13.14	7.580	4.1
Usme	9		1	10	4.24	6.195	1.6
Tunjuelito	7	3		10	4.24	4.264	2.3
Bosa	16	3		19	8.05	10.135	1.9
Kennedy	12	6		18	7.63	13.391	1.3
Fontibón	1	1		2	0.85	5.030	0.4
Engativá	14	3		17	7.20	12.537	1.4
Suba	9	9		18	7.63	14.515	1.2
Barrios Unidos	2	1		3	1.27	1.638	1.8
Los Mártires	5	3		8	3.39	1.680	4.8
Antonio Nariño	1	2		3	1.27	1.168	2.6
Puente Aranda	3			3	1.27	3.996	0.8
Rafael Uribe Uribe	7	3		10	4.24	6.826	1.5
Ciudad Bolívar	8	4		12	5.08	10.651	1.1
Fuera de Bogotá	9	7		16	6.78		
Sin dato	1			1	0.42	2.601	0.4
Total	162	72	2	236	100	113.493	2.1

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

los casos es asintomática, disminuyendo la probabilidad de captar nuevos casos e iniciar un tratamiento oportuno que permita la disminución de secuelas de esta enfermedad. La tabla 49 muestra la edad al diagnóstico de sífilis congénita, según la procedencia y sexo.

La tabla 50 presenta el comportamiento por régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud. La mayor proporción de casos notificados de sífilis congénita (61,36%) eran participantes vinculados (139), seguidos del régimen subsidiado (41), con 18,18% y el contributivo (47): 17,27%; la población

Tabla 49. Edad en días al diagnóstico de sífilis congénita, por lugar de procedencia y sexo, 2004

Edad en días	Bogotá				Boyacá			Casanare			Cundinamarca			Tolima			Total	%
	Mujer	Hombre	Sin dato	Total	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total		
0	26	17	0	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	18,22
1	32	17	1	50	0	1	1	1	0	1	3	0	3	0	0	0	55	23,31
2	17	5	0	22	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0	0	0	10	10,59
3	7	2	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	3,81
4	12	5	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	18	7,63
5	6	5	0	11	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	12	5,08
6	6	1	0	7	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3,39
7	3	2	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	7	2,97
8	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,85
9	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,85
10	3	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2,12
12	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,85
13	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,85
15	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,42
17	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,85
19		1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,42
20	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1,27
23		1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,42
28	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,42
Sin dato	27	6	1	34	1	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	37	15,68
Total	153	65	2	220	2	1	3	1	1	2	5	4	9	1	1	2	236	100

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

Tabla 50. Casos de sífilis congénita por régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud y lugar de procedencia Bogotá D.C., 2004

Nombre asegurador	Bogotá					Fuera de Bogotá					Número de casos	%
	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	Particular	Total	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	Particular	Total		
Cafam	0	6	0	0	6	0	1	0	0	0	7	2,97
Cafesalud	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0,85
Cajasalud	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,85
Caprecom	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,85
Comfenalco	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,85
Comparta	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,42
Compensar	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,42
Cooameva	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,42
Corvesalud	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,42
Cruz Blanca	3	0	0	0	3	1	0	0	0	0	4	1,69
Ecoopsos	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,85
Famisanar	4	0	0	0	4	1	0	0	0	0	5	2,12
FFD (y otras Sec.)	0	0	135	0	135	0	0	4	0	0	139	58,90
FFMM	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,42
Humana Vivir	0	7	0	0	7	0	0	0	0	0	7	2,97
I.S.S.	7	0	0	0	7	0	0	0	0	0	7	2,97
Mutual Ser	0	7	0	0	7	0	0	0	0	0	7	2,97
Salud Total	11	2	0	0	13	0	0	0	0	0	13	5,51
Saludcoop	4	0	0	0	4	4	0	0	0	0	8	3,39
Sanitas	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,85
Solsalud	0	5	0	0	5	0	0	0	0	0	5	2,12
Susalud	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	1,69
Unicajas	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	3	1,27
Particular	0	0	0	6	6	0	0	0	1	0	7	2,97
Sin dato	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	3	1,27
Total	38	40	135	7	220	9	1	4	1	0	236	100

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

clasificada como particulares (8) tuvo un porcentaje de 3,18.

La tasa de incidencia más alta por régimen de afiliación fue para la población de participantes vinculados (5,10 por 1.000 nacidos vivos), seguida del régimen subsidiado, con una tasa 1,91 por 1.000 nacidos vivos, y del contributivo con 0,59 por 1.000 nacidos vivos. La población identificada como particulares tuvo una tasa de 5,29 por 1.000 nacidos vivos.

4.4 Hepatitis B

El Ministerio de Salud introdujo en 1994 la vacuna contra la hepatitis B en el esquema de vacunación para menores de 5 años; se esperaba mejorar así el comportamiento de este evento hasta su eliminación en un periodo no inferior a cincuenta años, a no ser que se implementaran paralelamente intervenciones

en vacunación en poblaciones de alto riesgo, lo que reduciría el tiempo de su eliminación⁹.

Durante 2004 fueron notificados por medio del sistema alerta acción 262 casos de hepatitis B, de los cuales 85,1% eran residentes en Bogotá, con una tasa de incidencia estimada por la notificación de 0,032 por 1.000 habitantes.

Por grupo de edad, la incidencia más alta se presentó en el de 20 a 24 años, con una tasa de 0,058 por 1.000 habitantes, seguido del grupo de 30 a 34, cuya tasa fue de 0,044 por 1.000 habitantes. El grupo con mayor proporción de casos notificados fue el de 20 a 24 años, con 15,3% (tabla 51).

Por localidad de residencia, la tasa de incidencia más alta la obtuvo La Candelaria, con 0,146 por 1.000 habitantes, seguida de Santa Fe, con una tasa de 0,103 por 1.000 habitantes. La mediana de esa tasa fue de 0,032 por 1.000 habitantes (tabla 52).

Tabla 51. Notificación de hepatitis B, por grupo de edad y lugar de procedencia, 2004

Grupo de edad	Bogotá				Fuera de Bogotá		Total	%	Población de Bogotá	Tasa por 1000 habitantes (Incidencia por notificación)
	Mujer	Hombre	Sin dato	Total	Mujer	Hombre				
< 1	1	4	0	5	0	1	6	2,3	140.632	0,036
1 a 4	4	1	0	5	1	5	11	4,2	557.163	0,009
5 a 9	5	1	0	6	1	1	8	3,1	673.046	0,009
10 a 14	6	5	0	11	1	1	13	5,0	591.601	0,019
15 a 19	9	8	0	17	1	1	19	7,3	588.464	0,029
20 a 24	21	15	0	36	0	4	40	15,3	621.264	0,058
25 a 29	8	16	0	24	1	1	26	9,9	604.022	0,040
30 a 34	12	14	0	26	3	6	35	13,4	586.186	0,044
35 a 39	5	16	0	21	2	1	24	9,2	574.557	0,037
40 a 44	7	17	0	24	2	3	29	11,1	536.257	0,045
45 a 49	3	6	0	9	0	0	9	3,4	434.985	0,021
50 a 54	5	7	1	13	0	0	13	5,0	323.092	0,040
55 a 59	4	2	0	6	0	0	6	2,3	233.505	0,026
60 a 64	3	6	0	9	0	0	9	3,4	175.757	0,051
> 65	4	7	0	11	1	2	14	5,3	327.344	0,034
Total	97	125	1	223	13	26	262	100	6'967.875	0,032

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

⁹ Boletín Epidemiológico Distrital. Volumen 5, 2000.

Tabla 52. Tasa de incidencia por notificación de casos de hepatitis B según localidad de residencia, 2004

Localidad de residencia	Total	Población	Tasa de por 1.000 habitantes (Incidencia por notificación)
Usaquén	23	458.773	0,050
Chapinero	8	122.991	0,065
Santa Fe	11	107.044	0,103
San Cristóbal	14	461.911	0,030
Usme	9	274.968	0,033
Tunjuelito	5	204.367	0,024
Bosa	18	496.439	0,036
Kennedy	17	992.910	0,017
Fontibón	7	323.595	0,022
Engativá	14	791.432	0,018
Suba	14	804.149	0,017
Barrios Unidos	10	176.552	0,057
Teusaquillo	4	126.125	0,032
Los Mártires	3	95.541	0,031
Antonio Nariño	5	98.355	0,051
Puente Aranda	6	282.491	0,021
La Candelaria	4	27.450	0,146
Rafael Uribe	20	385.640	0,052
Ciudad Bolívar	16	685.399	0,023
Bogotá sin dirección	14	46.512	0,301
Sin dato	1	-	-
Fuera de Bogotá	39	-	-
Total Bogotá	223	6'967.875	0.032
TOTAL casos notificados	262		

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

El mayor porcentaje (5,34%) de los casos notificados de fuera de Bogotá procedía del departamento de Cundinamarca, seguido de Boyacá, con 3,05%, y Risaralda (1,05%). Los demás departamentos fueron Amazonas, Meta, Valle y Tolima, con 0,76%, que correspondía a 2 casos cada uno, seguidos de Antioquia, Atlántico, Cesar, Guaviare, Huila, Quindío, Santander y Tolima, con 1 caso cada uno, representando 0,36%.

La tabla 53 permite observar la distribución de los casos que fueron notificados por medio del sistema

alerta acción durante 2004, por régimen de afiliación al SGSSS y asegurador. La mayor proporción de los casos corresponde al régimen contributivo (56,95%), seguido de la población vinculada (17,9%), y del régimen subsidiado, con 14,8%.

La mayor proporción de casos estaba afiliada a la EPS Seguro Social, con 12,2% del total de casos notificados, seguido de Salud Total con 6,7%, y de la población vinculada (16,4%).

Tabla 53. Comportamiento de los casos de hepatitis B notificados, por régimen de afiliación al SGSSS, 2004

Nombre asegurador	Bogotá			Fuera de Bogotá			Total	%
	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	Contributivo	Subsidiado	Vinculado		
Cafam	0	4	0	0	0	0	4	1,5
Cafesalud	8	0	0	0	0	0	8	3,1
Cajasalud	0	1	0	0	0	0	1	0,4
Colmédica	3	0	0	0	0	0	3	1,1
Colmena	1	0	0	0	0	0	1	0,4
Colpatria	5	0	0	0	0	0	5	1,9
Colsanitas	15	0	0	5	0	0	20	7,6
Comfenalco	0	2	0	0	0	0	2	0,8
Compensar	1	0	0	0	0	0	1	0,4
Coomeva	3	0	0	0	0	0	3	1,1
Coosalud	0	3	0	0	0	0	3	1,1
Cruz Blanca	3	0	0	0	0	0	3	1,1
Ecoopsos	0	2	0	0	0	0	2	0,8
Ecopetrol	1	0	0	0	0	0	1	0,4
Famisanar	10	0	0	2	0	0	12	4,6
FFD	0	0	40	0	0	2	43	16,4
FFMM	4	0	0	1	0	0	5	1,9
Humana Vivir	6	5	0	1	0	0	12	4,6
ISS	27	0	0	5	0	0	32	12,2
Mutual Ser	0	1	0	0	0	0	1	0,4
Policía	2	0	0	0	0	0	2	0,8
Redsalud	1	0	0	0	0	0	1	0,4
Salud Colmena	1	0	0	0	0	0	1	0,4
Salud Cóndor	0	2	0	0	1	0	3	1,1
Salud Total	16	1	0	0	0	0	17	6,5
Salud Vida	0	3	0	0	0	0	3	1,1
Saludcoop	3	0	0	0	0	0	3	1,1
Sanitas	7	0	0	2	0	0	9	3,4
Solsalud	0	6	0	0	0	0	6	2,3
Susalud	3	0	0	0	0	0	3	1,1
Unicajas	0	2	0	0	0	0	2	0,8
Unisalud	1	0	0	0	0	0	1	0,4
Particular	1	0	0	0	0	0	38	14,5
Sin dato	5	1	0	1	0	0	11	4,2
TOTAL	127	33	40	23	17	2	262	100

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

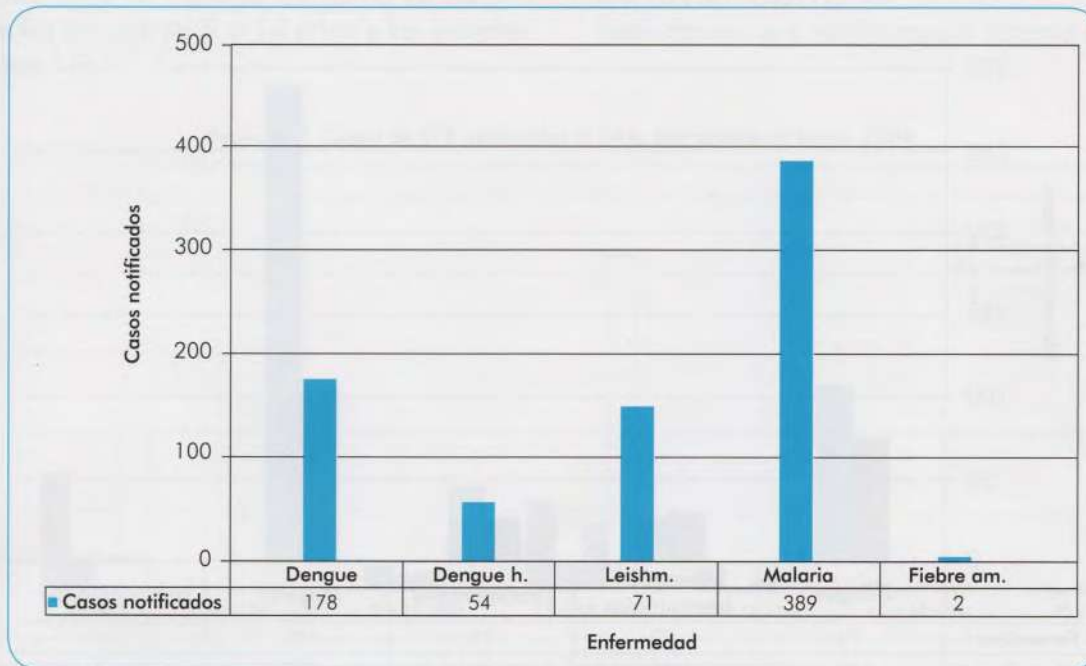
5. Enfermedades transmitidas por vectores

Las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) objeto de vigilancia epidemiológica son malaria, dengue clásico, dengue hemorrágico, Leishmaniasis y fiebre amarilla. Como dato especial, en 2004 se notificaron dos casos positivos de fiebre amarilla en Bogotá; uno de ellos culminó en muerte por esta

causa. En el gráfico 15 se observa el número de casos de ETV objeto de vigilancia que fueron notificados durante 2004.

Por régimen de afiliación, al régimen contributivo pertenecía 46,97% de los casos ($n=325$); al subsidiado 7,95 ($n=55$); 32,23% de los casos eran de población participante vinculada; y 11,71% ($n=81$) se reportó como particular (tabla 54).

Gráfico 15. Número de casos de ETV notificados, 2004



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

Tabla 54. Número de casos de ETV notificados, por régimen de afiliación, 2004

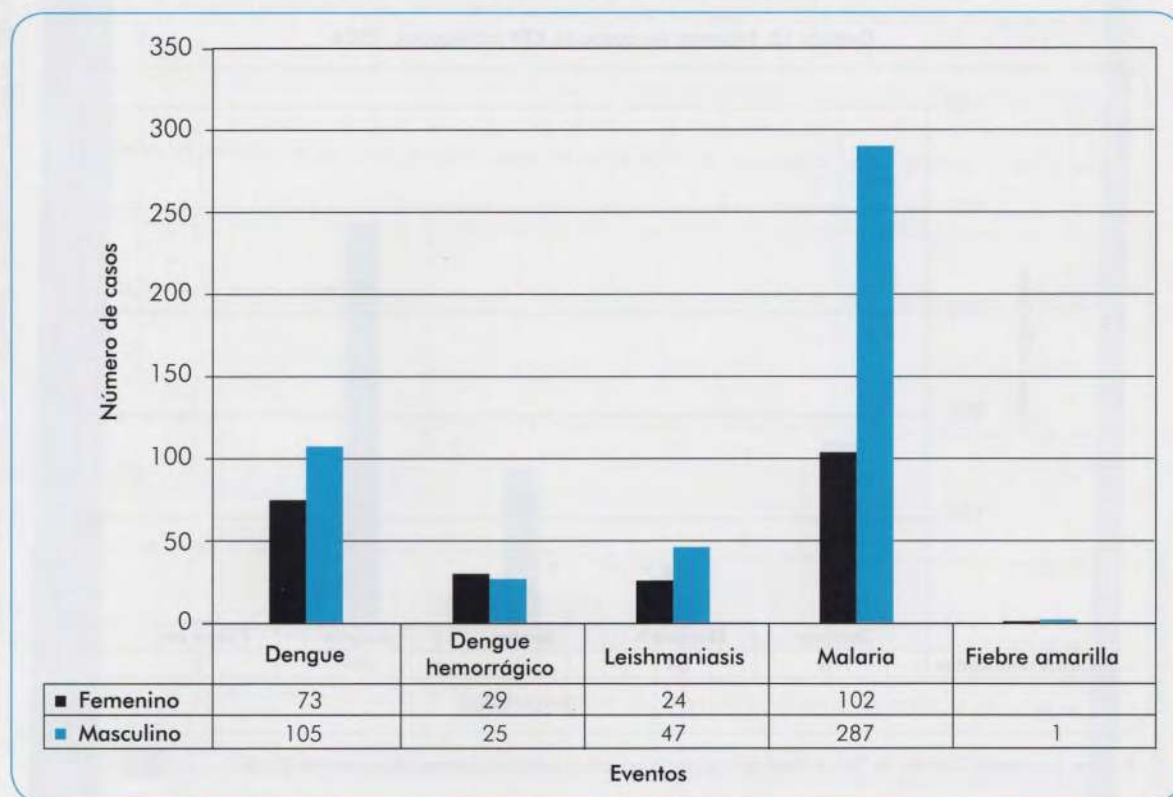
Afiliación	Dengue	Dengue hemorrágico	Leishmaniasis	Malaria	Total
Contributivo	143	44	1	137	325
Desplazado				1	1
Régimen especial		1		6	7
Subsidiado	2	2		51	55
Vinculado	14	6	70	133	223
Particular	19	1		61	81
Total	178	54	71	389	692

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

Por sexo predomina la presentación de estos en el masculino, pero en algunos la diferencia no es tan significativa; salvo para el evento de malaria, en el que es bastante notoria la presentación de casos en hombres (gráfico 16).

En cuanto a la procedencia de los casos, se destaca que los departamentos que más aportaron fueron, en su orden: Meta, Cundinamarca, Tolima y Guaviare (tabla 55). Se notificaron también casos de ETV procedentes de otros países, como Venezuela, Ecuador y Brasil (tabla 56).

Gráfico 16. Número de casos de ETV notificados, por sexo, 2004



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

Tabla 55. Casos de ETV notificados al SAA, por departamento de procedencia, 2004

Departamento	Dengue clásico	Dengue hemorrágico	Leishmaniasis	Malaria	Total
Bogotá	5	4	3	6	18
Boyacá	1	2	16	3	22
Chocó	2	1		19	22
Cundinamarca	48	11	27	26	112
Guaviare	6	1	1	59	67
Huila	12	6		1	19
Meta	28	8	3	137	176
Tolima	38	9	8	12	67

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

Tabla 56. Casos de ETV notificados al SAA procedentes de otros países, 2004

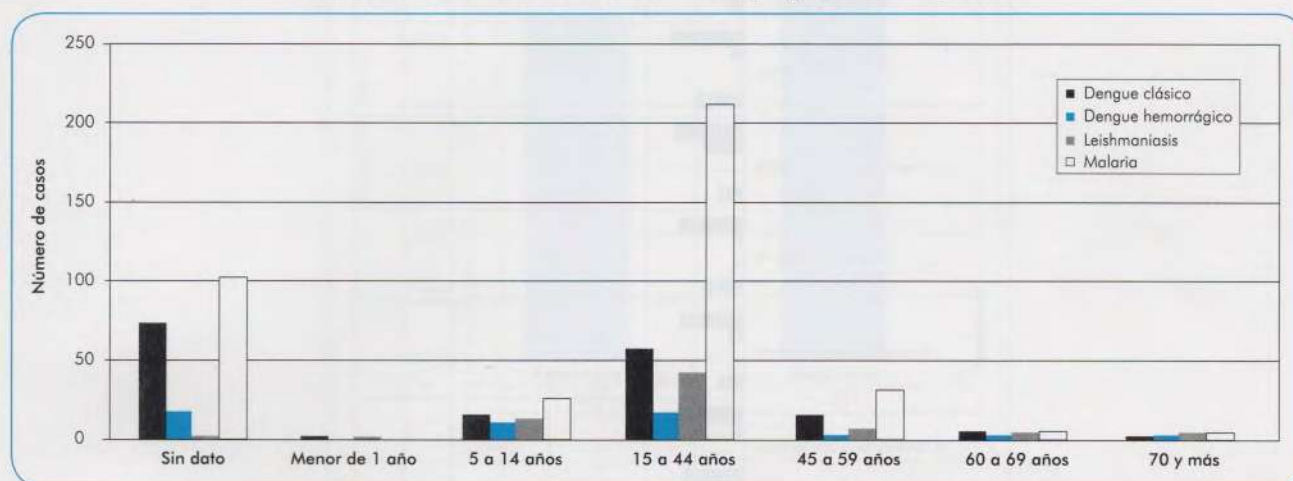
País	Dengue clásico	Dengue hemorrágico	Leishmaniasis	Malaria	Total
Brasil	1	0	0	0	1
Ecuador	0	0	0	1	1
Venezuela	0	1	0	1	2

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

En el comportamiento de las ETV por grupo de edad siguen siendo prevalentes los casos en la población económicamente activa, aun cuando se destaca la proporción de casos de malaria, así como las edades extremas en los grupos de 5 a 14 años y los mayores de 45 (gráfico 17).

En relación con las instituciones que aportaron al sistema de vigilancia mediante la notificación de casos, la tabla 57 presenta las quince primeras IPS que aportaron con el mayor número de casos, de un total de 271 instituciones que notificaron al sistema en 2004.

Gráfico 17. Casos de ETV notificados al SAA, por grupos de edad, 2004



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

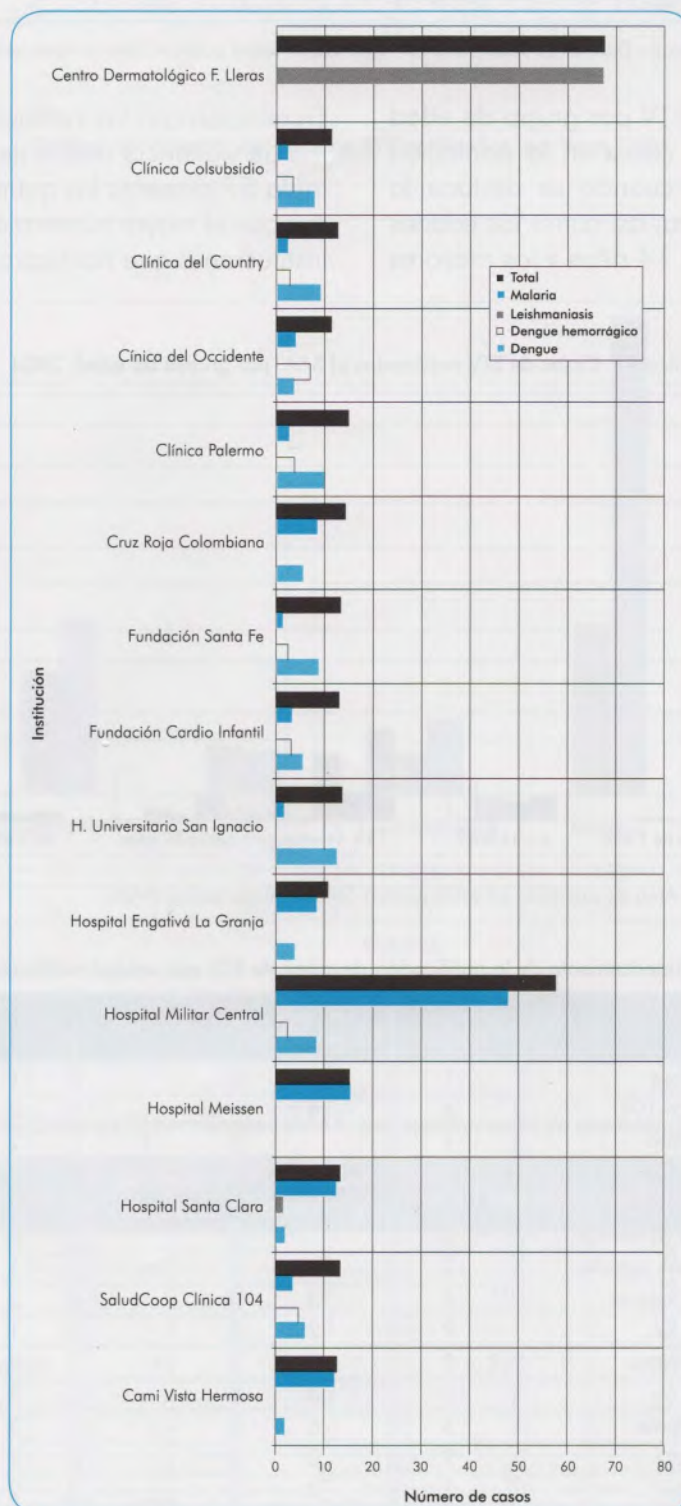
Tabla 57. Comportamiento de la notificación de casos de ETV, por unidad notificadora, 2004

	Dengue clásico	Dengue hemorrágico	Leishmaniasis	Malaria	Total
Cami Vista Hermosa	1			11	12
SaludCoop Clínica 104	6	4		3	13
Hospital Santa Clara	1		1	12	14
Hospital Meissen				15	15
Hospital Militar Central	7	1		49	57
Hospital Engativá La Granja	3			8	11
H. Universitario San Ignacio	12			1	13
Fundación Cardioinfantil	6	3		3	12
Fundación Santa Fe	9	2		1	12
Cruz Roja Colombiana	5			9	14
Clínica Palermo	10	3		2	15
Clínica del Occidente	3	6		3	12
Clínica del Country	9	2		2	13
Clínica Colsubsidio	7	3		2	12
Centro Dermatológico F. Lleras			68		68

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

En el gráfico 18 se observa que el centro dermatológico Federico Lleras es una de las unidades que más ETV notifica, siendo exclusivo en la notificación de casos de *Leishmaniasis*: 95,7% (n= 68) los reporta este centro asistencial.

Gráfico 18. Primeras instituciones notificadoras de ETV al sistema alerta acción, 2004



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

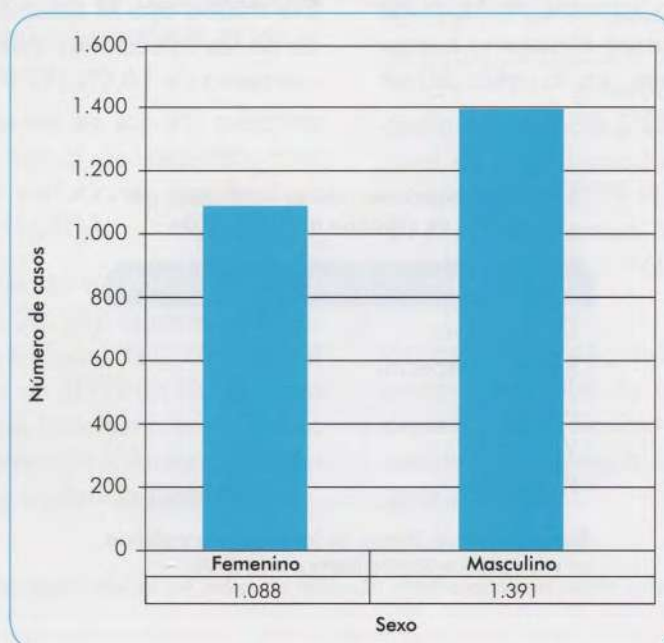
5.1 Exposiciones rábicas

En 2004 al sistema de vigilancia se notificaron 2.479 casos; por sexo, el comportamiento de este evento muestra que 1.088 casos, 43,8%, se presentaron en el femenino y 1.391 (56,11%) en el masculino (gráfico 19).

En cuanto a la edad, en el gráfico 20 se observa que gran proporción de los casos (29%; n= 726) notifica-

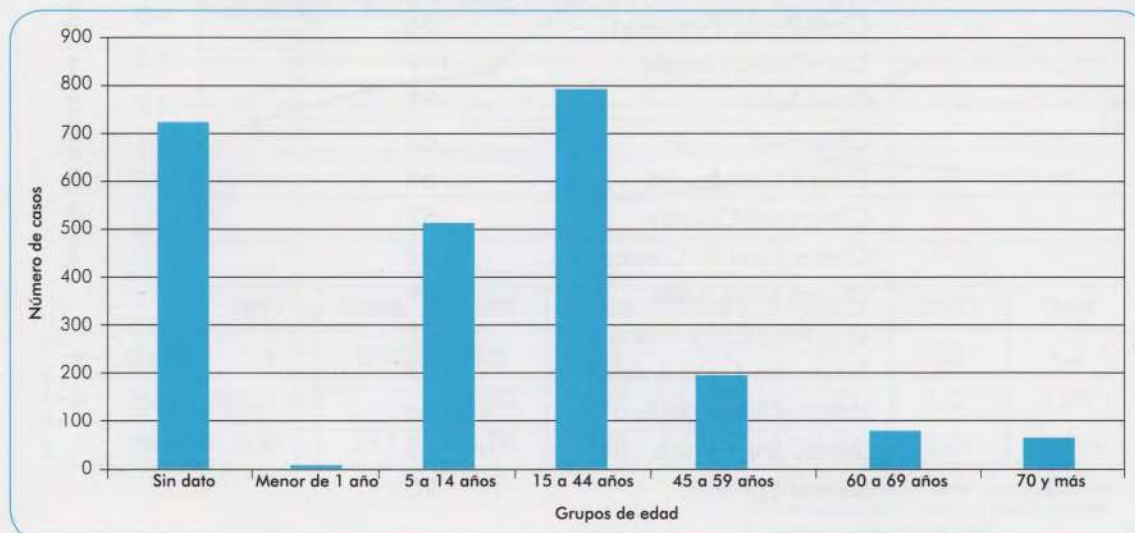
dos al sistema como exposiciones rábicas no especificaron esa variable. En el grupo de 5 a 14 años se encuentra 20% de los casos, es decir, una de cada cinco exposiciones notificadas correspondió a este grupo; y el de 15 a 44 años concentró 31% (n= 787 casos) lo que da un peso importante a este segmento de la población.

Gráfico 19. Exposición rábica, por sexo, 2004



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

Gráfico 20. Comportamiento de las exposiciones rábicas notificadas por grupo etáreo, 2004



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

En relación con el comportamiento por régimen de afiliación al sistema general de seguridad social, el contributivo aportó más número de casos, 1.338 (53%), seguido de la población identificada como participantes vinculados, con 577 casos (23%) (tabla 58).

En cuanto a la procedencia de los casos notificados, 94% eran autóctonos (lugar de residencia Bogotá), y sólo un pequeño porcentaje (1%) procedía de Cundinamarca: 44 casos; es importante destacar que en 99 casos (3,94%) no se reportó la variable de lugar de procedencia. Los que se notificaron al sistema fueron reportados por 271 instituciones; en la tabla 60 se

presentan las catorce IPS que más aportaron al volumen de notificación.

6. Infecciones intrahospitalarias

En Bogotá, durante 2004, 71 instituciones prestadoras de servicios de salud reportaron 14.800 casos de infección intrahospitalaria en 588.014 egresos hospitalarios, para un índice global de infección intrahospitalaria de 2,52%.

Ese mismo año el sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias muestra un incremento de 16,9% (12 IPS) en el número de unidades

Tabla 58. Exposiciones rábicas notificadas, por régimen de afiliación al SGSSS, 2004

Afiliación	Exposición rábica
Contributivo	1338
Régimen especial	6
Subsidiado	211
Vinculado	577
Particular	347

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

Tabla 59. Comportamiento de las exposiciones rábicas por unidad notificadora, 2004

Institución	Número de casos
Cami Gaitana	67
Cami Prado Veraniego	56
Cami Santa Librada	149
Cami Suba	95
Chapinero	63
Clínica Colsubsidio	54
Clínica del Country	52
Clínica Juan N. Corpas	87
Clínica Reina Sofía	59
Cruz Roja Colombiana	71
Fundación Cardioinfantil	107
Hospital Simón Bolívar	66
SaludCoop Clínica 104	65
Sanitas Eps	90

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

notificadoras con respecto al año anterior, lo que favorece el aumento en la notificación de estos eventos y el fortalecimiento del sistema en la ciudad.

El cumplimiento de la notificación del sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias alcanzó 95,7% de lo esperado anualmente, de acuerdo con las unidades notificadoras activas en el sistema; sin embargo, la notificación inmediata de brotes fue deficiente.

En las IPS privadas de tercer nivel de complejidad el índice global de infección intrahospitalaria se mantuvo en 2,6% en 2003 y 2004.

La notificación de estos eventos en las IPS adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de segundo nivel de complejidad no muestra variaciones significativas entre 2003 (1,22%) y 2004 (1,20%).

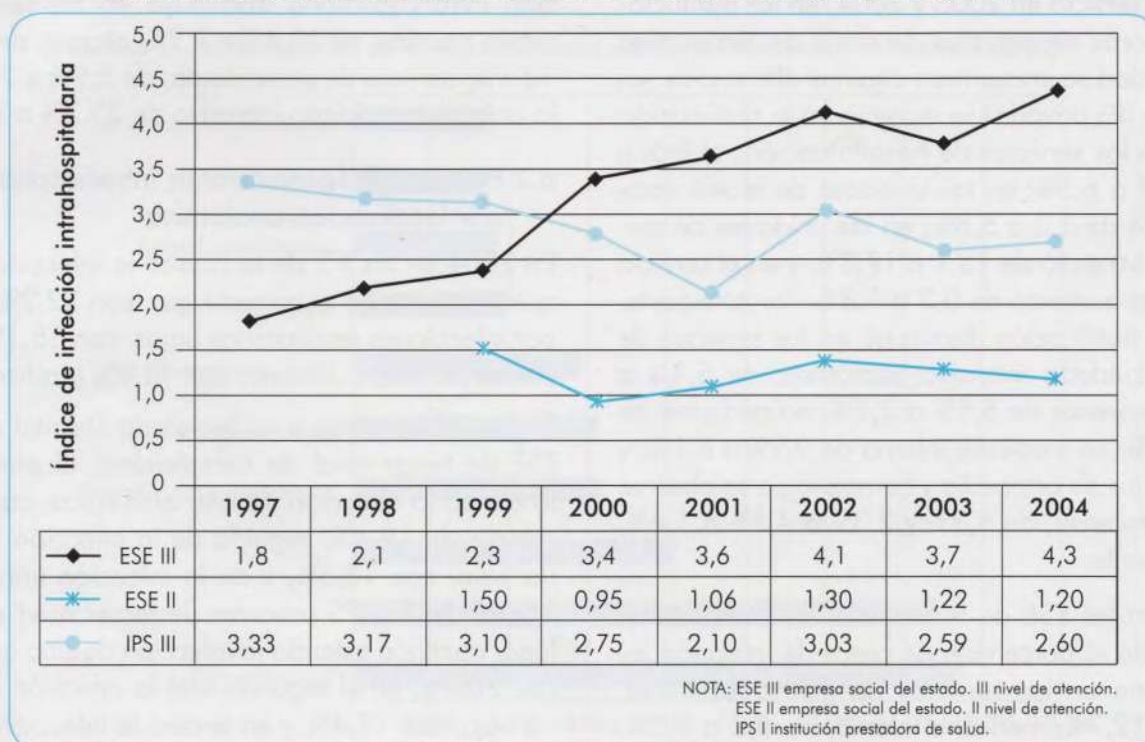
Las empresas sociales del estado de primer nivel reportaron 43 casos de IIH en 23.559 egresos hospitalarios en 2004, para un índice global de 0,18%, que si bien es superior al reportado en 2003 (0,151%), deja en evidencia la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica en estos niveles con el fin de aumentar la sensibilidad del sistema de vigilancia (gráfico 21).

6.1 Infecciones intrahospitalarias por servicio

En 2004 el mayor porcentaje de IIH notificadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad se presentó en cirugía con 20,4% (n= 2.710), seguido por las unidades de cuidado intensivo, con 17,1% (n= 2.275) y el servicio de ginecoobstetricia, con 11,2% (n= 1.488). Estos resultados fueron similares a los de 2003. En las IPS adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, ESE de tercer nivel de complejidad, el mayor porcentaje de infecciones intrahospitalarias ocurrieron en el servicio de unidad de cuidados intensivos, con 22,2% (565), seguidos por cirugía con 18,6% (474), ginecoobstetricia, con 12,7% (324) y pediatría, con 8% (203); en las IPS privadas de tercer nivel de complejidad el primer lugar correspondió a cirugía, con 23,5% (1.947), seguido de las unidades de cuidado intensivo, con 17,3% (1.435), ginecoobstetricia, con 9% (746) y medicina interna, con 8,1% (669).

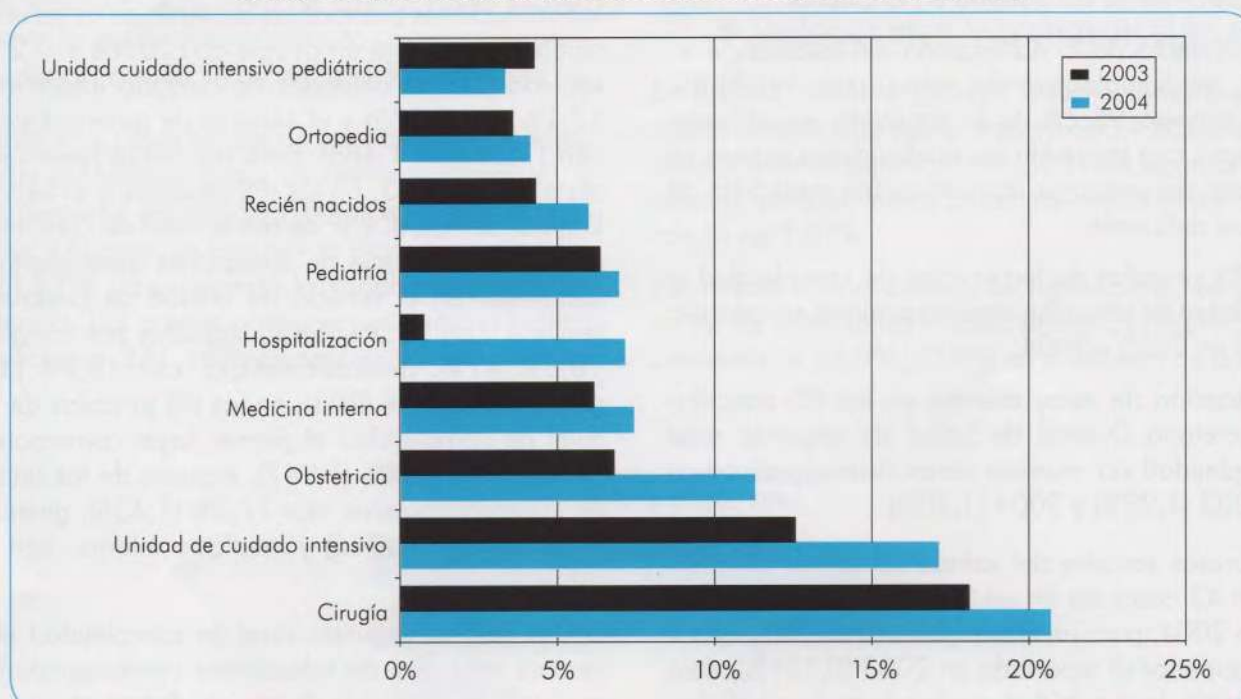
En las ESE de segundo nivel de complejidad el porcentaje más alto de infecciones intrahospitalarias se presentó en el servicio de ginecoobstetricia, con 37%, seguido por cirugía con 21% y pediatría con 12% (gráfico 22).

Gráfico 21. Comportamiento del índice de infección intrahospitalaria según prestador, 1997-2004



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

Gráfico 22. Distribución de infección intrahospitalaria según servicio, 2003-2004



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

Al comparar la notificación de infecciones intrahospitalarias por servicio en 2003 y 2004, en las instituciones prestadoras de servicios de salud de tercer nivel de complejidad se encuentran algunas diferencias: en 2004 en las IPS privadas se incrementó la notificación de casos en los servicios de hospitalización: el índice pasó de 1,7 a 6,5%; en las unidades de recién nacidos aumentó de 3,3 a 5,8%; en las unidades de cuidado intensivo pasó de 15,1 a 17,3%; y en el servicio de urgencias aumentó de 0,3 a 1,8%. Por otra parte, en 2004 la notificación disminuyó en los servicios de unidad de cuidado intensivo pediátrico, de 5,4% a 1,9%; en neonatos de 5,5% a 2,7%; en pediatría de 8,2% a 5,7%; en medicina interna de 9,9% a 8,1%; y en los servicios de ortopedia y hematología se observó un ligero descenso, de 5,3% y 2,3% a 4,5% a 1,6%, respectivamente.

En 2004, en las ESE de tercer nivel de complejidad se incrementó el porcentaje de casos de infección intrahospitalaria en los servicios de ginecoobstetricia, de 5,3% a 12,7%; medicina interna, de 5,2 a 7,5%; quemados, de 2,9% a 4,5%; y ortopedia, de 4% a

5,3%. De otra parte, el porcentaje de casos de infección intrahospitalaria disminuyó en los servicios de recién nacidos, de 10,6% a 7,7%; cirugía, de 21,3% a 18,6%; servicio de ginecología, de 3,9% a 2,2%; y en la unidad de cuidado intensivo de 23,3% a 22,2%.

6.2 Porcentaje de infecciones intrahospitalarias por localización anatómica

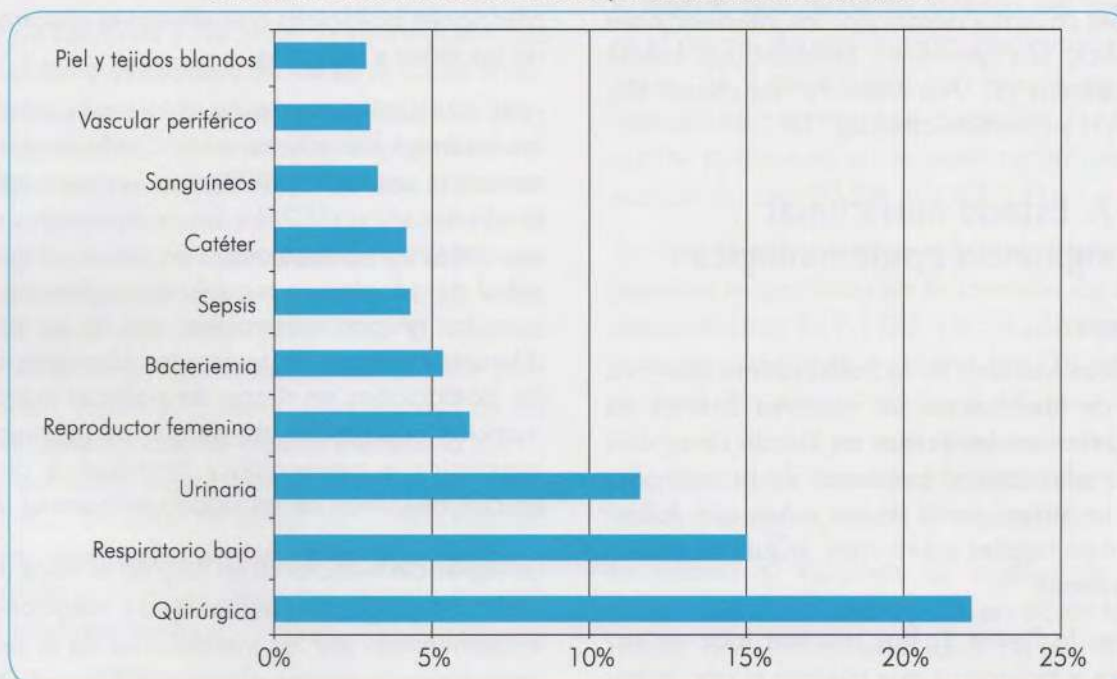
En 2004 en las IPS de la ciudad la infección del sitio quirúrgico ocupó el primer lugar, con 22,2%, seguida por infecciones respiratorias bajas, con 15,1% e infecciones del tracto urinario, con 11,7% (gráfico 23).

En las IPS adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, ESE de tercer nivel de complejidad, el primer lugar lo ocupó la infección de sitio quirúrgico, con un porcentaje de 19,4%, seguida de la infección respiratoria baja, con 18,5%, y de la infección urinaria, con 15,2%. En las IPS privadas de tercer nivel en primer lugar continúa estando la infección de sitio quirúrgico, con 28,4%, en el segundo está la infección respiratoria baja, con 17,4%, y en tercero la infección urinaria, con 14,2%.

En 2004 en las instituciones prestadoras de servicios de salud de tercer nivel de complejidad se notificaron 6.926 cultivos, siendo el de mayor frecuencia la *Escherichia coli*, en 1.079 IIH (15,6%), seguido por el

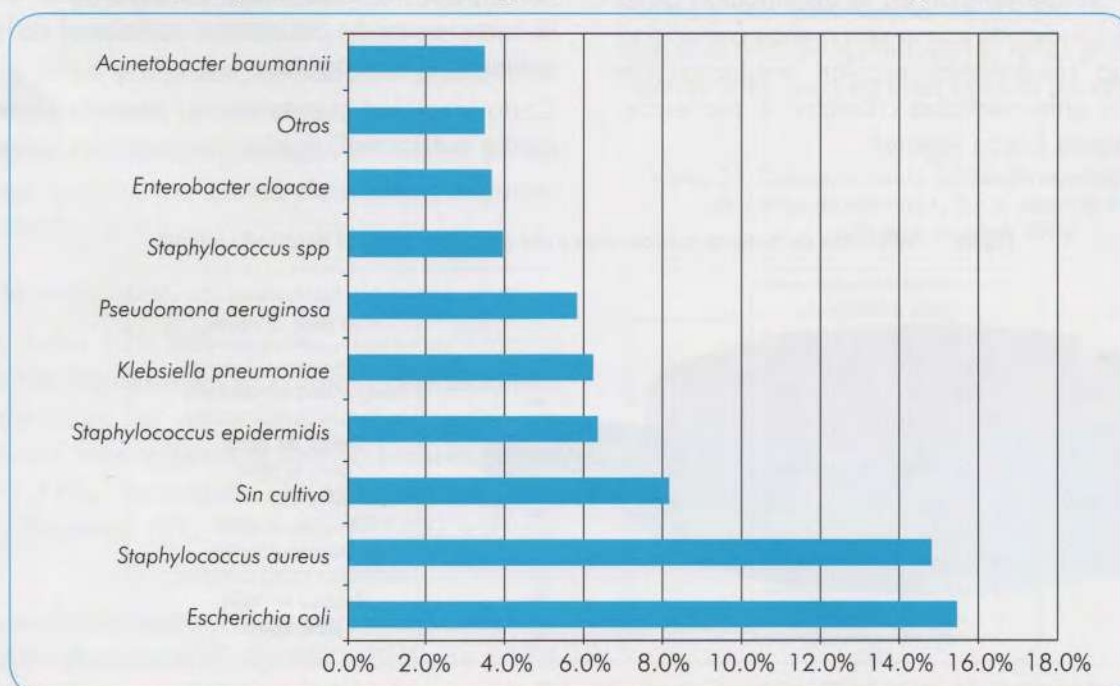
Staphylococcus aureus en 1.032 IIH (14,9%), el *Staphylococcus epidermidis* en 450 IIH (6,5%), la *Klebsiella pneumoniae* en 422 IIH (6,1%) y la *Pseudomona aeruginosa* en 402 IIH (5,8%) (gráfico 24).

Gráfico 23. Distribución de casos de IIH por localización anatómica, 2004



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

Gráfico 24. Comportamiento de los microorganismos aislados en infecciones intrahospitalarias, 2004



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

6.3 Intervención en brotes

Durante 2004, por conducto de las IPS o de quejas de la comunidad se notificaron 14 brotes de infección intrahospitalaria en diferentes servicios y por diversos gérmenes. La Secretaría Distrital de Salud prestó asesoría y asistencia técnica, con el objetivo de identificar las posibles causas y desarrollar las intervenciones para su control. Los gérmenes involucrados fueron *Serratia marcescens* (4), *Acinetobacter baumannii* (3), *Enterobacter* (1) y *Candida albicans* (1).

7. Estado nutricional y su vigilancia epidemiológica

7.1 Presentación

La Organización Mundial de la Salud estima que más de la mitad de las muertes de menores 5 años de edad que ocurren en los países en vía de desarrollo están relacionadas con alteraciones de la nutrición, aun cuando la mayor parte de los niños que sufren deficiencias nutricionales sobreviven. ¿Qué les pasa a los que sobreviven?

Como muestra la figura 1, hay muchos factores socioeconómicos y biológicos que afectan el crecimiento de los niños, y entre ellos la alimentación tiene un papel central.

Las consecuencias se reflejan en la disminución de la calidad de vida, indicada como una menor capacidad cognitiva, bajo rendimiento escolar, predisposición a infecciones y enfermedades crónicas, y, por ende, adultos con menos fuerza laboral.

En el mundo actual se producen alimentos en forma suficiente para cubrir las necesidades de toda la población mundial; sin embargo, la iniquidad, expresada como la guerra de poderes y la falta de integralidad en las acciones, ha alimentado los niveles de pobreza, inseguridad alimentaria, alteraciones ambientales y afecciones biológicas que alteran el desarrollo normal de las niñas y los niños.

Ante este panorama y teniendo como punto de partida las estrategias expuestas en la Conferencia internacional sobre nutrición (1992), la Cumbre mundial sobre la alimentación (1996) y los compromisos nacionales apoyados en la legislación en salud, surgió la necesidad de adoptar un modelo de vigilancia nutricional para los grupos vulnerables, que le permitiera a los diferentes actores institucionales identificar las zonas y las poblaciones en riesgo de padecer hambre y malnutrición, con el fin de dirigir las intervenciones de promoción y prevención y contribuir a disminuir los efectos negativos de un estado nutricional deficiente.

La vigilancia nutricional en Bogotá se hace mediante el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (Sisván), implementado por las instituciones de la red adscrita, instituciones públicas como el ICBF y el DABS y por instituciones de salud privadas que han encontrado en el Sisván una herramienta de vigilancia oportuna, tanto para las estadísticas institucionales como para la caracterización del estado nutricional de los grupos vulnerables en Bogotá.

Cada localidad cuenta con su propio sistema de vigilancia nutricional, que en conjunto ha logrado apor-

Figura 1. Influencia de factores nutricionales y del ambiente sobre el desarrollo infantil



Fuente: (1) Wachs TD. Necessary but not sufficient. The respective roles of single and multiple influences on individual development. Washington: American Psychological Association, 2000.

tar información oportuna del estado nutricional de los menores de siete años, de las gestantes y de los recién nacidos con bajo peso. De esta forma se ha logrado canalizar y focalizar acciones desde el sector salud y desde los diferentes entes que trabajan por el bienestar de la población infantil.

En el caso de las niñas y los niños la información que sustenta el sistema es captada en los servicios de crecimiento y desarrollo, y en el de las gestantes en los controles prenatales. Para la evaluación del estado nutricional en los menores de siete años se tiene en cuenta el Z score, utilizando como población de referencia del National Center for Health Statistics (NCHS), con tres índices antropométricos universales: índice talla/edad, índice peso/talla índice peso/edad. El riesgo se determina teniendo en cuenta los puntos de corte para la clasificación según el Z score. Para el caso de las gestantes se tiene en cuenta el peso frente a la talla y la edad gestacional, determinando el índice de masa corporal (IMC). En 2004 se contó con 148 unidades notificadoras distribuidas en las veinte localidades, y la participación porcentual de la red privada alcanzó 18,2% del total reportado.

A continuación se presentan los resultados de la vigilancia del estado nutricional de los siguientes grupos poblacionales:

1. Niñas y niños menores de 7 años de edad atendidos en los hospitales de primer y segundo nivel de la red pública y algunas instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
2. Mujeres en estado de gestación atendidas en las empresas sociales del estado de primer y segundo nivel adscritas a la Secretaría Distrital de Salud.

7.2 Estado nutricional en menores de siete años

En 2004, hubo 172.285 registros, pertenecientes a niños y niñas captados en la consulta de crecimiento y desarrollo de las veinte localidades Bogotá. Las que aportaron más registros al sistema fueron Ciudad Bolívar (11,71%), Teusaquillo (11,68%), Rafael Uribe (10,01%), Engativá (8%), Kennedy (7,56%) y Usme (7,55%).

Por régimen de afiliación 44% eran participantes vinculados, 35% pertenecía al régimen subsidiado y 17% al contributivo; el porcentaje restante corresponde a

los registros sin dato, medicina prepagada, particular y régimen especial.

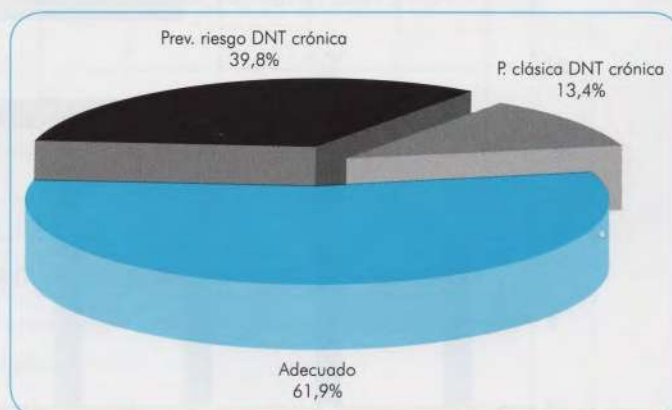
Con respecto a la distribución por grupos etáreos, el que más aportó al porcentaje de notificación al sistema fue el de menores de 2 años: 42% ($n = 117.842$). A medida que aumenta la edad del menor disminuye el aporte de notificación, por cuanto la población mayor de 2 años asiste con menor regularidad a la consulta de crecimiento y desarrollo. Por sexo el mayor aporte porcentual en la notificación correspondió al masculino, con 50,8% ($n = 87.521$).

Por tipo de servicio que notifica al sistema, 69% de los registros se captaron en la consulta de crecimiento y desarrollo ($n = 119.178$), 16,5% correspondieron a la consulta externa de medicina ($n = 28.464$), 10% a la de pediatría ($n = 17.266$) y 1,5% ($n = 2.532$) fueron notificados por el servicio de vacunación, proceso que sólo desarrolla la unidad notificadora Clinicentro La Soledad perteneciente a la organización Sanitas.

En cuanto al volumen de notificación por mes, el porcentaje osciló entre 7,3% en diciembre y 9,9% en marzo, con un promedio de 8,3% ($n = 14.375$).

Del total de menores de siete años que ingresaron al sistema 13,4% presentó desnutrición crónica medida por medio del indicador talla para la edad; el riesgo alcanzó una prevalencia de 39,8%, lo cual significa que sólo 61% de las niñas y los niños presentaba crecimiento adecuado en talla para la edad (gráfico 25).

Gráfico 25. Comportamiento del estado nutricional en menores de 7 años de estratos 1, 2 y 3, según el indicador talla para la edad, 2004



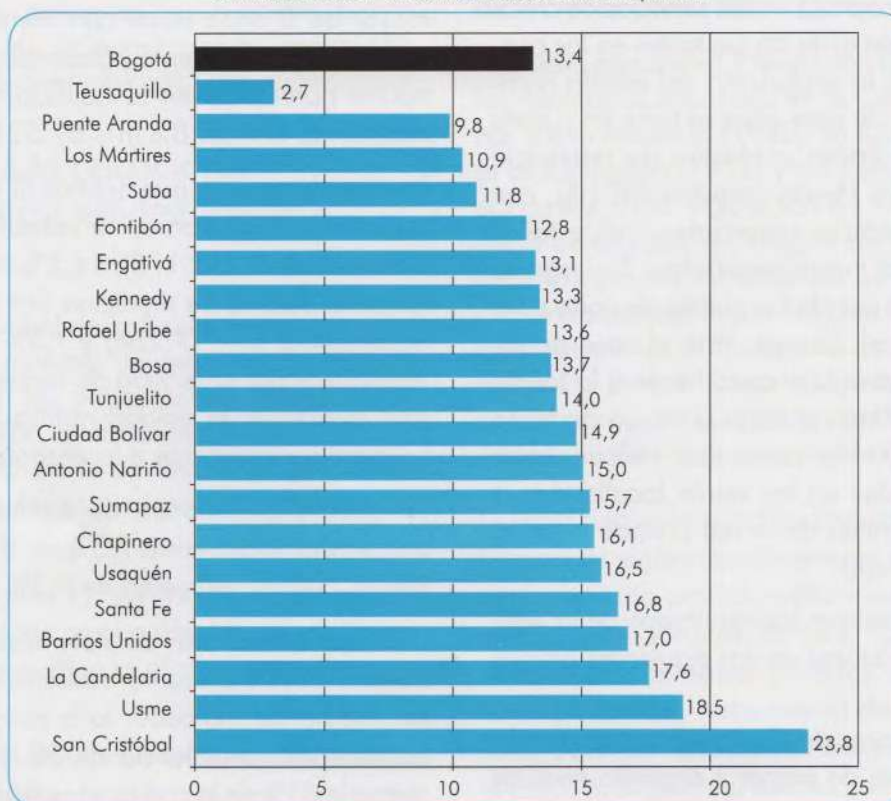
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Sisván.

Por localidad la prevalencia de desnutrición crónica oscila entre 2,7% en Teusaquillo y 23,8% en San Cristóbal (gráfico 26).

Con respecto al comportamiento de este indicador por grupo etáreo, el que tiene mayor compromiso en

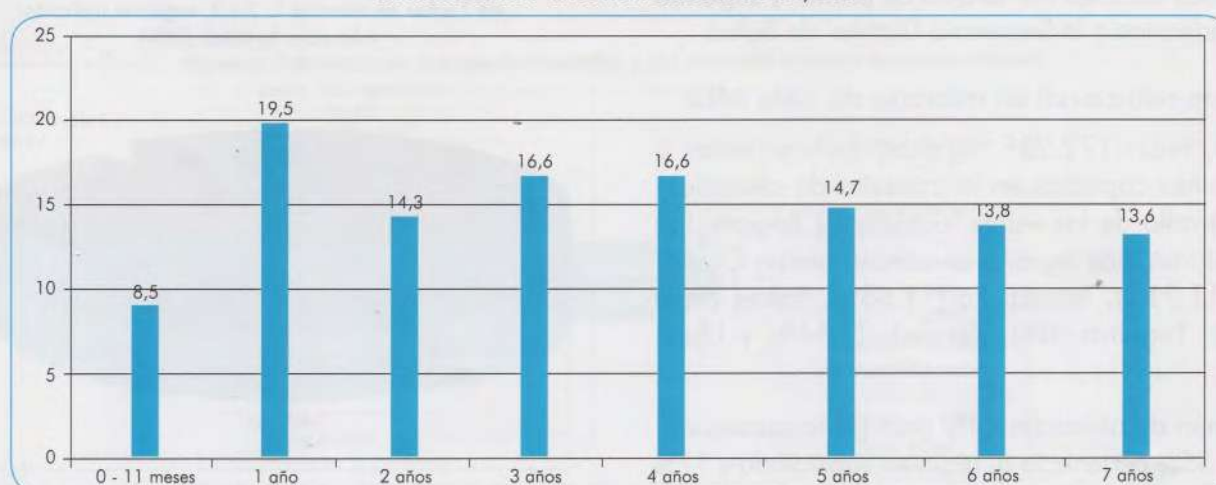
el déficit de talla para la edad corresponde a menores de 3 y 4 años; no obstante, es importante visualizar la situación de los menores de 1 año, quienes alcanzaron una prevalencia de desnutrición crónica de 19,5% (gráfico 27).

Gráfico 26. Prevalencia de desnutrición crónica, por localidad en menores de 7 años notificados al Sisván, 2004



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

Gráfico 27. Comportamiento del estado nutricional según indicador talla / edad por grupo de edad en menores de 7 años notificados al Sisván, 2004



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

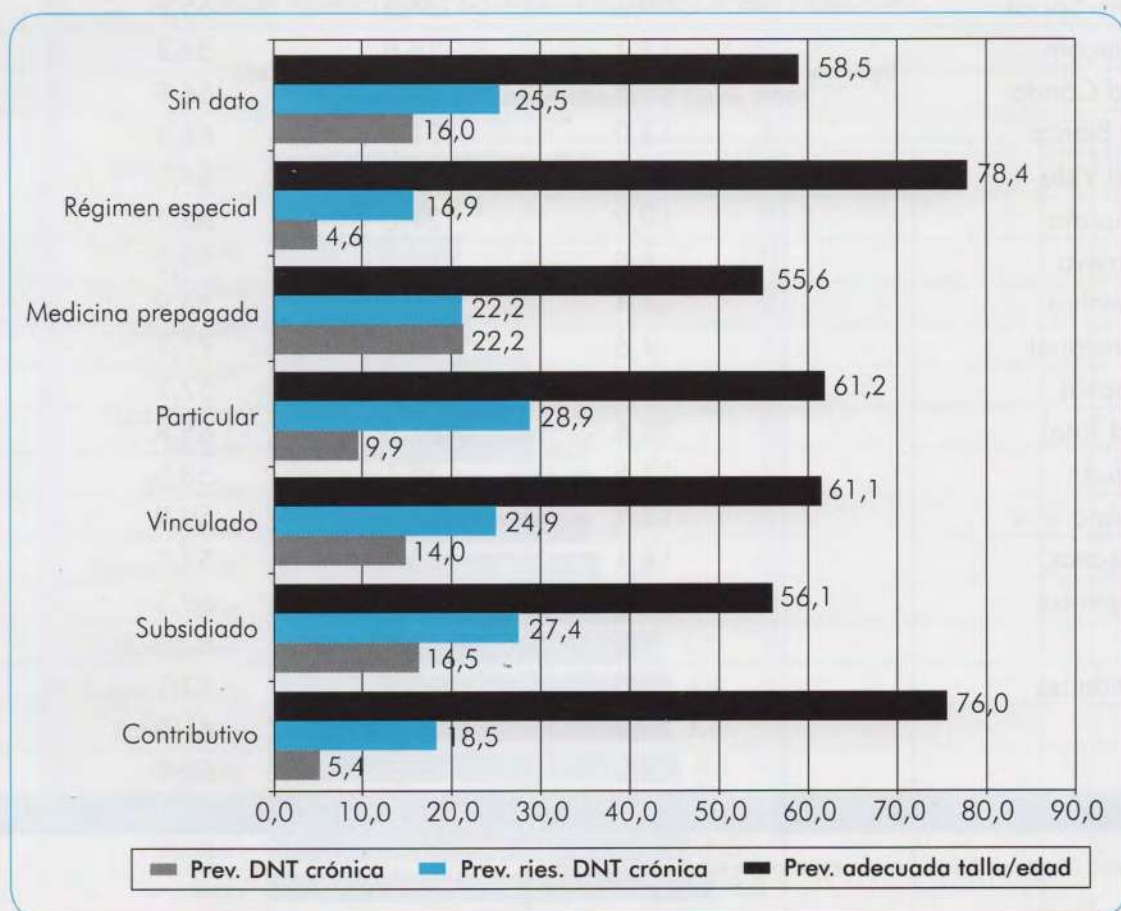
En relación con el régimen de afiliación, el régimen subsidiado aportó 16,5% (n= 10.111) para la prevalencia clásica de desnutrición aguda; los participantes vinculados 14% (n= 10.747); las personas pertenecientes al régimen contributivo 5,4% (n= 1.592); y los registros restantes pertenecen al régimen especial, medicina prepagada e información sin dato (gráfico 28).

Por entidad aseguradora, el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), con 76.817 registros, aportó 14% de déficit de talla para la edad; las ARS con mayor proporción en la prevalencia de desnutrición crónica fueron Humana Vivir (16,6%; n= 14.882); Salud Total, 15,3% (n= 13.799); Cafam, 16% (6.440); Mutual Ser, 18,2% (5.806); Comfenalco, 18,2%

(n= 3.642); y Unicajas-Cajasalud, 16,2% (n= 3.642). Con respecto a las EPS, las entidades que le aportan a la prevalencia en mayor grado fueron Cafesalud, con 12,2% (n= 2.313); y el Seguro Social, 9,6% (n= 1.734) (tabla 60).

En relación con el estado nutricional de las niñas y los niños según el indicador peso para la talla, del total de menores de 7 años que ingresaron al sistema 5,6% presentó desnutrición aguda expresada como déficit de peso para la talla; la prevalencia del riesgo para este indicador alcanzó 18,3%. El porcentaje restante corresponden a quienes tuvieron peso adecuado para la talla (72,3%) y a los menores con exceso ubicados por encima de 2 desviaciones estándar (DE), con un peso porcentual de 3,9% sobre el total (gráfico 29).

Gráfico 28. Prevalencia clásica de desnutrición crónica por régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud en menores de 7 años notificados al Sisván, 2004



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

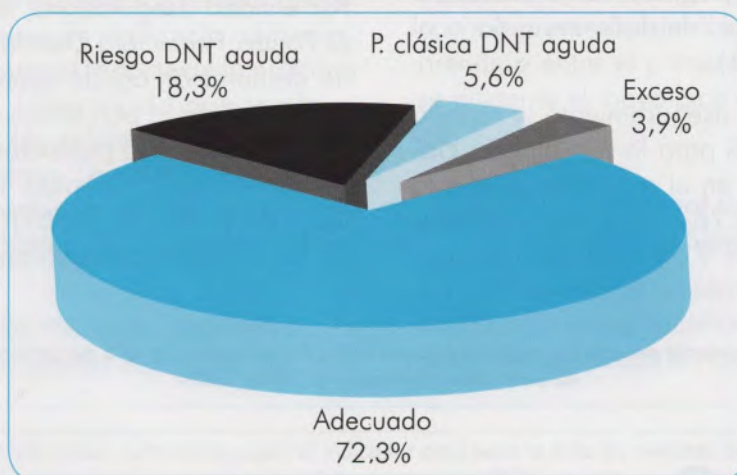
Tabla 60. Comportamiento del estado nutricional según el indicador talla para la edad en menores de 7 años notificados al Sisván, 2004

Entidad	Prev. desnutric. crónica	Prev. riesgo desnutr. crónica	Prev. adecuada talla/edad	Total
Fondo Financiero Distrital de Salud	14,0	24,9	61,1	76.817
EPS Sanitas	2,6	16,1	81,3	19.240
ARS Humana Vivir	16,6	28,3	55,0	14.882
ARS Saludtotal	15,3	27,0	57,7	13.799
ARS Cafam	16,0	25,4	58,5	6.440
ARS Mutual Ser	18,2	28,5	53,3	5.806
ARS Comfenalco	18,2	27,3	54,5	4.336
ARS Unicajas-Cajasalud	16,2	27,5	56,3	3.642
ARS Solsalud	16,9	25,9	57,2	3.192
ARS Coosalud	16,6	28,7	54,7	2.801
EPS Cafesalud	12,2	23,2	64,6	2.313
EPS SaludCoop	8,4	23,5	68,0	2.077
EPS Seguro Social	9,6	24,5	65,9	1.734
ARS Caprecom	17,1	26,8	56,2	1.659
ARS Salud Cóndor	15,6	27,5	56,9	1.415
EPS Cruz Blanca	13,0	21,6	65,4	916
ARS Salud Vida	15,3	27,4	57,3	911
ARS Comparta	19,9	27,0	53,1	885
EPS Coomeva	6,8	16,7	76,5	868
ARS Cafesalud	14,4	26,8	58,9	751
Policía Nacional	4,6	18,2	77,2	671
ARS Ecoopsos	16,6	26,3	57,1	608
EPS Salud Total	12,6	21,6	65,8	515
EPS Susalud	11,5	30,1	58,5	479
EPS Humana Vivir	12,9	27,2	59,9	389
EPS Famisanar	16,1	26,8	57,1	385
EPS Compensar	9,8	20,7	69,5	164
Redsalud	2,2	10,9	87,0	138
Otras entidades	15,0	22,9	62,1	458
Particular	9,9	28,9	61,2	152
Sin dato	16,0	25,5	58,5	3842
Total	13,4	24,7	61,9	172.285

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

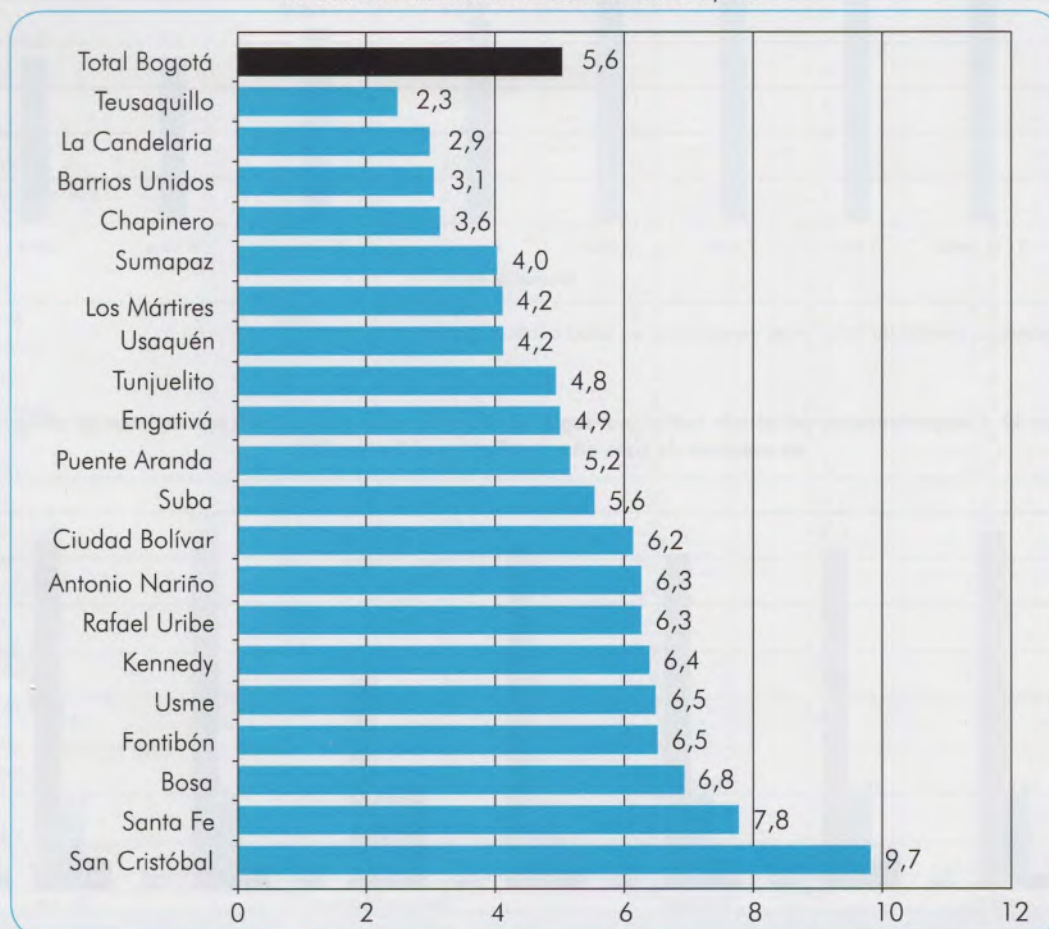
Por localidad la prevalencia del déficit de peso para la talla osciló entre 2,3% en Teusaquillo y 9,7% en San Cristóbal (gráfico 30).

Gráfico 29. Comportamiento del estado nutricional en menores de 7 años notificados al Sisván según el indicador peso para la talla, 2004



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

Gráfico 30. Prevalencia clásica de desnutrición aguda por localidad en menores de 7 años notificados al Sisván, 2004



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

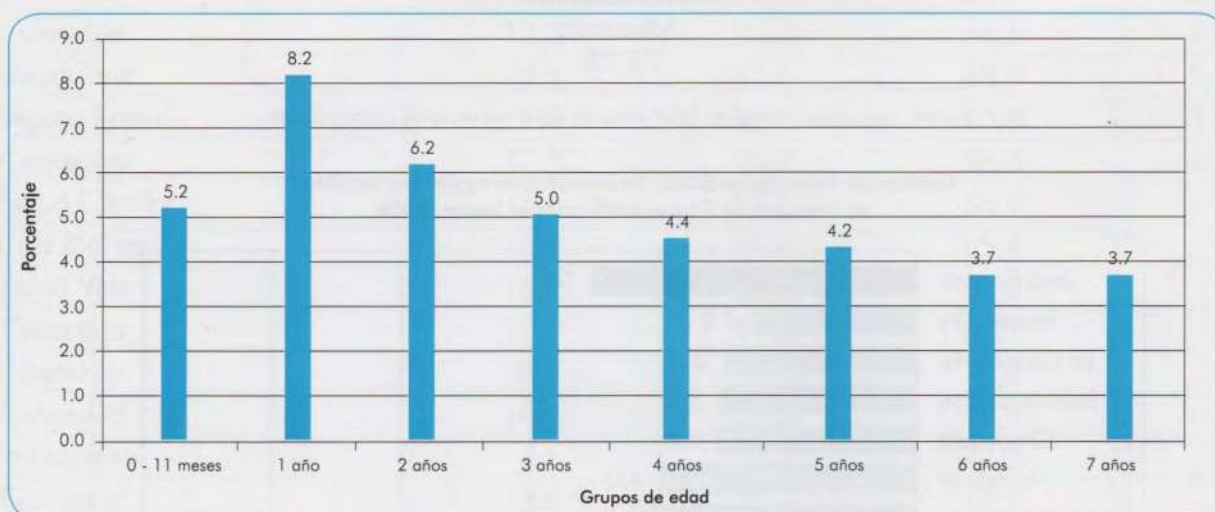
El comportamiento de este indicador muestra que el grupo con mayor compromiso en el déficit de peso para la talla corresponde al de menores de 2 años, lo cual pone de presente la urgencia de intervenir en forma prioritaria en este grupo, por cuanto esa etapa es la de mayor vulnerabilidad de daño secundario al déficit nutricional (gráfico 31).

Con respecto al régimen de aseguramiento se reporta un aporte porcentual de 6% para la prevalencia clásica de desnutrición aguda en el régimen subsidiado ($n = 3.662$), de 6,2% ($n = 4.764$) para los participantes vinculados y de 3,1% ($n = 914$) en el régimen con-

tributivo; el resto de registros pertenecía al régimen especial, medicina prepagada e información sin dato, con un aporte de 40,4% de déficit de peso para la talla sobre 251 datos (gráfico 32).

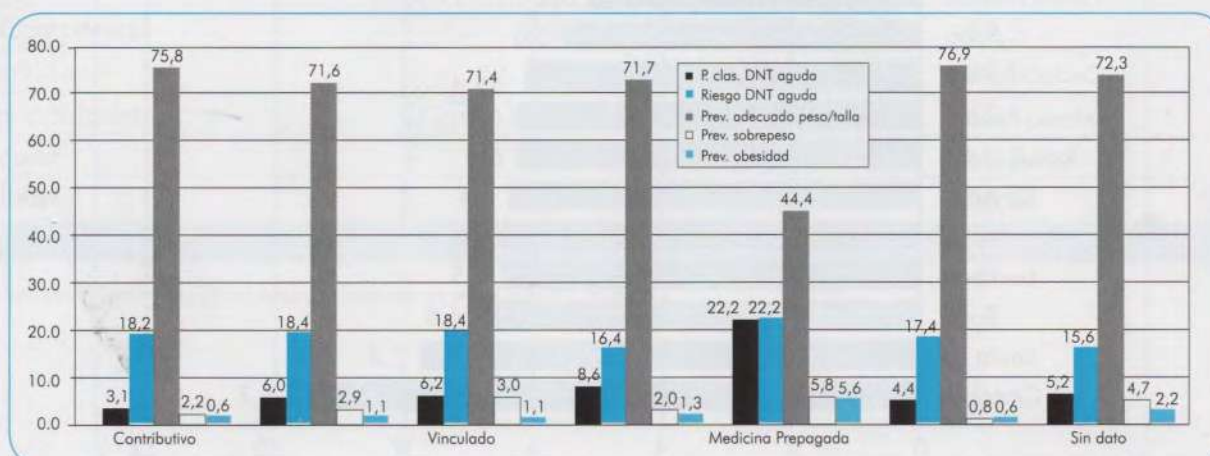
Por entidad aseguradora, la población perteneciente al Fondo Financiero Distrital de Salud presentó 6,2% de desnutrición aguda sobre 76.817; en las ARS, las entidades con el porcentaje más alto de déficit de talla para la edad en la población fueron Comfenalco, con 7%, ($n = 4.336$); Solsalud: 6,4% ($n = 3.192$); Coosalud, con 6,4% ($n = 2.801$). En el régimen contributivo las EPS que presentaron las prevalencias de des-

Gráfico 31. Comportamiento del estado nutricional según indicador peso para la talla por grupo etáreo en menores de siete años notificados al Sisván, 2004



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

Gráfico 32. Comportamiento del estado nutricional según el indicador peso para la talla por régimen de afiliación en menores de siete años notificados al Sisván, 2004



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

nutrición aguda más representativas con respecto a la población total captada fueron: Cafesalud, 5,5% (n= 2.313); Coomeva, 6,9% (n= 868); y Salud Total, 7,6% (n= 515) (tabla 61).

Entre los factores protectores inmersos en la información aportada por el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional se encuentra el reporte de la práctica de la lactancia materna, información que se obtiene de todos los niños y las niñas menores de dos años captados por el sistema. Durante la consulta se indaga sobre lactancia exclusiva en los menores de seis meses y la práctica sostenida de quienes tienen hasta los dos años.

En 2004 se observó que 88,9% de los menores de un mes de edad fueron alimentados con lactancia ma-

terna, guarismo que disminuyó 5 puntos al final del primer mes de nacimiento, situación que pone de manifiesto la necesidad de reforzar la consejería en lactancia materna en la primera consulta de crecimiento y desarrollo; en los siguientes meses la cifra disminuye con un promedio de 6,5 puntos en el periodo comprendido entre el primero y quinto mes; el sexto mes se presenta el mayo pico de caída, 17 puntos (gráfico 33).

7.3 Estado nutricional de las mujeres en gestación captadas por el Sisván

A continuación se presentan los resultados de la vigilancia del estado nutricional por antropometría de las gestantes atendidas en las instituciones prestadoras de

Tabla 61. Comportamiento del estado nutricional según el indicador peso para la talla en menores de 7 años notificados al Sisván, por entidad aseguradora, 2004

Entidad	P. clás. DNT aguda	Riesgo DNT aguda	Prev. adecuado peso/talla	Prev. sobrepeso	Prev. obesidad	Total
Fondo Financiero Distrital de Salud	6,2	18,4	71,4	3,0	1,1	76.817
EPS Sanitas	2,2	18,8	77,1	1,6	0,4	19.240
ARS Humana Vivir	6,0	18,3	71,8	2,9	1,0	14.882
ARS Saludtotal	5,6	18,2	72,0	2,9	1,2	13.799
ARS Cafam	5,4	18,6	71,5	3,4	1,2	6.440
ARS Mutual Ser	6,1	19,8	69,8	3,2	1,1	5.806
ARS Comfenalco	7,0	19,4	70,0	2,5	1,0	4.336
ARS Unicajas-Cajasalud	5,7	17,4	73,1	2,9	1,0	3.642
ARS Solsalud	6,4	18,6	71,3	2,5	1,2	3.192
ARS Coosalud	6,4	19,6	70,3	2,9	0,8	2.801
EPS Cafesalud	5,5	17,6	72,2	3,3	1,3	2.313
EPS SaludCoop	5,3	19,3	72,2	2,5	0,8	2.077
EPS Seguro Social	2,4	8,4	81,7	5,8	1,8	1.734
ARS Caprecom	5,5	16,7	73,4	2,8	1,6	1.659
ARS Salud Cóndor	6,0	16,9	73,4	2,6	1,1	1.415
EPS Cruz Blanca	5,8	19,3	69,3	4,1	1,4	916
ARS Salud Vida	6,9	20,1	69,8	2,5	0,7	911
ARS Comparta	6,2	15,8	73,2	3,6	1,1	885
EPS Coomeva	6,9	22,8	66,9	2,2	1,2	868
ARS Cafesalud	5,2	14,5	74,3	3,9	2,1	751
Policia Nacional	4,9	19,8	73,6	1,0	0,6	671
ARS Ecoopsos	5,9	13,3	75,5	3,8	1,5	608
EPS Salud Total	7,6	23,3	64,9	3,5	0,8	515
EPS Susalud	2,9	14,2	80,4	2,1	0,4	479
EPS Humana Vivir	2,6	20,3	75,1	1,8	0,3	389
EPS Famisanar	4,2	11,9	78,4	4,7	0,8	385
EPS Compensar	8,5	18,3	71,3	1,2	0,6	164
Redsalud	0,0	7,2	92,8	0,0	0,0	138
Otras entidades	9,0	13,9	72,0	3,3	1,8	458
Particular	8,6	16,4	71,7	2,0	1,3	152
Sin dato	5,2	15,6	72,3	4,7	2,2	3.842
Total	5,6	18,3	72,3	2,9	1,0	172.285

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

salud de la red pública y notificadas al Sisván durante 2004.

Ese año al sistema se notificaron 61.962 registros de las gestantes captadas en la consulta de control prenatal en las IPS (UPA, Cami, UBA) que hacen parte de la red de unidades notificadoras en las veinte localidades de Bogotá.

Las localidades que más registros aportaron al sistema fueron Ciudad Bolívar, 13,2%; Usme, 10,7%; Suba, 10,4%; Rafael Uribe, 8,1%; Kennedy, 8%; y Bosa, 7,1%. Por régimen de afiliación, 68,4% eran participantes vinculados; 26,07% pertenecía al régimen subsidiando; y 2,37% al contributivo; el porcentaje restante (3,16%) corresponde a los registros sin dato, medicina prepagada, particular y régimen especial.

Con respecto a la distribución por grupos etáreos, el grupo con mayor porcentaje de notificación al sistema (66,4%; $n = 41.142$) son las gestantes de 20 a

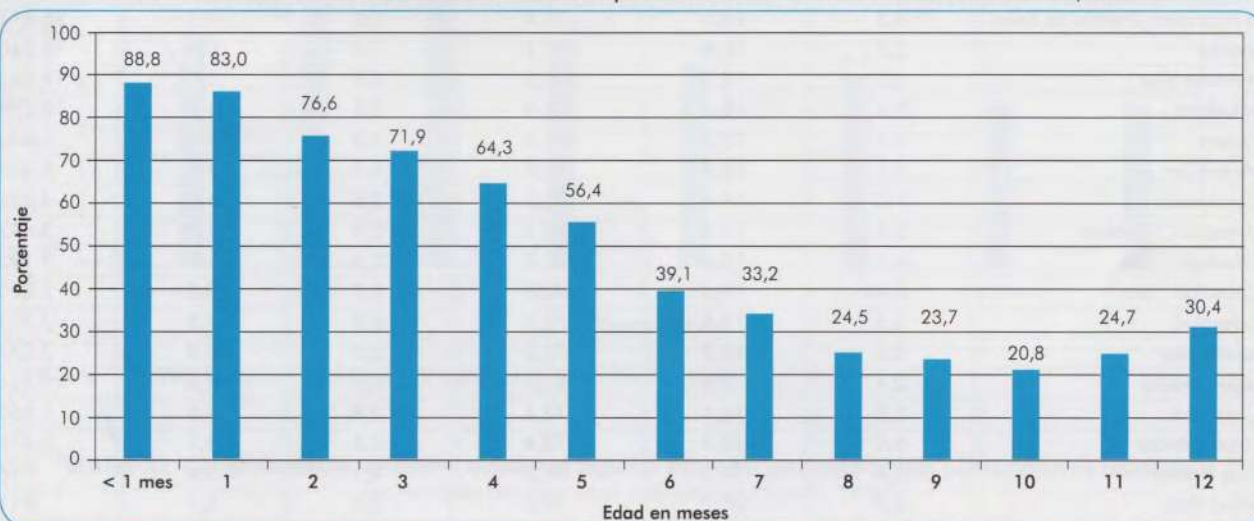
34 años, seguidas de las menores de 19 años, con 26,7%.

Por tipo de profesional que efectúa la consulta prenatal y que notifica al sistema, 57% ($n = 34.263$) de los registros fueron notificados por profesional de enfermería y 43% por profesional de medicina ($n = 25.759$).

En cuanto al volumen de notificación por mes, el porcentaje oscila entre 7,5% en enero y 9,4% para de marzo y septiembre, con un promedio de 8,3% ($n = 5.149$).

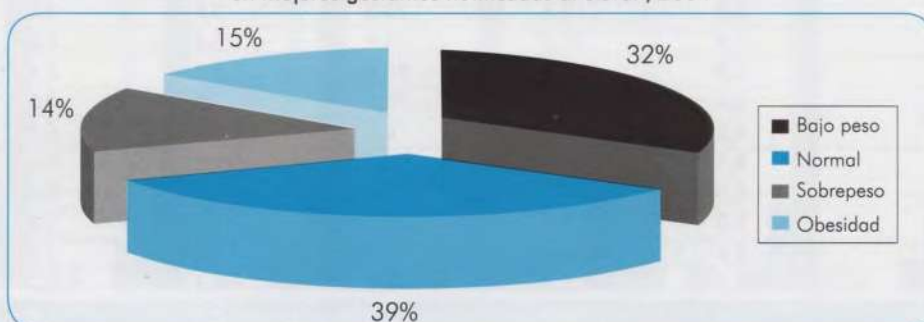
Del total de gestantes atendidas en control prenatal y notificadas al Sisván por las instituciones que hacen parte de la red de unidades notificadoras del sistema, 32,4% presentaba bajo peso para la edad gestacional, 14,4% sobrepeso, 14,8% obesidad y sólo 38,28% tenía peso adecuado para las semanas de gestación. Esto muestra que cerca de 62% de las gestantes estaba malnutrida (gráfico 34).

Gráfico 33. Prevalencia de lactancia materna en población menor de 1 año atendida en las ESE, 2004



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

Gráfico 34. Comportamiento del estado nutricional en mujeres gestantes notificadas al Sisván, 2004



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

Al analizar el comportamiento del estado nutricional por localidad se observa que la prevalencia de bajo peso osciló entre 10,4% en Sumapaz y 38,02% en San Cristóbal. En cuanto al sobrepeso y la obesidad, Sumapaz presenta la prevalencia más alta con respecto a las otras localidades de Bogotá, con 27,3% y 25,2%, respectivamente. Sin embargo, es importante resaltar que todas las localidades tenían prevalencias superiores a 12% en sobrepeso y a 10% en obesidad (tabla 62)

Según la tabla 62, el problema de la obesidad creciente en las mujeres gestantes existe también en otros países, por lo que en los últimos años la preocupación se ha centrado en la obesidad materna. Numerosos estudios han demostrado el aumento significativo del riesgo de diversas patologías del embarazo, cesáreas y mayor mortalidad perinatal vinculada al exceso de peso materno. Watkins y otros autores han demostrado mayor riesgo de malformaciones congénitas en

mujeres obesas, incluyendo malformaciones del tubo neural, cardíacas y onfalocele. En Chile, por ejemplo, ha habido un cambio drástico en la situación nutricional de la población en la última década, con el rápido aumento de la prevalencia de obesidad en todos los grupos. El cambio ha sido especialmente significativo en embarazadas, en las que la prevalencia de obesidad ha aumentado de 13 a 32% en sólo quince años. Si se considera el sobrepeso, más de la mitad de las embarazadas chilenas controladas en el sistema público de salud estarían expuestas a más riesgos durante la gestación por este factor. Pocos estudios han abordado el problema, a pesar de su importancia creciente en la transición epidemiológica que viven algunos países. Desde hace quince años aproximadamente se ha demostrado que la obesidad materna moderada se asocia con un mayor riesgo de hipertensión, cesárea, infecciones posparto y de recién nacidos grandes para la edad gestacional¹⁰.

Tabla 62. Comportamiento del estado nutricional en mujeres gestantes notificadas al Sisván, por localidad, 2004

Localidad	Prevalencia de bajo peso	Prevalencia de adecuado peso para la edad gestacional	Prevalencia de sobrepeso	Prevalencia de obesidad	Total población notificada
San Cristóbal	38,02	39,24	12,17	10,56	2.538
Santa Fe	37,17	36,17	12,30	14,36	1.504
Tunjuelito	36,54	35,54	13,31	14,61	1.998
Puente Aranda	36,30	38,68	12,85	12,17	1.471
La Candelaria	35,61	36,74	15,15	12,50	264
Engativá	35,59	36,88	13,92	13,61	6.027
Usme	34,97	38,62	13,30	13,11	6.637
Kennedy	34,33	37,58	14,68	13,41	4.981
Suba	32,96	34,49	13,70	18,85	6.466
Fontibón	32,85	37,26	14,42	15,47	1.519
Ciudad Bolívar	32,29	39,94	14,51	13,26	8.178
Bosa	32,10	40,66	13,86	13,38	4.380
Rafael Uribe	30,76	38,79	16,11	14,34	5.029
Antonio Nariño	30,32	43,68	12,45	13,54	1.108
Barrios Unidos	29,70	42,71	13,17	14,42	1.276
Los Mártires	27,69	35,62	17,09	19,70	2.709
Teusaquillo	27,48	37,22	17,41	17,89	626
Chapinero	25,51	40,18	15,31	18,99	1.411
Usaquén	31,88	40,83	17,45	19,31	3.610
Sumapaz	10,43	36,96	27,39	25,22	230
Total	32,46	38,28	14,42	14,83	61.962

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

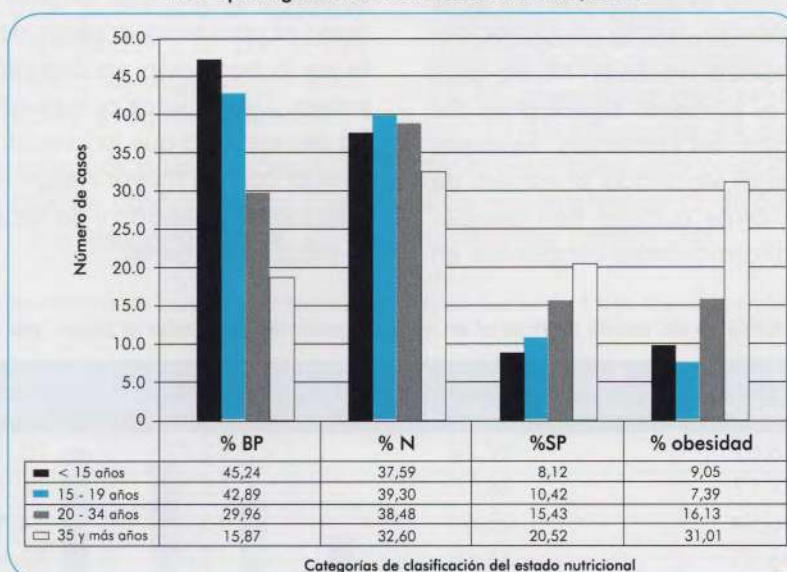
¹⁰ Eduardo Atalah S., René Castro S. 2004. Obesidad materna y riesgo reproductivo. Revista Médica de Chile

Con respecto al comportamiento del estado nutricional por grupo etáreo, el grupo con mayor prevalencia de bajo peso para la edad gestacional es el de mujeres menores de 19 años, con 44,06%, en tanto que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es más alta en las 20 a 34 años y de 35 y más (gráfico 35).

Según régimen de afiliación las mujeres gestantes participantes vinculadas y afiliadas al régimen subsidiado tenían las mayores prevalencias de bajo peso para la

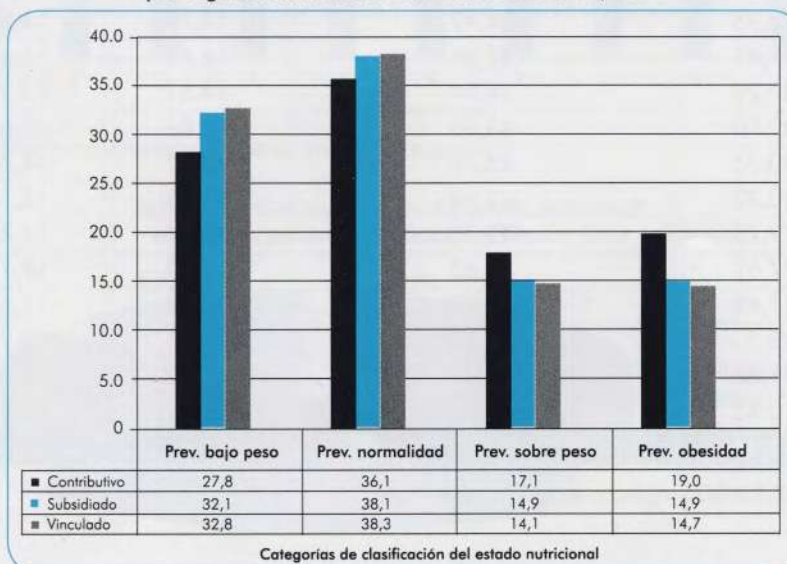
edad gestacional, con 32,8% y 32,1, respectivamente; aun cuando en las afiliadas al régimen contributivo la prevalencia de bajo peso es menor, más de 25% presentaba bajo peso. Con respecto a obesidad y sobrepeso, el porcentaje más alto (36,1%) estaba en las gestantes contributivas, en tanto que prevalencia de malnutrición por exceso en las participantes vinculadas y del régimen subsidiado se aproxima a 29% (gráfico 36).

Gráfico 35. Comportamiento del estado nutricional en mujeres gestantes notificadas al Sisván, 2004



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

Gráfico 36. Estado nutricional de las mujeres en periodo de gestación por régimen de afiliación notificadas al Sisván, 2004



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

A continuación se presenta el comportamiento del estado nutricional por aseguradora: en las gestantes afiliadas al régimen subsidiado se destaca que el volumen más alto de notificación correspondió a las afiliadas a la ARS Humana Vivir, seguido de Salud Total, Mutual Ser y Cafam. En relación con el bajo peso para la edad gestacional, las afiliadas a Ecoopsos, Coosalud, Sol Salud, Mutual Ser y Cafam presentaron las mayores prevalencias (tabla 63).

En las gestantes afiliadas al régimen contributivo el mayor volumen de notificación correspondió a las que pertenecían a la EPS Coomeva, seguido del Seguro Social, Famisanar y SaludCoop. En cuanto al bajo peso para la edad gestacional en las gestantes, las prevalencias más altas las presentaban las mujeres afiliadas a las EPS Salud Total y SaludCoop (EPS con volumen de notificación mayor a 100 registros) (tabla 64).

7.4 Resultados componente de intervención

Como parte fundamental de la intervención en el sistema de vigilancia, durante 2004 se realizaron 2.199

investigaciones epidemiológicas de campo de menores de 7 años, identificados por el sistema con desnutrición aguda (prevalencia clásica), gestantes con bajo peso y recién nacidos a término con peso inferior a 2.500 gramos de las veinte localidades que notifican al sistema.

7.4.1 Hallazgos de las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) en gestantes con bajo peso

Durante el periodo en mención se efectuaron 828 investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) a gestantes con bajo peso, con prioridad a las participantes vinculadas, con lo cual se alcanzó un aporte porcentual de 61,8% (n= 512 casos). Las localidades que más aportaron al total fueron Engativá, 11%; Usme, 10,8%; Suba, 9,7%; y Usaquén, 9,7%.

Por grupo de edad hubo 481 investigaciones epidemiológicas de campo en el de 20 a 34 años, seguido del grupo de menores de 19 años, con una participación porcentual del 38,2% (n= 317 casos). La fre-

Tabla 63. Estado nutricional de mujeres en periodo de gestación afiliadas al régimen subsidiado notificadas al Sisván, 2004

Entidad	Prevalencia de bajo peso	Prevalencia de normalidad	Prevalencia de sobrepeso	Prevalencia de obesidad	Total
ARS Humana Vivir	33,0	37,5	14,6	14,8	4.229
ARS Saludtotal	29,7	39,9	14,9	15,5	3.639
ARS Mutual Ser	33,7	37,8	15,5	13,0	1.658
ARS Cafam	33,0	36,9	15,3	14,7	1.574
ARS Comfenalco	30,6	40,4	14,3	14,7	1.033
ARS Solsalud	34,0	34,8	14,1	17,1	865
ARS Coosalud	36,3	37,5	13,0	13,2	838
ARS Unicajas Cajasalud	31,1	42,3	13,1	13,6	781
ARS Caprecom	29,5	37,5	17,5	15,6	550
ARS Salud Cóndor	26,1	39,0	19,8	15,2	349
ARS Salud Vida	31,9	32,3	18,1	17,7	248
ARS Comparta	30,8	31,7	19,2	18,3	208
ARS Ecoopsos	48,4	32,3	6,5	12,9	124
ARS Cafesalud	31,4	31,4	17,1	20	35
ARS Coomeva	35,7	35,7	21,4	7,1	14
ARS Asfamilias	50	50	0	0	2
ARS Colsubsidio	50	0	50	0	2
ARS Pijaos	100	0	0	0	1
ARS Unimec	100	0	0	0	1
Total ARS	32,1	32,1	14,9	14,9	16.151

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

Tabla 64. Estado nutricional de mujeres en periodo de gestación afiliadas al régimen contributivo notificadas al Sisván, 2004

Entidad	Prevalencia de bajo peso	Prevalencia de normalidad	Prevalencia de sobrepeso	Prevalencia de obesidad	Total
EPS Coomeva	28,0	36,9	17,1	18,0	601
EPS Seguro Social	21,1	40,7	18,9	19,4	403
EPS Famisanar	30,4	34,4	13,6	21,6	125
EPS Saludcoop	37,9	31,9	13,8	16,4	116
EPS Salud Total	40,5	15,5	16,7	27,4	84
EPS Susalud	32,6	28,3	23,9	15,2	46
EPS Humana Vivir	10,7	46,4	25	17,9	28
EPS Cafesalud	42,9	50	7,1	0	14
EPS Cóndor	23,1	30,8	15,4	30,8	13
EPS Convida	0	63,6	9,1	27,3	11
EPS Caprecom	33,3	16,7	0	50	6
EPS Solsalud	83,3	16,7	0	0	6
EPS Compensar	40	40	20	0	5
EPS Cruz Blanca	66,7	33,3	0	0	3
EPS Sanitas	0	66,7	0	33,3	3
EPS Cajanal	0	0	50	50	2
EPS Salud Colmena	50	50	0	0	2
EPS Salud Vida	50	0	50	0	2
Total Eps	32,8	33,4	15,6	18,2	1.470

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

cuencia de gestantes que presentaban menos de 19 semanas de embarazo en el momento de la visita fue de 257 casos (31%), seguidas del grupo con una edad gestacional de 28 a 36 semanas ($n = 256$ casos).

En cuanto a los aspectos socioeconómicos, 18% ($n = 149$) de las gestantes había cursado menos de cinco niveles de educación básica, y 79,8% ($n = 661$) tenía algún grado de secundaria. Frente a la situación de desplazamiento, se reportaron 27 gestantes. De igual forma, 71% refirió vivir en arriendo, con un porcentaje de hacinamiento de 16% y un promedio de dos hogares por vivienda. Al indagar en los ingresos por hogar, 57,7% (828) de las gestantes reportaban un ingreso mensual menor de un salario mínimo mensual vigente.

En relación con la aseguradora del régimen subsidiado, las que aportaron en mayor proporción a la cifra fueron Humana Vivir, 72 casos; Salud Total, 56; Mutua, 28; y Cafam, con 25 casos. En cuanto a las condiciones de salud, las cifras reportadas de hemoglobina tomadas de los laboratorios registrados en

el carné materno muestran anemia en 2,5% de los casos, sobre 666 gestantes que tenían información en el momento de la visita.

Acerca del consumo de alimentos cerca de 93% de las gestantes reportaron el consumo de cereales todos los días, seguido de los lácteos, con un consumo de 71%, y las raíces y los tubérculos, con 58,9%. El consumo de frutas todos los días alcanzó una participación porcentual de 48,6%, mientras que el consumo diario de carnes sólo fue de 38,7% en la población gestante a la cual se le hizo visita de campo.

7.4.2 Las IEC en menores de 7 años con desnutrición aguda

En 2004 se hicieron 1.220 IEC a menores de siete años identificados por el sistema de vigilancia con desnutrición aguda, con prioridad a las visitas de campo en los participantes vinculados atendidos directamente en las ESE a cargo del Fondo Financiero Distrital de Salud. Las localidades que aportaron en mayor proporción al total fueron Rafael Uribe (11,4%), Ciudad Bolívar (8%), Usaquén (7,5%) y Usme (7,3%).

Por grupo de edad hubo 368 investigaciones epidemiológicas de campo en menores de un año, con un peso porcentual de 30% sobre el total; para las niñas y los niños de 2 a 4 años el porcentaje fue de 29% y el resto se distribuyó entre los de 1 año, y de 5 y más, con un total de 498 casos sobre el total.

Se reportaron 52 niños en condición de desplazamiento actual, con un aporte porcentual de 4,2%. 69% de los hogares a los que pertenecían los niños captados por el sistema dijeron vivir en arriendo, con 32% de hogares en hacinamiento. Al indagar en los ingresos por hogar, 62% (n= 758) tenían ingreso mensual menor a un salario mínimo legal vigente.

En cuanto al consumo de alimentos, cerca de 78% de los niños y las niñas dijeron ingerir cereales todos los días, seguidos del grupo de los lácteos, con un consumo de 70%. El de frutas todos los días alcanzó una participación porcentual de 46%, mientras que las carnes sólo se registraron en 40% de los menores incluidos en la intervención. Cabe mencionar que al indagar en la variable de complementación (niños y niñas que reciben algún tipo de complemento alimentario) 23% (n= 248 casos) afirmaron estar incluidos en alguna de las modalidades del ICBF o del DABS.

Por último, es importante mencionar que todas las niñas y los niños se canalizaron a las actividades de promoción y prevención que prestan los servicios de salud.

7.4.3 Las IEC en recién nacidos a término con bajo peso

En 2004 se hicieron 151 IEC a recién nacidos a término con peso inferior a 2.500 gramos, priorizando las visitas de campo a los participantes vinculados atendidos directamente en las ESE. En este grupo el porcentaje de participación fue de 69%, seguido del régimen subsidiado con 27%; el resto corresponde al régimen contributivo y a información sin dato. El sexo femenino predominó, con un peso porcentual de 57%. La estratificación por edad en el momento de la visita muestra un porcentaje de ejecución de 49% en niñas y niños cuyas edades estaban entre 10 y 19 días. Con respecto a la oportunidad en la investigación de campo, descrita como la realización de la investigación de campo en los primeros quince días después del nacimiento, el porcentaje fue de 82,7%.

El Fondo Financiero Distrital de Salud es la entidad aseguradora que cubrió 69% de los casos, seguido de

la ARS Humana Vivir, con 10%, la ARS Salud Total (6%) y la ARS Cafam, con 2,6%.

8. Maltrato y violencia intrafamiliar

La urgente necesidad de contar con alternativas creativas y eficaces que contribuyan a erradicar la problemática de las múltiples violencias en Colombia requiere, por su complejidad, de la convergencia de esfuerzos de muy diversos actores y sectores sociales, y del desarrollo y puesta en marcha de estrategias integrales.

La preocupación del sector salud en Bogotá en relación con la problemática de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual guarda estrecha relación con su impacto sobre la calidad de vida y el desarrollo integral de las personas, y, por tanto, sobre la salud entendida en su sentido más amplio.

Desarrollar un proceso de vigilancia epidemiológica sistemático y continuo sobre la dimensión y dinámica de ocurrencia de la violencia intrafamiliar, la violencia contra las mujeres y el maltrato hacia las niñas y los niños responde a la necesidad de mejorar cada vez más las propuestas, los planes y los programas que ofrecen los servicios de salud, haciéndolos más pertinentes y eficaces, tanto en el terreno de la atención como en el de la prevención.

En Bogotá se desarrolla un sistema de vigilancia que permite establecer vínculos entre entidades públicas y privadas de salud y de otros sectores que conocen y atienden el problema. En la ciudad operan a manera de red entidades que se ocupan del evento en varias dimensiones: de atención en salud, de orientación legal, de investigación forense, de restitución de derechos, etcétera; en consecuencia, se ha logrado avanzar de manera significativa hacia la detección oportuna, el seguimiento de los casos y su atención integral.

El evento por vigilar abarca el conjunto de la violencia intrafamiliar, y, a la vez, la violencia vivida por grupos poblacionales específicos considerados especialmente vulnerables: mujeres y menores de edad en ámbitos distintos al familiar. No se incluyen lesiones debidas a atracos, hurtos o robos, pues tales hechos los registran otros sistemas.

La violencia intrafamiliar se refiere a toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia,

que afecte el bienestar y la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia, sin importar el espacio físico en donde ocurra. Por tanto, incluye el maltrato a los adultos mayores, a los niños o niñas, la violencia contra la pareja, el abandono, la negligencia o el descuido y el abuso sexual.

Durante 2004 el sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar (Sivim) captó 4.760 casos, de los cuales 33,4% ($n = 1.591$) correspondió al sexo masculino, y 66,7% ($n = 3.169$) al femenino. Esto indica que por cada caso de sexo masculino identificado se registran 2 del femenino (gráfico 37).

Entre 1999 y 2004 el Sivim ha permitido detectar el aumento paulatino de la identificación de casos de violencia intrafamiliar correspondientes al sexo masculino. Para el año inicial, el total de reportes de niños y hombres víctimas de violencia intrafamiliar alcanzaba 20,84%, porcentaje que se incrementó a 33,4% en 2004. Esta situación refleja un cambio paulatino en el comportamiento de la notificación y, probablemente, de la denuncia cuando la víctima es de sexo masculino.

Del total de casos identificados en 2004, el 38,5% ($n = 1.833$) fueron captados por consulta directa, 18,5% ($n = 880$) por vía indirecta, es decir mediante consultas cuya motivación primaria no se relacionaba con la violencia intrafamiliar. De igual manera, 30,2% de los casos ($n = 1.435$) fueron recabados por remisión entre entidades. De los casos restantes 193 (4,05%) se hallaron por medio de la búsqueda solicitada por las

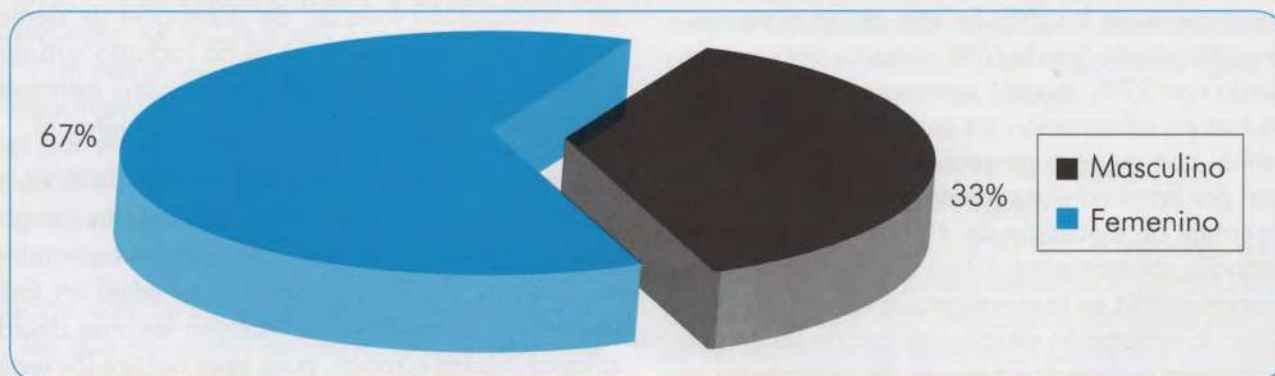
autoridades e instituciones competentes. De los demás casos no se dispone de información sobre la manera en que se registró.

La tabla 66 muestra la distribución de los casos reportados según tipo de violencia, edad y sexo. Se puede observar que los reportes de violencia más frecuentes corresponden a la emocional, seguida por la física y la negligencia. En 2004 el Sivim registró 4.617 casos de violencia física y 2.992 de violencia sexual. En todos la concentración de las frecuencias más elevadas se presenta durante los primeros años de edad, y por lo general las niñas y las mujeres son las más afectadas (tabla 65).

La distribución de los casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual según localidad de ocurrencia señala no el comportamiento local del evento, sino la notificación de los casos por cada localidad. En la tabla 66 es importante resaltar que cada sujeto afectado puede ser objeto de varios tipos de violencia, de manera que las sumatorias totales superan el número de casos captados. Las localidades con mayores frecuencias de notificación fueron, en su orden, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe y Engativá.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en coordinación con otras entidades distritales y nacionales con competencias en el campo de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y los delitos sexuales, ha desarrollado redes locales del buen trato y un sistema de seguimiento de casos, encaminado a la atención integral y la restitución de los derechos de las víctimas.

Gráfico 37. Distribución de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil, según sexo, 2004



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

Tabla 65. Distribución de casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales registrados, según sexo, edad y tipo de violencia, 2004

Grupo de Edad	VIOLENCIA FÍSICA					VIOLENCIA EMOCIONAL				
	Masculino	%	Femenino	%	Total	Masculino	%	Femenino	%	Total
< 1 año	30	3,13	56	1,53	86	50	3,51	108	2,09	158
> 60 años	3	0,31	36	0,98	39	5	0,35	52	1,01	57
1 - 5 años	141	14,73	340	9,29	481	260	18,27	576	11,15	836
11-15 años	207	21,63	598	16,34	805	306	21,5	1.088	21,06	1.394
16-20 años	18	1,88	414	11,31	432	39	2,74	576	11,15	615
21-25 años	4	0,42	314	8,58	318	9	0,63	296	5,73	305
26-30 años	8	0,84	264	7,21	272	8	0,56	266	5,15	274
31-35 años	5	0,52	180	4,92	185	2	0,14	182	3,52	184
36-40 años	8	0,84	120	3,28	128	10	0,7	132	2,56	142
41-45 años	8	0,84	92	2,51	100	6	0,42	100	1,94	106
46-50 años	1	0,1	46	1,26	47	2	0,14	42	0,81	44
51-55 años	1	0,1	36	0,98	37	3	0,21	50	0,97	53
56-60 años		0	12	0,33	12	1	0,07	20	0,39	21
6-10 años	365	38,14	590	16,12	955	546	38,37	1.024	19,82	1.570
Sin dato	158	16,51	562	15,36	720	176	12,37	654	12,66	830
Total general	957	100,00	3.660	100,00	4.617	1.423	100,00	5.166	100,00	6.589

Grupo de Edad	VIOLENCIA SEXUAL					VIOLENCIA ECONOMICA				
	Masculino	%	Femenino	%	Total	Masculino	%	Femenino	%	Total
< 1 año	4	1,63	30	1,09	34	12	8,45	36	8,7	48
> 60 años		0	6	0,22	6	3	2,11	8	1,93	11
1 - 5 años	45	18,29	310	11,29	355	30	21,13	86	20,77	116
11-15 años	59	23,98	758	27,6	817	19	13,38	44	10,63	63
16-20 años	16	6,5	342	12,45	358	2	1,41	32	7,73	34
21-25 años	5	2,03	156	5,68	161	1	0,7	40	9,66	41
26-30 años		0	78	2,84	78		0	24	5,8	24
31-35 años	1	0,41	22	0,8	23	1	0,7	18	4,35	19
36-40 años		0	20	0,73	20	2	1,41	12	2,9	14
41-45 años		0	12	0,44	12		0	8	1,93	8
46-50 años		0	8	0,29	8		0	4	0,97	4
51-55 años		0	6	0,22	6	1	0,7	2	0,48	3
56-60 años		0	2	0,07	2		0	8	1,93	8
6-10 años	92	37,40	628	22,87	720	51	35,92	66	15,94	117
Sin Dato	24	9,76	368	13,4	392	20	14,08	26	6,28	46
Total general	246	100,00	2.746	100,00	2.992	142	100,00	414	100,00	556

Grupo Edad	NEGLIGENCIA O DESCUIDO					ABANDONO				
	Masculino	%	Femenino	%	Total	Masculino	%	Femenino	%	Total
< 1 año	123	16,49	286	18,62	409	39	13,59	86	17	125
> 60 años	2	0,27	14	0,91	16	2	0,7	14	2,77	16
1 - 5 años	218	29,22	482	31,38	700	71	24,74	98	19,37	169
11-15 años	74	9,92	192	12,5	266	32	11,15	64	12,65	96
16-20 años	14	1,88	78	5,08	92	2	0,7	36	7,11	38
21-25 años	1	0,13	4	0,26	5		0	4	0,79	4
26-30 años		0	20	1,3	20		0	8	1,58	8
31-35 años		0	26	1,69	26		0	10	1,98	10
36-40 años	3	0,4	8	0,52	11		0	4	0,79	4
41-45 años		0	10	0,65	10		0	10	1,98	10
46-50 años		0	2	0,13	2		0		0	
51-55 años	1	0,13	2	0,13	3		0		0	
56-60 años	1	0,13	4	0,26	5		0	2	0,4	2
6-10 años	198	26,54	234	15,23	432	96	33,45	104	20,55	200
Sin Dato	111	14,88	174	11,33	285	45	15,68	66	13,04	111
Total general	746	100,00	1.536	100,00	2.282	287	100,00	506	100,00	793

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

Tabla 66. Distribución de casos identificados de de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales, según localidad, 2004

Localidad	Masculino	%	Femenino	%	Total
Usaquén	37	2%	101	3%	138
Chapinero	10	1%	23	1%	33
Santa Fe	40	3%	50	2%	90
San Cristóbal	124	8%	303	10%	427
Usme	52	3%	125	4%	177
Tunjuelito	101	6%	135	4%	236
Bosa	136	9%	241	8%	377
Kennedy	53	3%	96	3%	149
Fontibón	44	3%	78	2%	122
Engativá	115	7%	387	12%	502
Suba	163	10%	320	10%	483
Barrios Unidos	6	0%	23	1%	29
Teusaquillo	5	0%	24	1%	29
Los Mártires	24	2%	45	1%	69
Antonio Nariño	38	2%	62	2%	100
Puente Aranda	23	1%	79	2%	102
La Candelaria	10	1%	16	1%	26
Rafael Uribe	168	11%	370	12%	538
Ciudad Bolívar	303	19%	388	12%	691
Sumapaz	16	1%	52	2%	68
Sin dato	123	8%	251	8%	374
Total	1.591		4.760		3.169

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Sivim

9. Abuso de psicoactivos y su vigilancia epidemiológica

9.1 Presentación

La problemática de las drogas y sus múltiples manifestaciones constituye un problema mundial en el que confluyen los más variados intereses económicos, políticos, sociales y culturales. En las últimas décadas, la compleja dinámica de la producción, el tráfico, la distribución y la ingesta de psicoactivos dista mucho del uso restringido de psicotrópicos en diferentes rituales y ceremonias por parte de las culturas primitivas.

Respecto al consumo de drogas es importante resaltar que desde la antigüedad el deseo de modificar o alterar el estado de conciencia y de experimentar diversos estados de ánimo ha sido un factor que contribuye a que el hombre consuma sustancias psicoactivas. No obstante, la ingesta de sustancias cuya acción recae de manera esencial sobre el sistema nervioso central, modificando la conducta del individuo en lo referente

a su sensopercepción, motivación, actividades cognitivas y psicomotoras ha cobrado magnitudes preocupantes, y su asociación con los accidentes de tránsito y diversos actos violentos hace necesaria su vigilancia epidemiológica, con el fin de proveer información útil, válida, confiable y oportuna acerca de los patrones de consumo, los factores protectores y de riesgo implicados, así como para la orientación de los procesos y las acciones encaminadas a la prevención.

Buena parte del consumo de psicoactivos es un acto privado que no es objeto de consulta a menos que se den ciertas condiciones para el consumidor, a menudo extremas. Por tanto, la entrada de información al sistema no se daría cada vez que un sujeto consume, sino cuando consulta o reporta su consumo o cuando su situación se conoce por medio de los procedimientos incluidos en los marcos institucionales pertinentes.

La Organización Mundial de la Salud adoptó el término farmacodependencia en reemplazo de los términos adicción, toxicomanía y habituación, para referirse al

fenómeno caracterizado por intoxicación crónica o periódica, la evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y abstinencia acompañados del consumo compulsivo, que suele estar asociado a riesgo para el consumidor y para el entorno social en que se halla.

9.2 Acerca del abuso de sustancias psicoactivas

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas o recurrentes. Puede darse el cumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un periodo continuado de doce meses. A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los que se siguen para el abuso de estas no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y en su lugar se citan sólo las consecuencias dañinas del consumo repetido. El diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el abuso en la medida en que el patrón de consumo coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias (criterio B de abuso de sustancias). Aun cuando es más probable el diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han empezado a tomarla recientemente, algunos de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la misma durante un largo periodo de tiempo sin presentar signos de dependencia. La categoría de abuso de sustancias no es aplicable a la nicotina ni a la cafeína. Los criterios para el abuso de sustancias se enumeran a continuación.

1. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que lleva a deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un periodo de doce meses.
2. Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en la casa. Por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionadas con su consumo; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con ella; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa.
3. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso. Por

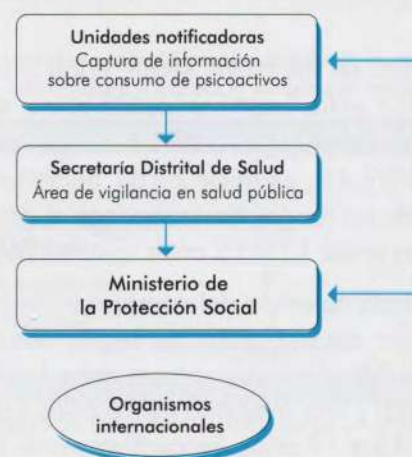
ejemplo, conducir un automóvil o accionar una máquina bajo sus efectos.

4. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia. Por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a ella.
5. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. Por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física.
6. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia al mismo tipo de sustancia

9.3 La vigilancia del consumo y el abuso de sustancias psicoactivas

El sistema de vigilancia epidemiológica de sustancias psicoactivas (Vespa) es uno de los componentes del sistema de vigilancia de la salud pública de Bogotá, diseñado e implantado con el propósito de unificar y consolidar la información epidemiológica sobre esta problemática en el ámbito nacional y distrital. El sistema utiliza varias estrategias epidemiológicas, como las encuestas de prevalencia y la vigilancia por unidades centinela. Estas últimas son centros públicos y privados especializados en la atención de farmacodependientes y en salud mental, que actúan como unidades notificadoras. La calidad en los registros es esencial para mantener información útil acerca del comportamiento de este evento y contribuir a la formulación de políticas, planes y programas orientados hacia su prevención, el tratamiento de la farmacodependencia y la rehabilitación en casos de adicción.

Diagrama 1. Flujo de datos e información del sistema de vigilancia del abuso de sustancias psicoactivas

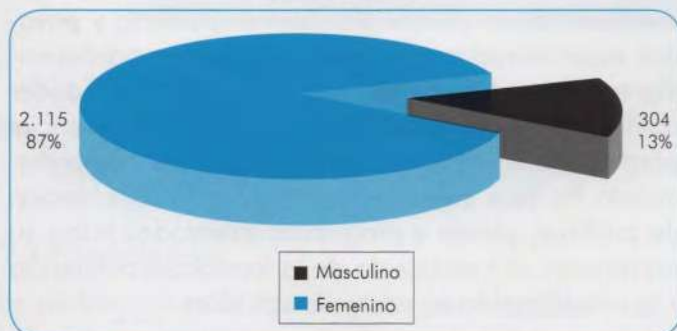


9.4 Comportamiento del abuso de sustancias psicoactivas

Durante 2004 se reportaron a la Secretaría Distrital de Salud 2.419 casos de abuso de psicoactivos atendidos en centros especializados en el tratamiento de farmacodependencia. De los casos registrados, 87% (n= 2.115) correspondieron a personas de sexo masculino. Esto indica que por cada mujer que acudió en busca de ayuda terapéutica por abuso de psicoactivos lo hicieron 7 hombres.

Los estudios de prevalencia realizados en Colombia desde 1992 señalaban esta tendencia para diversos psicoactivos, exceptuando los tranquilizantes menores. El análisis hecho a partir de los datos recabados por el sistema Vespa corrobora que la distribución de casos de consumo de drogas legales e ilegales, según sexo, se ha mantenido con ligeras variaciones desde 1998, y que en Bogotá los hombres continúan siendo la población más afectada por el abuso de psicotrópicos (gráfico 38).

Gráfico 38. Comportamiento del abuso de psicoactivos, por sexo, 2004

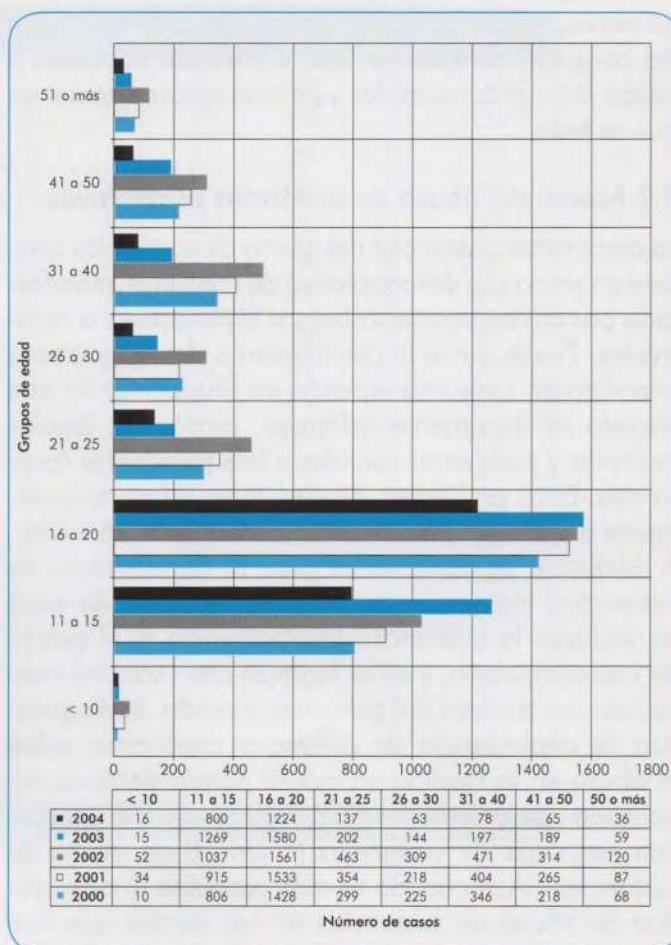


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública-Vespa.

La distribución de los casos según edad muestra una concentración entre los 11 y los 25 años, siendo importante señalar el registro de abuso en menores de 10 años. El 89,4%, es decir 2.161 personas, se concentran en dicho rango, destacándose el grupo de los adolescentes entre 11 y 15 años (gráfico 39).

Un análisis más detenido del comportamiento del consumo abusivo de psicotrópicos según edad muestra un rango de 58 años, con valores entre los 9 y los 67 años de edad; y una mediana de 16 años y percentiles 25 y 75 de 15 y 17 años, respectivamente. La desvia-

Gráfico 39. Distribución de casos de abuso de psicoactivos, según edad, 2004



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

ción estándar registrada es de 7,98, con una media correspondiente de 18,4.

La distribución histórica de los registros según edad aporta elementos importantes que contribuyen a orientar las acciones dirigidas hacia la prevención del consumo de drogas legales e ilegales. De esta manera, se puede observar que históricamente se vienen registrando dos hechos: el descenso en la edad de inicio del abuso y la concentración de casos en el periodo de la adolescencia y la primera juventud. Aun cuando se registran variaciones año tras año, es posible observar este fenómeno corroborado por otros estudios realizados en Bogotá por la Unidad coordinadora de prevención integral.

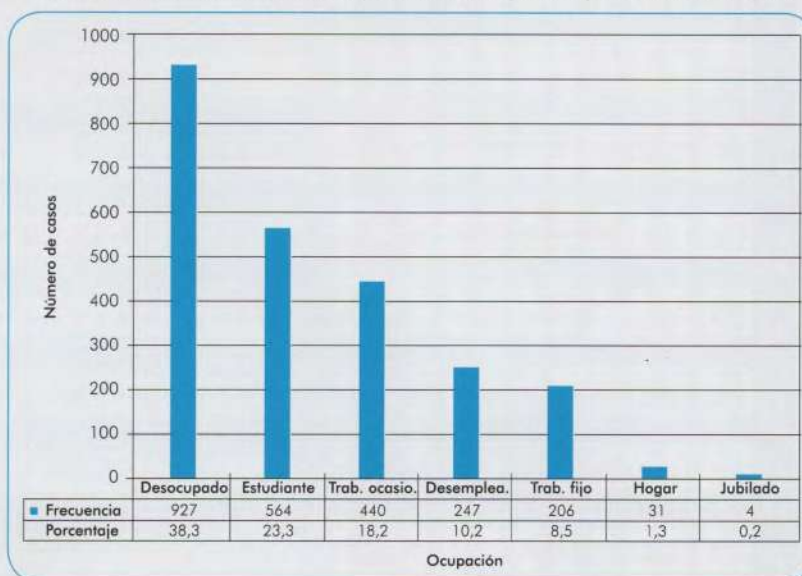
Desde luego, estas distribuciones corresponden a dos variables que posteriormente se analizan: ocupación u oficio y el nivel educativo.

Es de esperarse entonces que la mayoría de los registros correspondan a solteros, hombres, estudiantes de secundaria. 927 registros corresponden a personas desocupadas, es decir 38,3% de los casos, seguidos por estudiantes, con 564 casos, equivalentes a 23,3%; 18,2% de los registros correspondió a trabajadores ocasionales (gráfico 40).

Las frecuencias acumuladas del consumo dependiente de psicotrópicos muestran su relación de la variable edad con el nivel educativo. Así, 84% (n= 1.778) de los registros en sexo masculino se ubica entre los grados de primaria incompleta y secundaria incompleta. En las mujeres en estos mismos niveles educativos encontramos 80% de los casos (n= 243). Este hallazgo muestra de manera contundente la necesidad de intervenir con planes y programas de prevención orientados desde la básica primaria, en consideración al descenso en la edad en que se registra consumo y abuso de sustancias psicoactivas (tabla 67). Sin embargo, en contraste con lo hallado en años anteriores, en 2004 se registraron las mayores frecuencias en personas desocupadas, seguidas por quienes se encuentran estudiando. En 38,3% de los casos se trata de desempleados que no están buscando empleo.

Es necesario destacar que, a partir de los datos recabados durante 2004, cerca de 59% de los sujetos atendidos en dicho periodo asistieron a los centros de tratamiento por indicación legal, y sólo 25,3% lo hizo de manera voluntaria. Esta información es muy importante al considerar que la asistencia voluntaria al tratamiento es el mejor elemento de buen pronóstico, sumado a la red de apoyo social de los consultantes (tabla 68).

Gráfico 40. Abuso de sustancias psicoactivas según ocupación u oficio, 2004



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

Tabla 67. Distribución de casos de abuso de psicoactivos según nivel educativo y sexo, 2004

Nivel educativo	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
No fue a la escuela	83	3,9	7	2,3	90	3,7
Primaria incompleta	453	21,4	77	25,3	530	21,9
Primaria completa	428	20,2	31	10,2	459	19,0
Secundaria incompleta	897	42,4	135	44,4	1032	42,7
Secundaria completa	92	4,3	14	4,6	106	4,4
Técnico incompleta	13	0,6	2	0,7	15	0,6
Técnico completa	21	1,0	3	1,0	24	1,0
Universidad incompleta	92	4,3	20	6,6	112	4,6
Universidad completa	22	1,0	8	2,6	30	1,2
Posgrado incompleto	3	0,1	1	0,3	4	0,2
Posgrado completo	5	0,2	1	0,3	6	0,2
Sin dato	6	0,3	5	1,6	11	0,5
Tota general	2.115	100,0	304	100,0	2.419	100,0

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

Tabla 68. Distribución de la atención especializada en farmacodependencia según cómo asistió o acudió la persona al tratamiento

Cómo acudió a tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Por indicación legal	1.426	58.9
Voluntariamente	612	25.3
Por indicación en salud	75	3.1
Por indicación académica	9	0.4
Por indicación laboral	3	0.1
No informa	294	12.2
Total	2.419	100.0

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

Reporte semanal del séptimo periodo epidemiológico, 2006.

Semanas epidemiológicas 25, 26, 27 y 28. Del 18 de junio al 15 de julio de 2006.

Eventos	Localidad	Usaquén		Chapinero		Santa Fe		San Cristóbal		Usme		Tunjuelito		Bosco		Kennedy		Fontibón		Engativá		Suba		Barrios Unidos		Teusaquillo		Los Martires		Antonio Nariño		Puente Aranda		La Candelaria		Rafael Uribe		Ciudad Bolívar		Sumpazar		Sin dato		Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU	OBS	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Enfermedades transmitidas por alimentos (C)		9	82	10	89	2	10	6	36	2	8	2	8	4	22	19	89	13	54	13	104	8	87	3	23	8	49	6	3	6	26	2	4	2	17	5	19	0	2	20	174	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Exposición rábica grave (+)		1		1		1	3	6	1	1	1	1	1			9			5	3	7	2	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	4	19	0	0	13	65	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Exposición rábica leve (+)		42	275	10	79	3	26	5	49	12	82	4	40	19	121	17	141	9	94	18	175	65	450	10	68	9	65	1	23	2	24	8	48	14	95	1	9	3	266	1959	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Hepatitis A (L)		8	63	9	41	6	39	19	185	15	105	3	47	21	139	7	111	5	46	16	156	15	145	10	40	2	33	2	19	2	18	5	43	10	15	107	22	192	0	0	182	1539	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Hepatitis B (L)		3	6	2	1	5	7		7		2	0	1	5	1	14		6	2	12	1	9		4		5	1	3	2	1	7		9	2	16	0	2	13	117	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Hepatitis C (L)		6	4	0	1	2		1	2		1	4	1	1	7	1	5	1	9		1	7		7		6	3	0	0	3	1	2	1	0	1	4	63	1	4	63	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Intoxicación por fármacos (L)		0	0	0	0	0	2		2		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Intoxicación por alcohol (L)		1		0	0	0	1		1		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Intoxicación por químicos (L)		1	2	1	1	0	4		4		4	0	0	0	3	1	5	1	3	8			5	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	2	1	0	2	1	0	6	41	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Lepra (L)		1		1	1	1	1		1		2	0	0	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Meningitis por H. influenzae (L)		0	0	0	0	0	0		0		0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Meningitis meningocócica (L)		0	0	0	0	0	1		1		0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Parásitos filicida <15 años		0	0	0	0	0	1º	3	2		2	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	12	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Paratuberculosis (C)		2	18	6	1	6	2	15	3	1	6	3	1	6	2	19	9	49	14	7	56	11	42	2	10	3	9	8	1	5	6	18	1	4	16	4	28	0	2	52	334	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Reacción posvacunal (C)		0	2	3	1	1	6		6		6	5			4	2	17	4	2	25	2	8	3	1	1	1	1	0	1	0	1	5	0	6	20	1	9	0	0	18	118	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Rubéola		2º	20	2º	7	2º	10	1º	20	2º	9	2º	14	2º	25	3º	35	2º	16	2º	36	4º	42	5	2º	7	7	7	7	7	1º	18	3	4º	21	7º	57	0	1	38	360	ACU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Sarampión		1º	5	1º	3	1	11	6	1º	4	4º	1º	4	4º	15	2º	11	3	5	1º	25	5	1º	25	2	2	2	4	2	4	2	4	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0	0	11	12	0</

Eventos	Antioquia	Aracua	Bolívar	Boyacá	Caldas	Cauquía	Cesar	Chocó	Córdoba	Cundinamarca	Guaviare	Huila	Megdalena	Meta	Nariño	Norte de Santander	Quindío	Santander	Sucre	Tolima	Valle	Vichada	Total General
Dengue clásico (I)	1																						35
Dengue hemorrágico (I)			1	1	2					2	1	1	1	5			2	6	1	10	1		11
ETA (C)			1				1			1		2		1						3			5
Exposición rábica grave (+)										5													5
Exposición rábica leve (+)										2													2
Hepatitis A (I)										8													8
Hepatitis B (I)										1													1
Intoxicación por químicos (I)										1													1
Leishmaniasis (I)										1													1
Malaria (I)	1	1				3		3	2	3	2	1	3	5				1		1		2	15
Parálisis flácida < 15 años										2 ^o	3			3				1		1 ^o			18
Rubéola										3 ^o	1 ^o												3
Sarampión																							1
Sífilis congénita (I)													1										1
Sífilis gestacional (I)																							1
Tos ferina				1 ^o						4 ^a													5
Tuberculosis extrapulmonar (I)					1		1						1	1						1			6
Intoxicación por químicos (I)										3			1	1	1	1				1			6
Varicela (C)										28				1									30
VIH (I)										1				1									2
Muerte materna										6				1						1			8
Muerte perinatal																							2
Total	2	1	1	7	3	3	2	4	4	72	6	4	2	18	2	1	2	7	19	1	2		165

(+) Probable/ (D) Descartado / (L) Confirmando laboratorio / C) Confirmando clínicamente / OBS Observado en el periodo / ACU Acumulado en el año

Fuente: sistema alerta acción (SAA)

Semanas epidemiológicas 29, 30, 31 y 32. Del 16 de julio al 12 de agosto de 2006.

Eventos	Amazonas	Antioquia	Atlántico	Bolívar	Boracá	Caldas	Cauquía	Cesar	Chocó	Córdoba	Cundinamarca	Guaviare	Huila	Magdalena	Meta	Nariño	Norte de Santander	Quindío	Santander	Sucre	Tolima	Valle del Cauca	Total
Dengue clásico (1)			1	1		1				2	2	1			2		1	1	3	1	10		31
Dengue hemorrágico (1)									1		2												3
EITAS (C)											2												2
Exposición rubéola leve (+)											12		1		1								13
Hepatitis A (1)											3												4
Hepatitis B (1)																							1
Intoxicación por químicos (1)					1						2				4	1			1		1		3
Leishmaniasis (1)		1				3					3								1				13
Lepros (1)																			1				1
Malaria (1)		3									1	4			3				1				17
Paraditosis (c)								1	1	1	1				1								2
Rubéola											1 ^o								1 ^o				1
Sarampión											1 ^o												1
Sífilis congénita (1)											1												1
Tos ferina							1 ^o			1 ^o	3 ^o	1 ^o			1								7
Tuberculosis extrapulmonar (1)											2				1						1		4
Tuberculosis pulmonar (1)											2										1		4
Variola (C)	1		1								33												35
VH (1)					2						7	1			1						1		11
Muerte en < 5 años IRA											1								1				2
Muerte materna											1												1
Muerte perinatal											5				2				1				8
Total	1	4	2	1	5	1	4	2	4	83	8	4	1	15	1	1	1	1	8	1	14	1	166

Fuente: sistema alerta acción (SAA)

Reporte semanal del noveno periodo epidemiológico 2006.

Semanas epidemiológicas 33, 34, 35 y 36. Del 13 de agosto al 9 de septiembre de 2006.

Eventos	Localidad	Uaquén	Chopinero	Santa Fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fantibon	Engativá	Suba	Barríos Unidos	Teusquillo	Los Matines	Antonio Muriel	Puerto Aranda	Condado	Rafael Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato	OBS	Total																				
Enfermedades transmitidas por animales (C)	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	ACU																				
Exposición zoonótica grave (+)	5	98	5	103	3	14	6	43	1	9	1	9	4	29	13	124	5	66	7	128	11	111	3	32	7	64	1	8	3	5	35	5	25	1	22	0	3	12	208					
Exposición zoonótica leve (+)	2	1	3	1	2	7	1	2	1	1	1	5	11	6	3	11	6	3	11	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5	58	3	11	4	93	2	1	24	0	9	88		
Hepatitis A (I)	40	344	14	102	2	29	2	58	15	111	7	50	30	176	17	166	10	112	30	234	56	559	14	85	5	75	3	27	1	26	5	58	3	11	4	93	23	135	1	11	1	283	2466	
Hepatitis B (I)	13	89	6	52	10	55	21	238	27	149	7	55	20	184	21	144	12	65	20	196	14	179	6	54	1	35	3	24	2	25	4	52	2	16	9	130	32	254	1	0	230	1997		
Hepatitis C (I)	7	1	3	3	5	1	10	2	8	4	19	5	2	10	2	10	6	13	13	1	12	1	5	1	5	5	3	1	3	1	3	7	1	4	1	3	9	17	1	0	2	11	137	
Intoxicación por fármacos (I)	6	4	4	0	0	1	4	1	2	10	5	2	14	2	12	1	1	8	1	4	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	1	13	87		
Intoxicación por alcohol (I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3			
Intoxicación por químicos (I)	1	0	0	0	0	1	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5				
Lepra (I)	4	3	4	2	2	1	5	5	4	1	3	3	7	7	7	7	7	7	1	2	11	5	10	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	2	6	0	2	16	65					
Meningitis por H. influenzae (I)	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	2	15					
Meningitis meningocócica (I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3				
Paraditis blanda <15 años	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	2	1	2	2	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	2	13	2				
Paraditis (C)	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	2	2	2	1	2	2	0	0	10	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	15	1				
Reacción posvacunal (C)	3	24	1	9	7	3	23	1	4	1	9	2	24	10	65	4	20	5	64	8	59	3	13	2	0	13	2	13	9	1	7	3	22	4	8	2	20	4	35	0	2	57	437	
Rubéola	0	0	3	1	2	1	7	1	10	5	2	6	1	20	1	5	3	29	2	11	2	11	3	1	3	1	2	1	2	0	1	7	0	1	7	0	2	23	10	17	145			
Sarampión	1	24	10	10	12	80	34	34	10	14	30	32	50	43	10	18	30	44	50	49	2	49	6	10	8	3	8	7	7	7	20	24	30	3	26	90	75	0	1	43	447			
Sífilis congénita (I)	8	10	3	20	3	60	19	30	10	40	17	50	16	20	6	70	35	70	35	2	35	2	2	0	3	5	5	5	2	20	6	5	14	14	30	16	1	31	177					
Sífilis gestacional (I)	5	1	3	15	6	26	6	3	1	13	1	21	6	3	8	3	13	2	6	3	13	2	6	1	1	2	1	1	2	2	17	5	2	20	14	1	12	0	5	15	35			
Sífilis gestacional (I)	2	10	3	4	22	2	27	8	33	18	4	7	31	4	28	47	60	25	20	56	70	84	3	3	1	1	1	1	1	2	2	17	9	1	30	20	4	22	227					
Tos ferina	10	28	5	8	1	7	1	15	3	14	1	6	2	14	2	22	3	37	15	3	42	4	26	1	5	1	6	2	1	1	11	1	1	21	4	16	1	18	0	2	29	228		
Tuberculosis extrapulmonar (I)	4	11	2	8	1	7	1	15	3	14	1	6	2	14	2	22	3	37	15	3	42	4	26	1	5	1	6	2	1	1	11	1	1	21	4	16	1	18	0	2	29	228		
Tuberculosis pulmonar (I)	3	20	5	3	15	3	25	14	10	2	22	10	45	19	102	3	34	7	71	5	68	6	29	1	19	4	17	2	17	5	47	1	11	9	54	6	42	0	0	3	11			
Variola (C)	40	379	31	197	13	179	66	496	32	291	34	255	91	691	139	844	75	439	174	1221	257	1697	29	234	37	201	14	95	8	67	57	351	5	66	21	217	110	685	4	1	1234	8631		
VH (I)	9	46	5	38	1	21	4	53	1	22	1	20	10	45	19	102	3	34	7	71	5	68	6	29	1	19	4	17	2	17	5	47	1	11	9	54	6	42	0	0	5	767		
Muerte en < 5 años por EDA	0	1	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	11			
Muerte en < 5 años por IRA	2	2	2	2	2	2	9	1	12	1	3	0	1	1	1	15	1	1	1	9	8	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	1	9	1	16	0	1	5	108			
Muerte materna	3	3	2	2	1	5	2	5	2	2	1	1	1	2	1	4	1	3	3	3	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3	33				
Muerte perinatal	1	29	2	12	4	18	3	35	28	1	19	6	54	9	81	3	38	10	62	10	89	1	11	1	4	1	0	1	2	18	3	7	39	7	45	1	0	0	2	66	601			
Brote de EIA	2	2	2	0	1	2	1	15	3	3	2	2	5	8	1	5	0	1	3	1	3	1	1	1	1	3	1	0	0	1	2	12	2	3	0	0	0	0	1	11	49			
Brote de hepatitis A	5	5	0	1	2	1	15	3	3	8	1	10	19	52	3	9	2	7	6	20	2	17	6	1	4	1	1	2	4	4	2	3	43	5	54	0	0	0	14	56				
Brote de varicela	1	12	2	7	2	5	27	8	1	10	19	52	3	9	2	7	6	20	2	17	6	1	1	1	4	1	1	4	4	2	3	43	5	54	0	0	0	50	248					
Brote intoxicación por alcohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1					
Brote intoxicación por químico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	5				
Otro brote	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5				
Total	124	1160	76	584	51	430	144	1229	86	750	56	493	214	1464	240	1851	124	880	286	929	403	3097	70	514	58	460	35	253	21	182	90	700	19	139	82	842	216	1515	1	24	6	65	2351	18166

Eventos	Amazonas	Antioquia	Atlántico	Bolívar	Bogotá	Cauca	Caquetá	Chocó	Cordo	Magda-	Meta	Nariño	Norte de	Putu-	Santia-	Surco	Tolima	Valle	Vichada	Total
Chagas																				
Dengue clásico (I)																				
Dengue hemorrágico (I)																				
EIA (C)																				
Exposición zoonótica grave (+)																				
Exposición zoonótica leve (+)																				
Hepatitis A (I)																				
Hepatitis B (I)																				
Hepatitis C (I)																				
Leishmaniasis (I)																				
Mediana (I)																				
Periditis blanda < 15 años																				
Rubéola																				
Sarampión																				
Sífilis gestacional (I)																				
Tuberculosis extrapulmonar (I)																				
Tuberculosis pulmonar (I)																				
VH (I)																				
Muerte en < 5 años IRA																				
Muerte perinatal																				
Total	1	1	1	2	2	2	3	1	3	108	1	4	1	2	2	5	2	6	1	163

(+) Probable / (D) Descartado / (I) Confirmado laboratorio / (C) Confirmado clínicamente / (OBS) Observados en el periodo / (ACU) Acumulado en el año

Reporte semanal del décimo periodo epidemiológico 2006.

Semanas epidemiológicas 37, 38, 39 y 40. Del 10 de septiembre al 7 de octubre de 2006.

Eventos	Localidad	Uaqueen	Chopinero	Santa Fe	Son Cristobal	Urano	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fanibon	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Teusquillo	Los Morillos	Antonio Navarro	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato	Total
Enfermedades transmitidas por alimentos (C)	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU	OBS ACU
Exposición rubíca grave (+)	5 103	15 118	4 18	7 50	2 11	9	4 33	12 136	3 69	12 140	8 119	3 35	5 69	2 10	1 4	2 3	3 35	5 27	2 27	2 24	0	0	1 4
Exposición rubíca leve (+)	34 378	9 111	4 33	15 73	13 124	4 54	26 202	14 180	4 116	20 254	56 615	12 97	4 79	2 29	3 29	13 71	1 12	3 96	10 145	1 12	0	0	4
Hepatitis A (I)	11 100	6 58	8 63	26 264	29 178	16 71	15 199	16 160	3 68	21 217	25 204	7 61	3 38	4 28	4 29	5 57	7 7	1 16	22 152	30 284	1 18	0	0
Hepatitis B (I)	7 1	4 5	5 1	11	2	0	1 9	2 21	6 4	17 2	14 13	1 1	1 9	5 2	5 5	3 3	4 4	2 2	9 9	1 1	0	0	2
Hepatitis C (I)	1 7	1 5	0 0	4 4	1 1	5 5	1 1	1 1	10	5 5	14 1	13	1 1	9 9	4 4	1 1	4 4	2 2	3 3	1 1	0	0	4
Intoxicación por fármacos (I)	0 0	0 0	0 0	0 0	2 1	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Intoxicación por alcohol (I)	1 2	0 1	1 1	2 1	3 1	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Intoxicación por químicos (I)	4 1	4 1	G 1	6 6	4 4	1 1	4 3	10 10	1 2	13 13	10 10	0 0	0 0	0 1	0 0	3 1	1 1	0 0	6 6	2 2	1 1	0 0	0 0
Lepra (I)	1 4	1 4	2 2	0 0	2 2	0 0	0 0	2 2	0 0	0 0	2 2	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2 3	1 1	2 2	0 0	0 0
Meningitis por H. influenzae (I)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0
Meningitis meningocócica (I)	0 0	0 0	1 1	2 2	1 1	0 0	2 2	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0
Porfirias < 15 años	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2 2	1 1	1 1	2 2	0 0	2 2	0 0	0 0	1 1	1 1	0 0	0 0	0 0	2 2	1 1	0 0	0 0	0 0
Porfirias (C)	3 27	1 10	1 8	2 25	1 5	5 14	1 25	9 74	3 23	6 70	4 63	13 13	2 15	1 10	7 7	1 23	0 0	8 8	22 22	2 37	0 0	0 0	2 2
Reacción posvacunal (C)	0 1	4 1	2 1	8 1	11 1	6 1	7 4	24 24	5 5	30 2	13 13	3 3	2 2	1 1	2 2	0 0	7 7	0 3	26 10	0 0	0 0	0 0	0 0
Rubéola	1 25	1 11	3 15	7 41	2 12	16 2	34 4	47 1	19 5	49 5	40 53	1 7	8 8	1 8	8 10	2 26	7 7	3 3	29 16	5 80	0 0	0 0	1 1
Sarampión	8 3	3 3	3 3	1 16	3 29	6 6	3 2	15 2	23 1	2 2	4 3	13 1	2 2	1 6	5 5	1 5	5 5	2 2	14 1	6 22	1 12	0 0	5 5
Sífilis congénita (I)	5 10	3 1	23 3	29 1	9 1	5 4	35 1	29 2	6 6	8 3	16 2	8 8	1 1	9 9	2 2	17 17	0 0	3 23	14 1	12 12	0 0	0 0	15 15
Sífilis gestacional (I)	10 10	3 1	23 3	29 1	9 1	5 4	35 1	29 2	6 6	8 3	16 2	8 8	1 1	9 9	2 2	17 17	0 0	3 23	14 1	12 12	0 0	0 0	15 15
Tos ferina	2 30	1 6	2 11	5 38	1 19	3 3	2 30	5 52	25 25	3 59	3 87	3 3	3 3	1 1	6 6	2 14	1 1	2 32	2 44	2 20	0 0	0 0	1 1
Tuberculosis extrapulmonar (I)	3 14	8 1	8 1	16 1	15 2	8 14	1 4	41 1	16 6	48 6	32 32	4 9	2 2	1 1	9 5	6 6	2 14	1 3	24 2	23 2	0 0	0 0	9 9
Tuberculosis pulmonar (I)	2 22	5 4	19 3	28 1	15 2	12 8	26 4	41 1	16 6	48 6	32 32	4 9	2 2	1 1	9 5	6 6	2 14	1 3	24 2	23 2	0 0	0 0	9 9
Vórtice (C)	50 429	28 225	35 214	75 571	49 340	40 295	102 793	189 1033	70 509	210 1431	285 1982	19 253	32 233	24 119	12 79	52 403	14 80	39 256	140 825	2 6	3 25	1470	10101
VII (I)	3 49	4 42	7 28	3 56	3 25	3 23	5 50	13 115	5 39	7 78	5 73	29 29	4 23	4 21	17 17	3 50	2 13	7 7	61 7	7 49	0 0	0 0	11 11
Muerte en < 5 años por EDA	0 0	2 2	2 2	1 1	1 1	0 0	1 1	2 2	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	2 4	0 0	0 0	2 2
Muerte en < 5 años por IBA	2 2	2 2	2 2	1 1	10 12	3 3	1 12	1 16	1 2	9 9	2 10	1 1	0 0	1 1	1 1	1 5	5 5	0 0	9 9	16 16	0 0	0 0	6 6
Muerte materna	3 3	2 2	2 2	1 5	2 2	1 1	2 2	4 4	1 2	3 3	2 2	1 1	0 0	1 1	0 0	2 2	2 2	1 1	0 0	4 4	0 0	0 0	3 3
Muerte perinatal	6 35	4 16	3 21	8 43	2 30	1 20	6 60	21 102	4 42	12 74	11 100	1 12	3 7	11 11	3 5	1 19	3 3	8 47	8 53	1 1	2 2	0 0	102 102
Brote de EIA	2 2	2 2	0 1	9 9	1 1	1 3	2 8	1 6	2 2	1 4	1 4	1 1	2 1	2 1	6 6	2 2	1 1	0 0	2 13	7 7	3 3	0 0	1 1
Brote de hepatitis A	5 5	0 0	2 4	8 35	1 0	0 0	4 56	9 9	1 8	5 25	2 19	1 1	2 4	4 1	5 5	1 5	1 5	2 3	46 9	63 1	6 6	0 0	15 15
Brote de vórtice	3 15	1 8	2 4	8 35	1 0	0 0	4 56	9 9	1 8	5 25	2 19	1 1	2 4	4 1	5 5	1 5	1 5	2 3	46 9	63 1	6 6	0 0	47 47
Brote intoxicación por alcohol	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1
Brote intoxicación por químico	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 2	0 0	0 0	0 0	5 5
Otro brote	0 0	1 1	1 1	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1
Total	126 1286	73 657	78 505	178 1407	113 863	85 578	185 1649	305 2156	102 982	320 2615	436 3533	53 567	57 517	46 299	28 210	85 785	18 157	70 950	235 1786	4 28	4 69	2573	20739

Eventos	Amaronías	Antioquia	Arauca	Boyacá	Caldas	Cauca	Chocó	Corinto	Cundinamarca	Guaviare	Guaviare	Hulla	Magdalena	Meta	Nariño	Norte de Santander	Putumayo	Quindío	San Andrés	Santander	Sucre	Tolima	Valle	Total
Dengue clásico (I)					1				9	1	2	1		3						1	2	5	1	28
Dengue hemorrágico (I)									1															6
Exposición rubíca grave (+)									13					1										2
Exposición rubíca leve (+)									13															2
Hepatitis A (I)				1					16															17
Hepatitis B (I)									1															1
Hepatitis C (I)																								1
Intoxicación por químicos (I)									1															2
Lepra (I)		1		2										5	1						1		2	15
Malaria (I)				2																				1
Porfirias < 15 años																								1
Porfirias (C)																								1
Rubéola																								5
Sarampión																								5
Tuberculosis extra (I)									2															1
Tuberculosis pulmonar (I)	1								3															4
Vórtice (C)									58															5
VIH (I)				1					4															63
Muerte en < 5 años IBA				1					3															3
Muerte materna									1															3
Muerte perinatal									3															6
Total	1	2	1	8	3	3	9	1	125	2	5	1	1	14	2	2	3	1	1	2	2	13	1	208

(+) Probable / (D) Descartado / (I) Confirmado laboratorio / (C) Confirmado clínicamente / (OBS) Observados en el periodo / (ACU) Acumulado en el año

Fuente: sistema alerta acción (SAA)

Reporte semanal del undécimo periodo epidemiológico 2006.

Semanas epidemiológicas 41, 42, 43 y 44. Del 8 de octubre al 4 de noviembre de 2006

Eventos	Localidad	Uaquén	Chopinero	Santa Fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosco	Kennedy	Fanbón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Tensequillo	Los Maites	Antonio Miermo	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato	Total	
Etiología hepatitis por drogas (C)		2 105	6 124	1 19	5 55	1 12	2 11	3 36	17 153	5 74	12 152	10 129	4 39	3 72	10 10	4 1	1 36	5 5	3 30	1 25	0 0	4 4	10 240	
Exposición ríbrica grove (+)		3 1	4 1	2 2	7 3	3 3	1 2	1 2	4 16	9 9	2 14	1 8	1 2	4 4	0 0	1 1	1 4	3 3	3 1	1 28	0 0	0 0	14 118	
Exposición ríbrica leve (+)		35 413	15 126	4 37	10 83	13 137	5 59	19 221	22 202	3 119	15 269	53 668	8 105	11 90	3 32	1 30	7 78	1 13	10 106	11 156	12 12	4 4	246 2960	
Hepatitis A (I)		14 114	8 66	7 70	24 288	26 204	12 83	32 231	7 167	3 71	22 239	33 237	4 65	3 41	3 31	3 32	4 61	2 18	18 170	36 320	1 1	0 0	261 2509	
Hepatitis B (I)		1 8	4 4	5 1	12 12	2 2	2 2	2 11	21 21	2 8	3 20	3 17	2 7	5 5	2 7	3 3	4 7	1 1	1 10	2 20	0 0	2 2	21 172	
Hepatitis C (I)		2 2	5 5	4 4	4 4	1 1	5 5	1 1	10 10	3 8	14 14	2 15	1 1	9 9	1 5	1 1	4 4	2 2	3 3	1 1	0 0	2 2	3 10	101 101
Intoxicación por fármacos (I)		0 0	0 0	0 0	0 0	2 2	1 1	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	4 4	4 4
Intoxicación por alcohol (I)		2 2	0 0	1 1	2 5	8 8	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1 1	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	7 16	16 16
Intoxicación por químicos (I)		1 5	4 4	0 0	6 7	11 11	1 1	4 4	1 11	1 2	13 13	2 12	0 0	0 0	2 2	3 3	1 1	0 0	6 6	2 2	1 1	0 0	12 87	87 87
Lepra (I)		1 1	1 1	2 2	0 0	2 2	0 0	1 3	3 3	0 0	2 2	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	3 3	2 2	0 0	0 0	1 21	21 21
Meningitis por H. influenza (I)		0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2 2	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	4 4	4 4
Meningitis meningocócica (I)		0 0	0 0	1 1	3 3	1 1	0 0	1 1	2 2	0 0	3 3	0 0	0 0	1 1	1 1	0 0	0 0	0 0	3 3	1 1	0 0	0 0	2 17	17 17
Parotitis <15 años		10 1	0 0	0 0	0 0	2 2	2 2	1 1	2 2	0 0	2 2	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 19	19 19
Parotitis (C)		1 28	10 10	1 9	25 1	6 6	14 14	2 27	4 78	1 24	8 78	8 71	1 14	15 15	1 11	1 8	1 24	8 8	2 24	4 41	0 0	2 2	36 517	517 517
Reacción posvacunal (C)		0 0	4 4	2 2	2 10	11 11	6 6	1 8	2 26	5 5	1 31	4 17	3 3	2 2	2 2	0 0	1 8	1 1	3 29	3 13	0 0	0 0	18 178	178 178
Rubéola		25 30	14 10	16 60	47 10	13 13	17 20	36 20	49 20	21 30	52 70	60 60	7 7	8 10	9 10	9 10	9 27	3 3	40 33	90 89	0 0	1 1	44 536	536 536
Sarampión		10 9	3 3	10 16	60 26	12 12	4 20	21 17	7 7	7 7	7 10	14 13	4 4	10 4	5 10	3 3	7 7	0 0	20 18	22 21	1 0	5 5	16 217	217 217
Sífilis congénita (I)		1 6	3 3	16 3	32 1	7 7	2 2	5 5	2 17	2 25	2 2	6 6	1 14	2 2	1 3	6 6	3 3	5 1	3 15	3 11	0 0	0 0	20 184	184 184
Sífilis gestacional(I)		10 1	4 4	23 5	34 1	9 9	5 5	1 36	2 31	6 6	1 9	2 18	1 9	1 3	12 12	2 2	1 17	0 0	3 26	2 14	0 0	0 0	21 266	266 266
Tos ferina		20 32	10 7	11 1	39 40	23 20	5 5	20 32	10 53	10 26	70 66	50 92	10 4	1 1	3 12	2 2	1 10	3 3	15 15	3 21	0 0	1 1	21 270	270 270
Tuberculosis extrapulmonar (I)		3 17	8 8	8 1	17 1	16 2	10 10	2 16	1 24	1 3	28 4	41 2	13 6	6 1	10 3	6 6	14 1	1 3	16 16	2 25	0 0	0 0	21 270	270 270
Tuberculosis pulmonar (I)		22 1	6 1	20 2	30 1	16 2	14 4	30 6	47 1	17 2	50 4	36 1	10 1	2 2	1 10	3 3	1 12	3 3	24 2	25 2	0 0	9 9	29 386	386 386
Varicela (C)		59 488	36 261	26 240	76 647	42 382	41 336	131 924	180 1213	71 580	222 1653	276 2258	23 276	36 269	25 144	11 90	52 455	18 98	41 297	96 921	6 6	2 27	1464 11565	11565 11565
VIH (I)		8 57	5 47	3 31	6 62	2 27	2 25	12 62	8 123	7 46	13 91	3 76	29 29	2 25	2 23	17 4	54 54	2 15	7 68	5 54	0 0	1 12	92 944	944 944
Muerte en < 5 años por EDA		1 3	2 2	2 2	10 10	12 12	3 3	1 13	1 16	2 2	1 10	10 10	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1 1	0 0	0 0	14 14	14 14
Muerte en < 5 años por IRA		3 3	2 2	1 2	7 7	2 2	1 1	2 2	6 6	2 2	5 5	2 2	1 1	0 0	1 1	0 0	2 2	1 1	0 0	2 2	6 6	0 0	8 44	44 44
Muerte neonatal		4 39	16 16	1 22	4 47	3 33	1 21	8 68	10 112	1 43	7 81	13 113	3 15	1 8	2 13	5 4	2 23	2 5	52 52	6 59	1 1	2 2	75 778	778 778
Brote de ETA		1 3	0 0	2 2	1 10	5 5	1 1	3 3	3 3	2 2	1 16	4 4	1 2	2 2	6 6	1 1	2 2	0 0	1 14	2 9	0 0	0 0	10 81	81 81
Brote de hepatitis A		5 5	8 3	7 7	6 41	2 11	3 3	17 12	68 4	13 13	8 4	29 2	21 1	7 7	4 4	5 4	9 9	2 2	48 3	66 6	0 0	0 0	46 341	341 341
Brote de varicela		15 15	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1 1
Brote intoxicación por alcohóles		0 0	1 1	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1 1	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2 7	7 7
Brote intoxicación por químicos		0 0	1 1	1 1	2 2	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1 1
Otro brote		0 0	1 1	1 1	2 2	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1 1
Total		137 1423	78 735	78 554	165 1572	110 973	78 656	243 1892	275 2431	103 1085	332 2947	434 3967	52 619	63 580	45 344	18 228	83 868	27 184	108 1038	192 1978	0 28	7 76	2533 23272	23272 23272

Eventos especiales notificados de otros departamentos

Eventos	Amazonas	Arauca	Bolívar	Caquetá	Casare	Chocó	Córdoba	Cundinamarca	Meta	Norte de Santander	Palmira	Santander	Tolima	Valle	Vichada	Total General
Chagas																1
Dengue clásico (I)																15
Dengue hemorrágico (I)																6
ETA (C)																1
Exposición ríbrica leve (+)																5
Hepatitis A (I)																14
Hepatitis B (I)																2
Intoxicación por quininos (I)																19
Leishmaniasis (I)																11
Malaria (I)																5
Menigitis meningocócica (I)																1
Parotitis <15 años																1
Parotitis (C)																1
Reacción posvacunal (C)																2
Rubéola																2
Sarampión																3
Tos ferina																3
Tuberculosis extrapulmonar (I)																3
Tuberculosis pulmonar (I)																76
Varicela (C)																7
VIH (I)																1
Muerte en < 5 años IRA																1
Muerte neonatal																1
Muerte perinatal																7
Total																192

(+) Probable / (D) Descartado / (I) Confirmado clínicamente / (OBS) Observados en el periodo / (ACU) Acumulado en el año

Fuente: sistema alerta acción (SAA)