



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Dirección de Salud Pública

Área de Vigilancia en Salud Pública

Grupo ASIS

Bogotá, Colombia 2014



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Alcalde Mayor de Bogotá
Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud
Aldo Enrique Cadena Rojas

Subsecretario Distrital de Salud
Helver Giovanni Rubiano García

Director de Salud Pública
Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Coordinación General del Documento
Vigilancia en Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Grupo ASIS
Alexandra Porras Ramírez
José Jewel Navarrete Rodríguez

Secretaría Distrital de Salud Carrera 32 No.12-81 Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. - 2013
www.saludcapital.gov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Agradecemos la información y colaboración suministrada por los siguientes profesionales tanto de la Secretaría de Salud como de otras entidades:

Nelcy Zambrano Hernández
Grupo Estadísticas Vitales
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Leidy Johanna Cabiativa
Referente Etnias-Indígena Acciones en Salud-Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Marcela González
Referente Discapacidad . Área de Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Juliana Damelines Geógrafa Equipo
ASIS Vigilancia en salud pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Leslie Lindarte Profesional especializada
Grupo Urgencias y emergencias en salud pública Vigilancia en salud pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Rosemberg Álvarez Díaz
Profesional especializado CRUE
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Waldetrudes Aguirre Ramírez Directora
CRUE
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Juan Pablo Berdejo Casas.
Profesional Especializado. Dirección de Aseguramiento
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

María Isabel Arango Cala
Jefe Oficina Asesora de Planeación
Secretaría de Educación Distrital de Bogotá

Luz Yanira Garzón Ardila Dirección de Sisbén – Profesional Especializada
Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá



Tabla de contenido

PRESENTACIÓN	20
INTRODUCCIÓN	21
METODOLOGÍA	22
SIGLAS	23
1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	25
1.1 Contexto territorial	25
1.1.1. Localización	25
1.2.1. Características físicas del territorio	26
1.2.2. Ubicación	26
1.2.3. Relieve	27
1.2.4. Hidrografía	27
1.2.5. Clima	28
1.2.6. División política	29
1.2.7. Transporte	30
1.2.8. Metro de Bogotá	30
1.2.9. TransMilenio	30
1.3. Amenazas y Análisis de Riesgos.....	32
1.3.1. Riesgos de origen socio- natural	32
1.3.2. Inundación, Encharcamiento.....	32
1.3.3. Amenaza sísmica	34
1.3.4. Amenaza de Origen Tecnológico.....	36
1.4. Población por pertenencia étnica	36
1.5. Población con discapacidad	41
1.5.1. Características sociodemográficas de la población con discapacidad	41
1.5.2. Limitaciones en Actividades de la Vida diaria.....	46
1.5.3. Origen de la Discapacidad.....	47
1.5.4. Discapacidad Severa	49





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

1.5.5. Educación	50
1.5.6. Tipo de población	50
1.5.7. Ocupación.....	51
1.6. Estructura demográfica	54
1.6.1. Población por grupo de edad	54
1.7. Otros indicadores demográficos	57
1.8. Dinámica demográfica	59
1.8.1. Otros indicadores de la dinámica de la población.....	60
1.8.2. Esperanza de vida	60
1.8.3. Población victimizada por desplazamiento	61
2. CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES	65
2.1. Análisis de la mortalidad	65
2.1.1. Mortalidad general por grandes causas y Ajuste de tasas por edad	65
2.1.2. Mortalidad por grandes causas por sexo	66
2.1.3. Mortalidad por grandes causas por sexo	68
2.1.4. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP	69
2.1.5. Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP	70
2.1.6. Mortalidad específica por subgrupo	73
2.1.6.1. Tasas ajustadas por sexo	73
2.1.6.2. Tasas ajustadas por la edad para enfermedades transmisibles	73
2.1.6.3. Neoplasias	74
2.1.6.4. Enfermedades del sistema circulatorio	75
2.1.6.5. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	76
2.1.6.6. Causas externas	77
2.1.6.7. Síntomas, signos y afecciones mal definidas	78
2.1.7. SemafORIZACIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS EN BOGOTÁ	79
Tabla 21 SemafORIZACIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS EN BOGOTÁ.....	79
2.2. Mortalidad materno – infantil y en la niñez	80



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

2.2.1.	Tasas específicas de mortalidad	80
2.2.2.	Tasas ajustadas de mortalidad infantil por la lista 6-67 por sexo y edad	85
2.2.3.	Subgrupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.....	95
2.2.4.	Subgrupo de Tumores (neoplasias).....	98
2.2.5.	Subgrupo de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	99
2.2.6.	Subgrupo de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.....	100
2.2.7.	Subgrupo de las enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.....	101
2.2.8.	Subgrupo de las enfermedades del sistema respiratorio.....	103
2.2.9.	Subgrupo de las enfermedades perinatales.....	104
2.2.10.	Subgrupo de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.....	106
2.2.11.	Subgrupo de signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	108
2.2.12.	Subgrupo de causas externas de morbilidad y mortalidad.....	109
2.3.	Análisis de desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez	111
2.3.1.	Mortalidad materna	112
2.3.2.	Mortalidad Neonatal.....	112
2.3.3.	Mortalidad infantil.....	113
2.3.4.	Mortalidad en la niñez	114
2.3.5.	Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA.....	114
2.3.6.	Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA.....	115
2.4.	Abordaje de los determinantes de mortalidad materno- infantil y de la niñez	116
2.4.1.	Determinantes intermediarios	116
2.4.1.1.	Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI (El caso de la mortalidad infantil).	116
2.4.1.2.	Índice de concentración en salud.....	119
2.4.1.3.	Mortalidad infantil vs el número de Parto institucional en Bogotá	120
2.4.1.4.	Controles prenatales	120
2.4.1.5.	Bajo peso al nacer	121



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

2.4.1.6. Régimen de afiliación	122
2.5. Determinantes estructurales	123
2.5.1. Ingresos.....	123
2.5.2. Otros indicadores de ingreso	123
2.5.3. Estrato.....	125
2.5.3.1. Población por estrato socioeconómico	125
2.5.3.2. Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil.	126
2.5.3.3. Conclusiones.....	127
2.6. Análisis de la morbilidad.....	128
2.6.1. Principales causas de morbilidad	128
2.6.2. Morbilidad atendida.....	128
2.6.3. Morbilidad específica por subgrupo	130
2.6.3.1. Morbilidad por sexo.....	130
2.6.3.1.1. Principales causas de morbilidad en Hombres	130
2.6.3.1.2. Principales causas de morbilidad en mujeres.....	135
2.6.4. Morbilidad específica por subgrupo de causa	135
2.6.4.1. Condiciones transmisibles y nutricionales.....	135
2.6.4.2. Condiciones materno perinatales.....	137
2.6.4.3. Enfermedades no transmisibles.....	138
2.6.4.4. Lesiones	143
2.6.5. Morbilidad de eventos de alto costo.....	145
2.6.6. Morbilidad de eventos precursores	146
2.6.7. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	146
2.6.7.1. Eventos en erradicación	147
2.6.7.1.1. Parálisis Fláccida Aguda:	147
2.6.7.2. Eventos en eliminación.....	150
2.6.7.2.1. Sarampión/ Rubéola (SR)	150
2.6.7.2.2. Síndrome de Rubéola Congénita (SRC).....	152





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

2.6.7.2.3.	Tétanos Neonatal	153
2.6.7.3.	Eventos de control	153
2.6.7.3.1.	Tétanos Accidental	153
2.6.7.3.2.	Parotiditis	153
2.6.7.3.3.	Varicela	154
2.6.7.3.4.	Tos ferina	156
2.6.7.3.5.	Hepatitis A	159
2.6.7.3.6.	Meningitis	161
2.6.7.4.	Vigilancia de la EDA	162
2.6.7.4.1.	Incidencia de la EDA	162
2.6.7.4.2.	Fiebre tifoidea y paratifoidea	163
2.6.7.4.3.	Vigilancia de Cólera	163
2.6.7.4.4.	Vigilancia y Control en Salud Pública de los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)	163
2.6.7.5.	Comportamiento de Eventos relacionados con Micobacterias.	164
2.6.7.5.1.	Tuberculosis	164
2.6.7.5.2.	Coinfección TB/VIH	167
2.6.7.5.3.	Tuberculosis en poblaciones vulnerables	168
2.6.7.5.4.	Pertenencia Étnica	169
2.6.7.5.5.	Mortalidad por TB	170
2.6.7.5.6.	Tuberculosis Farmacorresistente	171
2.6.7.5.7.	Lepra	171
2.6.7.6.	Comportamiento de los Eventos de Factores de Riesgo Ambiental	173
2.6.7.6.1.	Intoxicaciones Agudas Por Sustancias Químicas	173
2.6.7.6.2.	Intoxicación por Metanol	179
2.6.7.6.3.	Intoxicación por monóxido de carbono	180
2.6.7.6.4.	Intoxicaciones por Medicamentos	182
2.6.7.6.5.	Intoxicación por Sustancia Psicoactivas	183



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

2.6.7.6.6.	Informe Brotes de Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)	186
2.6.7.7.	Comportamiento de los eventos de infecciones de transmisión sexual	190
2.6.7.7.1.	VIH/SIDA	190
2.6.7.7.1.1.	Razón de infección hombre mujer	191
2.6.7.7.1.2.	Distribución por grupo de edad	192
2.6.7.7.2.	Sífilis Gestacional	194
2.6.7.7.3.	Hepatitis B	198
2.6.7.7.4.	Hepatitis C	200
2.6.7.8.	Comportamiento de los eventos de zoonosis	201
2.6.7.8.1.	Agresión por animal potencialmente transmisor de rabia	201
2.6.7.9.	Comportamiento de los eventos de enfermedades transmitidas por vectores	206
2.6.7.9.1.	Malaria	206
2.6.7.9.2.	Dengue	207
2.6.7.9.3.	Chagas	209
2.6.7.9.4.	Leishmaniasis	210
2.6.7.9.5.	Fiebre amarilla	210
2.6.7.9.6.	Encefalitis equina venezolana	210
2.6.7.9.7.	Leptospirosis	211
2.6.8.	Análisis del comportamiento de los Eventos de Crónicas no Transmisibles	211
2.6.8.1.	Leucemias Linfoides y Mieloides pediátricas en Bogotá, Primer Semestre 2012	211
2.6.9.	Maternidad segura	212
2.6.9.1.	Mortalidad perinatal	212
2.6.9.2.	Mortalidad materna	216
2.6.9.2.1.	Indicadores mortalidad materna	217
2.6.9.3.	Morbilidad materna extrema	218
2.6.10.	Comportamiento de infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibióticos.	219
2.7.	Identificación de prioridades principales en la morbilidad	220



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 106 Semaforización de los principales eventos de notificación en Bogotá, 2013	220
2.8. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida	221
2.9. Conclusiones	221
2.10. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS	234
2.10.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud	234
2.10.2. Condiciones de vida	234
2.10.2.1. Cobertura de servicios de electricidad	234
2.10.2.2. Cobertura de acueducto.....	234
2.10.2.3. Cobertura de alcantarillado	235
2.10.2.4. Eliminación adecuada de excretas	235
2.10.2.5. Cobertura de servicios de telefonía	235
2.10.2.6. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA).....	235
2.10.2.7. Disponibilidad de alimentos.....	236
2.10.2.8. Condiciones de trabajo	237
2.10.2.9. Condiciones factores, psicológicos y culturales	239
2.10.3. Determinantes intermedios del Sistema sanitario	241
2.10.3.1. Indicadores del sistema sanitario.	241
2.10.3.1.1. Instituciones prestadoras de Salud Habilitadas.....	241
2.10.3.1.2. Cobertura de afiliación al SGSSS.....	241
2.10.3.1.3. Coberturas administrativas de vacunación en Bogotá	241
2.10.3.1.4. Nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal	242
2.10.3.1.5. Cobertura de parto institucional	242
2.10.3.1.6. Camas.....	242
2.10.3.1.7. Ambulancias	245
2.10.3.1.8. Pobreza.....	246
2.10.4. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud.....	248
2.10.4.1. Ingresos	248
2.10.5. Sector educativo	248



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

2.10.5.1.	Tasa de analfabetismo en personas entre 15 y 24 años.....	248
2.10.5.2.	Años Promedio de educación de la población de 15 años y más. Bogotá D.C.....	249
2.10.5.3.	Deserción escolar intra-anual	250
2.10.5.4.	Tasa de cobertura bruta de educación básica (de 0 a 9 grado y de 10 a 11 grado).....	252
2.10.5.5.	Distribución porcentual de la población según clasificación SISBEN	254
2.10.5.6.	Ocupación	255
2.10.5.7.	Tasa de desempleo	256
3.	CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD.....	258
3.1.	Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente.....	258
3.2.	Priorización de los problemas de salud.....	258
3.3.	Índice INS.....	260





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Población por localidad en Bogotá, 2013	25
Tabla 2. Población por pertenencia étnica según sexo	38
Tabla 3 Distribución de los grupos étnicos afiliados en el Régimen Subsidiado por Estado de Afiliación	39
Tabla 4 Distribución de los grupos étnicos afiliados en el Régimen Subsidiado por Grupo de Edad y Sexo..	40
Tabla 5 Población por pertenencia étnica y grupos de edad en Bogotá, 2013.....	40
Tabla 6 Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado por grupos étnicos y poblaciones especiales.....	40
Tabla 7 Población con discapacidad registrada, según etapa de ciclo de vida y sexo; Bogotá D.C. 2005-2012. (n=192.315), Datos preliminares.	44
Tabla 8 Población con discapacidad según principal alteración permanente, según etapa y sub etapa de ciclo de vida Bogotá D.C.; 2005- 2012. (n=192.315), Datos preliminares.....	45
Tabla 9 Población con discapacidad que requiere ayuda permanente de otra persona, según etapas de ciclo de vida; Bogotá D.C., 2005- 2012. (n=192.315) Datos preliminares.....	49
Tabla 10 Población con Discapacidad, según alfabetización; Bogotá D.C., 2005- 2012. (n=192.315) Datos preliminares.....	50
Tabla 11 Población con Discapacidad, según tipo de población especial a la que pertenece; Bogotá D.C., 2011- 2012. (n=20.856). Datos preliminares.....	51
Tabla 12 Población con Discapacidad, según actividad principal realizada en los últimos 6 meses; Bogotá D.C., 2005- 2012. (n=192.315) Datos preliminares.	52
Tabla 13 Proporción de la población por grupo etario en Bogotá, 1985, 1993, 2005,2013, 2020.....	55
Tabla 14 Otros indicadores de estructura demográfica en Bogotá, 2005, 2013, 2020.	58
Tabla 15 Otros indicadores de la dinámica de la población de Bogotá, 2012	60
Tabla 16 Esperanza de vida al nacer, por sexo, Bogotá, 2005 – 2015	61
Tabla 17 Número de familias desplazadas y recibidas en Bogotá.	62
Tabla 18 Mortalidad por grupos de causas en Hombres, Bogotá, 2005 a 2011	66
Tabla 19 Mortalidad por grupos de causas en Mujeres, Bogotá, 2005 a 2011.....	68
Tabla 20 Tasas ajustadas de mortalidad por sexo en Bogotá, 2005 a 2011.	73
Tabla 21 Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas en Bogotá.....	79
Tabla 22 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, según la lista de las 67causas en Bogotá, 2005 – 2011.....	80
Tabla 23 Número de muertes en la infancia y niñez, según la lista de las 67causas en Bogotá, 2005 – 2011	83
Tabla 24 Tasas ajustadas de mortalidad, lista 6-67 por sexo y edad en Bogotá, 2005 a 2011	85
Tabla 25 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias en Bogotá, 2005 – 2011	95
Tabla 26 Número de muertes en la infancia y niñez, por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias distrito / municipio, 2005 – 2011	97
Tabla 27 Número de muertes en la infancia y niñez, por tumores, Bogotá, 2005 – 2011	99



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 28 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, Bogotá, 2005 – 2011 ...	100
Tabla 29 Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, Bogotá, 2005 – 2011 ...	100
Tabla 30 Comportamiento de la mortalidad desnutrición menores de 5 años -edad-sexo – Bogotá, D.C. 2005 a 2011.....	101
Tabla 31 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, departamento, 2005 – 2011 BOGOTA D.C.....	102
Tabla 32 Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, distrito / municipio, 2005 – 2011 BOGOTA D.C.....	102
Tabla 33 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema respiratorio, en Bogotá, 2005 a 2011	103
Tabla 34 Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema respiratorio, en Bogotá 200 a 2011	103
Tabla 35 Tasas específicas por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Bogotá, 2005 – 2011	104
Tabla 36 Número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, distrito / municipio, 2005 – 2011 BOGOTA D.C.	105
Tabla 37 Tasas específicas de mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Bogotá, 2005 – 2011	107
Tabla 38 Número de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Bogotá, 2005 – 2011	108
Tabla 39 Tasas específicas de mortalidad por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Bogotá, 2005 – 2011	109
Tabla 40 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por causas externas de morbilidad y mortalidad, Bogotá, 2005 – 2011	109
Tabla 41 Número de muertes en la infancia y niñez, por causas externas de morbilidad y mortalidad, Bogotá, 2005 – 2013-12-27.....	110
Tabla 42 Análisis de la mortalidad materno infantil y de la niñez en Bogotá, 2011	111
Tabla 43 Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI del departamento, 2011	117
Tabla 44 Análisis de desigualdades de la mortalidad por el número de partos institucionales en Bogotá, 2011	120
Tabla 45 Análisis de desigualdades de la mortalidad por controles prenatales en Bogotá, 2011.....	121
Tabla 46 Análisis de desigualdades de la mortalidad por el número de niños con bajo peso al nacer en Bogotá, 2011	122
Tabla 47 Indicadores de la mortalidad materno-infantil y la niñez por régimen de afiliación en Bogotá, 2011	122
Tabla 48 Análisis de desigualdades de la mortalidad por ingreso en Bogotá, 2011	125
Tabla 49 Análisis de desigualdades de la mortalidad por ingreso en Bogotá, 2011	126



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 50 Identificación de prioridades en salud en Bogotá, 2013.....	126
Tabla 51 Principales causas de morbilidad atendidas en Bogotá, 2009 a 2012.....	128
Tabla 52 Principales causas de morbilidad por sexo en Bogotá, 2009 a 2012	130
Tabla 53 Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Bogotá, 2009 – 2012	136
Tabla 54 Morbilidad específica en las condiciones materno – perinatales en Bogotá, 2009 – 2012	138
Tabla 55 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la primera infancia en Bogotá, 2009 – 2012.....	138
Tabla 56 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la infancia departamento / distrito / municipio 2009 – 2012	139
Tabla 57 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la adolescencia en Bogotá, 2009 – 2012.....	140
Tabla 58 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la juventud en Bogotá, 2009 – 2012	140
Tabla 59 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la adultez en Bogotá, 2009 a 2012	141
Tabla 60 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la persona mayor de 60 años departamento / distrito / municipio 2009 – 2012	142
Tabla 61 Morbilidad específica por las lesiones en Bogotá, 2009 – 2012	143
Tabla 62 Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos en Bogotá, 2011.....	145
Tabla 63 Eventos de alto costos por régimen de afiliación departamento / distrito / municipio, 2008-2011 .	146
Tabla 64 Eventos precursores en Bogotá, 2009 -2012	146
Tabla 65 Proporción de Notificación de PFA por grupo de edad en Bogotá D,C Semana 26 de 2013	147
Tabla 66 Proporción de Notificación de PFA por localidad de residencia en Bogotá D,C Semana 26 de 2013	148
Tabla 67 Comportamiento de los Indicadores de vigilancia de la Parálisis flácida Aguda en Bogotá DC, 2013.	149
Tabla 68 Indicadores para la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola, Bogotá, semana 26- 2013 ..	151
Tabla 69 Indicadores de la Vigilancia de Síndrome de rubéola congénita, Bogotá 2013	153
Tabla 70 Incidencia de varicela en población Bogotá 2013.	156
Tabla 71 Indicadores de la vigilancia de tos ferina a Semana epidemiológica 26, Bogotá, 2013.	159
Tabla 72 Brotes presentados y atendidos de hepatitis A. Semanas epidemiológicas 1 a la 26. Año 2013. .	161
Tabla 73 Comportamiento de los casos y proporciones de incidencia de meningitis por microorganismo en Bogotá, 2013	161
Tabla 74 Porcentaje de casos nuevos según tipo de TB Bogotá semana 1 a la 26 de 2013	166
Tabla 75 Realización de Baciloscopia (coloración de Zielh Neelsen) y resultado según tipo de TB -TF, Bogotá semana 1 a la 26 de 2013.	167
Tabla 76 Distribución de casos de TB – Todas las formas con condición final muerto según ciclo vital, Bogotá semana 1 a la 26 de 2013.	171
Tabla 77 Proporción de incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas reportadas al SIVIGILA. Bogotá primer semestre del año 2013.....	174



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 78 Proporción de incidencia de intoxicaciones por tipo de sustancia. Bogotá primer semestre del año 2013.....	177
Tabla 79 Fallecidos por intoxicaciones asociadas a sustancias químicas según sexo y tipo de exposición. Bogotá primer semestre del año 2013.....	178
Tabla 80 Tasa de letalidad de intoxicaciones por tipo de sustancia, Bogotá primer semestre del año 2013	178
Tabla 81 Casos de intoxicación por metanol por ciclos vitales. Bogotá, enero – junio de 2013.....	179
Tabla 82 Tipo de exposición de las intoxicaciones por metanol. Bogotá, enero – junio de 2013.	180
Tabla 83 Tipo de exposición de las intoxicaciones por medicamentos. Enero a Junio 2013.....	183
Tabla 84 Nivel de escolaridad de casos de Intoxicación por Sustancias psicoactivas. Bogotá, enero – junio de 2013.	184
Tabla 85 Casos de intoxicación por sustancias psicoactivas por ciclos vitales. Bogotá, enero – junio de 2013.	184
Tabla 86 Tipo de exposición de las intoxicaciones por sustancias psicoactivas. Bogotá, enero – junio de 2013.	185
Tabla 87 Vía de exposición de las intoxicaciones por sustancias psicoactivas. Bogotá, enero – junio de 2013	185
Tabla 88 Distribución de los brotes de ETA por lugar de consumo. Bogotá, DC. Primer semestre de 2012 – 2013.....	187
Tabla 89 Porcentaje de medidas sanitarias aplicadas en las atenciones de brotes de ETA. Primer semestre de 2012 - 2013.	190
Tabla 90 Casos de VIH notificados al SIVIGILA distribuidos por grupo de edad. Bogotá D.C, Il trimestre de 2.013.	193
Tabla 91 Número de casos y proporción relativa de casos de VIH/Sida o muerte por SIDA distribuidos según estadio clínico y probable mecanismo de transmisión, Bogotá D.C. Il trimestre de 2013.....	194
Tabla 92 Número de casos y proporción relativa de casos de VIH/Sida o muerte por SIDA que reportan embarazo en el momento del diagnóstico, Bogotá D.C. Il semestre de 2.013.	194
Tabla 93 Razón de incidencia de Sífilis gestacional por 1.000 nacidos vivos según localidad de residencia, Bogotá D.C. 2.009 - Il trimestre de 2.013	195
Tabla 94 Incidencia de Sífilis gestacional por 1.000 nacidos vivos según localidad de residencia, Bogotá D.C. 2.009 a Il trimestre de 2.013	197
Tabla 95 Casos notificados de agresión por animal potencialmente transmisor de rabia distribuido por grupo etario. Bogotá I Semestre, 2013.....	202
Tabla 96 Casos de dengue notificados según departamento de procedencia. Semana 1 hasta semana 26 de 2013.....	208
Tabla 97 Casos de dengue grave notificados en Bogotá D.C. según rangos de edad. Semana 1 a 26 de 2013.	209
Tabla 98 Comportamiento de las muertes perinatales y neonatal tardía por grupos de edad	213
Tabla 99 Nivel educativo casos muertes maternas, perinatales – neonatales tardías y MME. Primer semestre 2013.....	214



Tabla 100 Regulación de la fecundidad casos de muertes maternas y perinatales Primer semestre 2013 .	214
Tabla 101 Métodos usados para regulación de la fecundidad casos de muertes maternas y perinatales Primer semestre 2013	214
Tabla 102 Matriz periodos perinatales de riesgo Bogotá, D.C. Primer semestre 2013.....	215
Tabla 103 Porcentaje de casos d emorbilidad materna extrema según CRITERIO específico. Primer semestre 2013.....	219
Tabla 104 Distribución de casos de MME según Causa Agrupada. Primer semestre 2013.....	219
Tabla 105 Indicadores subsistema de vigilancia epidemiológica de resistencia a lós antimicrobianos 2013.220	220
Tabla 106 Semaforización de los principales eventos de notificación en Bogotá, 2013	220
Tabla 107. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria en Bogotá, 2012.....	221
Tabla 109 Disponibilidad de alimentos en Bogotá, 2010	236
Tabla 110 Condiciones de trabajo en Bogotá, 2012	238
Tabla 110 Condiciones de vida En Bogotá, 2011-2012.....	240
Tabla 111 Coberturas de vacunación en Bogotá, avance a 31 de diciembre de 2013.....	241
Tabla 112 Distribución de las camas en Bogotá, 2011 a 2013	243
Tabla 113 Distribución de las ambulancias en Bogotá, 2011 a 2012	245
Tabla 114 Indicadores del sistema sanitario en Bogotá, 2006 a 2012.....	247
Tabla 115. Otros indicadores de ingreso, Bogotá, 2011	248
Tabla 116 Tasa de analfabetismo de 15 a 24 años para Bogotá, 2011	248
Tabla 117 años promedio de educación por grupos de edades y localidades, año 2011	250
Tabla 118 Tasa de Deserción Intra anual del sector Oficial de Bogotá por Localidades.....	251
Tabla 119 Tasas de deserción en establecimientos educativos sector oficial según grado, 2008 a 2012 ...	252
Tabla 120 Tasas de cobertura Bruta con rangos de edad del MEN. Periodo 2008 - 2012.....	253
Tabla 121 Comportamiento de los indicadores de educación en Bogotá, 2003-2012	254
Tabla 122 Matriz de los problemas de salud priorizados en Bogotá, según Hanlon.....	259
Tabla 123 Priorización de necesidades en salud con base en el Índice INS por Localidad en Bogotá, 2013	260
Tabla 124 Priorización de necesidades en salud con base en el Índice INS por UPZ en Bogotá, 2013	261

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1 Número de individuos por pertinencia étnica en Bogotá, Censo 2005.	37
Gráfica 2 Número de familias étnicas por localidad en Bogotá, 2013.....	39
Gráfica 3 Prevalencia de la discapacidad, según localidad en Bogotá, D.C; 2012. (Datos preliminares)	41
Gráfica 4 Población con Discapacidad, según localidad de residencia y sexo; Bogotá D.C. 2005- 2012. (n=192.315) Datos preliminares.....	42
Gráfica 5 Pirámide poblacional de Personas con discapacidad en Bogotá, D.C; 2005-2012. (n=192.315) (Datos preliminares)	43



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 6 Población con Discapacidad, según estrato socioeconómico; Bogotá D.C. 2005- 2012 (n=192315) Datos preliminares	45
Gráfica 7 Población con discapacidad según principales limitaciones en actividades de la vida diaria, Bogotá D.C.; 2005- 2012. (n=192.315), Datos preliminares.....	47
Gráfica 8 Origen de la Discapacidad, según sexo; Bogotá D.C., 2005- 2012. (n=192.315) Datos preliminares.	48
Gráfica 9 Población con Discapacidad según régimen de afiliación en salud, Bogotá D.C. 2005-2012. (Datos preliminares)	53
Gráfica 10 Cambio en la proporción de la población por grupo etarios en Bogotá, 1985, 1993, 2005 y 2013	56
Gráfica 11 Población por sexo y grupo de edad para Bogotá, 2013	57
Gráfica 12 Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y de Migrantes de Bogotá, 2004, 2005, 2008 y 2011	59
Gráfica 13 Distribución de la Población Desplazada y de la Población Total por Rangos de Edad. 1999-2003	63
Gráfica 14 Tasa de mortalidad ajustada por edad en Bogotá, 2005 – 2011	65
Gráfica 15 Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en Bogotá, 2005 – 2011	70
Gráfica 16 Tasas ajustadas de los años de vida potencialmente perdidos en hombres y mujeres en Bogotá, 2005 a 2011	71
Gráfica 17 Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en los hombres de Bogotá, 2005 – 2011	72
Gráfica 18 Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres de Bogotá, 2005 – 2011	72
Gráfica 19 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en Bogotá, 2005 – 2011	74
Gráfica 20 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en Bogotá, 2005 a 2011	74
Gráfica 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en Bogotá, 2005 a 2011	75
Gráfica 22 Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en Bogotá, 2005 a 2011	76
Gráfica 23 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en Bogotá, 2005 a 2011	78
Gráfica 24 Tasa de mortalidad ajustada por edad para los síntomas, signos y afecciones mal definidas en Bogotá, 2005 a 2011	79
Gráfica 25 Razón de mortalidad materna en Bogotá, 2005 a 2011	112
Gráfica 26 Tasa de mortalidad neonatal tardía en Bogotá, 2005 a 2011	113
Gráfica 27 Tasa de mortalidad infantil para Bogotá, 2005 a 2011	113
Gráfica 28 Tasa de mortalidad en la niñez, Bogotá, 2005- 2011.....	114
Gráfica 29 Tasa de mortalidad por EDA, Bogotá, 2005- 2011.....	115
Gráfica 30 Tasa de mortalidad por IRA en Bogotá, 2005 a 2011	115
Gráfica 31 Comportamiento de la mortalidad infantil por localidad en Bogotá, 2011.	118



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 32 Índice de concentración de los indicadores del abordaje materno – infantil y la niñez según el NBI en Bogotá, 2011	119
Gráfica 33 Población por estrato socioeconómico en Bogotá, 2009 a 2011.....	125
Gráfica 34 Comportamiento de la notificación integrada de Sarampión-Rubeola. Bogotá DC, Años 2011-2013.	150
Gráfica 35 Comportamiento de la notificación de Síndrome de rubeola congénita en Bogotá DC, según edad simple.	152
Gráfica 36 Comportamiento de la notificación de parotiditis. Bogotá DC, Años 2011-2013.....	154
Gráfica 37 Comportamiento de la notificación de Varicela. Bogotá DC, Años 2011-2013 (semana 26).....	155
Gráfica 38 Comportamiento de la notificación de Tos ferina. Bogotá DC, Años 2010-2013 a semana 26. .	157
Gráfica 39 Distribución de casos de tosferina notificados y confirmados por grupo etario a semana 26 Bogotá 2013.	158
Gráfica 40 Comportamiento de la notificación de Hepatitis A. Bogotá DC, Años 2009-2013 (Año 2013: semana epidemiológicas 1 a la 26).....	160
Gráfica 41 Comportamiento de la notificación de EDA. Bogotá DC, Años 2009-2013.	162
Gráfica 42 Clasificación final de casos de ESAVI en Bogotá, 2013	164
Gráfica 43 Distribución de casos notificados de Tuberculosos todas las formas a la semana 26 de 2013 ..	164
Gráfica 44 Distribución porcentual de casos de Tuberculosis Todas las Formas (TF) por ciclo vital y sexo, Bogotá semana 1 a la 26 de 2012.....	165
Gráfica 45 Casos de Tuberculosis extra pulmonar según localización anatómica, Bogotá semana 1 a la 26 de 2013.....	166
Gráfica 46 Porcentaje de casos de Tuberculosis Todas las formas con cumplimiento de consejería, Realización de prueba VIH y porcentaje de coinfección Bogotá semana 1 a la 26 de 2013.....	168
Gráfica 47 Proporción de casos de Tuberculosis Todas las formas por grupos poblacionales por ciclos vitales semana 1 a 26 de 2013.	169
Gráfica 48 Proporción de casos de Tuberculosis Todas las formas por grupos étnicos por ciclos vitales año a semana 25 de 2013.....	170
Gráfica 49 Distribución de los casos notificados de lepra por Sexo y ciclo vital a semana 26 de 2013.	172
Gráfica 50 Distribución de las Intoxicaciones por sustancias químicas, según semana epidemiológica, Bogotá, I semestre de 2013.....	173
Gráfica 51 Intoxicaciones por sustancia químicas según tipo de exposición. Bogotá primer semestre del año 2013.....	175
Gráfica 52 Intoxicaciones por sustancias químicas según vía de exposición. Bogotá primer semestre del año 2013.....	176
Gráfica 53 Distribución de las Intoxicaciones por Monóxido de Carbono, según semana epidemiológica, primer semestre 2013. Bogotá.....	181
Gráfica 54 Distribución porcentual de brotes de ETA por tipo de alimento involucrado. Primer semestre de 2012 - 2013.....	186



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 55 Distribución porcentual de brotes de ETA en los cuales se tomaron muestras biológicas de las personas afectadas. Bogotá, Primer semestre de 2012 – 2013.....	188
Gráfica 56 Factores de riesgo identificados en los estudios de brote de ETA. Bogotá, Primer semestre de 2012 y 2013.....	189
Gráfica 57 Proporción de incidencia de VIH/SIDA por 100.000 habitantes 1990 a 2012, Bogotá D.C.	191
Gráfica 58 Casos de VIH/SIDA , distribución porcentual según sexo y razón de infección hombre - mujer por VIH, Bogotá D.C 2.000 a II trimestre 2.013	192
Gráfica 59 Razón de incidencia de Sífilis gestacional por 1.000 nacidos vivos, Bogotá D.C. 2.009 a II trimestre de 2.013	196
Gráfica 60 Incidencia de sífilis congénita en Bogotá, 2009 a 2012	198
Gráfica 61 Proporción de incidencia de hepatitis B por 100.000 habitantes 2007 a 2012, Bogotá D.C.....	199
Gráfica 62 Distribución porcentual según grupos quinquenales de edad de los casos notificados por Hepatitis B, Bogotá D.C. II trimestre 2.013	200
Gráfica 63 Proporción de incidencia de hepatitis C por 100.000 habitantes 2007 a 2012, Bogotá D.C.	200
Gráfica 64 Proporción de animales agresores de los que se reporta antecedente vacunal. Bogotá I semestre 2013.	205
Gráfica 65 Proporción de incidencia de leucemias pediátricas por tipo y año en Bogotá.....	211
Gráfica 66 Tasa de mortalidad por leucemia aguda pediátrica en Bogotá, 2009 a 2013	212
Gráfica 67 Tasa de Mortalidad Perinatal Bogotá, D.C. 2007 -2013	212
Gráfica 68 Número de Casos y Razón de Mortalidad Materna 2000 – Primer semestre 2013. Bogotá D.C. 216	
Gráfica 69 Numero de muertes Maternas por Grupo de Edad 2010 – Primer semestre 2013 Bogotá D.C. . 217	
Gráfica 70 Distribución de enfermedad laboral por región, 2012.....	237
Gráfica 71 Distribución de las tasas de enfermedad laboral por departamento, 2012.....	238
Gráfica 72 Distribución porcentual de la población en SISBEN en Bogotá, 2010-2012.....	255
Gráfica 73 Población económicamente activa en Bogotá, 2008 -2011	256
Gráfica 74 Tasa de desempleo en Bogotá, 2008 -2011	257

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 Hidrografía de Bogotá DC. 2013.....	27
Mapa 2 Región del Sumapaz en Bogotá, 2013	28
Mapa 3 División Política- Administrativa en Bogotá, 2013	29
Mapa 4 Ejes Viales de Bogotá, 2013	31
Mapa 5 Amenaza de Remoción en Masa en Bogotá, 2013.....	32
Mapa 6 Amenaza por Inundación en Bogotá, 2013.....	34
Mapa 7 Respuesta Sísmica en Bogotá, 2013.....	35
Mapa 8 Pirámide poblacional para Bogotá, 2005, 2013, 2020	54
Mapa 9 Distribución de población, hogares y viviendas por localidad y UPZ, 2013.....	56



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

PRESENTACIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021, constituye el marco nacional de política sanitaria, en el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. El pilar fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP), es el Análisis de Situación de la Salud- ASIS. Razón por la cual, el Ministerio elaboró la Guía conceptual y metodológica con el modelo de Determinantes Sociales de la Salud – DSS, y la plantilla para la construcción del documento que da cuenta del ASIS.

La guía conceptual y metodológica y sus anexos y la plantilla constituyen el material básico del taller de capacitación para la elaboración del ASIS con el modelo conceptual de Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estos documentos contienen orientaciones y recomendaciones conceptuales y metodológicas para facilitar a las Entidades Territoriales de Salud su desarrollo.

La plantilla para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales, está estructurada en tres partes, la primera, la caracterización de los contextos territorial y demográfico; la segunda parte es, el abordaje de los efectos de la salud y sus determinantes y la tercera corresponde a la priorización de los efectos de salud de acuerdo a los lineamientos dados en la guía.

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, la guía, sus anexos y la plantilla se concretan como un medio para estandarizar la mínima información a contener en el documento de ASIS. Adicionalmente, identifica las desigualdades en salud, que servirán de insumo para la formulación de los Planes Territoriales de salud en los ámbitos departamental, distrital y municipal.

La guía y sus anexos y la plantilla para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales, será un material de primera mano y de consulta para los profesionales involucrados en la elaboración del ASIS, investigadores, la academia y todos aquellos actores interesados en conocer el estado de salud de una población en particular.

INTRODUCCIÓN

Los Análisis de Situación de Salud –ASIS-, se definen como los procesos para “caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos competencia del sector salud o de otros sectores”. Este tipo de procesos tienen como propósito orientar la toma de decisiones para la intervención en salud desde el componente técnico; generando insumos para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la disseminación de información en salud. En el marco de la planificación y gestión integral de la salud pública en los territorios, el ASIS es fundamental para el reconocimiento de los procesos de salud-enfermedad y de calidad de vida que ocurren en las diferentes escalas territoriales: localidad, UPZ, territorios de salud y sus microterritorios.

Estos análisis facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, ayudan a orientar las intervenciones y programas apropiados y permiten evaluar el impacto de éstos. La finalidad de estos análisis es ser usados por los diferentes actores institucionales y comunitarios en distintos niveles de planeación, toma de decisiones políticas o técnicas, y en los procesos de seguimiento y evaluación de planes y programas para mejorar las condiciones de vida y salud de la población del Distrito. Debido a su naturaleza, los procesos de Análisis de Situación de Salud a nivel Distrital y Local, son de carácter vinculante e implican la interrelación sectorial, intersectorial y transectorial. Por lo anterior, requieren del concurso de diversos actores, particularmente aquellos que generan información y de los que participan en la toma de decisiones. Si bien el equipo local ASIS está a cargo del liderazgo y gestión de los procesos de análisis, las Empresas Sociales del Estado –ESE-, deben garantizar espacios para fortalecer la articulación con otras instituciones que aporten a los procesos de análisis, planeación y toma de decisiones.

En las Localidades (localidad es la división geográfica y administrativa de Bogotá), el ASIS tiene como principal objetivo aproximar el análisis de los determinantes sociales de la salud y su incidencia en la calidad de vida de las poblaciones en las diferentes escalas del territorio (localidades, UPZ, territorios de salud y microterritorios); generando información construida de forma participativa, que explique el comportamiento de los procesos de salud y enfermedad presentada en el territorio (entiéndase como área, pertenencia y gobernanza). Estos análisis son útiles en la identificación de necesidades y respuestas locales, que realimentan el proceso y aportan evidencias para mejorar las políticas públicas y las intervenciones en salud que se realizan en el Distrito Capital.

El presente documento incluye el análisis de situación en salud para Bogotá, Distrito Capital, para los años 2009 a 2012.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

METODOLOGÍA

En términos conceptuales el ASIS mantiene coherencia y se ajusta a la perspectiva de determinantes sociales de la salud y a los enfoques de derechos, diferencial, territorial y poblacional, como se expresan y están definidos en el documento marco del programa de territorio saludable de la Secretaría Distrital de Salud.

El ordenador del análisis para el distrito capital es el ciclo vital: Infancia (primera infancia incluye menores de 1 año, niños de 1 a 5 años e infancia de 6 a 13 años), adolescencia (14 a 17 años), juventud (18 a 26 años), adultez (27 a 59 años, adulto joven 27 a 44 años y adultos maduros de 45 a 59 años), vejez (mayor de 60 años, mayores jóvenes 60 a 69 años, mayores adultos 70 a 79 años, mayores muy mayores 80 a 99 años, 100 a 105 años) y gestantes (entre 10 y 55 años).

Los participantes del ASIS, integraran sus procesos continuos y permanentes de gestión y análisis de la información, con el fin de articular sus resultados con miras a la obtención de un análisis integral, para lo cual a partir de la problematización y del consenso de necesidades de información para el análisis de determinantes, procederán a la estructuración del análisis a partir de la identificación de necesidades comunes y particulares, la consecución y consolidación de la información, y la disponibilidad de la misma para la operación del análisis e interpretación de la situación de salud. En esta fase se deben diseñar los diferentes planes de análisis que orientarán el procesamiento y análisis de la información, tomando como ordenador el ciclo vital (niñez, adolescencia y juventud, adultez, y vejez). Este plan de análisis se basa en los enfoques de determinantes sociales en salud, territorial, diferencial, poblacional y de derechos, de acuerdo a los objetivos y consideraciones específicas del análisis que se busca desarrollar, prestando especial interés a los aspectos de desigualdad e inequidad que influyen en la calidad de vida de los grupos humanos.

Se debe tener en cuenta todas las dimensiones o ejes (persona, tiempo, espacio, determinación y ocurrencia) que orientan los análisis y síntesis para los sucesos que afectan el proceso vital humano por etapa de ciclo, las preguntas que apunta a resolver, propuestas de herramientas que permiten su desarrollo con los datos y su orientación hacia la toma de decisiones.

Los métodos de análisis implican primero, el diseño de los diferentes planes de análisis que orientarán el procesamiento de la información. Éstos se deben apoyar en los enfoques de determinantes sociales en salud, enfoque de derechos, territorial, diferencial y enfoque poblacional de acuerdo a los objetivos y consideraciones específicas del análisis que se busca desarrollar. Durante la ejecución de los análisis se debe garantizar la participación de los diferentes actores, aplicando metodologías de corte cuantitativo, cualitativo y territorial para producir análisis integrales de situación. En segundo lugar, se debe realizar la triangulación de la información de los diferentes componentes generando nuevo conocimiento útil para la toma de decisiones.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC: Cuenta de Alto Costo
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dpto: Departamento
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ESI: Enfermedad Similar a la Influenza
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
LI: Límite inferior
LS: Límite superior
MEF: Mujeres en edad fértil
Mpio: Municipio
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
No: Número
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano Haga clic aquí para escribir texto.

1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1.1 Contexto territorial

1.1.1. Localización

Está ubicada en el centro de Colombia, en la región natural conocida como la sabana de Bogotá, que hace parte del altiplano cundiboyacense, formación montañosa ubicada en la cordillera Oriental de los Andes. Es la tercera capital más alta en América del Sur (después de La Paz y Quito), a un promedio de 2625 metros sobre el nivel del mar. Posee el páramo más grande del mundo, localizado en la localidad de Sumapaz ^(1,2).

Bogotá, para el año 2013, tiene 7.674.366 habitantes distribuidos en 20 localidades como se observa en la tabla 1. La población del área urbana se cuenta en 7.658.081 y del área rural en 16.285 habitantes.

Tabla 1 Población por localidad en Bogotá, 2013

LOCALIDAD		TOTAL
1	Usaquén	484.764
2	Chapinero	136.352
3	Santafé	109.945
4	San Cristóbal	408.477
5	Usme	415.898
6	Tunjuelito	201.230
7	Bosa	612.754
8	Kennedy	1.042.080
9	Fontibón	362.167

¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Bogotá>

² El páramo más grande del mundo en la Localidad de Sumapaz». bogota.gov.co. Consultado el 25 de marzo de 2012.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD		TOTAL
10	Engativá	858.935
11	Suba	1.120.342
12	Barrios Unidos	236.433
13	Teusaquillo	149.166
14	Mártires	98.450
15	Antonio Nariño	108.607
16	Puente Aranda	258.102
17	Candelaria	24.160
18	Rafael Uribe	376.767
19	Ciudad Bolívar	663.397
20	Sumapaz	6.340
TOTAL		7.674.366

Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008

1.2.1. Características físicas del territorio

La ciudad de Bogotá se sitúa en la sabana del mismo nombre, sobre el altiplano cundiboyacense de la cordillera Oriental de los Andes) a una altitud de 2.640 y en sus puntos más altos hasta 4.050 msnm. EL Distrito Capital de Bogotá tiene un área total de 1.732 km² (incluyendo la localidad de Sumapaz) y un área urbana de 307,39 km² (en 1996).¹ El suelo que constituye el territorio donde se asienta la ciudad es principalmente proveniente del período cuaternario y antiguamente fue un lago, de esto dan evidencia los humedales que cubren algunos sectores no urbanizados de la sabana. Cuando llegaron los primeros conquistadores este territorio estaba cubierto de pantanos.

1.2.2. Ubicación

La ciudad de Bogotá se encuentra en la Cordillera Oriental, en la zona septentrional de los Andes ubicada en el centro de Colombia. El centro de la ciudad se encuentra sobre un meseta irregular aún en formación, y los



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

barrios más urbanos y sitios más turísticos de Bogotá se encuentran en la cordillera de los Andes. Limita al norte con el municipio de Chía, al oriente con los Cerros Orientales en los municipios de La Calera, Choachí y Ubaque, al sur con el Páramo de Sumapaz, y al occidente con Soacha, Mosquera y Funza.

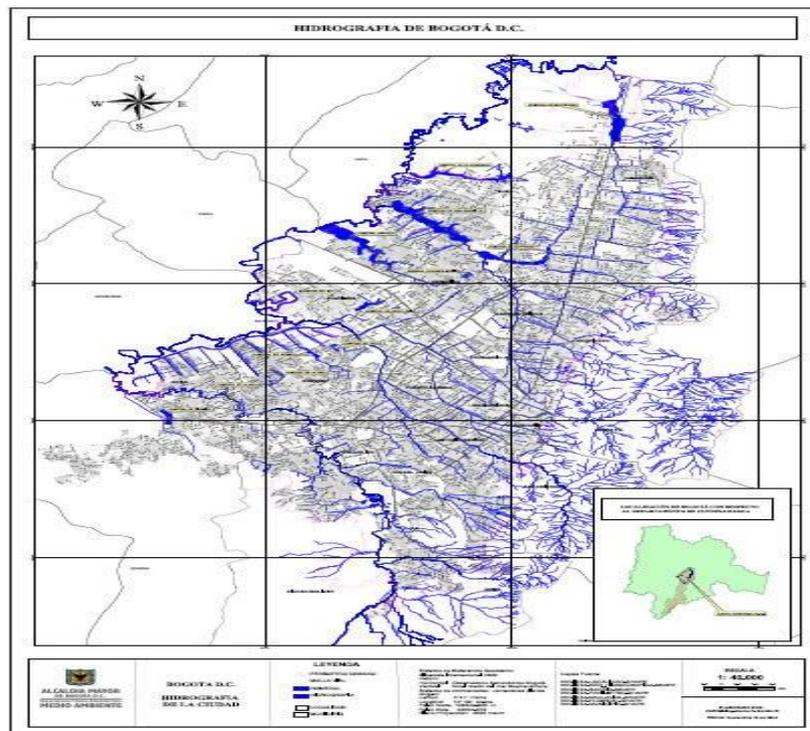
1.2.3. Relieve

La ciudad se ubica sobre la Cordillera Oriental Colombiana, en la Sabana de Bogotá, y está delimitada al oriente por un sistema montañoso en el que se destacan los cerros de Monserrate y Guadalupe también pertenecientes a Bogotá y los cuales le dan una altura desde 2.600, 3.200 en Monserrate y 4.050 metros en los puntos más altos. Bogotá se encuentra comunicada con el cerro de Monserrate a través de los servicios de teleférico y funicular que los une y es considerado el mayor atractivo de la capital.

1.2.4. Hidrografía

Su río más importante es el río Bogotá, que desde hace varias décadas presenta unos altos niveles de contaminación. Otros ríos importantes en la ciudad son el río Tunjuelo, que discurre por el sur de la ciudad, el río Fucha, El río Juan Amarillo (Salitre), los cuales desembocan en el río Bogotá. Las cataratas del Salto del Tequendama en Soacha, hacen parte del río Bogotá y son un sitio turístico a las afueras de la ciudad, por su otrora esplendor. Finalmente el río Bogotá desemboca en el río Magdalena, a las alturas del municipio cundinamarqués de Girardot.

Mapa 1 Hidrografía de Bogotá DC. 2013



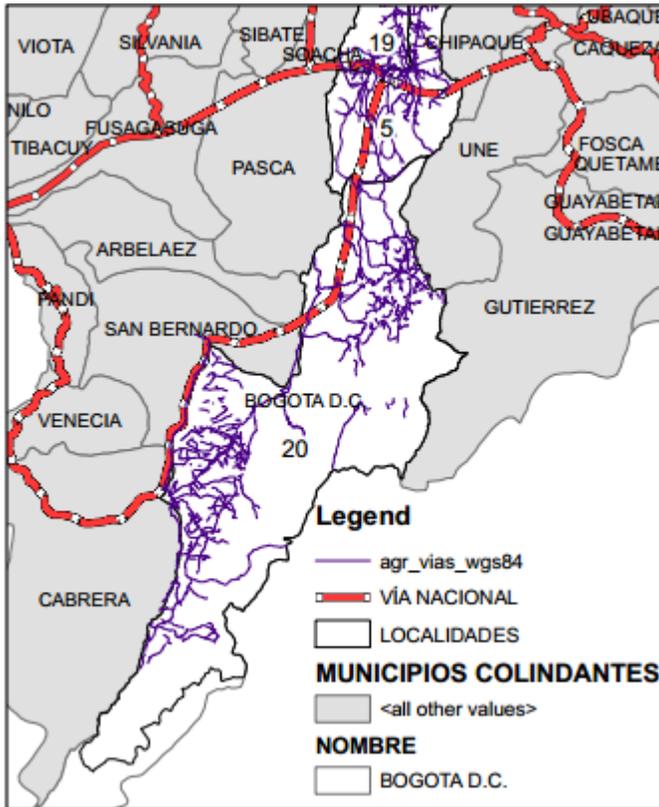


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Fuente. Tomado de http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/FOPAE_V2/Mapa%20Gestion%20del%20Riesgo%20Bogota/Deslizamientos/AVR

Páramo de Sumapaz

Mapa 2 Región del Sumapaz en Bogotá, 2013



Bogotá posee una enorme reserva natural, llamada región del Sumapaz, que en sí misma es más extensa que la propia ciudad, allí está el páramo más grande del mundo ubicado a 3.900 msnm y el parque natural del mismo nombre, además de tres corregimientos, que conforman la localidad número 20 de la ciudad.

Además aunque aún continúan siendo municipios dependientes del departamento de Cundinamarca, Soacha, Sibate, Funza, Mosquera, Madrid y La Calera, que reúnen a una población de más de 900.000 habitantes, también conforman una misma zona urbana con Bogotá y están integrados totalmente a su territorio, hasta la llegada a las cataratas del Salto de Tequendama en el caso de la parte Sur.

También en sus cercanías hay municipios periféricos de fácil acceso desde el centro de Bogotá, como Chía, Cota, Choachí, Tabio, Tenjo, Gachancipá, Briceño, Sopó (donde se encuentra el Parque Jaime

Duque), Zipaquirá (donde está la Catedral subterránea de Sal más grande del mundo), Guatavita (donde está la laguna de la leyenda de "El Dorado"), Cajicá y Tocancipá, donde se encuentra el Autódromo homónimo.

1.2.5. Clima

La ciudad tiene un clima frío de montaña determinado por la altitud, cuyas temperaturas oscilan entre los 7 y los 18 °C, con una temperatura media anual de 14 °C. comparable al clima de la primavera septentrional.

Las temporadas más lluviosas del año son entre abril y mayo, y entre septiembre y noviembre, alcanzando los 114 mm/mes; en contraste, las temporadas más secas del año se presentan entre diciembre y febrero, y entre julio y agosto, en las cuales durante la noche y la madrugada se presentan fuertes heladas que afectan la agricultura. El mes de agosto suele ser muy soleado durante el día y acompañado de vientos.

En cuanto a sus condiciones climáticas, se encuentran estos valores promedio:

- Temperatura media anual: 14.0° C



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Temperatura máxima media anual: 19.9° C
- Temperatura mínima media anual: 8.2° C
- Temperatura mínima absoluta: 5.2° C
- Precipitación media anual: 1.013 mm.
- Presión atmosférica: 752 milibares.
- Humedad relativa media anual: 72%

En la ciudad se presenta escasa lluvia en enero, febrero, junio, julio, agosto y septiembre; y lluvias fuertes en marzo, abril, mayo, octubre, noviembre y diciembre. Sin embargo, se presentan variaciones en estos períodos de lluvia debido a los fenómenos climatológicos ocurridos en los últimos tiempos.}

1.2.6. División política

El Distrito Capital de Bogotá se subdivide en 20 localidades y en estas se agrupan más de 1200 barrios que hay en el casco urbano de Bogotá. Salvo la localidad de Sumapaz que es área rural, las demás localidades se consideran parte del territorio urbano.

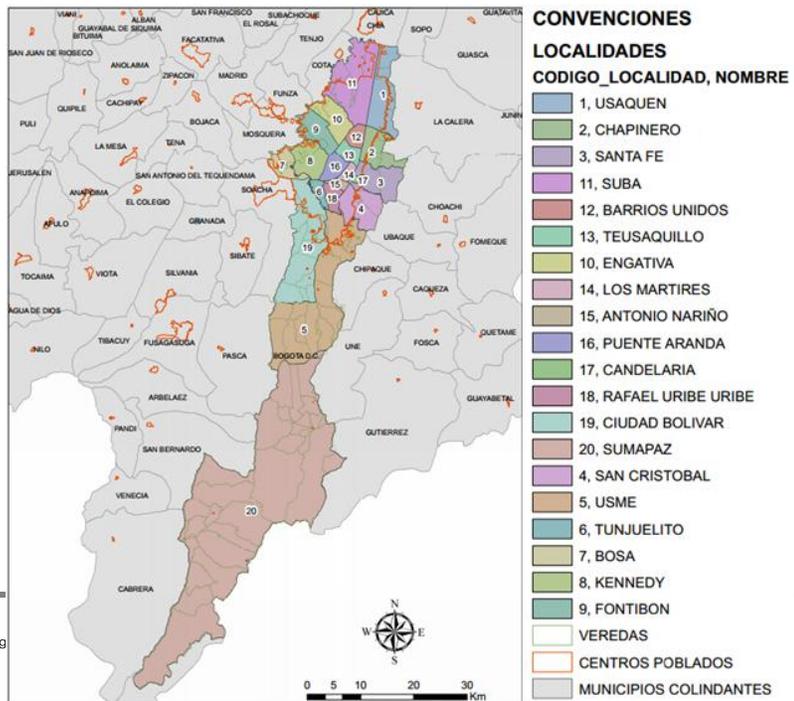
Cada localidad cuenta con una Junta Administradora Local -JAL-, integrada por no menos de siete ni más de once miembros, elegidos por votación popular para un período de cuatro años que deberán coincidir con el período del Concejo Distrital.

Una JAL cumple funciones concernientes con los planes y programas distritales de desarrollo económico y social de obras públicas, vigilancia y control a la prestación de los servicios públicos en su localidad y las inversiones que se realicen con los recursos del Distrito Capital, además de lo concerniente a la distribución de las partidas globales que les asigne el presupuesto distrital y, en general, velar por el cumplimiento de sus decisiones, recomendar la adopción de determinadas medidas por las autoridades del Distrito Capital, y promover la participación ciudadana.

Mapa 3 División Política- Administrativa en Bogotá, 2013

Las localidades son:

1. Usaquén
2. Chapinero
3. Santa Fe
4. San Cristóbal
5. Usme
6. Tunjuelito
7. Bosa
8. Kennedy
9. Fontibón
10. Engativá
11. Suba
12. Barrios Unidos
13. Teusaquillo
14. Los Mártires
15. Antonio Nariño
16. Puente Aranda





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

17. La Candelaria
18. Rafael Uribe Uribe
19. Ciudad Bolívar
20. Sumapaz

Las localidades se subdividen a su vez en Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ), y estas agrupan varios barrios y en la parte rural, veredas.

1.2.7. Transporte

En Bogotá se llevan a cabo más de 13 millones de viajes al día. La mayoría de estos viajes se llevan a cabo en transporte público colectivo (tradicional). El otro sistema de transporte público es el Sistema metropolitano de transporte masivo TransMilenio. En transporte privado, el automóvil y la motocicleta juegan un papel muy importante. El sistema de ciclorutas (344 kilómetros de vías dedicadas para el uso exclusivo de bicicletas) es uno de los más extensos de América. Por su parte, los taxis realizan cerca de 1,1 millones de viajes al día (ver Transporte de Bogotá).

Las principales vías terrestres de acceso a la ciudad son la Autopista Norte y la Norte-Quito-Sur, que junto a la Troncal Calle 13, hacen parte de la Carretera Panamericana en el tramo Simón Bolívar que la une con Caracas, Maracaibo, Quito y Guayaquil. En el Occidente, se encuentra la Calle 80, que después del Puente sobre el Río Bogotá, se convierte en la Autopista Medellín-Bogotá. También en el norte, la Carrera Séptima que luego de la Calle 170 se denomina Carretera Central del Norte y sirve como vía alterna para la Autopista Norte. En el sureste, la Avenida Boyacá que empalma con la Avenida Caracas y la Autopista al Llano, se conectan comunicando con la ciudad con los Llanos Orientales. Por otra parte, la avenida Circunvalar en los cerros orientales, se une por el sur con la vía a Choachi y por el norte con la que conduce a La Calera. Se espera que en próximos años se inicie la construcción de la Avenida Longitudinal de Occidente, vía periférica del occidente que busca descongestionar el tráfico al interior de la ciudad.

1.2.8. Metro de Bogotá

Proyecto de construcción de la primera línea del Metro de Bogotá que se inauguraría a finales del año 2018.

Sistema Integrado de Transporte Público de Bogotá

Bogotá cuenta con más de 49884 rutas del Sistema Integrado de Transporte de Bogotá (SITP) Los buses o busetas circulan por la Red Vial de acuerdo a un conjunto de rutas establecidas. Los pasajeros abordan el bus en paraderos o estaciones determinadas (ver Transporte de Bogotá).

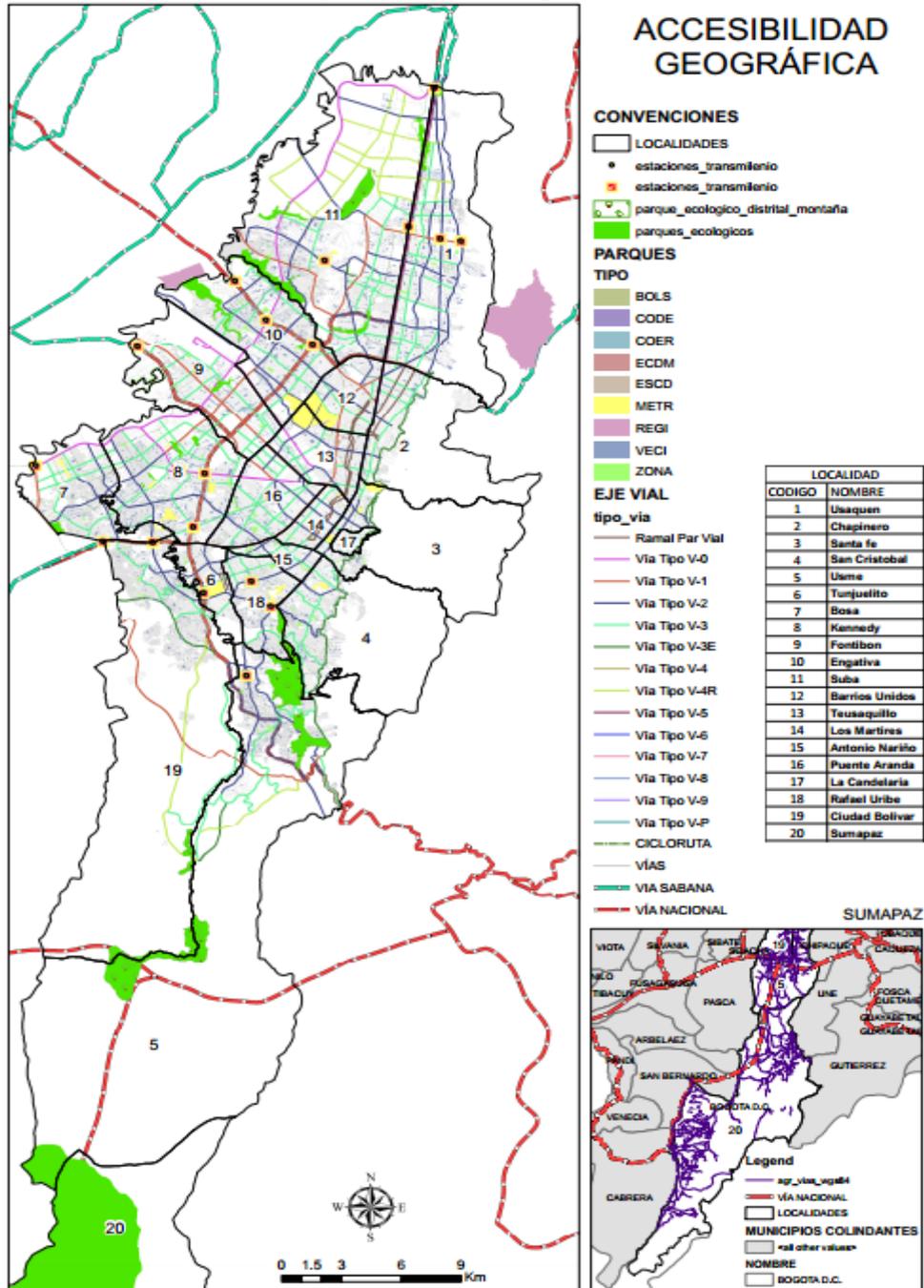
1.2.9. TransMilenio

En 1998 se inició la construcción del denominado Sistema de Transporte Masivo del Tercer Milenio "TransMilenio" y en el 2000 entró en funcionamiento. Compuesto de vehículos articulados, que además dispone de servicios "alimentadores" a los barrios periféricos y los municipios metropolitanos. El sistema cuenta con 135 estaciones a lo largo de 11 zonas, y se calcula que 1.700.000 personas lo usan a diario.85 Esta red cuenta con servicio de cicloparqueo, que no tiene costo adicional.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Mapa 4 Ejes Viales de Bogotá, 2013



Fuente. Tomado de http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/FOPAE_V2/Mapa%20Gestion%20del%20Riesgo%20Bogota/Deslizamientos/AVR



1.3. Amenazas y Análisis de Riesgos

Los riesgos de origen natural y antrópico no intencional pueden clasificarse a su vez como sigue:

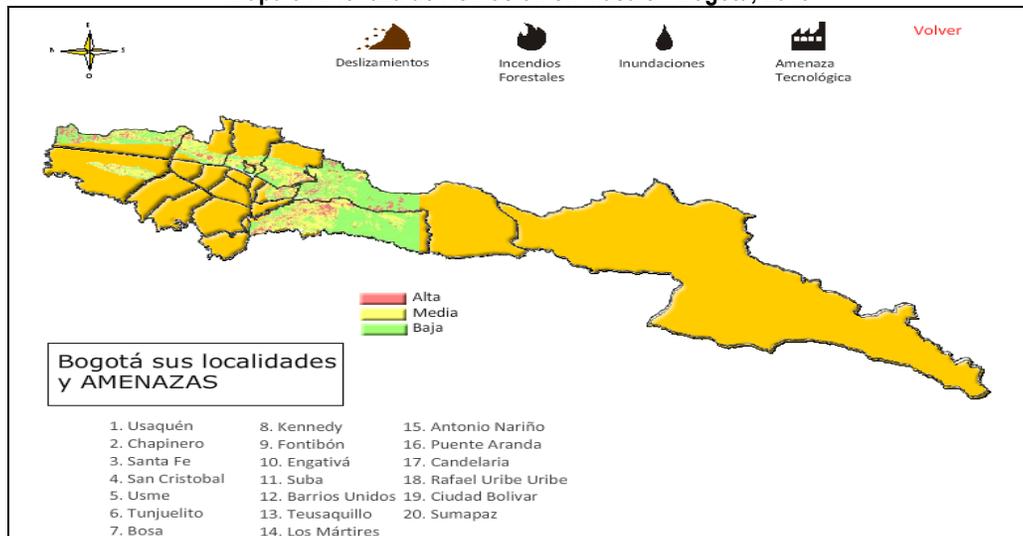
1.3.1. Riesgos de origen socio- natural

Según su naturaleza, se pueden clasificar así:

- Geológicos: Terremotos, erupciones volcánicas, movimientos en masa, erosión, licuación, subsidencia.
- Hidrometeorológicas: Inundaciones, avalanchas, sequías, granizadas, incendios forestales, descargas eléctricas, huracanes, tornados, tormentas, Fenómenos Niño y Niña.
- Biológicas: Epidemias, intoxicaciones masivas, insalubridad ambiental.
- Riesgos antrópicos no intencionales:

FOPAE (Fondo de atención y prevención de emergencias de Bogotá) adelanta estudios detallados de riesgo, escala 1:1000 y 1:2000 de diferentes tipos de alcance, los cuales incluyen zonificación de amenaza y riesgo y el diseño de obras de mitigación. En el mapa que aparece a continuación, tomado de la página oficial del SIRE3 (Sistema de Información de Respuesta a Emergencias) se observan las áreas en el distrito capital que presentan amenaza por fenómenos de remoción en masa:

Mapa 5 Amenaza de Remoción en Masa en Bogotá, 2013



NOTA: 30% del área urbana presenta en amenaza por remoción en masa. 3.000.000 personas expuestas

Fuente. Tomado de http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/FOPAE_V2/Mapa%20Gestion%20del%20Riesgo%20Bogota/Deslizamientos/AVR

1.3.2. Inundación, Encharcamiento

³ Link: http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/FOPAE_V2/Mapa%20Gestion%20del%20Riesgo%20Bogota



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Hacia 1920, en Bogotá se empezó a realizar la urbanización de los predios cercanos al río Arzobispo (calle 39), comenzando así un proceso tendiente a conectar la ciudad antigua con Chapinero. Alrededor de 1923, la quebrada de Chapinero (calle 62) marcaba el límite de crecimiento de Bogotá y para 1932 la quebrada de la Vieja (calle 70 A) bañada terrenos urbanizados. En 1947 la ciudad llegó hasta las quebradas de la Cabrera y el Chicó (calle 88) y bordeando los años 70's tocó el río de Los Micos o quebrada de Luce (diagonal 109). La urbanización de los terrenos próximos a la quebrada de Trujillo (calle 127) sucedió hacia 1960 y la quebrada de los Cedros (calle 134) a mediados de la misma década.

La ciudad de Bogotá en la actualidad está bordeada por el oriente por los cerros y por el occidente por río Bogotá que han restringido su crecimiento en estos costados y obligado a que crezca y se desarrolle hacia el norte y hacia el sur. La ciudad es atravesada de oriente a occidente por tres importantes ríos, Juan Amarillo o Salitre, Fucha o San Cristóbal y el Tunjuelo, los cuales tienen un alto índice de ocupación en las zonas de ronda y de manejo y preservación ambiental. Muchas de las viviendas localizadas a lo largo de los cauces lo invaden de manera inconveniente y utilizan los ríos para el vertido incontrolado de aguas residuales; esto favorece la inestabilidad de los cauces. La urbanización de las laderas próximas al cauce, el vertido e inadecuado manejo de aguas residuales y la obstrucción de los drenajes naturales en la parte alta son las causas principales de inestabilidades de laderas y de inundaciones.

Los ríos son usados como colectores tanto de aguas residuales como lluvias de la ciudad, cuyos flujos altamente concentrados deterioran enormemente el ambiente y la calidad de las aguas. Para proteger las orillas de estos ríos en ocasiones se construyen muros en gaviones como medidas correctivas o diques longitudinales (jarillones) para evitar desbordes, pero estas obras reducen las secciones transversales produciendo incrementos en la velocidad del flujo y elevación del nivel del agua.

Bogotá se localiza dentro de la zona de confluencia intertropical la cual cruza la ciudad dos veces al año, situación que influye en el comportamiento de las lluvias produciendo las dos épocas de lluvia, la primera en los meses de marzo, abril y mayo y la segunda en los meses de septiembre, octubre y noviembre. Las montañas circundantes de Bogotá, sirven como barrera natural que restringe el flujo de humedad, influyendo de esta forma en el régimen de lluvias en la ciudad.

La precipitación tiene relación directa con la humedad relativa, es decir a mayor humedad relativa mayor precipitación, en la zona que corresponden a los cerros orientales la humedad relativa media es del 80%, mientras que hacia el río Bogotá la humedad relativa media puede alcanzar valores del 75%.

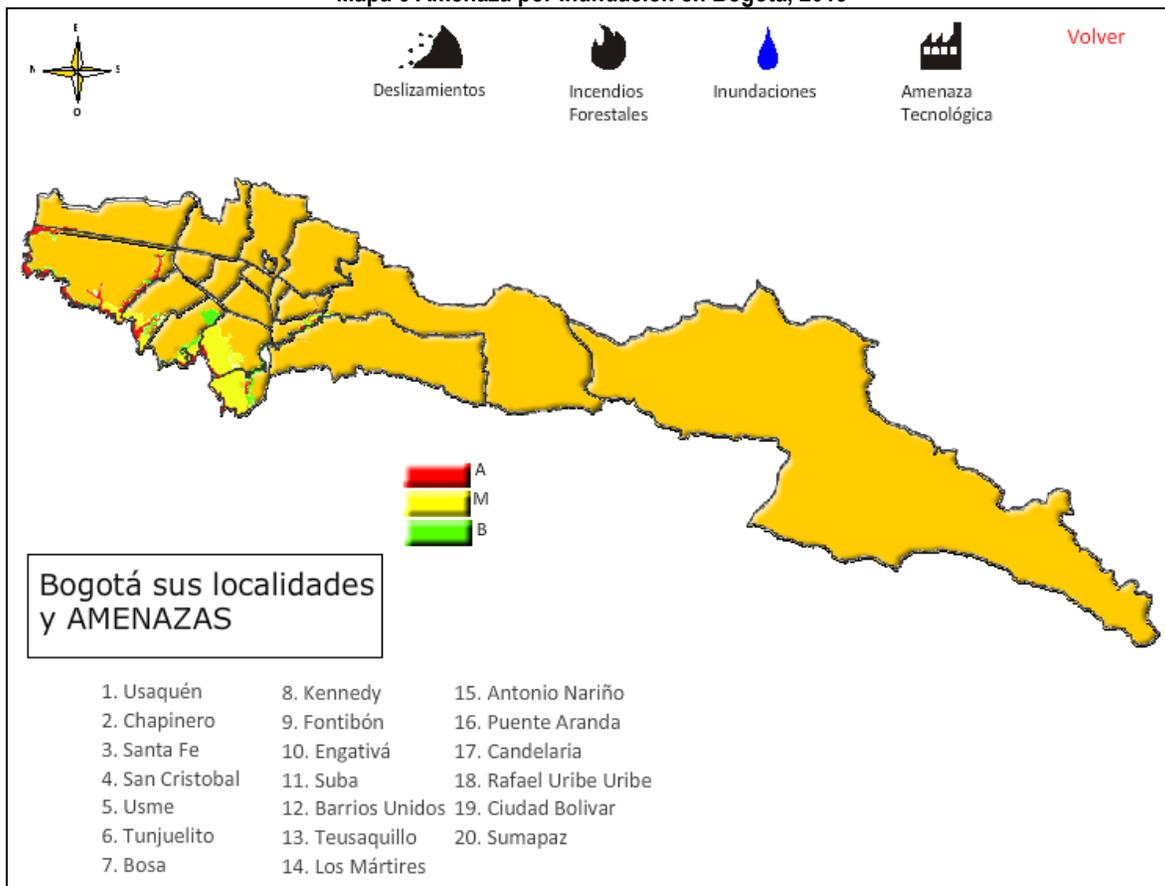
La temperatura media del aire a nivel temporal presenta pequeñas variaciones, en cambio, la altura sobre el nivel del mar es el factor de mayor relevancia en el comportamiento a nivel espacial de la temperatura. La altura de la ciudad de Bogotá D.C., varía desde los 2500 hasta los 3500 msnm y la temperatura oscila entre 14.5 °C, en la parte baja del río Tunjuelo, cerca de la su desembocadura en el río Bogotá y 7.0 °C en la cuenca alta del río Tunjuelo (3450 msnm) en el sector del embalse La Regadera. A nivel diario, la variación de la temperatura del aire es significativa, ya que las variaciones pueden acercarse a los 10 °C. Las Temperaturas máximas y mínimas registradas se dan entre los meses de diciembre a marzo con valores ligeramente superiores a los 26.0 °C para la máxima absoluta y temperaturas ligeramente inferiores a los -5.0 °C para las mínimas absolutas.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En el siguiente mapa se pueden observar las zonas del distrito capital que tienen amenaza por inundación o encharcamiento, tomando como eje principal el Río Bogotá:

Mapa 6 Amenaza por Inundación en Bogotá, 2013



Fuente. Tomado de http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/FOPAE_V2/Mapa%20Gestion%20del%20Riesgo%20Bogota/Deslizamientos/AVR

1.3.3. Amenaza sísmica

De acuerdo con la Norma Colombiana Sismo Resistente del año 1998, la ciudad se encuentra en una zona de amenaza intermedia. Localmente, este nivel de amenaza se incrementa para la mayoría de los sectores de la ciudad, debido a los efectos de la amplificación de las ondas sísmicas debido a las características del subsuelo y en algunos casos, a la topografía del terreno. El Distrito se encuentra en una zona de amenaza intermedia y cuenta con una alta vulnerabilidad sísmica. Se estima que las pérdidas en caso de Terremoto de USD \$12.000 millones.

El panorama del riesgo sísmico se completa con la vulnerabilidad de las edificaciones, lo cual depende de la época en que fueron construidos (calidad de los materiales y métodos constructivos), el tipo de estructura, el uso, el estrato socio económico y el mantenimiento, entre otros.



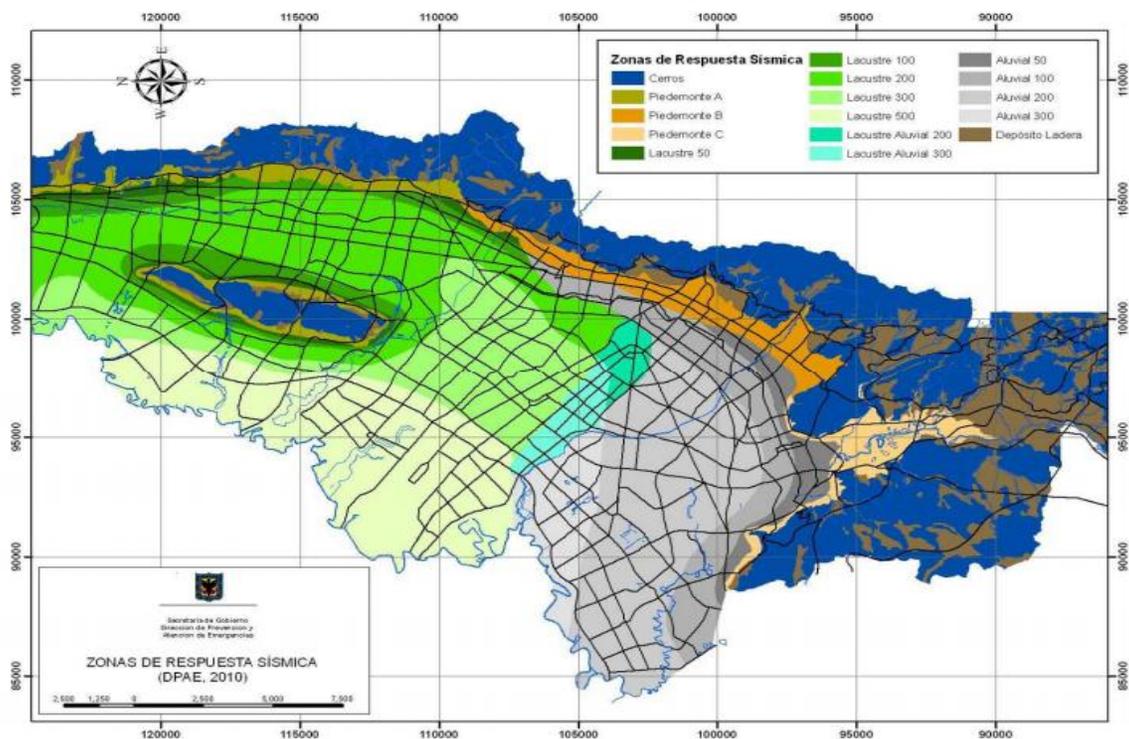
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En la actualidad, cerca de la mitad de las manzanas construidas en la ciudad corresponden a estratos socio económicos 1 y 2, de donde se infiere una alta vulnerabilidad estructural.

Esta situación, junto a los otros factores de vulnerabilidad expuestos, hace que, pese a que la amenaza sísmica en la ciudad no es extrema, el riesgo sí lo es para muchos sectores, debido a la vulnerabilidad estructural de las edificaciones.

Los datos históricos indican que en la ciudad tres sismos han causado destrucción parcial (1785, 1827 y 1917) cuyos epicentros han sido localizados en el Páramo de Chingaza (Cundinamarca), Timaná (Huila) y Páramo de Sumapaz (Cundinamarca), respectivamente. El sismo de 1917 causó leves daños a muchas edificaciones, hubo seis muertes debido a la destrucción de la iglesia de Chapinero. Otro sismo ocurrido el 18 de octubre de 1743 produjo daños graves y provocó la caída de la ermita de Monserrate. Recientemente, el sismo de Tauramena ocurrido el 19 de enero de 1995 como consecuencia de una fractura en el sistema Falla Frontal de la Cordillera Oriental, con una magnitud Mb de 6.5, foco de profundidad estimada 50 kilómetros o menor, produjo en Bogotá fracturas en muros y otros daños menores.

Mapa 7 Respuesta Sísmica en Bogotá, 2013



Fuente. Tomado de http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/FOPAE_V2/Mapa%20Gestion%20del%20Riesgo%20Bogota/Deslizamientos/AVR

1.3.4. Amenaza de Origen Tecnológico

En Bogotá, se concentra una alta densidad industrial, representada por el sector metalmecánico, manufacturero, químico, de productos alimenticios, de agregados para construcción y producción de concretos. Estos sectores se han localizado en áreas identificadas como zonas industriales, dentro de las cuales están la zona centro-oriental, la zona de Álamos, la zona industrial de Cazucá y la zona de Tunjuelito. Igualmente se ha registrado la existencia de aproximadamente 21 concentraciones industriales incipientes, muchas de ellas por fuera de las zonas industriales mencionadas, las cuales se han concentrado en los barrios Toberín y Santa Fe así como en Paloquemao.

Dentro del sector industrial con probabilidad de que ocurran eventos de origen tecnológicos la pequeña empresa predomina ampliamente, constituyendo casi un 60% del total de la muestra, seguida de la micro empresa que representa el 21%. La franja más pequeña está conformada por las empresas medianas (menos del 3%), mientras que la participación de la gran empresa es tan solo del 10 % aproximadamente.

Para Bogotá las amenazas tecnológicas están relacionadas con incendios, explosiones, fugas, generadas por:

- La liberación de sustancias químicas peligrosas presentes en los establecimientos industriales, en los establecimientos comerciales y en las viviendas familiares.
- Fallas en los sistemas o equipos eléctricos.
- Ocurrencia de un sismo.

La localidad de Puente Aranda con 390 empresas manufactureras, concentra el 23% de sistemas con potencial de amenazas tecnológicas y también registra una frecuencia alta de accidentes tecnológicos tales como incendio, derrame, explosión y fuga. Resulta altamente vulnerable por la variedad de actividades industriales en las que predominan las amenazas de incendio, riesgo, explosión y fuga. Le siguen en orden Fontibón, Engativá, Barrios Unidos y Kennedy.

Fontibón es la segunda localidad en la que se concentra mayor número de amenazas tecnológicas. Además concentra los sistemas más representativos para amenazas como son la industria química, distribución de combustibles y un gran número de bodegas de productos químicos.

Se observó al realizar varias pruebas en las localidades que en todos los casos las consecuencias del incendio dominan sobre la explosión, siendo finalmente el incendio el que prevalece. La posibilidad de que se registren eventos en cadena es alta resultando diferentes escenarios cuyas principales secuencias de eventos identificadas fueron explosión seguida de incendio y fuga seguida de explosión o incendio.

Riesgo

El riesgo asociado a las actividades en las que se manejan sustancias químicas peligrosas, muestra históricamente que en Bogotá tanto por frecuencia como por severidad el mayor riesgo ha estado representado por la distribución y manejo del gas propano seguido por el transporte de sustancias peligrosas.

1.4. Población por pertenencia étnica

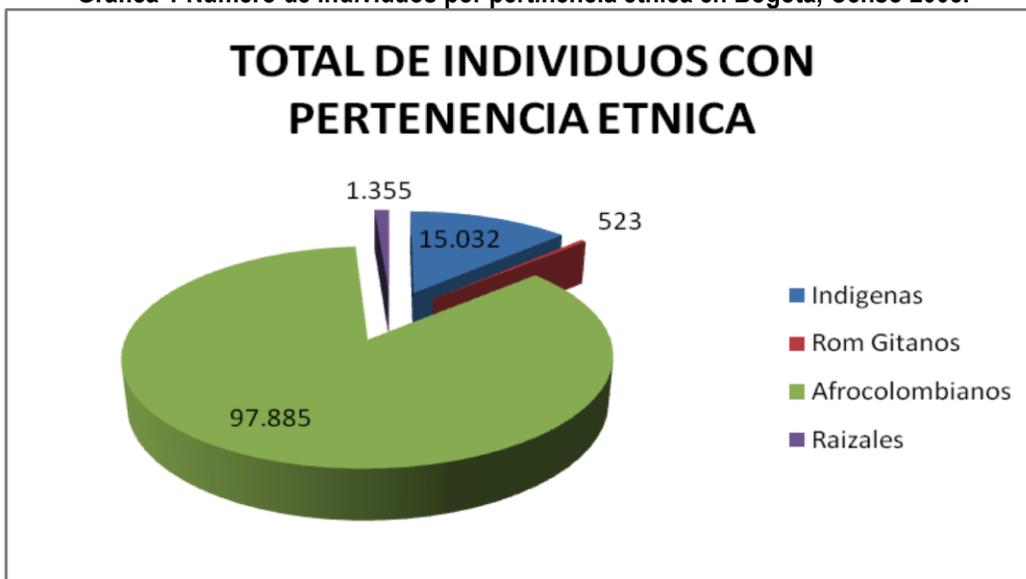
En Bogotá el censo de población del año 2005, arrojó como resultado 6.778.691 habitantes, de los cuales 15.032 (0.22%) corresponden a población indígena, el pueblo ROM o gitano está conformado por 523 personas, mientras que los afrocolombianos ascienden a 97.885 (1.5%) personas, siendo este último grupo



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

étnico de mayor número en la población total de la ciudad. Estas poblaciones étnicas suman casi un 2% del total de la población de la Ciudad, esto significa un reconocimiento étnico de parte de ellos (Gráfica 1).

Gráfica 1 Número de individuos por pertinencia étnica en Bogotá, Censo 2005.



Fuente: Datos tomados del Censo 2005

Indígenas: Habitantes ancestrales de este continente americano, que conforman grupos autóctonos, con un origen común, comparten usos y costumbres, mecanismos de producción y reproducción social y conservan sus tradiciones. Según el censo de 2005, las comunidades indígenas en la ciudad alcanzaban una cifra de 15.032 personas, organizados en cinco (5) cabildos reconocidos por el Estado Colombiano y adscritos al ente territorial de Bogotá: Muisca de Bosa y de Suba (originarios), Kichwa, Inga y Pijao. Así mismo se encuentran otros grupos o individuos que han llegado a causa de migración económica o desplazados por la violencia, se sabe de integrantes de los siguientes pueblos: Achagua, Amorúa, Andoke, Arhuaco, Arzario, Awa Kuaiker, Bara, Barasana, Barí, Betoye, Bora, Calima, Cañamomo, Carapana, Cocama, Chitarero, Chimila, Coconuco, Coreguaje, Coyaima Natagaima, Desano, Dujo, Emberá Katio, Embera Chamí, Eperara Siadipara, Guambiano, Guanaca, Guane, Guayabero, Hitnu, Kamentsa, Kankuamo, Karijona, Kawayari, Kofán, Koqui, Kubeo, Kuiba, Kurripako, Letuama, Makaguaje, Makuna, Masiguare, Matapí, Miraña, Nasa-Páez, Nukak, Ocaina, Panche, Pasto, Piaroa, Piratapuyo, Pisamira, Puinave, Quimbaya, Sáliba, Senú, Sicuani, Siona, Siriano, Taiwano, Tanimuka, Tariano, Tatuyo, Tikuna, Totoró, Tsiripu, Tukano, Tule, Tuyuca, Tzase, Uitoto, U'wa, Waunaan, Wayuu, Wiwa, Yagua, Yanacona, Yauna, Yuko, Yukuna y Yurutí, en diferentes momentos de sus procesos organizativos a nivel urbano.

Afrocolombianas: Individuos pertenecientes a las Comunidades negras o afro descendientes, que provienen principalmente de la Costa Pacífica, de la Costa Atlántica, o de los valles interandinos y otras regiones del país. En Bogotá, están diseminados en todo el territorio del distrito, principalmente en las localidades de Kennedy, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Engativa, Santa fe, Bosa, Suba, Rafael Uribe, Teusaquillo. Según el censo de 2005 el DANE reporta la existencia en Bogotá de 96.530 personas que se reconocieron frente a la encuesta como pertenecientes a la etnia afro-colombiana



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Raizales: Habitantes originarios de las Islas de San Andrés y Providencia con especificidad mitológica, ontológica, organizativa, relacional y lingüística (Hablan el Creole) y han desarrollado el proceso organizativo ORFA de población raizal en Bogotá. Son según el dato oficial 1355 en Bogotá y están presentes en la ciudad desde mediados del siglo pasado.

Gitanos: Individuos que pertenecen al Pueblo ROM en Colombia, y que por tanto conviven de manera colectiva en las unidades sociales básicas, o Kumpanias, comparten un origen común, hablan el dialecto Romanes, y poseen en general una tradición nómada con recientes redefiniciones de itinerancias en respuesta al contacto con la sociedad mayoritaria o Gayde. Conviven en Kumpanias, que son “unidades variables de coresidencia y cocirculación que se asientan en barrios o se dispersan por familias entre las casas de los habitantes no gitanos en los sectores populares de las ciudades, y en segundo lugar en grupos familiares de tamaño variable que de todas maneras mantienen vínculos culturales y sociales con alguna de las kumpanias con intención de resistencia étnica y protección del Gayde. En Bogotá, habitan principalmente en localidad de Puente Aranda, Kennedy y Engativá y son aproximadamente 523 personas, existen dos organizaciones que los aglutinan en la ciudad, PROROM o Proceso Organizativo del Pueblo ROM en Colombia y la Unión Romaní

Tabla 2. Población por pertenencia étnica según sexo

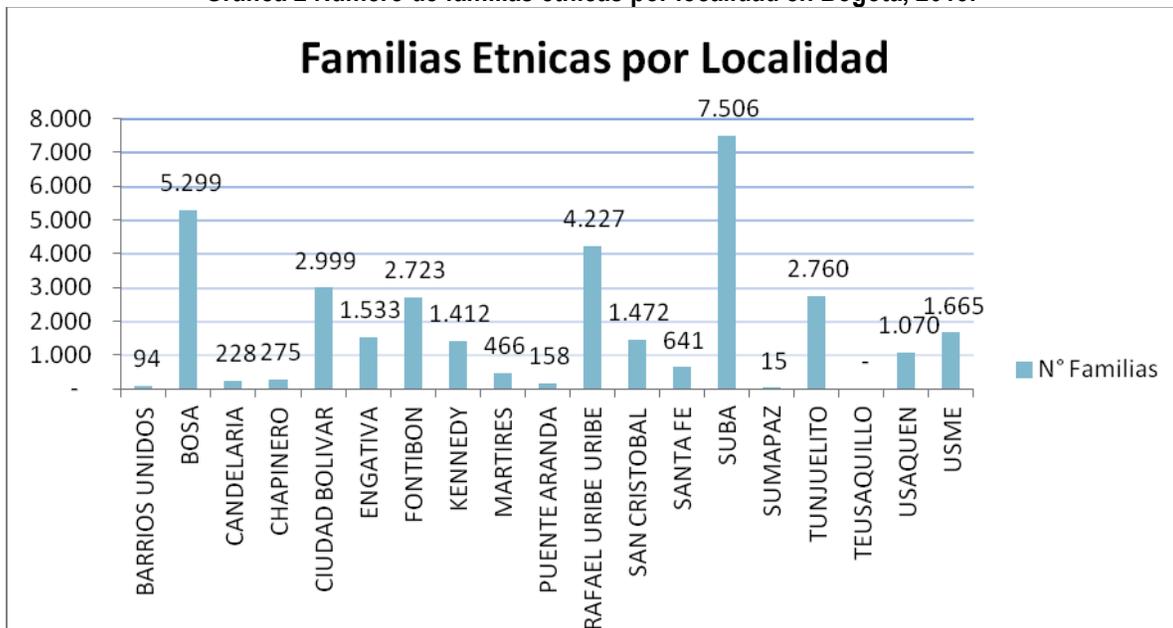
Población étnica	Población total	
	Mujeres	Hombres
Indígena	7.524	7.508
Rom (gitana)	288	235
Negro(a), mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	48.919	48.966
Raizal	702	653
Total	3.297.200	3.594.931

Fuente: Datos tomados del Censo 2005

Desde el modelo de Atención Primaria en Salud de la Secretaría Distrital de Salud se han identificado y caracterizado en Bogotá 34.909 familias Étnicas desde el año 2004 hasta septiembre de 2013 de las cuales 20.701 son familias Afrodescendientes, 13.589 familias indígenas, 244 Raizales y 105 Gitanas. Ubicadas en las en las diferentes localidades encontrando en mayor relevancia Suba con el 21.50% (7.506), seguido de Bosa con 15,18% (5.299) y Rafael Uribe con el 12.11% (4.227) (Gráfica 2).



Gráfica 2 Número de familias étnicas por localidad en Bogotá, 2013.



Fuente: Base de Datos APS 2004- SEP 2013

A continuación se realiza una descripción cuantitativa de la condición de Aseguramiento de la población Étnica, en donde se observa que a mayor frecuencia es la de indígenas con un 62.8% (Tabla 3).

Tabla 3 Distribución de los grupos étnicos afiliados en el Régimen Subsidiado por Estado de Afiliación

Pertenencia étnica	Cantidad	%
Indígena	6.772	62,8
Afrodescendiente	2.499	23,2
ROM (Gitanos)	1.470	13,6
Raizal	47	0,4
Total general	10.788	100,0

Fuente: Subsidiado BDU - FOSYGA, corte a 31 de octubre de 2013. Maestro Subsidiado SDS, corte 31 de octubre de 2013.

En la distribución de la población étnica afiliados al régimen subsidiado se tiene una población de 4.830 hombres y 5.958 mujeres en los diferentes rangos de edad, siendo el porcentaje más alto el de mujeres con (Tabla 4).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 4 Distribución de los grupos étnicos afiliados en el Régimen Subsidiado por Grupo de Edad y Sexo

Pertenencia étnica	Hombres	%	Mujeres	%	Total población	%
Indígena	3.237	30,0	3.535	32,8	6.772	62,8
Afrodescendiente	958	8,9	1.541	14,3	2.499	23,2
ROM (Gitanos)	614	5,7	856	7,9	1.470	13,6
Raizal	21	0,2	26	0,2	47	0,4
Total general	4.830	44,8	5.958	55,2	10.788	100,0

Fuente: Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de octubre de 2013. Maestro Subsidiado SDS, corte 31 de octubre de 2013.

Por rangos de edad se observa, que la mayoría de la población étnica se ubica en el grupo de 27 y 59 años (Tabla 5).

Tabla 5 Población por pertenencia étnica y grupos de edad en Bogotá, 2013.

Pertenencia étnica-Hombres	Menor de 1 año	1 - 5 años	6 - 13 años	14 - 17 años	18 - 26 años	27 - 59 años	60 - 64 años	65 años o más	Total general
Indígena	1	184	594	359	535	1.312	78	174	3.237
Afrodescendiente		42	229	123	128	372	21	43	958
ROM (Gitanos)		24	150	81	105	203	19	32	614
Raizal			5	3	2	9		2	21
Total general	1	250	978	566	770	1.896	118	251	4.830

Fuente: Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de octubre de 2013. Maestro Subsidiado SDS, corte 31 de octubre de 2013.

En la tabla 6, se observa el número de personas afiliadas al régimen subsidiado en Bogotá teniendo en cuenta la pertenencia étnica y poblaciones especiales.

Tabla 6 Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado por grupos étnicos y poblaciones especiales

Población Étnica	Comunidades indígenas	Habitante de la calle	Menores desvinculados del conflicto armado	Población de la tercera edad en protección de ancianatos	Población desmovilizada	Población en condiciones de desplazamiento forzado	Población infantil a cargo del ICBF	Población infantil vulnerable bajo protección de instituciones diferentes al ICBF	Población reclusa	Población sisbenizada	ROM (Gitanos)	Total general
Indígena	5.519	3		1		1.148	3	1		97		6.772
Afrodescendiente						2.499						2.499
ROM (Gitanos)			1		1	1.353				4	111	1.470
Raizal						44				3		47
Total general	5.519	3	1	1	1	5.044	3	1	0	104	111	10.788

Fuente: Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de octubre de 2013. Maestro Subsidiado SDS, corte 31 de octubre de 2013.

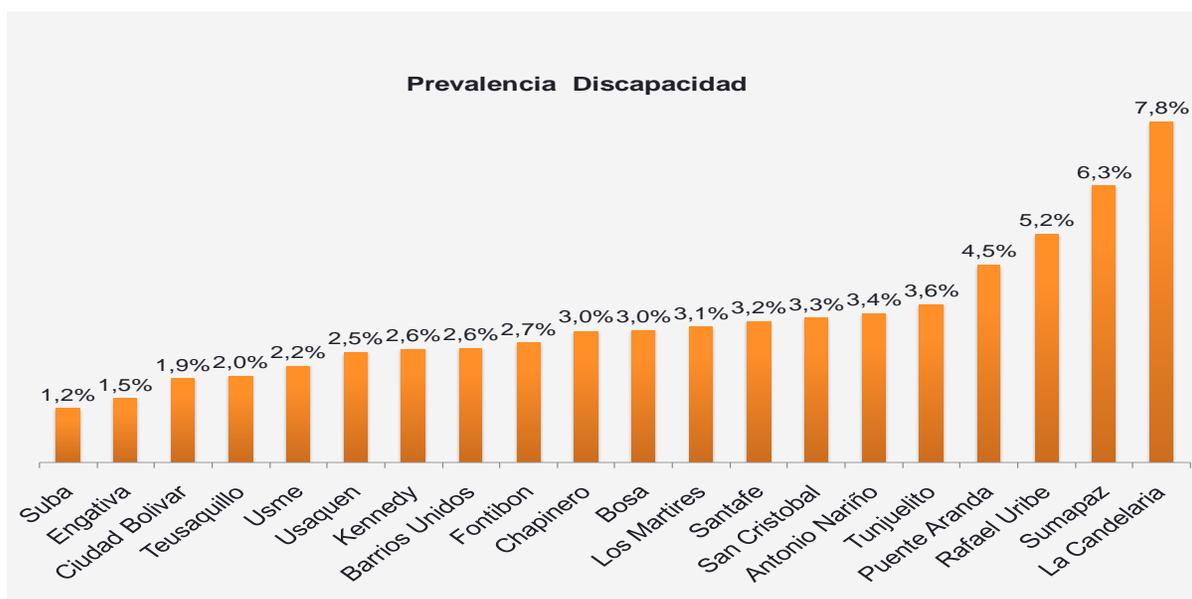


1.5. Población con discapacidad

1.5.1. Características sociodemográficas de la población con discapacidad

La prevalencia de la discapacidad para Bogotá D.C., es del 5% según censo DANE 2005, lo que corresponde a que a 2012, 378.567 personas tendrían discapacidad en la ciudad; en este sentido hasta la fecha la prevalencia identificada en la ciudad corresponde al 2,5%. En el nivel local, se observó que las localidades de Rafael Uribe, Sumapaz y Candelaria presentan prevalencias por encima de estimada para el Distrito Capital; mientras que en localidades como Puente Aranda, Tunjuelito y Antonio Nariño se identificaron prevalencias, por encima de prevalencia por identificada para el D.C. El restante de localidades presentan prevalencia inferiores a la del D.C., siendo la más baja la de localidad de Suba (Gráfica 3).

Gráfica 3 Prevalencia de la discapacidad, según localidad en Bogotá, D.C; 2012. (Datos preliminares)



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Última fecha de actualización Julio de 2013.

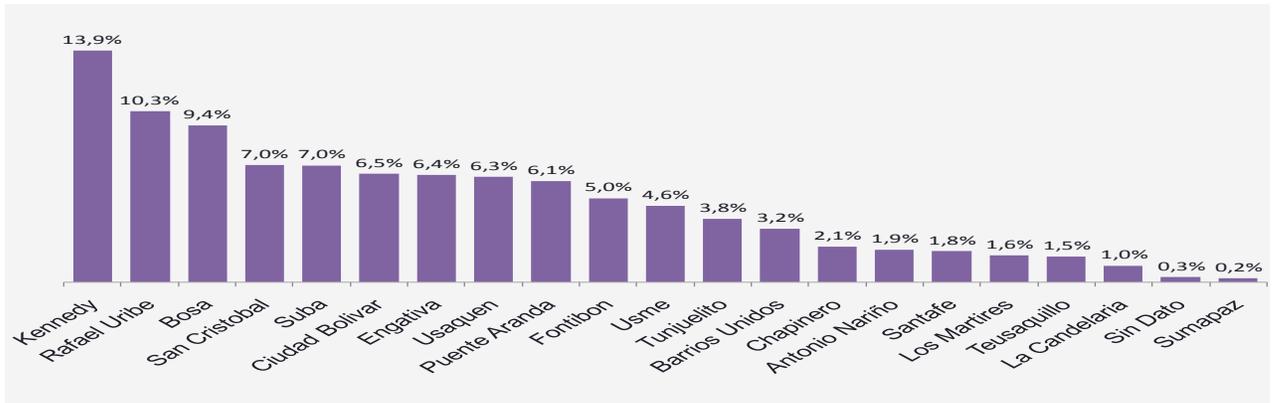
Bogotá. Proyecciones de población 2005-2015, según edades quinquenales y simples y por sexo. DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación

De acuerdo con el número de personas con discapacidad identificadas según localidades de residencia se observó que esta población encuentra en mayor concentración en las localidades de Kennedy, Rafael Uribe, Bosa y San Cristóbal respectivamente; también se observó que en la mayoría de las localidades se presenta una distribución similar entre hombres y mujeres (Gráfica 4).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 4 Población con Discapacidad, según localidad de residencia y sexo; Bogotá D.C. 2005-2012. (n=192.315) Datos preliminares.



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Ultima fecha de actualización Julio de 2013.

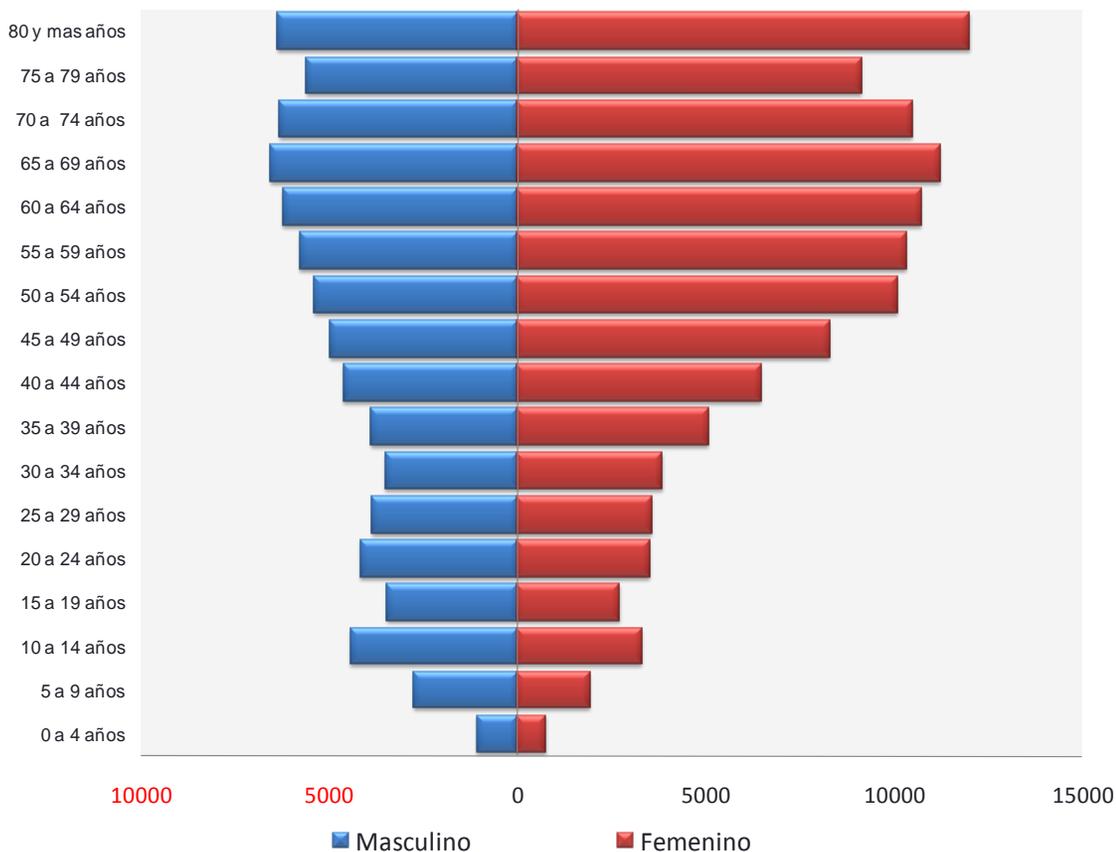
La pirámide poblacional de personas con discapacidad (Gráfica 5), muestra una forma de cono invertido, con una base angosta que se ensancha a medida que aumenta la edad; hasta los 30 años aproximadamente se evidencia predominancia de los hombres y posterior a esta edad el comportamiento se invierte y la predominancia es de mujeres. El grupo de edad de mayor concentración de población es el de 65 a 69 años en hombres y de 80 y más años en mujeres. Finalmente llama la atención el grupo de 10 a 14 años es el que muestra una mayor concentración en las edades jóvenes. La distribución por sexo mostró que el 41,1% son hombres y el 58,9% restante son mujeres.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

**Gráfica 5 Pirámide poblacional de Personas con discapacidad en Bogotá, D.C; 2005-2012. (n=192.315)
(Datos preliminares)**

Piramide poblacional Poblacion con Discapacidad
Bogotá, D.C. 2005-2012.
(n=192.315)



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Ultima fecha de actualización Julio de 2013.

Del total de la población con discapacidad en Bogotá, D.C. la mayor proporción se encuentra en la etapa de ciclo de vida *adulthood* sub etapa de *adulto maduro*, seguido por la etapa de vejez sub etapa de *mayores jóvenes*. No obstante la condición de discapacidad según el sexo se invierte en las etapas de ciclo de vida; pues durante la infancia, adolescencia y Juventud es mayor el número de hombres con discapacidad, y en la *adulthood* y la vejez más mujeres presentan esta condición (Tabla 7).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 7 Población con discapacidad registrada, según etapa de ciclo de vida y sexo; Bogotá D.C. 2005- 2012. (n=192.315), Datos preliminares.

<i>Etapa y subetapa de ciclo de vida</i>	<i>PcD</i>	<i>%</i>
Infancia menor 1 años	153	0,1%
Infancia de 1 a 5 años	2208	1,1%
infancia de 6 a 13 años	10467	5,4%
Adolescencia (14 a 17 años)	4945	2,6%
Juventud (18 a 26 años)	13350	6,9%
Adulto joven (27 a 44 años)	31671	16,5%
Adulto maduro (45 a 59 años)	44849	23,3%
Mayores jóvenes(60-69 años)	34712	18,0%
Mayores adultos(70-79 años)	31544	16,4%
Mayores muy mayores (80-99 años)	18309	9,5%
Centenarios (100-105 años)	81	0,0%
Supracentenarios (de 106 y mas años)	6	0,0%
sin dato	20	0,0%
Total	192315	100,0%

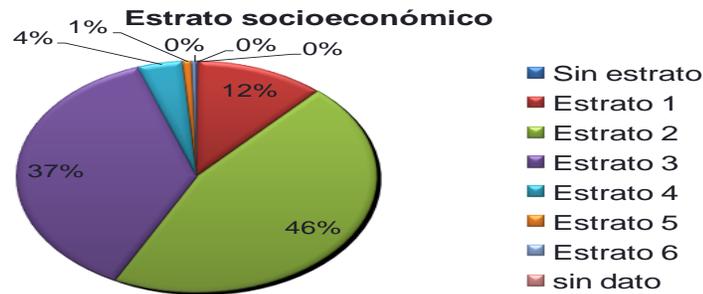
Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Ultima fecha de actualización Julio de 2013.

En la gráfica 6, se evidencia que la población con discapacidad en Bogotá D.C.; se encuentra principalmente en el estrato socioeconómico 2, seguida por el estrato 3; representando más del 83% de la población identificada.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 6 Población con Discapacidad, según estrato socioeconómico; Bogotá D.C. 2005- 2012 (n=192315) Datos preliminares



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Ultima fecha de actualización Julio de 2013.

El comportamiento según etapa de ciclo de vida muestra que en la infancia la principal alteración esta relacionada con el sistema nervioso, no obstante se presentan diferencias entre las subetapas ya que hasta los 5 años la segunda alteración más frecuente está relacionada con el movimiento del cuerpo; mientras que en los niños y niñas entre 6 a 13 años es la relacionada con la voz y habla. Este comportamiento se presenta también en la adolescencia y en la juventud se repite el patrón presentado en la infancia hasta los 5 años. En la adultez los adultos jóvenes y maduros presentaron como principal alteración la relacionada con el movimiento del cuerpo, seguidas para el primer grupo por las del sistema nervioso y para el segundo las del sistema cardiorrespiratorio y defensas. Este último comportamiento se presentó también durante las diferentes subetapas de la vejez hasta el grupo de los centenarios. Para los supracentenarios las alteraciones de mayor frecuencia son las relacionadas con el movimiento del cuerpo, seguidas por alteraciones del sistema nervioso y visuales (Tabla 8).

Tabla 8 Población con discapacidad según principal alteración permanente, según etapa y sub etapa de ciclo de vida Bogotá D.C.; 2005- 2012. (n=192.315), Datos



preliminares.

Alteración Principal	Infancia						Adolescencia		Juventud		Adultez				Vejez						sin edad		Total							
	Menor 1 año		1 a 5 años		6 a 13 años		14 a 17 años		18 a 26 años		Adulto joven 27 a 44 años		Adulto maduro 45 a 59 años		Mayores jóvenes 60-69 años		Mayores adultos 70-79 años		Mayores muy mayores 80-99 años						Centenarios 100-105 años		Supracentenarios 106 y mas años			
	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%	PcD	%
Alteraciones Sistema Nervioso	101	66,0%	1374	62,2%	6753	64,5%	3251	52,9%	7776	64,0%	14192	44,8%	15057	33,6%	10841	31,2%	10588	33,6%	7248	39,6%	39	48,1%	4	66,7%	4	20,0%	77228	40,2%		
Alteraciones Visuales	34	22,2%	572	25,9%	3409	32,6%	1588	25,8%	4082	33,6%	9802	30,9%	18740	41,8%	15617	45,0%	14688	46,6%	8907	48,6%	44	54,3%	4	66,7%	7	35,0%	77494	40,3%		
Alteraciones Auditivas	15	9,8%	314	14,2%	1401	13,4%	678	11,0%	1622	13,4%	3417	10,8%	5399	12,0%	5515	15,9%	7153	22,7%	5852	32,0%	34	42,0%	2	33,3%	4	20,0%	31406	16,3%		
Alteraciones demás órganos de los sentidos	2	1,3%	88	4,0%	434	4,1%	196	3,2%	481	4,0%	979	3,1%	1188	2,6%	924	2,7%	922	2,9%	677	3,7%	6	7,4%	0	0,0%	1	5,0%	5898	3,1%		
Alteraciones voz y habla	27	17,6%	933	42,3%	3816	36,5%	1643	26,7%	3628	29,9%	4874	15,4%	3307	7,4%	1957	5,6%	2219	7,0%	1795	9,8%	14	17,3%	1	16,7%	0	0,0%	24214	12,6%		
Alteraciones sistema cardiorrespiratorio y defensas	52	34,0%	729	33,0%	2287	21,8%	994	16,2%	2860	23,5%	9165	28,9%	20838	46,5%	19783	57,0%	18777	59,5%	10880	59,4%	49	60,5%	3	50,0%	15	75,0%	86432	44,9%		
Alteraciones digestión, metabolismo y hormonas	30	19,6%	426	19,3%	1324	12,6%	680	11,1%	2376	19,6%	7228	22,8%	13061	29,1%	10379	29,9%	8906	28,2%	4960	27,1%	24	29,6%	0	0,0%	3	15,0%	49397	25,7%		
Alteraciones sistema genital y reproductivo	17	11,1%	297	13,5%	786	7,5%	322	5,2%	1157	9,5%	3129	9,9%	4587	10,2%	3957	11,4%	4431	14,0%	3320	18,1%	24	29,6%	0	0,0%	3	15,0%	22030	11,5%		
Alteraciones movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas.	66	43,1%	996	45,1%	3151	30,1%	1531	24,9%	5172	42,6%	15844	50,0%	25686	57,3%	21597	62,2%	20854	66,1%	13225	72,2%	57	70,4%	5	83,3%	12	60,0%	108196	56,3%		
Alteraciones piel	12	7,8%	167	7,6%	639	6,1%	286	4,7%	867	7,1%	1992	6,3%	2387	5,3%	1601	4,6%	1587	5,0%	1092	6,0%	10	12,3%	0	0,0%	1	5,0%	10641	5,5%		
Otra alteración	2	1,3%	72	3,3%	518	4,9%	227	3,7%	594	4,9%	1404	4,4%	1987	4,4%	1499	4,3%	1328	4,2%	752	4,1%	3	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	8386	4,4%		
Total	153	100,0%	2208	100,0%	10467	100,0%	6149	100,0%	12146	100,0%	31671	100,0%	44849	100,0%	34712	100,0%	31544	100,0%	18309	100,0%	81	100,0%	6	100,0%	20	100,0%	192315	100,0%		

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Ultima fecha de actualización Julio de 2013.

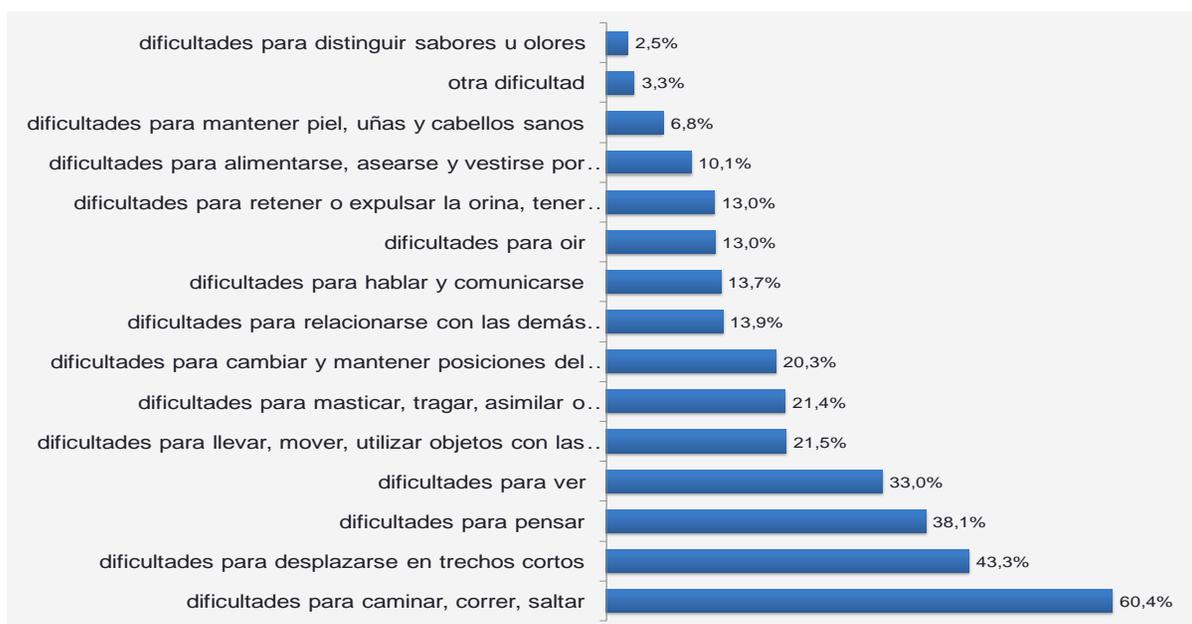
1.5.2. Limitaciones en Actividades de la Vida diaria

La gráfica 7, muestra que las principales limitaciones de la vida diaria se encuentran principalmente con dificultades para caminar, correr, saltar, desplazarse en trechos cortos y para pensar; en su orden. Mostrando coherencia con las principales alteraciones permanentes evidenciadas en esta población.

El comportamiento según etapa de ciclo de vida muestra también una coherencia con el comportamiento evidenciado según alteraciones, puesto que en la infancia la principal limitación está relacionada con el pensar, pero hasta los 5 años la segunda limitación más frecuente está relacionada con el caminar,

correr, saltar; este mismo patrón se presenta durante la adolescencia y juventud. En los niños y niñas entre 6 a 13 años la segunda limitación más frecuente es la relacionada con la hablar y comunicarse. En la adultez los adultos jóvenes y maduros presentaron como principal limitación las dificultades para caminar, correr y saltar, seguidas para el primer grupo por las dificultades para pensar y para el segundo las dificultades para desplazarse en trechos cortos. Este último comportamiento se presentó también durante las diferentes subetapas de la vejez hasta el grupo de los centenarios. Para los supracentenarios las dificultades de mayor frecuencia son las relacionadas con el caminar, correr y saltar, seguidas por dificultades para pensar.

Gráfica 7 Población con discapacidad según principales limitaciones en actividades de la vida diaria, Bogotá D.C.; 2005- 2012. (n=192.315), Datos preliminares.



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Última fecha de actualización Julio de 2013.

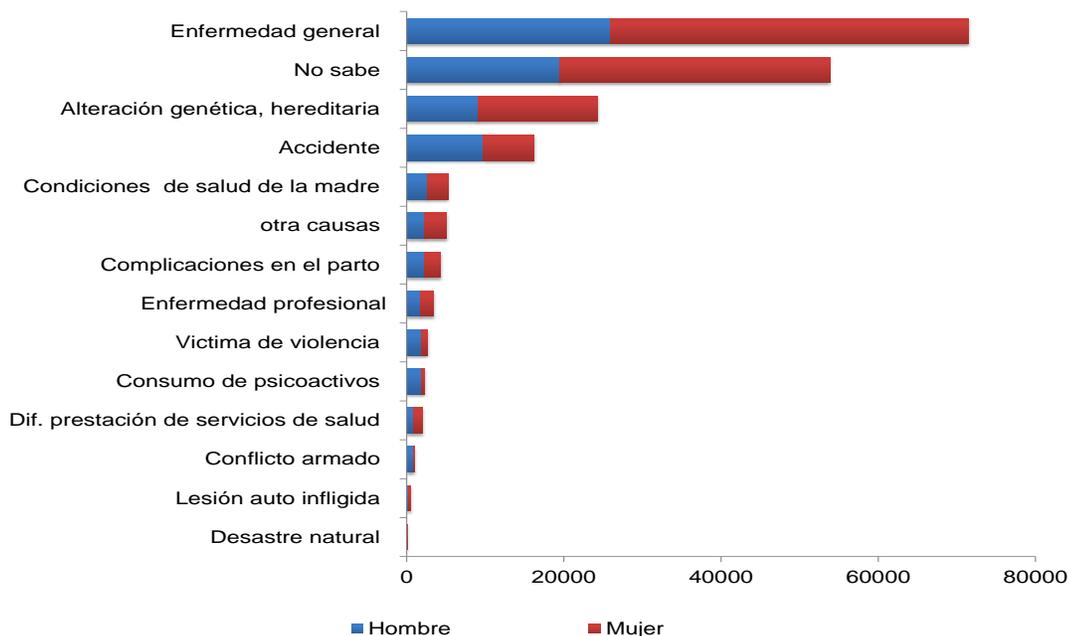
1.5.3. Origen de la Discapacidad

De acuerdo con el origen de la discapacidad se observó que la causa más frecuente está relacionada con la enfermedad general, seguida por la alteración genética o hereditaria y los accidentes. No obstante llama la atención que aproximadamente el 28 % de las personas con discapacidad, no conocen el origen de su condición (Gráfica 8).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 8 Origen de la Discapacidad, según sexo; Bogotá D.C., 2005- 2012. (n=192.315) Datos preliminares.



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Ultima fecha de actualización Julio de 2013.



1.5.4. Discapacidad Severa

La tabla 9, muestra que el 34,3% de la población con discapacidad identificada requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria, según etapa de ciclo de vida se observó que las etapas de infancia y vejez son las que más requieren de ayuda permanentes y en ellas las sub etapas más representativas fueron los menores de 6 años y los centenarios y supracentenarios.

Tabla 9 Población con discapacidad que requiere ayuda permanente de otra persona, según etapas de ciclo de vida; Bogotá D.C., 2005- 2012. (n=192.315) Datos preliminares.

Etapa de ciclo de vida	PcD	PcD que requiere ayuda Permanente	%
Infancia menor 1 años	153	136	88,9%
Infancia de 1 a 5 años	2208	1714	77,6%
infancia de 6 a 13 años	10467	5172	49,4%
Adolescencia (14 a 17 años)	4945	2061	41,7%
Juventud (18 a 26 años)	13350	5254	39,4%
Adulto joven (27 a 44 años)	31671	9469	29,9%
Adulto maduro (45 a 59 años)	44849	10560	23,5%
Mayores jóvenes(60-69 años)	34712	8903	25,6%
Mayores adultos(70-79 años)	31544	11675	37,0%
Mayores muy mayores (80-99 años)	18309	11004	60,1%
Centenarios (100-105 años)	81	65	80,2%
Supracentenarios (de 106 y mas años)	6	4	66,7%
sin dato	20	4	20,0%
Total	192315	66021	34,3%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Ultima fecha de actualización Julio de 2013.



1.5.5. Educación

El factor educativo de la población con discapacidad muestra que el 78,8 % sabe leer y escribir y el 21,2% restante no sabe leer y escribir. De igual manera se evidenció que el 9,2 % manifiesta asistir a un establecimiento educativo al momento del registro.

**Tabla 10 Población con Discapacidad, según alfabetización; Bogotá D.C., 2005- 2012. (n=192.315)
Datos preliminares.**

Etapa de ciclo de vida	Saben leer		No saben leer		Total
	PcD	%	PcD	%	
Infancia menor 1 años	16	14,4%	95	85,6%	111
Infancia de 1 a 5 años	148	8,3%	1643	91,7%	1791
infancia de 6 a 13 años	5960	57,1%	4479	42,9%	10439
Adolescencia (14 a 17 años)	3247	65,8%	1691	34,2%	4938
Juventud (18 a 26 años)	9554	71,7%	3776	28,3%	13330
Adulto joven (27 a 44 años)	26238	83,0%	5385	17,0%	31623
Adulto maduro (45 a 59 años)	39759	88,7%	5052	11,3%	44811
Mayores jóvenes(60-69 años)	29153	84,1%	5515	15,9%	34668
Mayores adultos(70-79 años)	24116	76,5%	7390	23,5%	31506
Mayores muy mayores (80-99 años)	12691	69,4%	5585	30,6%	18276
Centenarios (100-105 años)	43	53,8%	37	46,3%	80
Supracentenarios (de 106 y mas años)	1	16,7%	5	83,3%	6
sin dato	17	85,0%	3	15,0%	20
Total	150943	78,8%	40656	21,2%	191599

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Ultima fecha de actualización Julio de 2013.

1.5.6. Tipo de población

La población con discapacidad que también pertenece a algún tipo de población especial, solamente se ha identificado desde el año 2011, llegando a identificar que el 6,4% de la población identificada y caracterizada en 2011 y 2012, pertenece a algún tipo de población especial; siendo la más frecuente la población institucionalizada, seguido de población desplazada y habitante de calle.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 11 Población con Discapacidad, según tipo de población especial a la que pertenece; Bogotá D.C., 2011- 2012. (n=20.856). Datos preliminares.

<i>Tipo de población</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>PcD</i>	<i>%</i>	<i>PcD</i>	<i>%</i>	<i>PcD</i>	<i>%</i>
Desplazado	101	53,2%	89	46,8%	190	0,9%
Habitante de la calle	106	62,4%	64	37,6%	170	0,8%
Indígena	12	54,5%	10	45,5%	22	0,1%
Negritudes	38	64,4%	21	35,6%	59	0,3%
Menor abandonado	5	62,5%	3	37,5%	8	0,0%
Reinsertado	9	64,3%	5	35,7%	14	0,1%
Institucional	384	43,8%	492	56,2%	876	4,2%
Ninguna	10236	52,4%	9281	47,6%	19517	93,6%
TOTAL	10891	52,2%	9965	47,8%	20856	100,0%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Ultima fecha de actualización Julio de 2013.

1.5.7. Ocupación

La actividad realizada en los últimos 6 meses, por la población con discapacidad manifestada al momento del registro muestra que de forma general el 22,9% de la población con discapacidad identificada estuvo buscando trabajo y el 22,4% estudiando, no obstante esto contrasta con lo encontrado en la asistencia a establecimiento educativo donde se evidencio que solamente el 9% de la población asistía en el momento del registro a algún establecimiento educativo.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 12 Población con Discapacidad, según actividad principal realizada en los últimos 6 meses; Bogotá D.C., 2005- 2012. (n=192.315) Datos preliminares.

<i>Actividad realizada en los últimos 6 meses</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>		<i>Total</i>	
	<i>PcD</i>	<i>%</i>	<i>PcD</i>	<i>%</i>	<i>PcD</i>	<i>%</i>
Menor de 10 años (No aplica)	14893	51,8%	13856	48,2%	28749	14,9%
Trabajando	5674	60,7%	3671	39,3%	9345	4,9%
Buscando trabajo	19526	44,3%	24593	55,7%	44119	22,9%
Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión	8497	48,7%	8947	51,3%	17444	9,1%
Incapacitado permanente para trabajar - con pensión	5833	53,7%	5035	46,3%	10868	5,7%
Estudiando	4991	11,6%	38040	88,4%	43031	22,4%
Realizando oficios del hogar	1318	32,7%	2713	67,3%	4031	2,1%
Recibiendo renta	3576	48,4%	3806	51,6%	7382	3,8%
Pensionado - jubilado	2030	52,4%	1841	47,6%	3871	2,0%
Realizando actividades de autoconsumo	7719	53,1%	6831	46,9%	14550	7,6%
Otra actividad	2228	50,8%	2155	49,2%	4383	2,3%
Sin dato	2662	58,6%	1880	41,4%	4542	2,4%
Total	78947	41,1%	113368	58,9%	192315	100,0%

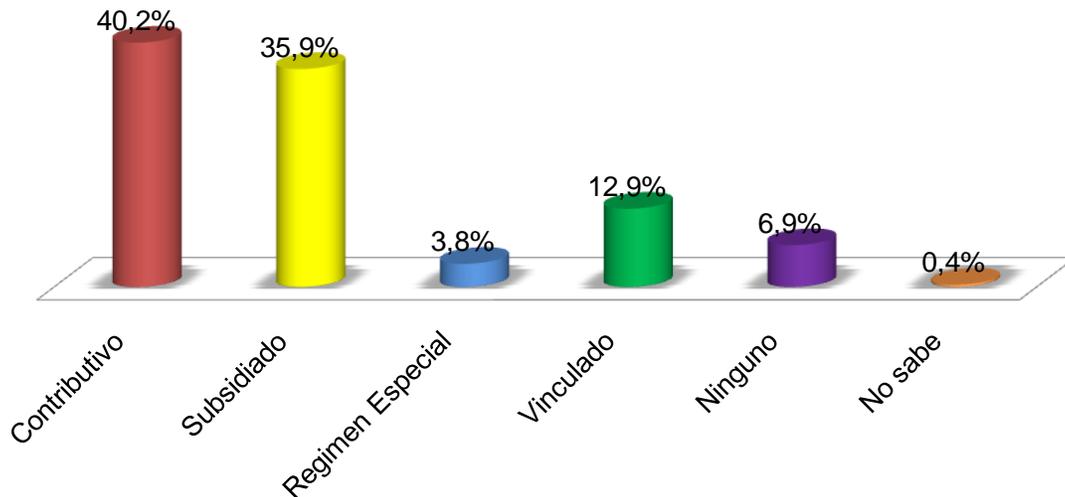
Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Ultima fecha de actualización Julio de 2013.

Finalmente según régimen de afiliación en salud se evidencio que el 76% de la población con discapacidad registrada pertenece a los regímenes contributivo y subsidiado, siendo mayor la población que pertenece al contributivo.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

**Gráfica 9 Población con Discapacidad según régimen de afiliación en salud, Bogotá D.C. 2005-2012.
(Datos preliminares)**



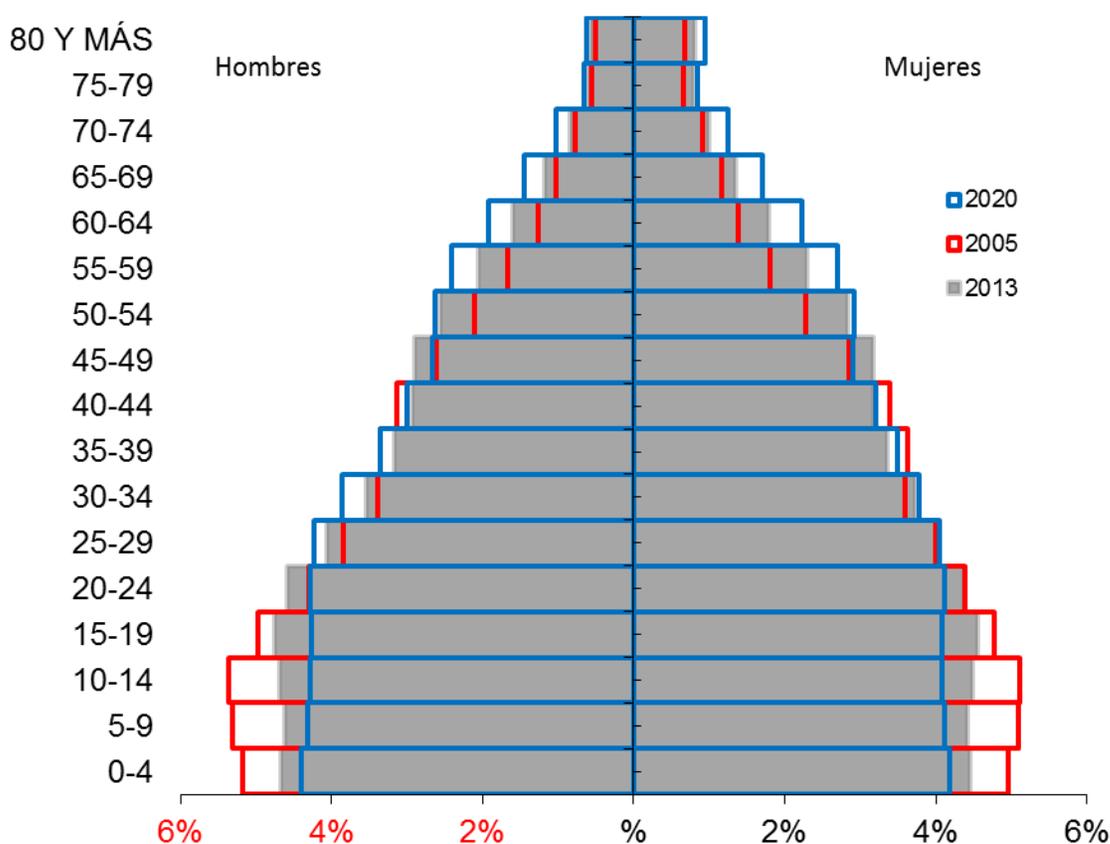
REGIMEN DE AFILIACION EN SALUD

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (información preliminar 2011-2012). **Última fecha de actualización Julio de 2013.

1.6. Estructura demográfica

La pirámide poblacional de Bogotá, muestra que para 2013, pese a la disminución de población de los grupos de edad menores de 25 años y el aumento de la población de mayores de 25 años, la pirámide sigue siendo progresiva es decir, se caracteriza por tener una base ancha y una finalización en forma de pico (forma triangular). Es propia de países jóvenes y con fuerte crecimiento. Se corresponde con países subdesarrollados.

Mapa 8 Pirámide poblacional para Bogotá, 2005, 2013, 2020



Fuente: ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 (4) Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

1.6.1. Población por grupo de edad

Para Bogotá se observa una disminución de los pesos relativos en los menores de 1 año y en los menores de 1 a 4 años, aspecto relacionado con la disminución de la fecundidad y natalidad en Bogotá (Tabla 13). Para las personas entre 25 a 44 y mayores de 45 años se observa un aumento de 3 puntos porcentuales anuales lo que se relaciona con el aumento de la expectativa de vida y el aumento de las enfermedades crónicas.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 13 Proporción de la población por grupo etario en Bogotá, 1985, 1993, 2005, 2013, 2020.

Volumen (número de personas)					
Grupos de edad	Años				
	1985	1993	2005	2013	2020
< 1 año	120.760	119.330	116.453	120.823	123.077
1 - 4 años	463.070	477.290	478.432	479.654	489.140
5 -14 años	927.723	1.193.944	1.261.354	1.209.273	1.213.259
15 - 24 años	878.744	1.033.177	1.252.598	1.303.282	1.281.038
25 – 44 años	1.174.021	1.681.413	2.169.958	2.394.949	2.595.467
45 – 59 años	394.411	554.307	1.000.446	1.348.585	1.525.626
60 – 79 años	243.397	318.461	494.618	724.649	1.030.170
> 80 años	23.523	35.562	66.257	93.151	123.024
Total	4.225.649	5.413.484	6.840.116	7.674.366	8.380.801
Pesos relativos (porcentaje)					
Grupos de edad	Años				
	1985	1993	2005	2013	2020
< 1 año	2,9	2,2	1,7	1,6	1,5
1 - 4 años	11,0	8,8	7,0	6,3	5,8
5 -14 años	22,0	22,1	18,4	15,8	14,5
15 - 24 años	20,8	19,1	18,3	17,0	15,3
25 – 44 años	27,8	31,1	31,7	31,2	31,0
45 – 59 años	9,3	10,2	14,6	17,6	18,2
60 – 79 años	5,8	5,9	7,2	9,4	12,3
> 80 años	0,6	0,7	1,0	1,2	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

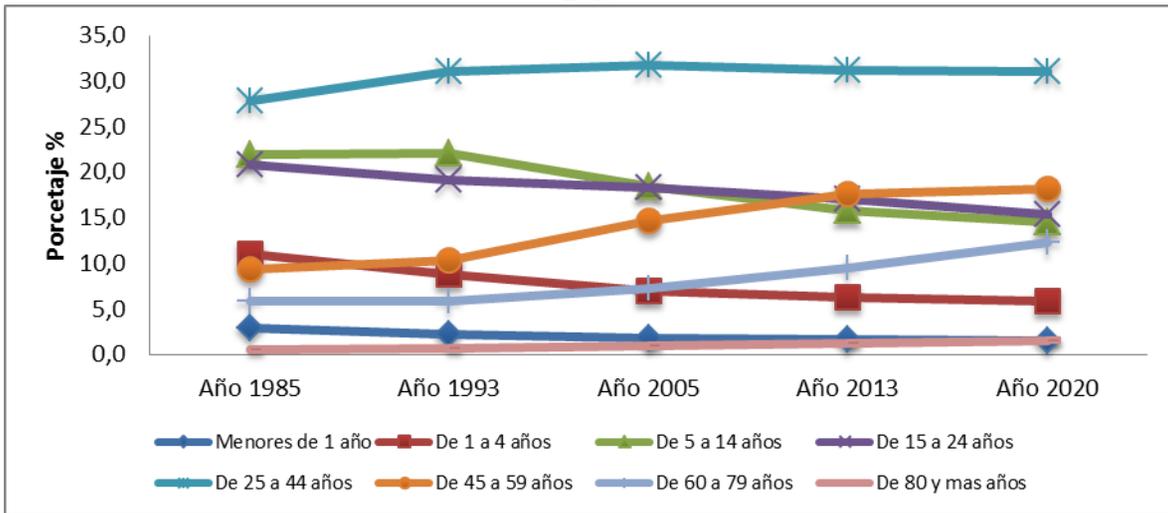
Fuente: ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

Como se observa en la Gráfica 10, la tendencia de los grupos etarios de menores de 14 años tienen una disminución anual en promedio de 2 puntos porcentuales. En los grupos de 15 a 24 años, se observa una tendencia estadísticamente significativa a la disminución, debido posiblemente a la constante disminución de la natalidad en Bogotá desde hace 25 años ($R^2=0,9867$). En los grupos de mayores de 25 años se observa un aumento porcentual promedio de 3 puntos.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

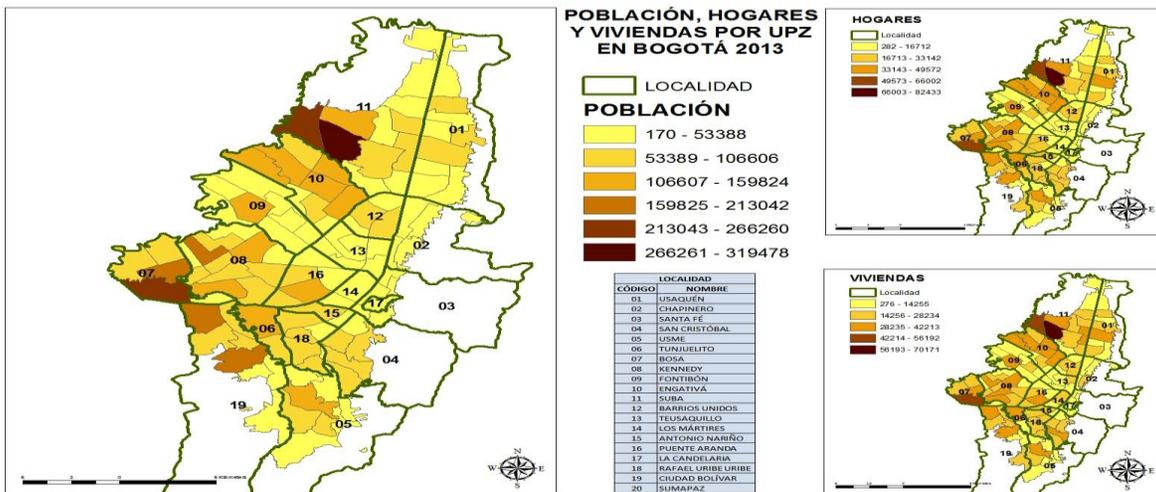
Gráfica 10 Cambio en la proporción de la población por grupo etarios en Bogotá, 1985, 1993, 2005 y 2013



Fuente: ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

Como se observa en la figura, las localidades más pobladas y por ende, con más hogares y viviendas son Suba, Bosa y Kennedy (Mapa 9).

Mapa 9 Distribución de población, hogares y viviendas por localidad y UPZ, 2013.

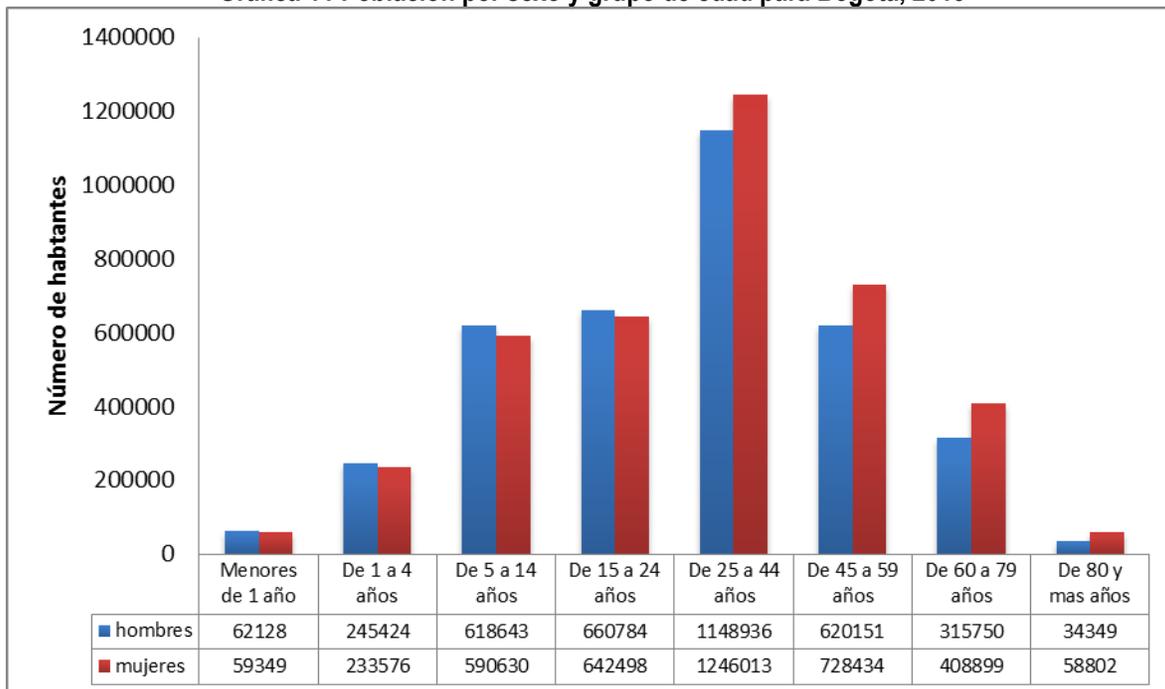


Fuente: Grupo ASIS. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2013

En la Gráfica 11, se observa que el grupo de edad más frecuentes es el de 25 a 44 años, seguido por el de 45 a 59 años y el grupo de 15 a 24 años.



Gráfica 11 Población por sexo y grupo de edad para Bogotá, 2013



Fuente: ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

1.7. Otros indicadores demográficos

Se calcularon otros indicadores así:

- La razón hombre: mujer: indica que por cada 100 mujeres hay 93,3 hombres en Bogotá, para el año 2013.
- La razón de niños: mujer: En el años 2013 por cada 100 mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años, existen 34,5 niños y niñas entre 0 y 4 años.
- El índice de infancia: En el año 2013, por cada 100 personas, 167,9 corresponden a población menor de 15 años.
- El índice de juventud: En el año 2013, por cada 100 personas, 165 tienen entre 15 y 29 años.
- El índice de vejez: En el año 2013, por cada 100 personas, 43,9 tienen entre 65 y más años.
- El índice de envejecimiento: En el año 2013, por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, hay 26,1 personas mayores de 65 años.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- El índice demográfico de dependencia: en el año 2013 por cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 52,6 menores de 15 y mayores de 65 años.
- Índice dependencia infantil: en el año 2013, por cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 41,7 personas menores de 15 años.
- Índice de dependencia de mayores: en el año 2013 por cada 100 personas entre 15 y 64 años, 10,9 tienen más de 65 años.
- Índice de friz: el indicador 141,7 para 2013, lo que significa que la población está equilibrada en los extremos es decir ni es joven ni es vieja.

Tabla 14 Otros indicadores de estructura demográfica en Bogotá, 2005, 2013, 2020.

Indicadores	2005	2013	2020
Razón de hombre: mujer	92,44	93,40	94
Razón de niños: mujer	38	35	34
Índice de infancia	194	168	154
Índice de Juventud	165	162	152
Índice de vejez	39	44	52
Índice de envejecimiento	20	26	33
Índice demográfico de dependencia	59,41	52,70	51,27
Índice de dependencia infantil	49,44	41,78	39,98
Índice de dependencia de mayores	9,97	10,92	12,86
Índice de Friz	156,97	141,17	128,50

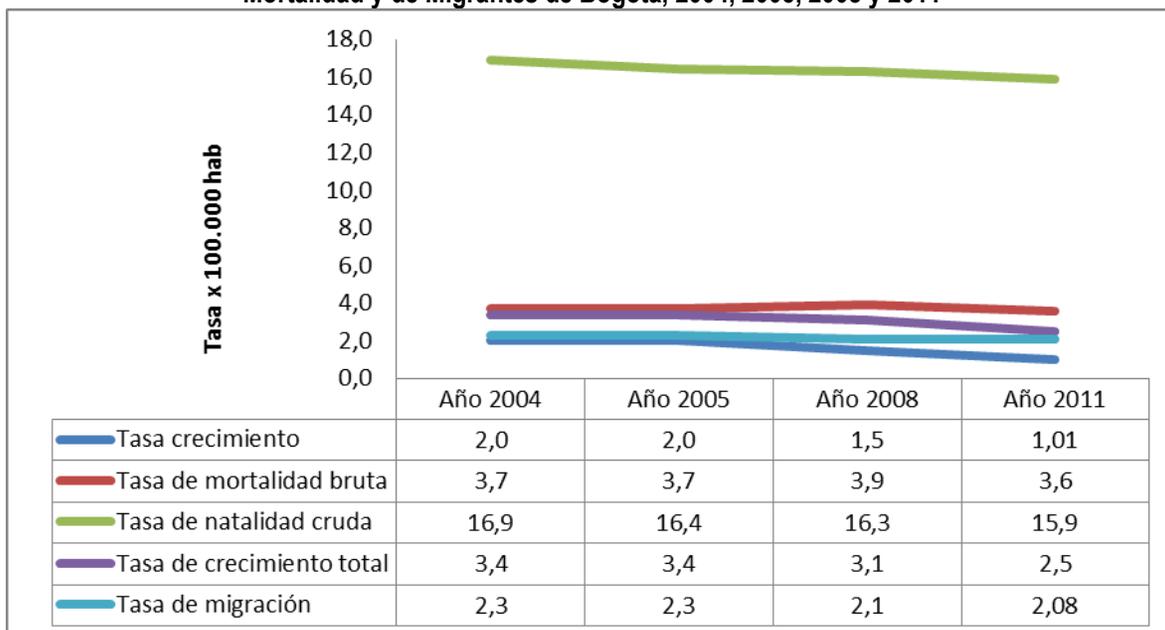
Fuente: ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD



1.8. Dinámica demográfica

- La Tasa de Crecimiento Natural: es de 1.01%. Este indicador muestra en Bogotá que el número de nacimientos en un año es superior al número de defunciones en ese mismo año, por lo tanto, la población aumenta. Además, la tasa de crecimiento vegetativo se considera moderada porque se encuentra entre el 1% y el 2%.
- La Tasa Bruta de Natalidad: es de 15.9 x 100.000 hab
- La Tasa Bruta de Mortalidad: es de 3.6 x 100.000 hab
- La Tasa Neta de Migración: Este indicador se encuentra en 1.4% lo que indica que de cada 100 Bogotanos, 1 migra.

Gráfica 12 Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y de Migrantes de Bogotá, 2004, 2005, 2008 y 2011



Fuente: ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

1.8.1. Otros indicadores de la dinámica de la población

En la tabla se observan otros indicadores de dinámica poblacional para el año 2012 (proyección).

- La Tasa General de Fecundidad: se encuentra en 56.8
- La Tasa Global de Fecundidad –TGF: Se encuentra en 1,79.
- La Edad Media de Fecundidad: este indicador se encuentra en 31,4 años. Haga clic aquí para escribir texto.
- La Tasa de Reproducción: para 2005 era de 0,92 y para el año 2013 de 0,91.

Tabla 15 Otros indicadores de la dinámica de la población de Bogotá, 2012

Indicador	valor
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada)	56,8
Tasa global de fecundidad - TGLF, (2010 – 2015)	1,79
Edad media de fecundidad -EMF (estimada)	31,4
Tasa de reproducción (estimada)	0,91

Fuente: ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

1.8.2. Esperanza de vida

La Esperanza de Vida es expresión del desarrollo socioeconómico del país, el desarrollo integral del sistema de salud, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad.

En Bogotá, la esperanza de vida pasó de 77,0 años en el 2005 a 78,01 en el año 2013, según la información del DANE (Tabla 16).



Tabla 16 Esperanza de vida al nacer, por sexo, Bogotá, 2005 – 2015

NOMB_LOC	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	2005-2010	2010-2015	2005-2010	2010-2015	2005-2010	2010-2015
Usaquén	75,15	75,86	79,30	80,17	77,17	77,96
Chapinero	73,51	74,72	80,95	81,28	77,11	77,90
Santa Fe	68,06	70,35	75,26	76,81	71,56	73,49
San Cristóbal	68,10	70,46	75,36	76,76	71,63	73,53
Usme	67,82	70,14	73,78	75,25	70,72	72,63
Tunjuelito	68,02	70,07	75,64	77,10	71,72	73,48
Bosa	70,27	72,15	76,53	77,88	73,31	74,94
Kennedy	73,42	74,66	78,75	79,74	76,01	77,13
Fontibón	73,39	74,65	79,38	80,23	76,30	77,37
Engativá	72,96	74,20	79,23	80,12	76,01	77,08
Suba	74,68	75,56	80,34	80,72	77,43	78,07
Barrios Unidos	70,57	71,77	79,03	79,83	74,69	75,69
Teusaquillo	73,32	74,71	80,76	81,51	76,95	78,03
Los Mártires	69,77	70,81	75,58	76,25	72,61	73,47
Antonio Nariño	72,96	74,20	79,42	79,97	76,11	77,02
Puente Aranda	72,35	73,74	78,88	79,85	75,54	76,72
La Candelaria	69,96	71,90	76,08	77,55	72,94	74,65
Rafael Uribe Uribe	71,57	73,13	77,09	78,36	74,25	75,67
Ciudad Bolívar	67,28	69,69	75,25	76,85	71,17	73,18
Sumapaz	64,52	67,30	73,33	74,90	68,81	71,00
Bogotá D.C.	74,57	75,94	79,72	80,19	77,08	78,01

Fuente: ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

1.8.3. Población victimizada por desplazamiento

Según la secretaría de hacienda de Bogotá, la ciudad no se encuentra al margen del fenómeno de desplazamiento, pues a ésta arriban permanentemente familias desplazadas, atraídas por las condiciones de seguridad y el progreso de la ciudad. Entre enero del 2000 y septiembre del 2003, según la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (Codhes), llegaron a la ciudad 195.727 desplazados. La mayoría de estas personas provienen de departamentos cercanos a la capital, como Tolima, Meta y Cundinamarca, se caracterizan por ser de origen campesino, dedicados en su zona de origen a la agricultura y la ganadería (20,9%), al hogar y oficios varios (11,3%) o no tenían ningún oficio (17,5%); adicionalmente poseen un bajo nivel educativo (apenas el 10,8% tenía como máximo primaria), lo cual les hace difícil la consecución de empleo en las actividades productivas de la ciudad (4).

Según los registros de la Red de Solidaridad Social, en el período septiembre 1995-enero 2004 se produjo un desplazamiento de 272.646 familias en el territorio nacional. Los departamentos que más expulsaron población fueron Antioquia, Bolívar y Magdalena, que en conjunto representaron el 37,0% de los desplazados.

Bogotá expulsó a otras regiones tan sólo 76 familias, el 0,03% del total de la población desplazada en el país.

⁴ Cuadernos de la Ciudad. SERIE EQUIDAD Y BIENESTAR No. 4. Diagnóstico, políticas y acciones en relación con el desplazamiento forzado hacia Bogotá. Secretaría de Hacienda Distrital. Bogotá, D.C. Abril de 2004 ISSN 1692-8822



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Antioquia y Bolívar fueron no solamente los mayores expulsores de población desplazada (con 19,3% y 11,0% del total de expulsados), sino también los departamentos que mayor porcentaje de familias desplazadas han recibido, con el 16,4% y el 7,9%, respectivamente, lo que puede constituir evidencia de que la población desplazada tiende a moverse hacia los municipios más cercanos, lo que facilitaría el retorno a su población de origen. Le siguen, en su orden, como mayores receptores: Sucre, con el 6,8%; Bogotá con el 6,5% (Tabla 17); y Magdalena con el 5,5%. Las anteriores estadísticas permiten establecer como principales receptores netos de desplazados a Bogotá, Atlántico y Sucre (4).

Tabla 17 Número de familias desplazadas y recibidas en Bogotá.

Departamento	Familias recibidas	% con respecto a Colombia	Familias desplazadas	% con respecto a Colombia	Recepción neta
Bogotá	17.799	6,5	76	0,0	17.723

Fuente: Red de Solidaridad Social (RSS) - Registro Nacional de Población Desplazada por la Violencia. Cálculos: SHD, Dirección de Estudios Económicos.

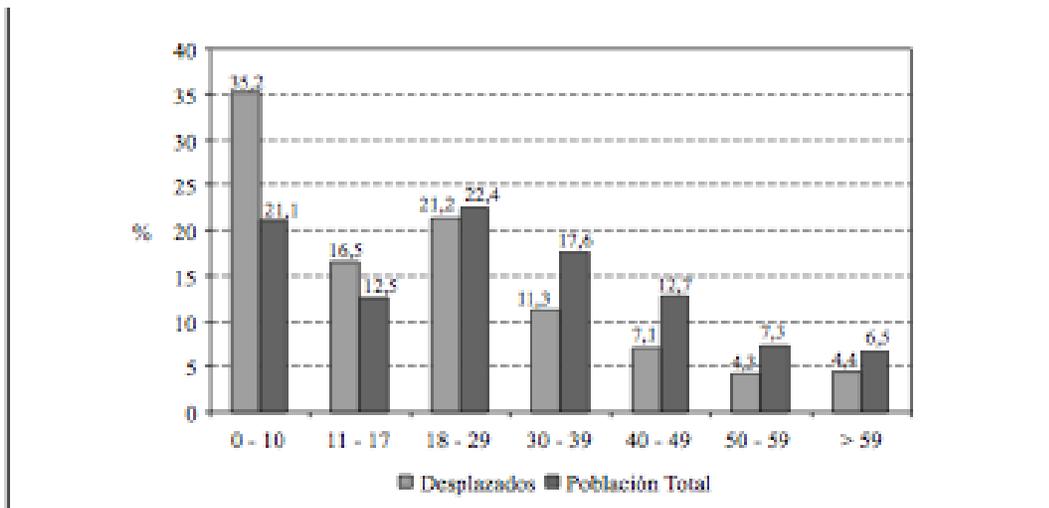
Bogotá es una de las regiones que en mayor grado sufre las consecuencias del desplazamiento forzado. En promedio, entre 1995 y el 2002 la ciudad recibió anualmente 48.991 personas víctimas del desplazamiento forzado¹³, mientras el incremento demográfico fue de 149.353 personas en promedio¹⁴. Se destaca 1997, año en el cual se registró el mayor número de desplazados, 78.850; mientras que el menor número se presentó en 1999, con 33.143. Codhes reportó la llegada de 47.500 desplazados a Bogotá entre enero y septiembre del 2003. Estas cifras se suman al crecimiento vegetativo de la población bogotana, incrementándolo en forma importante (4).

El 51,7% de la población desplazada que llegó a Bogotá entre 1999 y el 2003 era menor de edad, el 32,5% lo constituían personas entre 18 y 39 años, el 11,4% se encontraba entre los 40 y 59 años y el 4,4% era mayor de 59 años. La composición por edades de la población desplazada difiere de la distribución de la población total de la ciudad. La primera se concentra en el rango de edad de 0-17 años, mientras la población total se concentra en el rango de 18-49 años (Gráfica 13) (4).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 13 Distribución de la Población Desplazada y de la Población Total por Rangos de Edad. 1999-2003



Fuente: Fuente: UAID (Desplazados); DANE y Fabio Sánchez (Población Total). Cálculos: SHD, Dirección de Estudios Económicos.

1.9. Conclusiones

- La Tasa de Crecimiento Natural: es de 1.01%. Este indicador muestra en Bogotá que el número de nacimientos en un año es superior al número de defunciones en ese mismo año, por lo tanto, la población aumenta. Además, la tasa de crecimiento vegetativo se considera moderada porque se encuentra entre el 1% y el 2%.
- La Tasa Bruta de Natalidad: es de 15.9 x 100.000 hab
- La Tasa Bruta de Mortalidad: es de 3.6 x 100.000 hab
- La Tasa Neta de Migración: Este indicador se encuentra en 1.4% lo que indica que de cada 100 Bogotanos 1 migra.
- El 51,7% de la población desplazada que llegó a Bogotá entre 1999 y el 2003 era menor de edad, el 32,5% lo constituían personas entre 18 y 39 años, el 11,4% se encontraba entre los 40 y 59 años y el 4,4% era mayor de 59 años. La composición por edades de la población desplazada difiere de la distribución de la población total de la ciudad. La primera se concentra en el rango de edad de 0-17 años, mientras la población total se concentra en el rango de 18-49 años.
- El índice de envejecimiento: En el año 2013, por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, hay 26,1 personas mayores de 65 años.
- El índice demográfico de dependencia: en el año 2013 por cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 52,6 menores de 15 y mayores de 65 años.
- El Índice dependencia infantil: en el año 2013, por cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 41,7 personas menores de 15 años.
- El Índice de dependencia de mayores: en el año 2013 por cada 100 personas entre 15 y 64 años, 10,9 tienen más de 65 años.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- El Índice de friz: se encuentra en 141,7 para 2013, lo que indica que la población está equilibrada en los extremos es decir ni es joven ni es vieja.



2. CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

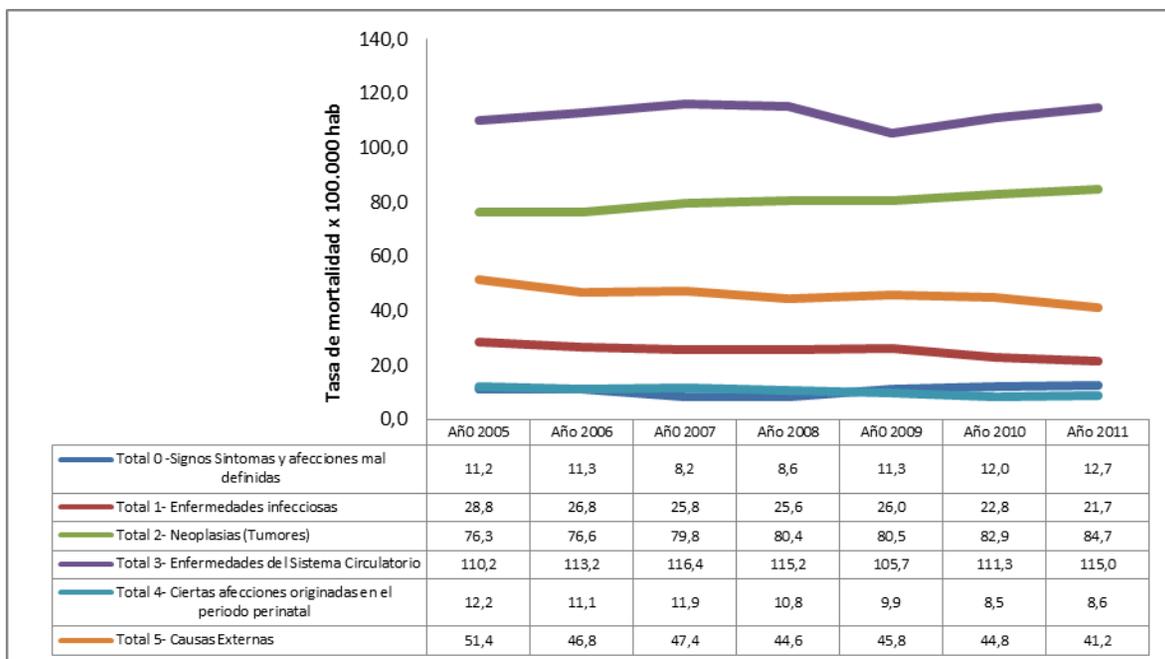
Se realizará el análisis de la mortalidad por las grandes causas, específica por subgrupo y materno – infantil y de la niñez; así como la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales. El análisis incorporará variables que causen gradientes como el género, el nivel educativo, área de residencia, afiliación, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad.

2.1. Análisis de la mortalidad

2.1.1. Mortalidad general por grandes causas y Ajuste de tasas por edad

Con base en la lista 6/67 de mortalidad para Bogotá, la principal causa de mortalidad es enfermedades del sistema circulatorio con una tasa promedio de 113,2 x 100.000 hab., seguido por neoplasias con una tasa promedio de 80,4 x 100.000 hab y causas externas con 45,6 x 1000.000 hab (Gráfica 14). No se observa en ninguna de las causas tendencia al aumento, excepto en las enfermedades circulatorias y esta diferencia es estadísticamente significativa ($R^2=0,76$).

Gráfica 14 Tasa de mortalidad ajustada por edad en Bogotá, 2005 – 2011



Fuente: DANE. ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD



2.1.2. Mortalidad por grandes causas por sexo

En la tabla 18, se observan las tasas de mortalidad por edad y sexo y por grandes causas de mortalidad. En hombres la principal causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio con 114,7 x 100.000 hab, seguido por neoplasias con 81,3 x 100.000 hab. En el anexo 1, en un archivo de Excel se observan las tasas de mortalidad por edad y sexo.

Tabla 18 Mortalidad por grupos de causas en Hombres, Bogotá, 2005 a 2011

AÑOS	GRUPOS CAUSAS 667	TOTAL	
		Numero	Tasa
2005	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	489	14,9
	Total 1- Enfermedades infecciosas	1150	35,0
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	2432	74,0
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	3562	108,4
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	465	14,2
	Total 5- Causas Externas	2888	87,9
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3257	99,1
	TOTAL	14243	433,5
2006	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	487	14,6
	Total 1- Enfermedades infecciosas	1066	31,9
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	2457	73,6
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	3749	112,3
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	458	13,7
	Total 5- Causas Externas	2672	80,0
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3374	101,1
	TOTAL	14263	427,3
2007	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	374	11,0
	Total 1- Enfermedades infecciosas	1086	32,0
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	2635	77,7
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	3911	115,3
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	477	14,1
	Total 5- Causas Externas	2769	81,7
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3321	97,9
	TOTAL	14573	429,8
2008	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	368	10,7
	Total 1- Enfermedades infecciosas	1100	31,9
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	2635	76,5
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	3840	111,5
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	456	13,2
	Total 5- Causas Externas	2658	77,2
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3499	101,6
	TOTAL	14556	422,7
2009	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	529	15,1



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	Total 1- Enfermedades infecciosas	1089	31,1
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	2662	76,1
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	3655	104,5
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	414	11,8
	Total 5- Causas Externas	2788	79,7
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3247	92,9
	TOTAL	14384	411,4
2010	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	554	15,6
	Total 1- Enfermedades infecciosas	990	27,9
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	2879	81,1
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	3912	110,2
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	341	9,6
	Total 5- Causas Externas	2763	77,9
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3748	105,6
TOTAL	15187	428,0	
2011	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	588	16,3
	Total 1- Enfermedades infecciosas	921	25,6
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	2928	81,3
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	4131	114,7
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	369	10,2
	Total 5- Causas Externas	2542	70,6
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3479	96,6
TOTAL	14958	415,3	

FUENTE 2005-2006- Certificado de Defunción .-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS

FUENTE 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011

Tasa por 100.000 Hb



2.1.3. Mortalidad por grandes causas por sexo

En la tabla 19, se observan las tasas de mortalidad por edad y sexo y por grandes causas de mortalidad. En mujeres la principal causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio con 115,2 x 100.000 hab, seguido por neoplasias con 87,9 x 100.000 hab. En el anexo 1, en un archivo de Excel se observan las tasas de mortalidad por edad y sexo.

Tabla 19 Mortalidad por grupos de causas en Mujeres, Bogotá, 2005 a 2011

AÑOS	GRUPOS CAUSAS 667	TOTAL	
		Numero	Tasa
2005	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	274	7,7
	Total 1- Enfermedades infecciosas	818	23,0
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	2786	78,4
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	3977	111,9
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	372	10,5
	Total 5- Causas Externas	629	17,7
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3382	95,1
	TOTAL	12238	344,3
2006	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	297	8,2
	Total 1- Enfermedades infecciosas	798	22,1
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	2864	79,4
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	4111	114,0
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	315	8,7
	Total 5- Causas Externas	580	16,1
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3421	94,8
	TOTAL	12386	343,4
2007	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	207	5,7
	Total 1- Enfermedades infecciosas	733	20,0
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	2990	81,7
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	4296	117,4
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	359	9,8
	Total 5- Causas Externas	576	15,7
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3534	96,6
	TOTAL	12695	346,9
2008	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	245	6,6
	Total 1- Enfermedades infecciosas	731	19,7
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	3119	84,0
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	4400	118,5
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	314	8,5
	Total 5- Causas Externas	532	14,3
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3801	102,4
	TOTAL	13142	354,1
2009	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	292	7,8



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	Total 1- Enfermedades infecciosas	802	21,3
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	3184	84,6
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	4015	106,7
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	306	8,1
	Total 5- Causas Externas	539	14,3
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3374	89,7
	TOTAL	12512	332,5
2010	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	327	8,6
	Total 1- Enfermedades infecciosas	691	18,1
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	3224	84,5
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	4283	112,3
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	282	7,4
	Total 5- Causas Externas	538	14,1
	Total 6- Todas las demás enfermedades	4129	108,2
TOTAL	13474	353,2	
2011	Total 0 -Signos Sintomas y afecciones mal definidas	359	9,3
	Total 1- Enfermedades infecciosas	699	18,1
	Total 2- Neoplasias (Tumores)	3400	87,9
	Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	4456	115,2
	Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	276	7,1
	Total 5- Causas Externas	535	13,8
	Total 6- Todas las demás enfermedades	3987	103,1
TOTAL	13712	354,6	

FUENTE 2005-2006- Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS

FUENTE 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011

Tasa por 100.000 Hb

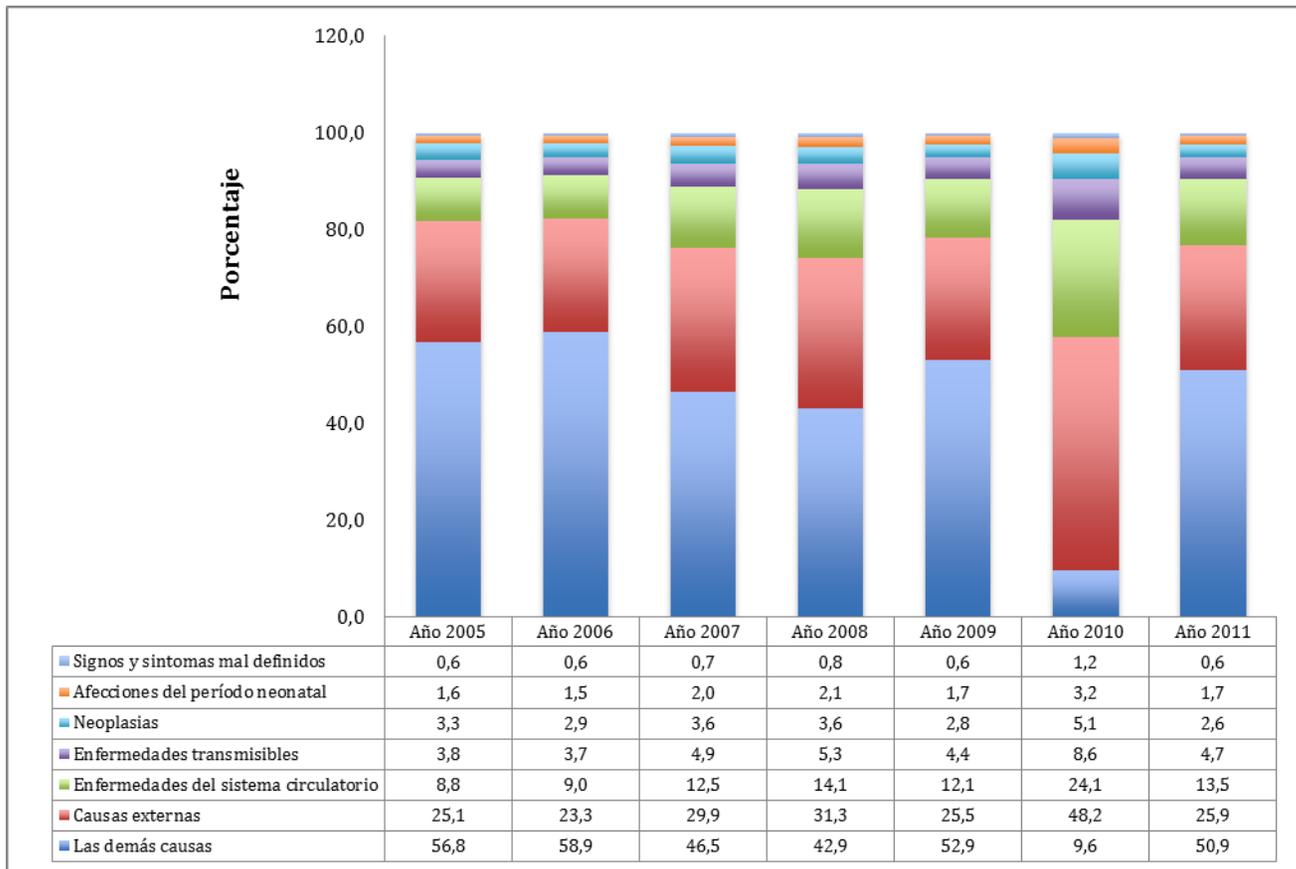
2.1.4. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Por grupo de enfermedades, el 32% (1.770.660) de los AVPP se deben a enfermedades no transmisibles, 25% (1.374.115) por lesiones y 9% (514.065) se deben a enfermedades trasmisibles, desordenes maternos, neonatales y nutricionales. Los accidentes de tránsito, del grupo de lesiones, también aumentan su participación en los desenlaces, mientras que la Enfermedad coronaria, enfermedad cerebro vascular y EPOC tienen una mayor representación cuando se consideran el número de muertes.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 15 Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en Bogotá, 2005 – 2011



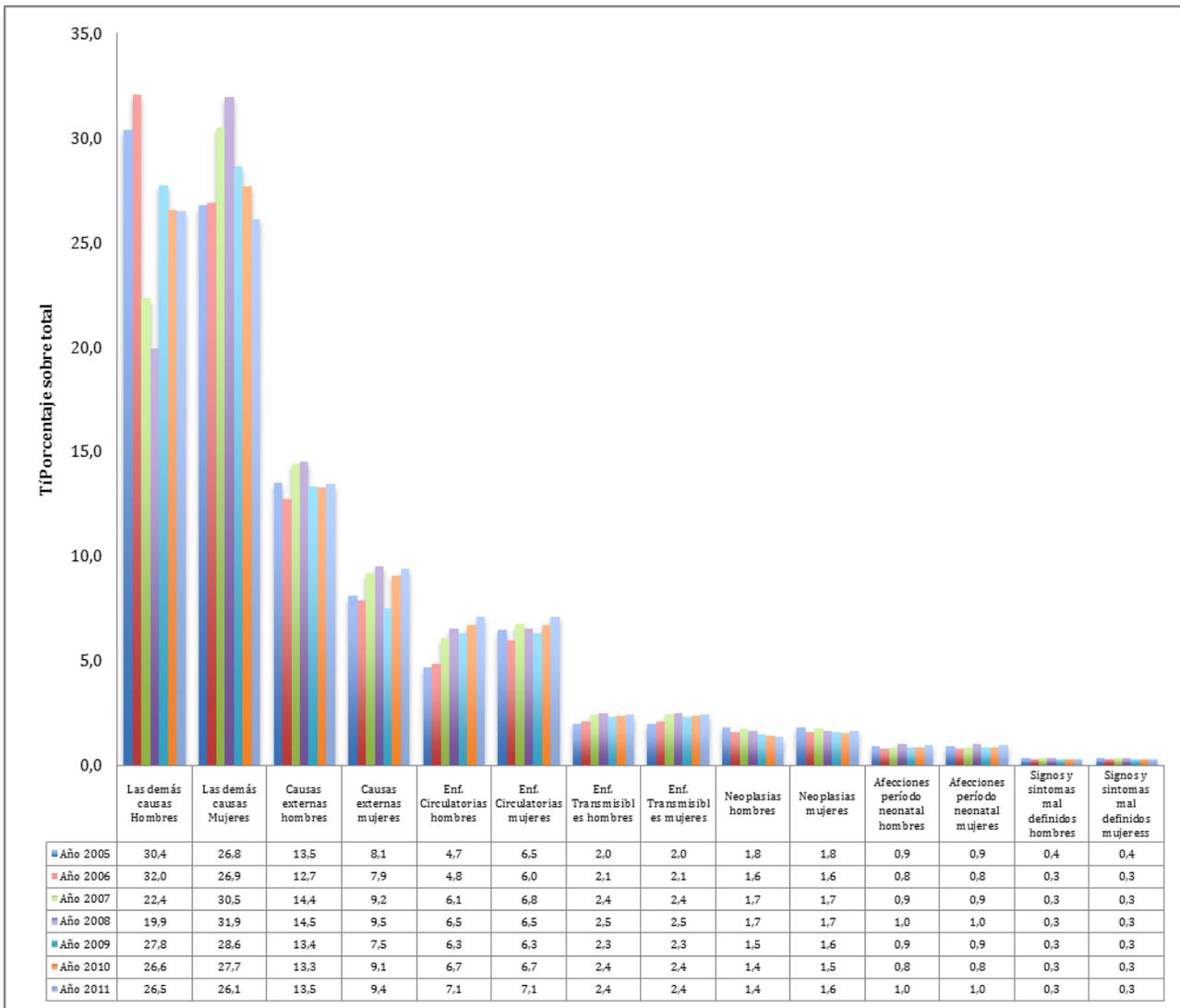
Fuente: DANE. 2005 a 2011.

2.1.5. Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Se observa que en las mujeres la mayor pérdida de años ocurre debido a lesiones de causa externa y enfermedades circulatorios igual que en los hombres, aunque en estos, se observa un aumento de los años perdidos a lo largo del tiempo estudiado (Gráfica 16).



Gráfica 16 Tasas ajustadas de los años de vida potencialmente perdidos en hombres y mujeres en Bogotá, 2005 a 2011



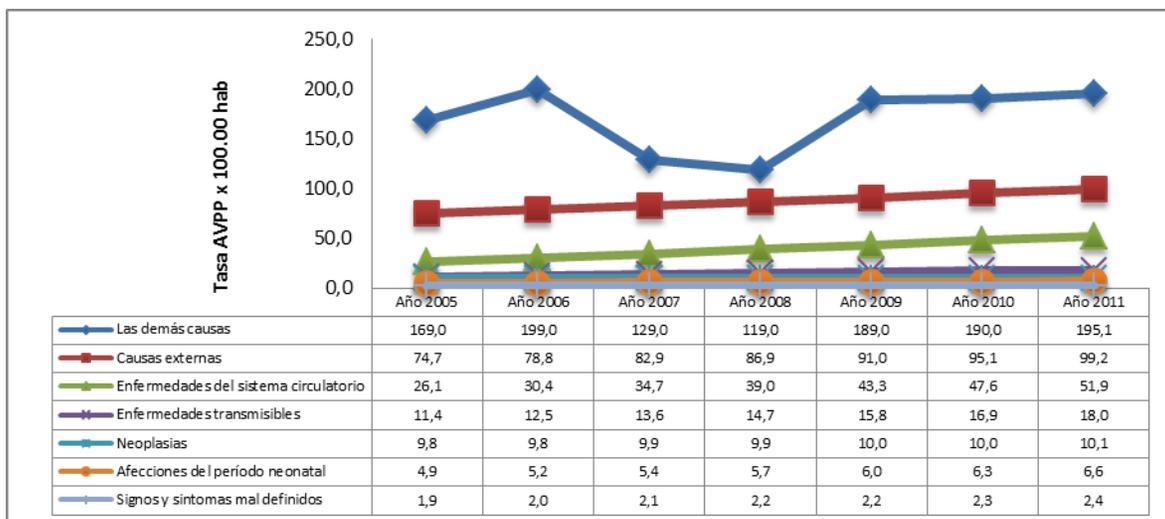
Fuente: DANE. 2005 a 2011.

Se observa que en las mujeres la mayor perdida de años ocurre debido a lesiones de causa externa y enfermedades circulatorias igual que en los hombres, aunque en estos, se observa un aumento de los años perdidos a lo largo del tiempo estudiado (Gráficas 17 y 18).



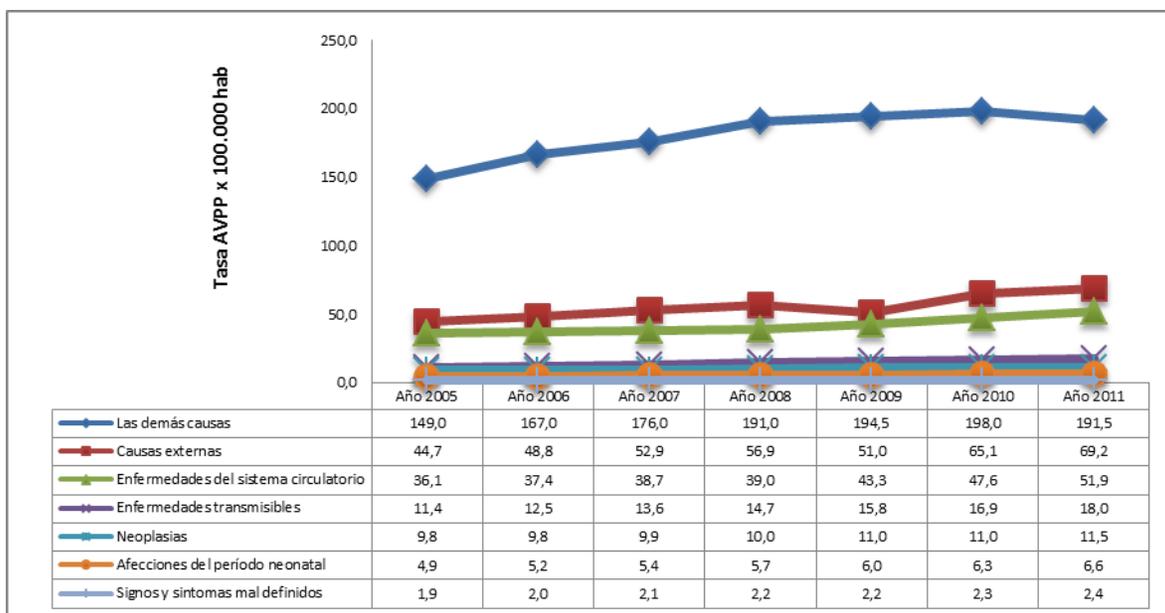
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 17 Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en los hombres de Bogotá, 2005 – 2011



Fuente: DANE. 2005 a 2011.

Gráfica 18 Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres de Bogotá, 2005 – 2011



Fuente: DANE. 2005 a 2011.



2.1.6. Mortalidad específica por subgrupo

2.1.6.1. Tasas ajustadas por sexo

Las tasas ajustadas por sexo muestran que las mujeres tienen tasas más altas de mortalidad por enfermedad circulatoria que los hombres. Se encuentra una diferencia significativa en las tasas de mortalidad por causas externas entre hombre y mujeres, siendo en hombres en promedio de 87 x 100.000 hab y en mujeres solo de 20 x 100.000 hab (Tabla 20).

Tabla 20 Tasas ajustadas de mortalidad por sexo en Bogotá, 2005 a 2011.

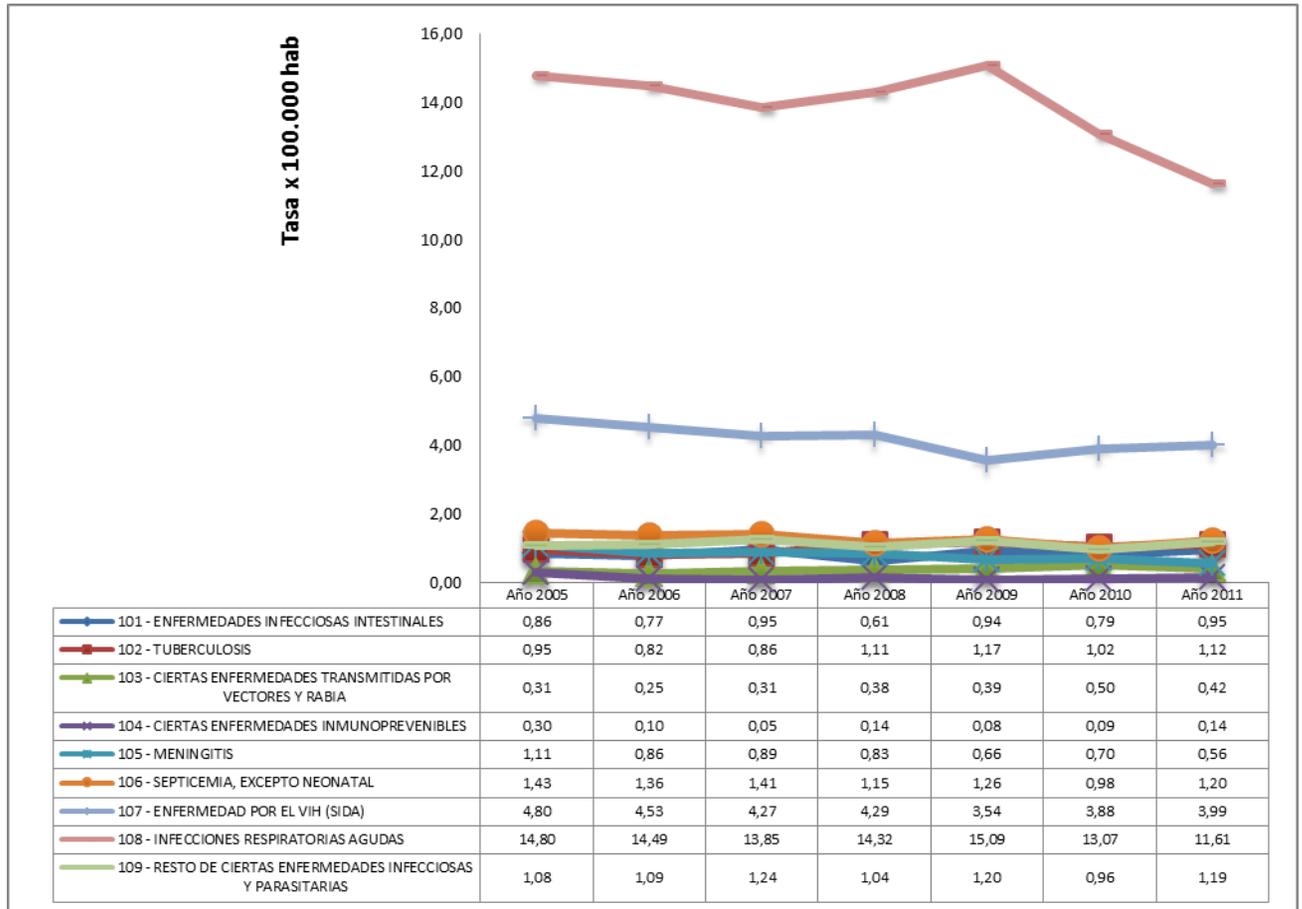
Causas	Año 2005		Año 2006		Año 2007		Año 2008		Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Total 0 - Signos Sintomas y afecciones mal definidas	14,9	7,7	14,6	8,2	11,0	5,7	10,7	6,6	15,1	7,8	15,6	8,6	16,3	9,3
Total 1- Enfermedades infecciosas	35,0	23,0	31,9	22,1	32,0	20,0	31,9	19,7	31,1	21,3	27,9	18,1	25,6	18,1
Total 2- Neoplasias (Tumores)	74,0	78,4	73,6	79,4	77,7	81,7	76,5	84,0	76,1	84,6	81,1	84,5	81,3	87,9
Total 3- Enfermedades del Sistema Circulatorio	108,4	111,9	112,3	114,0	115,3	117,4	111,5	118,5	104,5	106,7	110,2	112,3	114,7	115,2
Total 4- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14,2	10,5	13,7	8,7	14,1	9,8	13,2	8,5	11,8	8,1	9,6	7,4	10,2	7,1
Total 5- Causas Externas	87,9	17,7	80,0	16,1	81,7	15,7	77,2	14,3	79,7	14,3	77,9	14,1	70,6	13,8
Total 6- Todas las demás enfermedades	99,1	95,1	101,1	94,8	97,9	96,6	101,6	102,4	92,9	89,7	105,6	108,2	96,6	103,1

2.1.6.2. Tasas ajustadas por la edad para enfermedades transmisibles

Las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles para Bogotá están en los grupos de edad de 80 y más con 564,5 x 100.000 hab, seguido por individuos entre 75 y 79 años con 179,9 x 100.000 hab y niños de 0 a 4 años con 25,3 x 100.000 hab. Las principales causas de mortalidad por estas causas siguen siendo las enfermedades respiratorias agudas con tasas promedio de 11 x 100.000 hab (Gráfica 19).



Gráfica 19 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en Bogotá, 2005 – 2011

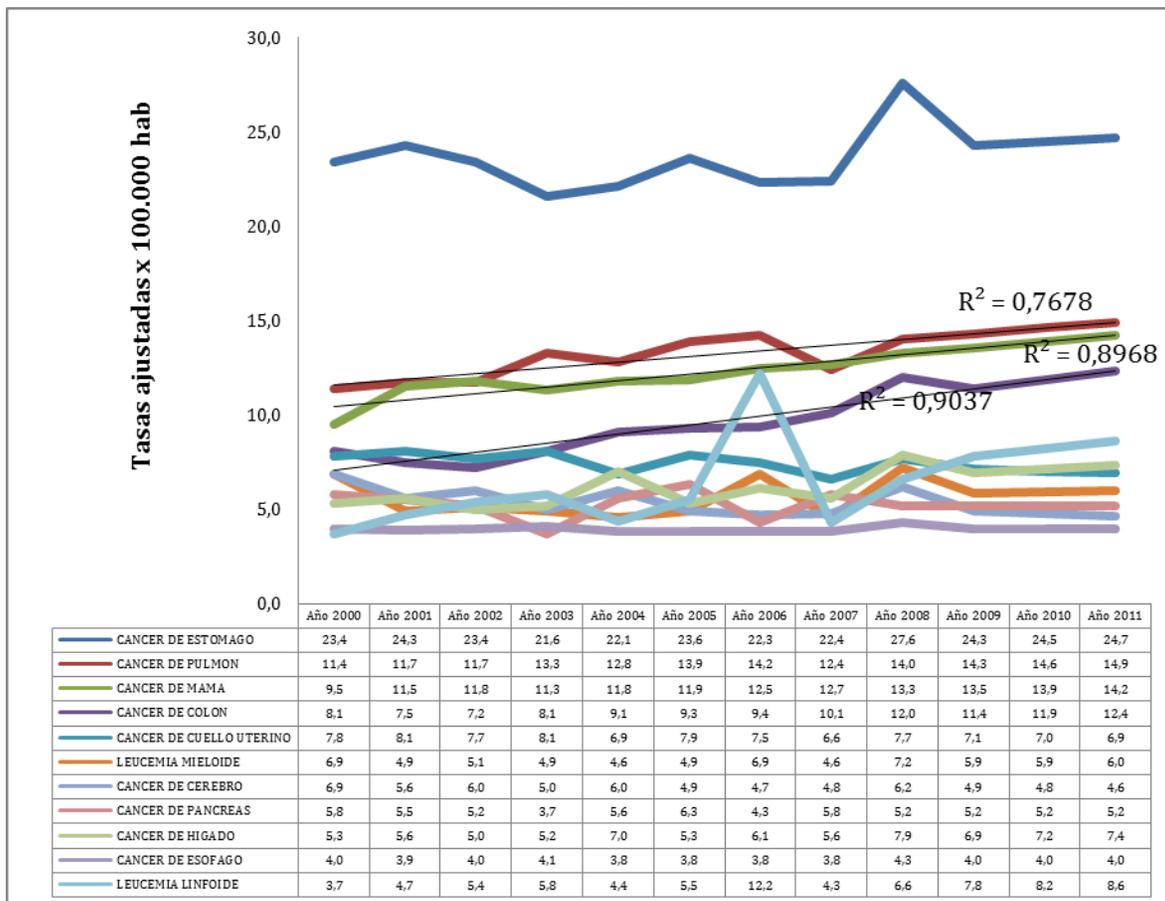


Fuente: DANE. ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

2.1.6.3. Neoplasias

La causa de mortalidad por cáncer en Bogotá, es el cáncer de estómago con una tasa ajustada promedio de 11.0 x 100.00 hab, seguido por cáncer de pulmón con 10,2 y cáncer de mama con 6,4 x 100.000 hab. Seguido de estas son cáncer de colon, de próstata., leucemias y cáncer de cuello uterino (Gráfica 20). El cáncer de próstata, de mama, de pulmón y de colon tienen una tendencia al aumento que es estadísticamente significativa ($R^2= 0,91, 0,896, 0,768$ y $0,903$ respectivamente).

Gráfica 20 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en Bogotá, 2005 a 2011

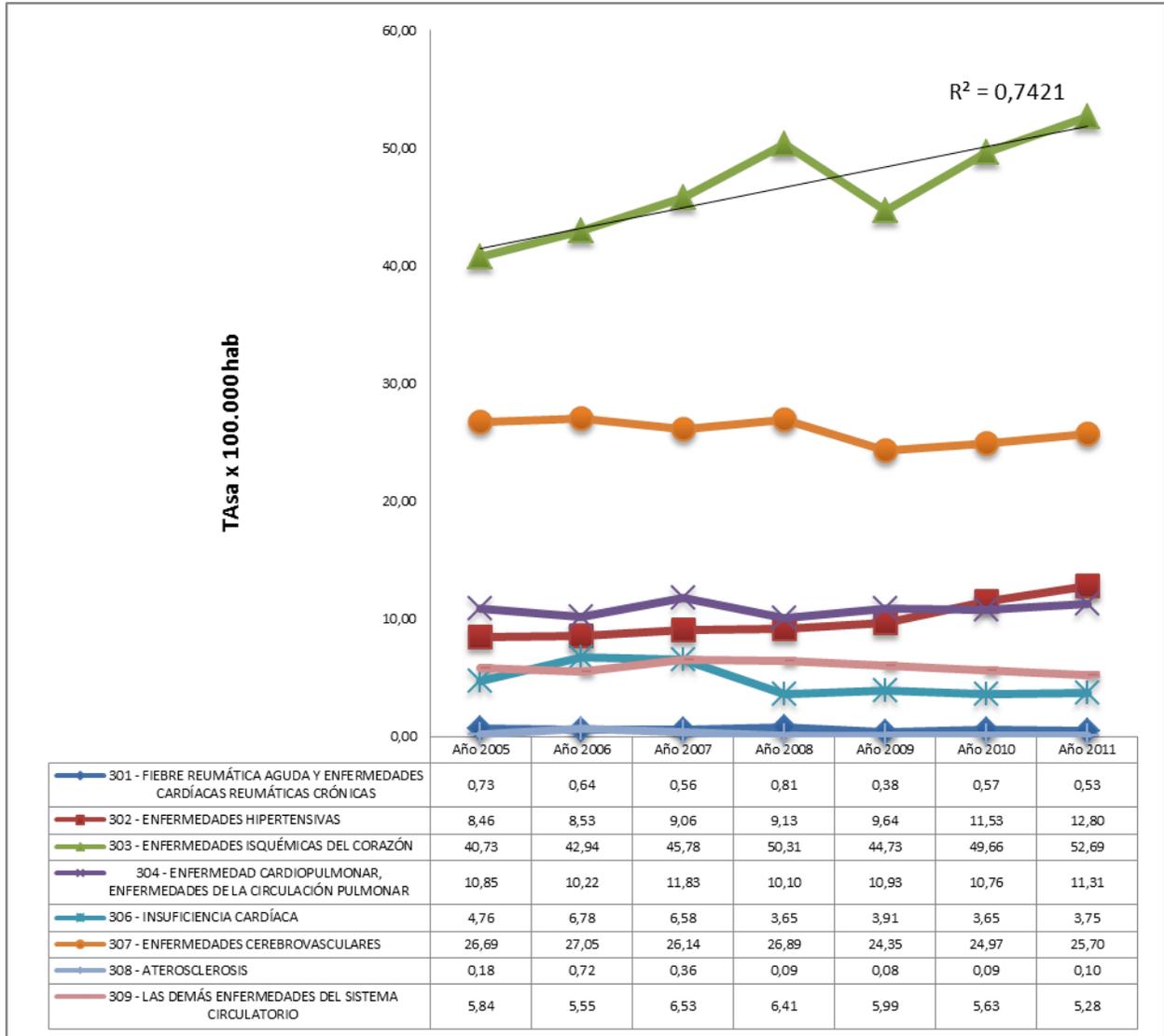


Fuente: DANE. ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

2.1.6.4. Enfermedades del sistema circulatorio

La principal causa de mortalidad en este grupo son las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa promedio de 47 x 100.000 hab, seguido por enfermedad cardiovascular y enfermedad cardiopulmonar (Gráfica 21). La única causa que tiene tendencia y es al aumento son las enfermedades isquémicas del corazón (R2=0.74).

Gráfica 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en Bogotá, 2005 a 2011

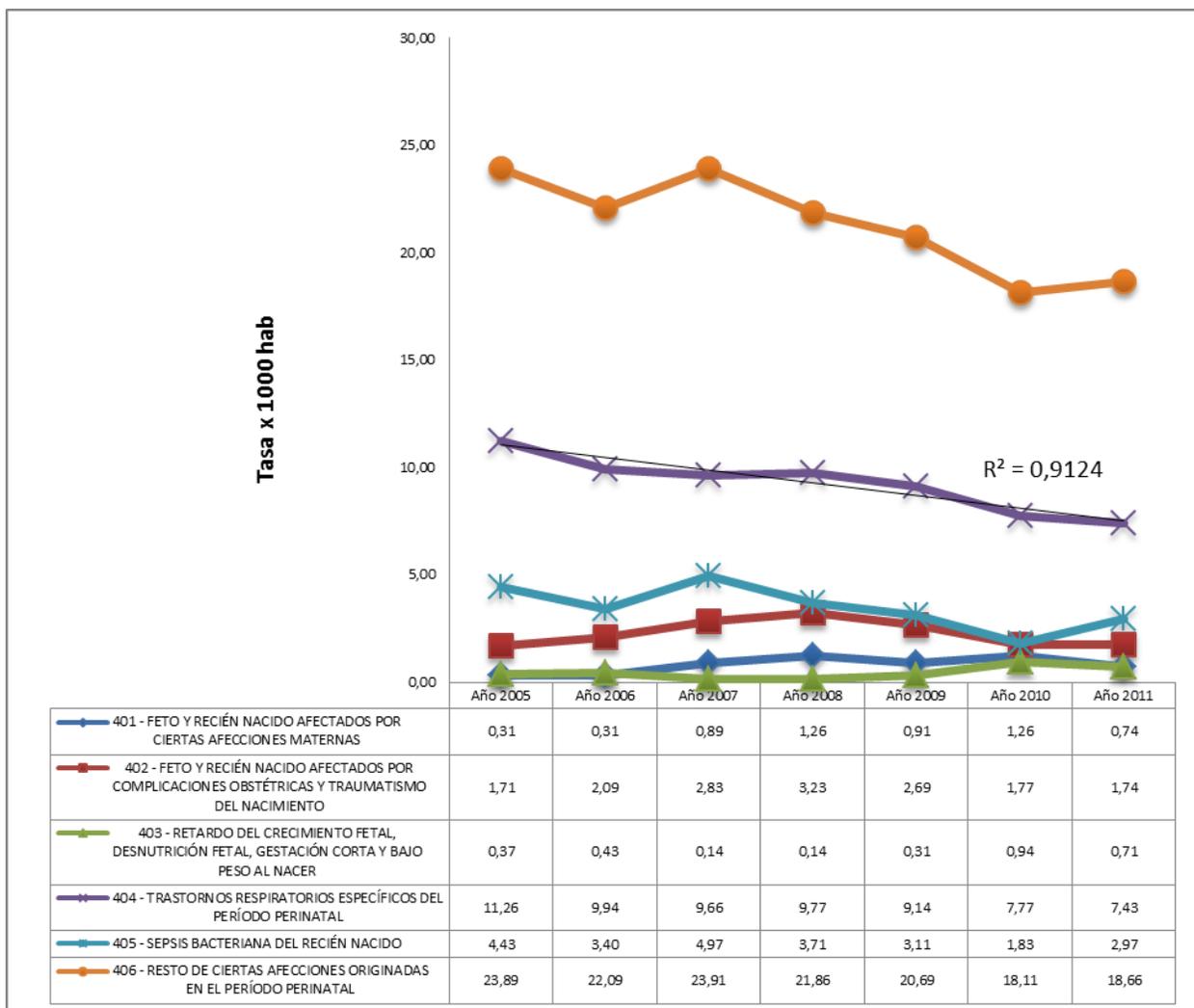


Fuente: DANE. ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

2.1.6.5. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

A principal causa de mortalidad de afecciones del período perinatal son las enfermedades respiratorias con una tasa promedio de 6,45 x 1000 hab, seguido por sepsis bacteriana y recién nacido afectado por complicaciones obstétricas. Las enfermedades respiratorias perinatales además, tienen una tendencia a la disminución ($R^2=0,91$) (Gráfica 22).

Gráfica 22 Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en Bogotá, 2005 a 2011



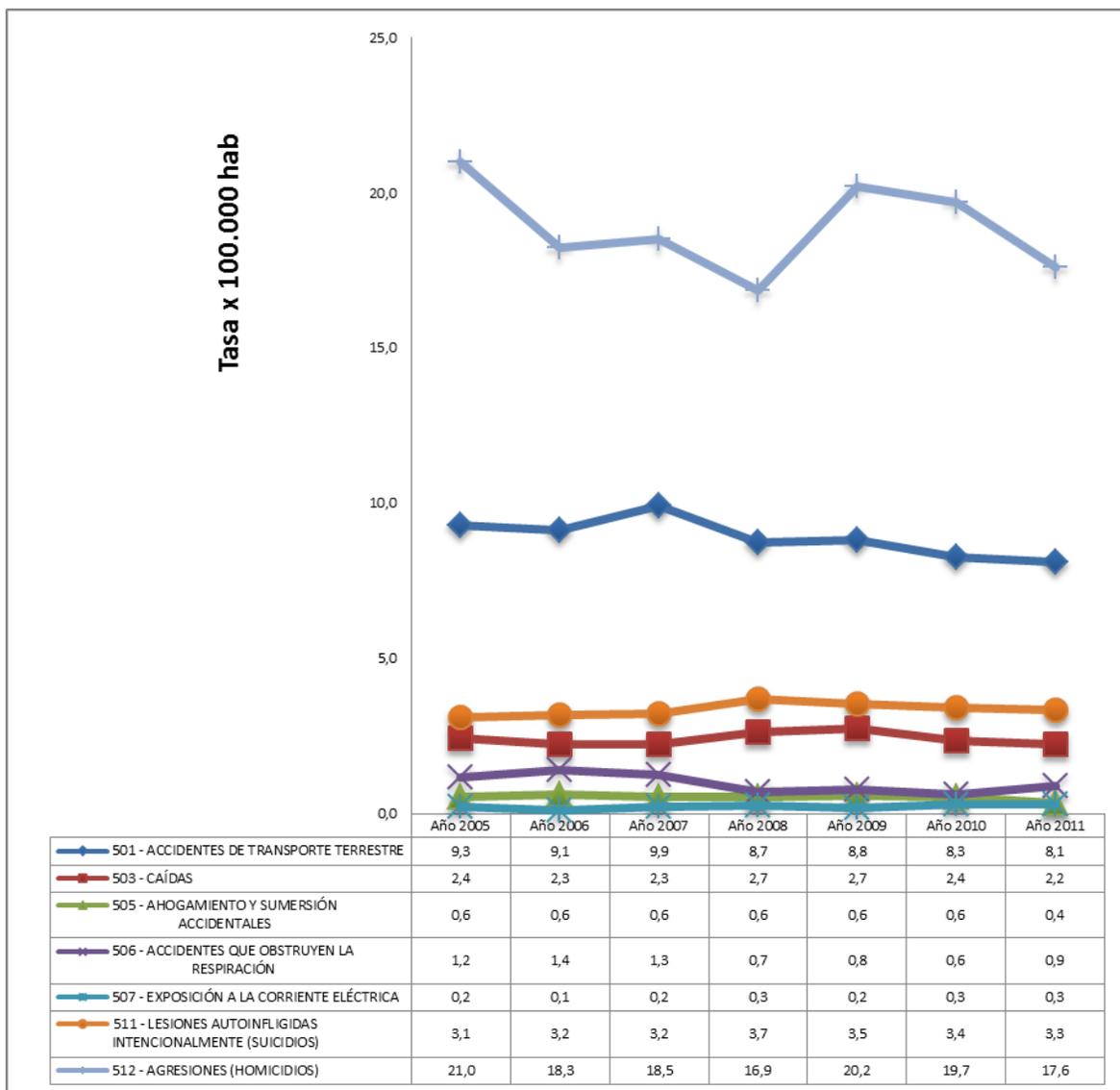
Fuente: DANE. ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

2.1.6.6. Causas externas

La mayor causa de mortalidad por causas externas son los homicidios con una tasa promedio de 19,8 x 1000.000 hab, seguido por los accidentes de transporte terrestre y los suicidios (Gráfica 23).



Gráfica 23 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en Bogotá, 2005 a 2011



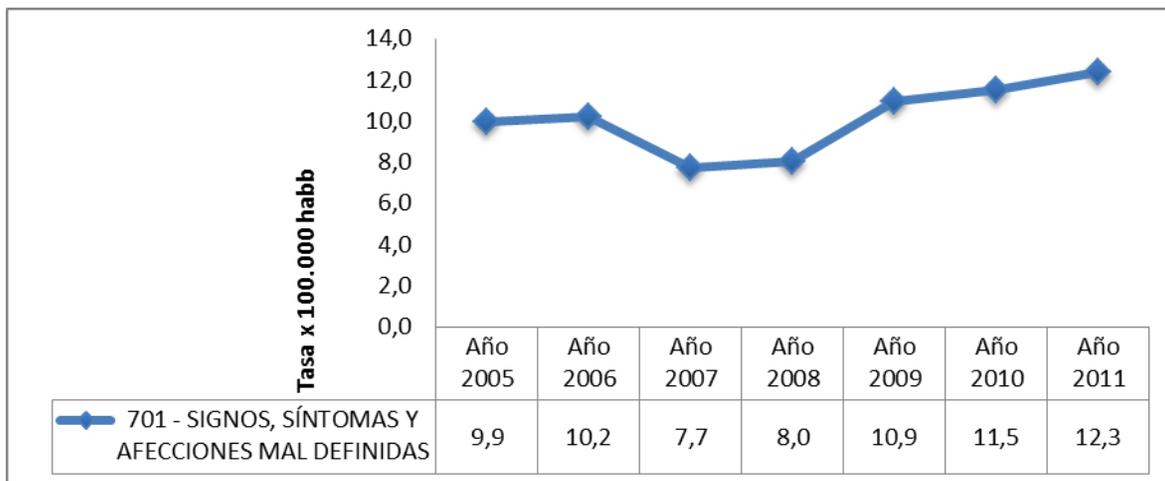
Fuente: DANE. ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL POR SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

2.1.6.7. Síntomas, signos y afecciones mal definidas

La tendencia de las mortalidades mal clasificadas tiene una tendencia al aumento ($R^2=0,67$).



Gráfica 24 Tasa de mortalidad ajustada por edad para los síntomas, signos y afecciones mal definidas en Bogotá, 2005 a 2011



Fuente: DANE. ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL,

2.1.7. SemafORIZACIÓN de las tasas de mortalidad por causas específicas en Bogotá

La comparación de las tasas de mortalidad por grandes causas con Colombia se observa en la tabla 21.

Tabla 21 SemafORIZACIÓN de las tasas de mortalidad por causas específicas en Bogotá

Causa de muerte	Colombia 2009	Bogotá 2011	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	14,8	8,1	↗	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	12,2	14,2	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	12,3	6,9	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata	10,2	9,1	↗	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por tumor maligno del estomago	26,3	24,7	↘	↗	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	66,7	6,4	↘	↗	↘	↗	↘	↗



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tasa de mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	39,1	3,3		-	-	-	-	-	↗
Tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	2,1	1,2		↘	↘	-	↗	-	↗
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	39,1	17,4		↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por malaria	0	0		-	-	-	-	-	-
Casos de mortalidad por rabia humana	0	0		-	-	-	-	-	-
Mortalidad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	43,2	21,7		↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por emergencias y desastres	SD	SD							

2.2. Mortalidad materno – infantil y en la niñez

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizara la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

2.2.1. Tasas específicas de mortalidad

En la tabla 22, se observan las causas de mortalidad por edad en Bogotá, desde 2005 a 2011. En menores de 5 años las enfermedades infecciosas tenían una tendencia a la disminución estadísticamente significativa ($R^2=0,78$), pero en 2011, vuelve a aumentar la tasa. Este mismo comportamiento se observa en los menores de 1 año.

Por neoplasias, no se observa tendencia en el comportamiento de la mortalidad de los niños en Bogotá, la tasa promedio es de 4 x 100.000 menores de 5 años.

En enfermedades respiratorias, se observa una leve tendencia a la disminución en los menores de 5 años que no es estadísticamente significativa. En los niños de 1 a 4 años no se observa tendencia y en los menores de 1 año si bien se observó una disminución estadísticamente significativa hasta el año 2009 ($R^2=0,89$), en los últimos dos años se observa un aumento aunque no en las proporciones de las tasas de mortalidad del año 2005 (Tabla 22). No se observa tendencia en las muertes infantiles por malformaciones congénitas (tabla 22).

Tabla 22 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, según la lista de las 67 causas en Bogotá, 2005 – 2011



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

GRANDES CAUSAS DE MUERTE	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	Menores de 5 años	10,3	8,3	9,0	7,6	4,6	4,9	6,9
	Entre 1 y 4 años	3,1	2,3	3,4	2,0	1,2	1,3	2,5
	Menores de 1 año	39,5	32,4	31,3	5,6	3,4	19,2	24,1
Tumores (neoplasias) C00-D48	Menores de 5 años	5,0	4,4	5,3	4,6	7,1	4,7	4,5
	Entre 1 y 4 años	5,0	3,8	5,5	3,4	5,7	4,2	4,4
	Menores de 1 año	5,2	6,8	4,2	1,2	1,4	6,7	5,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	Menores de 5 años	2,2	0,7	1,7	0,8	0,8	1,3	0,8
	Entre 1 y 4 años	0,8	0,2	0,6	0,5	0,7	0,4	0,4
	Menores de 1 año	7,7	2,6	5,9	0,3	0,2	5,0	2,5
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	Menores de 5 años	6,6	5,6	6,4	4,6	4,9	2,4	1,3
	Entre 1 y 4 años	2,9	2,5	1,7	2,0	1,4	1,1	0,0
	Menores de 1 año	21,5	17,9	25,4	2,5	3,5	7,5	6,7
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G98)	Menores de 5 años	11,1	7,3	7,5	6,8	4,4	7,4	4,7
	Entre 1 y 4 años	7,3	4,0	4,9	4,4	2,4	5,3	3,4
	Menores de 1 año	26,6	20,5	17,8	2,4	2,0	15,9	10,0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas (H60-H93)	Menores de 5 años	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	Menores de 5 años	3,2	2,7	3,1	3,0	2,0	3,9	1,5
	Entre 1 y 4 años	2,1	1,3	2,5	1,2	0,8	1,9	0,8
	Menores de 1 año	7,7	8,5	5,1	1,9	1,2	11,7	4,2
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98)	Menores de 5 años	32,9	29,1	33,6	39,1	27,2	26,9	22,0
	Entre 1 y 4 años	10,2	8,9	7,6	6,3	5,1	9,9	5,7
	Menores de 1 año	126,2	110,8	137,2	32,9	22,1	94,4	86,6
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92)	Menores de 5 años	4,0	3,7	4,2	4,7	3,7	3,0	2,9
	Entre 1 y 4 años	1,7	1,5	0,8	1,5	1,4	1,3	1,3
	Menores de 1 año	13,7	12,8	17,8	3,2	2,4	10,0	9,2
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N98)	Menores de 5 años	1,0	1,2	1,4	0,2	1,0	1,9	0,7
	Entre 1 y 4 años	0,6	0,8	1,1	0,0	0,5	0,4	0,2



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

GRANDES CAUSAS DE MUERTE	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
	Menores de 1 año	2,6	2,6	2,5	0,2	0,5	7,5	2,5
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	Menores de 5 años	140,7	130,7	141,7	130,4	120,0	104,9	108,3
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,4	0,4	0,3	0,5	0,4	0,6
	Menores de 1 año	718,7	657,2	706,5	130,1	119,5	518,9	535,4
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	Menores de 5 años	68,9	73,7	71,5	72,8	64,2	61,8	63,2
	Entre 1 y 4 años	4,6	10,3	8,3	5,4	6,1	5,1	5,5
	Menores de 1 año	388,0	387,0	383,0	398,0	344,0	343,0	351,0
Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	Menores de 5 años	26,7	23,2	15,1	18,0	19,9	22,6	0,3
	Entre 1 y 4 años	6,1	7,8	3,2	4,1	3,2	4,2	0,0
	Menores de 1 año	111,6	85,2	62,7	13,9	16,7	95,3	1,7
Todas las demás enfermedades (F01-F99, H00-H59, L00-L98, M00-M99)	Menores de 5 años	0,2	0,2	0,3	0,2	0,0	0,3	0,3
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,4	0,2	0,0	0,4	0,0
	Menores de 1 año	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7
Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89)	Menores de 5 años	14,6	15,0	12,7	10,7	9,6	8,6	7,9
	Entre 1 y 4 años	10,7	10,1	8,0	8,3	4,9	8,4	7,6
	Menores de 1 año	30,9	35,0	31,3	2,4	4,7	9,2	9,2
Síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) (U04)	Menores de 5 años							
	Entre 1 y 4 años							
	Menores de 1 año							

FUENTE 2005-2006- Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS
FUENTE 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011.

Tasa por 100.000 HBc

En la tabla 23, se observan la frecuencia absoluta de las principales causas de muerte, observándose que las más frecuentes son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas y enfermedades respiratorias.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 23 Número de muertes en la infancia y niñez, según la lista de las 67 causas en Bogotá, 2005 – 2011

GRANDES CAUSAS DE MUERTE	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	Menores de 5 años	61	49	53	45	27	29	41
	Entre 1 y 4 años	15	11	16	12	7	6	12
	Menores de 1 año	46	38	37	33	20	23	29
Tumores (neoplasias) C00-D48	Menores de 5 años	30	26	31	27	42	28	27
	Entre 1 y 4 años	24	18	26	20	34	20	21
	Menores de 1 año	6	8	5	7	8	8	6
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	Menores de 5 años	13	4	10	5	5	8	5
	Entre 1 y 4 años	4	1	3	3	4	2	2
	Menores de 1 año	9	3	7	2	1	6	3
enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	Menores de 5 años	39	33	38	27	29	14	8
	Entre 1 y 4 años	14	12	8	12	8	5	0
	Menores de 1 año	25	21	30	15	21	9	8
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G98)	Menores de 5 años	66	43	44	40	26	44	28
	Entre 1 y 4 años	35	19	23	26	14	25	16
	Menores de 1 año	31	24	21	14	12	19	12
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H93)	Menores de 5 años	0	1	1	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0		1	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1		0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	Menores de 5 años	19	16	18	18	12	23	9
	Entre 1 y 4 años	10	6	12	7	5	9	4
	Menores de 1 año	9	10	6	11	7	14	5
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98)	Menores de 5 años	196	172	198	231	161	160	131
	Entre 1 y 4 años	49	42	36	37	30	47	27
	Menores de 1 año	147	130	162	194	131	113	104
Enfermedades del	Menores de	24	22	25	28	22	18	17



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

GRANDES CAUSAS DE MUERTE	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
sistema digestivo (K00-K92)	5 años							
	Entre 1 y 4 años	8	7	4	9	8	6	6
	Menores de 1 año	16	15	21	19	14	12	11
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N98)	Menores de 5 años	6	7	8	1	6	11	4
	Entre 1 y 4 años	3	4	5	0	3	2	1
	Menores de 1 año	3	3	3	1	3	9	3
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	Menores de 5 años	837	773	836	770	710	623	646
	Entre 1 y 4 años	0	2	2	2	3	2	3
	Menores de 1 año	837	771	834	768	707	621	643
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	Menores de 5 años	410	436	422	430	380	367	377
	Entre 1 y 4 años	22	49	39	32	36	24	26
	Menores de 1 año	388	387	383	398	344	343	351
Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	Menores de 5 años	159	137	89	106	118	134	2
	Entre 1 y 4 años	29	37	15	24	19	20	0
	Menores de 1 año	130	100	74	82	99	114	2
Todas las demás enfermedades (F01-F99, H00-H59, L00-L98, M00-M99)	Menores de 5 años	1	1	2	1	0	2	2
	Entre 1 y 4 años	0	0	2	1	0	2	0
	Menores de 1 año	1	1	0	0	0	0	2
Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89)	Menores de 5 años	87	89	75	63	57	51	47
	Entre 1 y 4 años	51	48	38	49	29	40	36
	Menores de 1 año	36	41	37	14	28	11	11
Síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) (U04)	Menores de 5 años							
	Entre 1 y 4 años							
	Menores de 1 año							

FUENTE 2005-2006- Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE.-Sistem

FUENTE 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (



2.2.2. Tasas ajustadas de mortalidad infantil por la lista 6-67 por sexo y edad

Se observa que en los niños comparados con las niñas en el grupo de menores de 1 año, tienen una mayor mortalidad debida a infecciones respiratorias, sepsis bacteriana y afecciones del feto o recién nacido.

Para el grupo de 1 a 4 años, los niños comparados con las niñas tienen una mayor mortalidad por malformaciones congénitas.

Para el grupo de menores de 5 años, se observa una mayor mortalidad en las niñas por malformaciones congénitas, y en los niños la mayor mortalidad está dada por las infecciones respiratorias.

Tabla 24 Tasas ajustadas de mortalidad, lista 6-67 por sexo y edad en Bogotá, 2005 a 2011

AÑOS	EIDADES	Orden	TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
			CAUSA 667	NUMERO	TASA	CAUSA 667	NUMERO	TASA	CAUSA 667	NUMERO	TASA
2005	MENOR 1 AÑO	1	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal 6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	394	338,3	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	226	379,2	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	179	314,9
		2	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	388	333,2	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	209	350,7	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal 4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	168	295,5
		3	1,08 Infecciones respiratorias agudas	155	133,1	1,08 Infecciones respiratorias agudas	86	144,3	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	71	124,9
		4	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	132	113,4	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	84	140,9	1,08 Infecciones respiratorias agudas	46	80,9
		5	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	60	51,5	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	27	45,3	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	33	58,0
		Resto de causas	555	476,6	Resto de causas	320	536,9	Resto de causas	235	413,4	
		TOTAL		1684	1446,1	TOTAL	952	1597,2	TOTAL	732	1287,6
	DE 1 A 4 AÑOS	1	1,08 Infecciones respiratorias agudas	41	8,6	1,08 Infecciones respiratorias agudas	21	8,6	1,08 Infecciones respiratorias agudas	20	8,5
		2	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	30	6,3	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	15	6,1	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	15	6,4
		3	6,13 Malformaciones	22	4,6	6,13 Malformaciones congénitas,	12	4,9	6,13 Malformaciones	10	4,3



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

		congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas			deformidades y anomalías cromosómicas			congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas		
		5,01 Accidentes de transporte terrestre	15	3,1	5,01 Accidentes de transporte terrestre	9	3,7	5,01 Accidentes de transporte terrestre	6	2,6
		6,02 Deficiencias nutricionales y anemias						3,04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón		
	5	nutricionales	9	1,9	5,03 Caidas	6	2,5		4	1,7
		Resto de causas	147	30,7	Resto de causas	84	34,4	Resto de causas	62	26,5
		TOTAL	264	55,2	TOTAL	147	60,1	TOTAL	117	50,0
MENORES DE 5 AÑOS	1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	410	68,9	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	226	74,3	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	189	65,0
	2	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	394	66,2	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	221	72,7	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	168	57,8
	3	1,08 Infecciones respiratorias agudas	173	29,1	1,08 Infecciones respiratorias agudas	107	35,2	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	71	24,4
	4	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	155	26,1	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	84	27,6	1,08 Infecciones respiratorias agudas	66	22,7
	5	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	60	10,1	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	27	8,9	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	33	11,3
		Resto de causas	756	127,1	Resto de causas	434	142,7	Resto de causas	322	110,7
		TOTAL	1948	327,5	TOTAL	1099	361,4	TOTAL	849	292,0
2006	1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	387	329,9	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	213	355,3	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	174	303,3
	2	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	347	295,8	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	211	352,0	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	136	237,1
	3	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	119	101,4	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	67	111,8	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	52	90,7
	4	1,08 Infecciones	108	92,1	1,08 Infecciones	57	95,1	1,08 Infecciones	51	88,9



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

		respiratorias agudas 4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	73	62,2	respiratorias agudas 4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	33	55,0	respiratorias agudas 4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	40	69,7
		Resto de causas	519	442,4	Resto de causas	313	522,1	Resto de causas	206	359,1
		TOTAL	1553	1323,9	TOTAL	894	1491,3	TOTAL	659	1148,8
DE 1 A 4 AÑOS	1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	49	10,3	1,08 Infecciones respiratorias agudas 6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	24	9,9	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	29	12,5
	2	1,08 Infecciones respiratorias agudas	37	7,8	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	20	8,2	1,08 Infecciones respiratorias agudas	13	5,6
	3	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	18	3,8	5,01 Accidentes de transporte terrestre	11	4,5	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	7	3,0
	4	5,01 Accidentes de transporte terrestre	12	2,5	6,02 Deficiencias nutricionales y anemias	8	3,3	2,12 Leucemia	5	2,2
	5	6,02 Deficiencias nutricionales y anemias	9	1,9	5,01 Accidentes de transporte terrestre	8	3,3	5,01 Accidentes de transporte terrestre	4	1,7
		Resto de causas	131	27,6	Resto de causas	80	33,0	Resto de causas	47	20,3
		TOTAL	256	54,0	TOTAL	151	62,3	TOTAL	105	45,3
MENORES DE 5 AÑOS	1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	436	73,7	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	233	77,0	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	203	70,2
	2	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	348	58,8	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	212	70,1	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	136	47,1
	3	1,08 Infecciones respiratorias agudas	145	24,5	1,08 Infecciones respiratorias agudas	81	26,8	1,08 Infecciones respiratorias agudas	64	22,1
	4	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	119	20,1	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	67	22,2	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	52	18,0
	5	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del	73	12,3	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del	33	10,9	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del	40	13,8



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

		traumatismo del nacimiento		nacimiento		nacimiento					
		Resto de causas	688	116,3	Resto de causas	419	138,5	Resto de causas	269	93,1	
		TOTAL	1809	305,8	TOTAL	1045	345,5	TOTAL	764	264,3	
2007	MENOR 1 AÑO	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	375	317,7	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	208	345,1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	167	289,1	
		4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	336	284,6	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	198	328,5	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	138	238,9	
		4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	174	147,4	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	100	165,9	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	74	128,1	
		1,08 Infecciones respiratorias agudas	121	102,5	1,08 Infecciones respiratorias agudas	75	124,4	1,08 Infecciones respiratorias agudas	46	79,6	
		4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	99	83,9	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	64	106,2	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	35	60,6	
		Resto de causas	515	436,3	Resto de causas	266	441,3	Resto de causas	249	431,0	
		TOTAL	1620	1372,4	TOTAL	911	1511,3	TOTAL	709	1227,3	
		DE 1 A 4 AÑOS	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	39	8,3	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	23	9,5	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16	6,9
			1,08 Infecciones respiratorias agudas	28	5,9	1,08 Infecciones respiratorias agudas	19	7,9	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	11	4,8
			6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	21	4,4	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	10	4,1	1,08 Infecciones respiratorias agudas	9	3,9
2,12 Leucemia	12		2,5	2,12 Leucemia	6	2,5	2,12 Leucemia	6	2,6		
3,04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	8		1,7	5,03 Caidas	5	2,1	3,04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	5	2,2		
Resto de causas	122		25,8	Resto de causas	75	31,0	Resto de causas	45	19,5		
TOTAL	230	48,7	TOTAL	138	57,1	TOTAL	92	39,9			
MENORE	1	6,13	422	71,5	6,13 Malformaciones	236	78,2	6,13	186	64,5	





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

AÑOS	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	2008		2009		2010		TOTAL	
			N	%	N	%	N	%	N	%
S DE 5 AÑOS		Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas								
		4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	338	57,3	199	65,9	139	48,2		
		4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	174	29,5	100	33,1	74	25,7		
		1,08 Infecciones respiratorias agudas	142	24,1	89	29,5	53	18,4		
		4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	99	16,8	64	21,2	35	12,1		
		Resto de causas	675	114,4	361	119,6	314	108,9		
TOTAL			1850	313,5	1049	347,5	801	277,9		
2008	MENOR 1 AÑO	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	398	67,4	223	368,0	175	301,3		
		4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	345	58,4	221	364,7	124	213,5		
		1,08 Infecciones respiratorias agudas	141	23,9	81	133,7	67	115,3		
		4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	130	22,0	67	110,6	60	103,3		
		4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	113	19,1	63	104,0	46	79,2		
		Resto de causas	431	73,0	238	392,8	193	332,3		
TOTAL			1558	263,9	893	1473,8	665	1144,9		
DE 1 A 4 AÑOS	1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y	32	5,4	14	5,8	19	8,3		
		1,08 Infecciones respiratorias agudas								



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

		anomalías cromosómicas						anomalías cromosómicas		
		1,08 Infecciones respiratorias agudas	23	3,9	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	13	5,4	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	10	4,3
		6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	21	3,6	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	11	4,6	1,08 Infecciones respiratorias agudas	9	3,9
		5,01 Accidentes de transporte terrestre	9	1,5	5,01 Accidentes de transporte terrestre	6	2,5	3,04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	4	1,7
		1,05 Meningitis	5	0,8	1,05 Meningitis	5	2,1	5,01 Accidentes de transporte terrestre	3	1,3
		Resto de causas	144	24,4	Resto de causas	84	34,8	Resto de causas	56	24,3
		TOTAL	234	39,6	TOTAL	133	55,1	TOTAL	101	43,9
	MENORES DE 5 AÑOS	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	430	72,8	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	236	78,1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	194	67,3
		4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	347	58,8	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	222	73,5	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	125	43,4
		1,08 Infecciones respiratorias agudas	164	27,8	1,08 Infecciones respiratorias agudas	95	31,5	1,08 Infecciones respiratorias agudas	69	23,9
		4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	130	22,0	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	67	22,2	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	67	23,2
		4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	113	19,1	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	63	20,9	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	46	16,0
		Resto de causas	608	103,0	Resto de causas	343	113,6	Resto de causas	265	91,9
		TOTAL	1792	303,5	TOTAL	1026	339,7	TOTAL	766	265,7
2009	MENOR 1 AÑO	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	344	58,1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	185	303,9	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	159	272,6



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

		4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	308	52,0	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	182	298,9	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	126	216,0
	2	1,08 Infecciones respiratorias agudas	113	19,1	1,08 Infecciones respiratorias agudas	62	101,8	1,08 Infecciones respiratorias agudas	51	87,4
	3	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	109	18,4	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	58	95,3	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	51	87,4
	4	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	94	15,9	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	48	78,8	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	46	78,9
	5	Resto de causas	427	72,1	Resto de causas	246	404,1	Resto de causas	181	310,3
		TOTAL	1395	235,7	TOTAL	781	1282,8	TOTAL	614	1052,7
DE 1 A 4 AÑOS	1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	36	6,1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	23	9,5	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	13	5,6
	2	1,08 Infecciones respiratorias agudas	20	3,4	1,08 Infecciones respiratorias agudas	10	4,1	1,08 Infecciones respiratorias agudas	10	4,3
	3	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	14	2,4	5,01 Accidentes de transporte terrestre	9	3,7	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	8	3,5
	4	5,01 Accidentes de transporte terrestre	11	1,9	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	6	2,5	2,12 Leucemia	5	2,2
	5	2,12 Leucemia	10	1,7	2,12 Leucemia	5	2,1	6,02 Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	4	1,7
			Resto de causas	109	18,4	Resto de causas	48	19,8	Resto de causas	59
		TOTAL	200	33,8	TOTAL	101	41,7	TOTAL	99	42,9
MENORES DE 5 AÑOS	1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	380	64,2	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	208	68,7	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	172	59,5
	2	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	310	52,4	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	182	60,1	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	128	44,3
	3	1,08 Infecciones respiratorias agudas	109	18,4	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	58	19,1	1,08 Infecciones respiratorias agudas	54	18,7
	4	4,05 Sepsis bacteriana del	109	18,4	1,08 Infecciones respiratorias agudas	55	18,2	4,05 Sepsis bacteriana del recién	51	17,6



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

		recién nacido						nacido		
		4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	94	15,9	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	48	15,8	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	46	15,9
		Resto de causas	593	100,2	Resto de causas	331	109,3	Resto de causas	262	90,7
		TOTAL	1595	269,5	TOTAL	882	291,2	TOTAL	713	246,7
2010	MENOR 1 AÑO	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	343	286,6	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	178	291,0	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	282,0
		4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	267	223,1	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	152	248,5	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	115	196,5
		1,08 Infecciones respiratorias agudas	97	81,0	1,08 Infecciones respiratorias agudas	61	99,7	1,08 Infecciones respiratorias agudas	36	61,5
		4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	64	53,5	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	37	60,5	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	29	49,6
		4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	61	51,0	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	32	52,3	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	27	46,1
		Resto de causas	470	392,7	Resto de causas	264	431,6	Resto de causas	206	352,0
		TOTAL	1302	1087,9	TOTAL	724	1183,7	TOTAL	578	987,8
DE 1 A 4 AÑOS	1,08 Infecciones respiratorias agudas	39	8,2	1,08 Infecciones respiratorias agudas	21	8,6	1,08 Infecciones respiratorias agudas	18	7,8	
	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	24	5,1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	14	5,8	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	14	6,1	
	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	22	4,6	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	8	3,3	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10	4,3	
	5,01 Accidentes de transporte	8	1,7	5,01 Accidentes de transporte terrestre	5	2,1	3,04 Enfermedad cardiopulmonar y	6	2,6	



		terrestre						enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón		
		5,12 Agresiones (homicidios)	8	1,7	5,12 Agresiones (homicidios)	5	2,1	2,12 Leucemia	4	1,7
		Resto de causas	109	23,0	Resto de causas	53	21,8	Resto de causas	52	22,5
		TOTAL	210	44,3	TOTAL	106	43,6	TOTAL	104	45,0
MENORES DE 5 AÑOS	1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	367	61,8	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	192	63,1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	175	60,4
	2	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	267	45,0	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	152	50,0	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	115	39,7
	3	1,08 Infecciones respiratorias agudas	136	22,9	1,08 Infecciones respiratorias agudas	82	27,0	1,08 Infecciones respiratorias agudas	54	18,6
	4	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	64	10,8	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	37	12,2	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	29	10,0
	5	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	61	10,3	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	32	10,5	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	27	9,3
		Resto de causas	617	103,9	Resto de causas	335	110,2	Resto de causas	282	97,3
		TOTAL	1512	254,6	TOTAL	830	273,0	TOTAL	682	235,4
2011	1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	351	292,2	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	171	278,3	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	180	306,8
	2	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	255	212,3	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	136	221,3	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	119	202,9
	3	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	104	86,6	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	61	99,3	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	43	73,3
	4	1,08 Infecciones respiratorias agudas	81	67,4	1,08 Infecciones respiratorias agudas	53	86,3	1,08 Infecciones respiratorias agudas	28	47,7
	5	4,02 Feto o recién nacido afectados por	59	49,1	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones	37	60,2	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones	22	37,5



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

		complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento			obstétricas y traumatismo del nacimiento			obstétricas y traumatismo del nacimiento		
		Resto de causas	433	360,5	Resto de causas	256	416,7	Resto de causas	177	301,7
		TOTAL	1283	1068,2	TOTAL	714	1162,1	TOTAL	569	969,9
DE 1 A 4 AÑOS	1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	26	5,5	1,08 Infecciones respiratorias agudas	11	4,5	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	17	7,3
	2	1,08 Infecciones respiratorias agudas	22	4,6	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	9	3,7	1,08 Infecciones respiratorias agudas	11	4,7
	3	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	16	3,4	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9	3,7	6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	7	3,0
	4	5,01 Accidentes de transporte terrestre	12	2,5	5,01 Accidentes de transporte terrestre	6	2,5	5,01 Accidentes de transporte terrestre	6	2,6
	5	2,12 Leucemia	9	1,9	2,12 Leucemia	5	2,1	2,12 Leucemia	4	1,7
		Resto de causas	95	20,0	Resto de causas	61	25,0	Resto de causas	34	14,6
		TOTAL	180	37,8	TOTAL	101	41,4	TOTAL	79	34,0
MENORE S DE 5 AÑOS	1	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	377	63,2	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	180	59,0	6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	197	67,7
	2	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	257	43,1	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	138	45,2	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	119	40,9
	3	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	104	17,4	1,08 Infecciones respiratorias agudas	64	21,0	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	43	14,8
	4	1,08 Infecciones respiratorias agudas	103	17,3	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	61	20,0	1,08 Infecciones respiratorias agudas	39	13,4
	5	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	59	9,9	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	37	12,1	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	22	7,6
		Resto de causas	563	94,4	Resto de causas	335	109,8	Resto de causas	228	78,3
	TOTAL	1463	245,4	TOTAL	815	267,0	TOTAL	648	222,7	

Fuente 2008-2011- Certificado de defunción Bases de datos DANE -RUAF-ND .-Sistema de Estadísticas.
Vitales SDS, preliminar 2011



2.2.3. Subgrupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Se observa que en Bogotá, la mortalidad por diarrea tiene una tendencia a la disminución, siendo estadísticamente significativa ($R^2=0,56$). Tanto en menores de 1 año como de 1 a 4 años, se observa una mortalidad promedio de 4,5 x 100.000 hab por septicemia (Tabla 25).

Tabla 25 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias en Bogotá, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09)	Menores de 5 años	2,7	2,5	3,1	1,7	1,0	0,8	1,2
	Entre 1 y 4 años	1,0	0,8	0,8	0,2	0,5	0,2	0,4
	Menores de 1 año	9,4	9,4	11,9	1,5	0,5	3,3	4,2
Otras enfermedades infecciosas intestinales (A00-A08)	Menores de 5 años	0,8	0,3	0,3	0,5	0,8	0,3	0,3
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,4	0,2	0,3	0,2	0,0	0,0
	Menores de 1 año	4,3	0,0	0,8	0,2	0,7	1,7	1,7
Tuberculosis (A15-A19)	Menores de 5 años	0,0	0,2	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,9	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Tétanos (A33, A35)	Menores de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Difteria (A36)	Menores de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tos ferina (A37)	Menores de 5 años	0,8	0,5	0,2	1,0	0,0	0,0	2,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	4,3	2,6	0,8	1,0	0,0	0,0	10,0
Infección meningocócica (A39)	Menores de 5 años	0,3	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3
	Entre 1 y 4 años	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
	Menores de 1 año	0,9	0,9	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0



Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Septicemia (A40-A41)	Menores de 5 años	3,5	2,4	1,5	2,5	1,0	1,7	0,7
	Entre 1 y 4 años	1,0	0,4	0,6	1,0	0,3	0,2	0,4
	Menores de 1 año	13,7	10,2	5,1	1,5	0,7	7,5	1,7
Poliomielitis aguda (A80)	Menores de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sarampión (B05)	Menores de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (B20-B24)	Menores de 5 años	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras enfermedades virales (A81-B04, B06-B19, B25-B34)	Menores de 5 años	0,3	1,0	2,0	1,5	1,2	0,8	1,5
	Entre 1 y 4 años	0,2	0,4	1,5	0,5	0,2	0,2	0,8
	Menores de 1 año	0,9	3,4	4,2	1,0	1,0	3,3	4,2
Paludismo (B50-B54)	Menores de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A20-A32, A38, A42-A79, B35-B49, B55-B94, B99)	Menores de 5 años	1,3	0,8	0,8	0,2	0,5	1,2	0,8
	Entre 1 y 4 años	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,6	0,4
	Menores de 1 año	5,2	4,3	5,1	0,0	0,5	3,3	2,5

FUENTE 2005-2006- Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS

FUENTE 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011

Tasa por 100.000 Hb

Como se anotó anteriormente se observa una tendencia a disminuir el número de muertes por diarrea. El comportamiento de la septicemia es irregular (Tabla 26).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 26 Número de muertes en la infancia y niñez, por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias distrito / municipio, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09)	Menores de 5 años	16	15	18	10	6	5	7
	Entre 1 y 4 años	5	4	4	1	3	1	2
	Menores de 1 año	11	11	14	9	3	4	5
Otras enfermedades infecciosas intestinales (A00-A08)	Menores de 5 años	5	2	2	3	5	2	2
	Entre 1 y 4 años	0	2	1	2	1	0	0
	Menores de 1 año	5	0	1	1	4	2	2
Tuberculosis (A15-A19)	Menores de 5 años	0	1	0	4	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	2	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1	0	2	0	0	0
Tétanos (A33, A35)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Difteria (A36)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina (A37)	Menores de 5 años	5	3	1	6	0	0	12
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	5	3	1	6	0	0	12
Infección meningocócica (A39)	Menores de 5 años	2	1	3	0	0	0	2
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	0	0	2
	Menores de 1 año	1	1	3	0	0	0	0
Septicemia (A40-A41)	Menores de 5 años	21	14	9	15	6	10	4
	Entre 1 y 4 años	5	2	3	6	2	1	2
	Menores de 1 año	16	12	6	9	4	9	2
Poliomielitis aguda (A80)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0



Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión (B05)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (B20-B24)	Menores de 5 años	2	2	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	1	1	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	1	0	0	0	0	0
Otras enfermedades virales (A81-B04, B06-B19, B25-B34)	Menores de 5 años	2	6	12	9	7	5	9
	Entre 1 y 4 años	1	2	7	3	1	1	4
	Menores de 1 año	1	4	5	6	6	4	5
Paludismo (B50-B54)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A20-A32, A38, A42-A79, B35-B49, B55-B94, B99)	Menores de 5 años	8	5	5	1	3	7	5
	Entre 1 y 4 años	2	0	0	1	0	3	2
	Menores de 1 año	6	5	6	0	3	4	3

FUENTE 2005-2006- Certificado de Defunción -Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS

FUENTE 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011

2.2.4. Subgrupo de Tumores (neoplasias)

La leucemia sigue siendo la principal causa de mortalidad en niños menores de 5 años (Tabla 27). En Bogotá, la principal causa de mortalidad por cáncer es leucemia (Tabla 27).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 27 Número de muertes en la infancia y niñez, por tumores, Bogotá, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
Leucemia (C91-C95)	Menores de 5 años	9	9	13	7	11	8	12
	Entre 1 y 4 años	8	7	12	5	10	6	9
	Menores de 1 año	1	2	1	2	1	2	3
Resto de tumores malignos (C00-C90, C96-C97)	Menores de 5 años	14	14	13	12	27	12	9
	Entre 1 y 4 años	12	10	11	12	23	12	8
	Menores de 1 año	2	4	2	0	4	0	1
Resto de tumores (D00-D48)	Menores de 5 años	8	3	5	8	4	8	6
	Entre 1 y 4 años	4	2	3	3	1	2	4
	Menores de 1 año	4	1	2	5	3	6	2

FUENTE 2005-2006- Certificado de Defunción .-Bases de datos DANE.

FUENTE 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de es:

2.2.5. Subgrupo de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad

La anemia es la principal causa de mortalidad por enfermedades de la sangre. En los menores de 1 año, la tasa promedio es de 0,9 x 100.000 hab (Tabla 28).



Tabla 28 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, Bogotá, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Anemias (D50-D64)	Menores de 5 años	0,2	0,2	0,3	0,7	0,5	0,3	0,2
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,2	0,5	0,5	0,2	0,2
	Menores de 1 año	0,9	0,9	0,8	0,2	0,0	0,8	0,0
Resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D65-D89)	Menores de 5 años	1,8	0,5	1,4	0,2	0,3	1,0	0,7
	Entre 1 y 4 años	0,8	0,2	0,4	0,0	0,2	0,2	0,2
	Menores de 1 año	6,0	1,7	5,1	0,2	0,2	4,2	2,5

FUENTE 2005-2006 certificado de Defunción .-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS

FUENTE 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011
Tasa por 100.000 Hb

En cuanto a la frecuencia absoluta, el resto de enfermedades hematopoyéticas es la principal causa de mortalidad sobre todo en niños menores de 5 años (Tabla 29).

Tabla 29 Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, Bogotá, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
Anemias (D50-D64)	Menores de 5 años	1	1	2	4	3	2	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	3	3	1	1
	Menores de 1 año	1	1	1	1	0	1	0
Resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D65-D89)	Menores de 5 años	11	3	8	1	2	6	4
	Entre 1 y 4 años	4	1	2	0	1	1	1
	Menores de 1 año	7	2	6	1	1	5	3

FUENTE 2005-2006 certificado de Defunción .-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS

FUENTE 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011

2.2.6. Subgrupo de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Se observa una tendencia a la disminución de la mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas que es estadísticamente significativa ($R^2=0,865$) (Tabla 30).

Tabla 30 Comportamiento de la mortalidad desnutrición menores de 5 años -edad-sexo – Bogotá, D.C. 2005 a 2011

AÑOS	SEXO	Menor de 1 año	De 1 a 4 años	TOTAL
2005	Hombres	12	6	18
	Mujeres	9	3	12
	Total	21	9	30
2006	Hombres	7	8	15
	Mujeres	10	1	11
	Total	17	9	26
2007	Hombres	10	2	12
	Mujeres	10	2	12
	Total	20	4	24
2008	Hombres	6	3	9
	Mujeres	6	1	7
	Total	12	4	16
2009	Hombres	6	1	7
	Mujeres	6	4	10
	Total	12	5	17
2010	Hombres	2		2
	Mujeres	2	3	5
	Total	4	3	7
2011	Hombres	2		2
	Mujeres	3		3
	Total	5	0	5

Fuente: FUENTE 2005-2007 : Certificado de defunción.- Bases de datos Sistema de Estadísticas Vitales SDS.

Fuente 2008-2011: Certificado de defunción.- Bases de datos DANE- RUAF ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS (Preliminar 2010-2011)

2.2.7. Subgrupo de las enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides



En todos los grupos de edad se observa una disminución de las tasas de mortalidad por meningitis (Tabla 31).

Tabla 31 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, departamento, 2005 – 2011 BOGOTÁ D.C.

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Meningitis (G00-G03)	Menores de 5 años	3,9	2,4	1,7	2,4	0,8	1,7	0,5
	Entre 1 y 4 años	1,0	0,2	0,4	0,8	0,0	0,6	0,0
	Menores de 1 año	15,5	11,1	6,8	1,5	0,8	5,8	2,5
Resto de enfermedades del sistema nervioso (G04-G98)	Menores de 5 años	7,2	4,9	5,8	4,4	3,5	5,7	4,2
	Entre 1 y 4 años	6,3	3,8	4,4	3,6	2,4	4,6	3,4
	Menores de 1 año	11,2	9,4	11,0	0,8	1,2	10,0	7,5

Fuente: 2005-2006- Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS

2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011 Tasa por 100.000 Hb

En cuanto al número de muertes se observa que el año 2001, solo se reportaron 6 muertes por meningitis (Tabla 32).

Tabla 32 Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, distrito / municipio, 2005 – 2011 BOGOTÁ D.C.

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Meningitis (G00-G03)	Menores de 5 años	23	14	10	14	5	10	3
	Entre 1 y 4 años	5	1	2	5	0	3	0
	Menores de 1 año	18	13	8	9	5	7	3
Resto de enfermedades del sistema nervioso (G04-G98)	Menores de 5 años	43	29	34	26	21	34	25
	Entre 1 y 4 años	30	18	21	21	14	22	16
	Menores de 1 año	13	11	13	5	7	12	9

Fuente: 2005-2006- Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011



2.2.8. Subgrupo de las enfermedades del sistema respiratorio

En cuanto a las enfermedades del sistema respiratorio, se observa una tendencia a la disminución en el grupo de menores de 5 años en dos puntos porcentuales. En el grupo de 1 a 4 años, se observó una tendencia a la disminución hasta el año 2009, al igual que el grupo de menores de 1 año (tabla 33).

Tabla 33 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema respiratorio, en Bogotá, 2005 a 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Neumonía (J12-J18)	Menores de 5 años	23,7	18,4	17,6	21,0	17,6	17,2	10,9
	Entre 1 y 4 años	7,7	7,2	5,5	3,6	3,2	7,2	4,2
	Menores de 1 año	89,3	63,9	66,1	17,4	14,4	56,8	37,5
Otras infecciones respiratorias agudas (J00-J11, J20-J22)	Menores de 5 años	5,4	6,1	6,4	6,8	5,4	5,7	6,4
	Entre 1 y 4 años	0,8	0,6	0,4	0,3	0,7	1,1	0,4
	Menores de 1 año	24,0	28,1	30,5	6,4	4,7	24,2	30,0
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30-J98)	Menores de 5 años	3,9	4,6	9,5	11,3	4,2	4,0	4,7
	Entre 1 y 4 años	1,7	1,1	1,7	2,4	1,2	1,7	1,1
	Menores de 1 año	12,9	18,8	40,7	9,0	3,0	13,4	19,1

Fuente: 2005-2006- Certificado de Defunción. -Bases de datos DANE. -Sistema de estadísticas Vitales SDS 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011 Tasa por 100.000 Hb

En cuanto al número de muertes por neumonía se observa que el grupo más afectado es el de menores de 5 años, seguido por el de menores de 1 año (Tabla 34).

Tabla 34 Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema respiratorio, en Bogotá 200 a 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
Neumonía (J12-J18)	Menores de 5 años	141	109	104	124	104	102	65
	Entre 1 y 4 años	37	34	26	21	19	34	20
	Menores de 1 año	104	75	78	103	85	68	45



Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
Otras infecciones respiratorias agudas (J00-J11, J20-J22)	Menores de 5 años	32	36	38	40	32	34	38
	Entre 1 y 4 años	4	3	2	2	4	5	2
	Menores de 1 año	28	33	36	38	28	29	36
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30-J98)	Menores de 5 años	23	27	56	67	25	24	28
	Entre 1 y 4 años	8	5	8	14	7	8	5
	Menores de 1 año	15	22	48	53	18	16	23

Fuente: 2005-2006- Certificado de Defunción. -Bases de datos DANE. -Sistema de estadísticas Vitales SDS 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011

2.2.9. Subgrupo de las enfermedades perinatales

Las enfermedades perinatales no muestran tendencia, el comportamiento es estable en el período definido, oscilando en tasas de 0 a 1,8 (Tabla 35).

Tabla 35 Tasas específicas por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Bogotá, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (P00-P04)	Menores de 1 año	0,6	0,7	1,1	1,3	1,1	0,9	0,8
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08)	Menores de 1 año	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2
Traumatismo del nacimiento (P10-P15)	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hipoxia intrauterina y asfisia del nacimiento (P20-P21)	Menores de 1 año	0,1	0,1	0,3	0,6	0,3	0,2	0,1
Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)	Menores de 1 año	1,8	1,8	1,5	1,4	1,6	1,2	1,3



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Neumonía congénita (P23)	Menores de 1 año	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,3
Otras afecciones respiratorias del recién nacido (P24-P28)	Menores de 1 año	1,4	1,0	0,8	0,8	0,6	0,8	0,8
Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	Menores de 1 año	1,4	1,0	1,5	1,1	0,9	0,6	1,0
Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve (P38)	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido (P50-P61)	Menores de 1 año	0,4	0,4	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3
Resto de afecciones perinatales (P29, P35, P37, P39, P70-P96)	Menores de 1 año	1,4	1,4	1,3	1,0	1,1	1,1	1,3

Fuente: 2005-2006- Certificado de Defunción .-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS 2008-2011-.-Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011 Tasa por 1000 NV

El número de muertes por condiciones perinatales oscila entre 0 y 205 con un promedio de 153 muertes. La causa de muerte más frecuente es Dificultad respiratoria del recién nacido y sepsis bacteriana del recién nacido (Tabla 36).

Tabla 36 Número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, distrito / municipio, 2005 – 2011 BOGOTÁ D.C.

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (P00-P04)	Menores de 1 año	71	82	129	157	126	102	85
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08)	Menores de 1 año	13	15	5	5	11	32	25
Traumatismo del nacimiento (P10-P15)	Menores de 1 año	0	2	1	0	0	1	



Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento (P20-P21)	Menores de 1 año	7	6	32	65	36	17	10
Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)	Menores de 1 año	201	205	175	162	183	136	137
Neumonía congénita (P23)	Menores de 1 año	34	28	35	31	17	25	29
Otras afecciones respiratorias del recién nacido (P24-P28)	Menores de 1 año	152	109	96	89	74	89	81
Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	Menores de 1 año	155	119	174	130	109	64	104
Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve (P38)	Menores de 1 año	2	0	0	0	0	0	0
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido (P50-P61)	Menores de 1 año	50	49	38	17	32	36	33
Resto de afecciones perinatales (P29, P35, P37, P39, P70-P96)	Menores de 1 año	152	158	151	114	122	121	142

FUENTE 2005-2006- Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS

FUENTE 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011)

2.2.10. Subgrupo de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Las malformaciones congénitas en Bogotá son muy frecuentes siendo las malformaciones del corazón las más importantes (Tabla 37).



Tabla 37 Tasas específicas de mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Bogotá, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Hidrocefalo congénito y espina bífida (Q03,Q05)	Menores de 5 años	3,4	3,0	4,2	3,2	3,9	1,9	3,2
	Entre 1 y 4 años	1,0	1,3	1,1	1,0	0,5	0,2	0,6
	Menores de 1 año	12,9	10,2	16,9	2,2	3,4	8,4	13,3
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q02, Q04, Q06-Q07)	Menores de 5 años	4,9	3,0	4,4	4,7	5,1	5,4	4,2
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,2	0,2	0,7	0,7	0,2	0,4
	Menores de 1 año	24,9	14,5	21,2	4,1	4,4	25,9	19,1
Malformaciones congénitas del corazón (Q20-Q24)	Menores de 5 años	26,4	29,4	28,8	27,3	23,5	21,6	22,8
	Entre 1 y 4 años	1,5	5,3	4,0	2,0	2,4	2,1	2,7
	Menores de 1 año	128,8	127,0	127,9	25,2	21,1	98,6	102,4
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q25-Q28)	Menores de 5 años	10,8	10,5	9,8	11,9	11,2	12,8	12,6
	Entre 1 y 4 años	0,4	0,6	0,6	0,3	0,7	0,6	0,2
	Menores de 1 año	53,2	50,3	46,6	11,5	10,5	61,0	61,6
Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas (Q90-Q99)	Menores de 5 años	1,8	2,0	2,7	2,4	1,0	2,9	2,3
	Entre 1 y 4 años	0,4	0,4	0,6	0,3	0,2	0,2	0,2
	Menores de 1 año	7,7	8,5	11,0	2,0	0,8	13,4	10,8
Otras malformaciones congénitas (Q30-Q89)	Menores de 5 años	21,7	25,7	21,5	23,4	19,6	17,3	18,1
	Entre 1 y 4 años	1,3	2,5	1,7	1,0	1,7	1,7	1,3
	Menores de 1 año	105,6	119,3	100,8	22,4	17,9	79,4	84,9

FUENTE: 2005-2006- Certificado de Defunción .-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS 2008-2011- -Bases de datos DANE- RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011 Tasa por 100.000 Hb

En número de muertes se observa el mismo comportamiento solo que el grupo mas afectado es el de menores de 5 años (Tabla 38).



Tabla 38 Número de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Bogotá, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
Hidrocefalo congénito y espina bífida (Q03,Q05)	Menores de 5 años	20	18	25	19	23	11	19
	Entre 1 y 4 años	5	6	5	6	3	1	3
	Menores de 1 año	15	12	20	13	20	10	16
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q02, Q04, Q06-Q07)	Menores de 5 años	29	18	26	28	30	32	25
	Entre 1 y 4 años	0	1	1	4	4	1	2
	Menores de 1 año	29	17	25	24	26	31	23
Malformaciones congénitas del corazón (Q20-Q24)	Menores de 5 años	157	174	170	161	139	128	136
	Entre 1 y 4 años	7	25	19	12	14	10	13
	Menores de 1 año	150	149	151	149	125	118	123
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q25-Q28)	Menores de 5 años	64	62	58	70	66	76	75
	Entre 1 y 4 años	2	3	3	2	4	3	1
	Menores de 1 año	62	59	55	68	62	73	74
Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas (Q90-Q99)	Menores de 5 años	11	12	16	14	6	17	14
	Entre 1 y 4 años	2	2	3	2	1	1	1
	Menores de 1 año	9	10	13	12	5	16	13
Otras malformaciones congénitas (Q30-Q89)	Menores de 5 años	129	152	127	138	116	103	108
	Entre 1 y 4 años	6	12	8	6	10	8	6
	Menores de 1 año	123	140	119	132	106	95	102

Fuente: 2005-2006- Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011

2.2.11. Subgrupo de signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Las principales causas mal definidas son las relacionadas con Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. Estos corresponden solo a 240 registros del total de certificados de defunción lo que demuestra un buen trabajo del grupo de estadísticas vitales (Tabla 39).



Tabla 39 Tasas específicas de mortalidad por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Bogotá, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Síndrome de muerte súbita infantil (R95)	Menores de 1 año	76,4	17,0	3,4	1,7	0,7	5,0	1,7
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R94, R96-R99)	Menores de 5 años	11,8	19,8	14,4	16,3	19,3	21,6	20,0
	Entre 1 y 4 años	6,1	7,8	3,2	3,9	3,2	4,2	5,5
	Menores de 1 año	35,2	68,2	59,3	12,4	16,1	90,2	77,4

Fuente: 2005-2006- Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS. 2008-2011- -Bases de datos DANE- RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011. Tasa por 100.000 hab

2.2.12. Subgrupo de causas externas de morbilidad y mortalidad

En el grupo de menores de 1 año la principal causa de mortalidad es el accidente que obstruye la respiración con tasas de 7,0 en promedio y en el último año disponible (2011), de 4,2 x 100.000 hab (Tabla 40). En menores de 5 años llama la atención los accidentes de transporte con tasas promedio de 2,0 y envenenamiento accidental con tasas de 1,7 x 100.000 menores de 5 años (tabla 40).

Tabla 40 Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por causas externas de morbilidad y mortalidad, Bogotá, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Accidentes de transporte (V01-V99)	Menores de 5 años	2,7	2,2	1,0	1,7	2,5	1,3	2,3
	Entre 1 y 4 años	3,1	2,5	0,2	1,5	1,9	1,7	2,5
	Menores de 1 año	0,9	0,9	4,2	0,2	0,7	0,0	1,7
Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)	Menores de 5 años	0,5	1,0	0,3	0,7	0,7	1,0	0,8
	Entre 1 y 4 años	0,4	1,1	0,4	0,5	0,7	1,1	1,1
	Menores de 1 año	0,9	0,9	0,0	0,2	0,0	0,8	0,0
Otros accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84)	Menores de 5 años	4,2	5,6	4,1	2,0	1,7	1,2	1,5
	Entre 1 y 4 años	1,0	1,3	1,3	0,8	0,3	1,3	0,8
	Menores de 1 año	17,2	23,0	16,9	1,2	1,4	0,8	4,2
Exposición al humo, fuego y	Menores de 5 años	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

llamas (X00-X09)	años								
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	
	Menores de 1 año	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas (X85-Y09)	Menores de 5 años	2,4	1,0	0,2	1,0	1,4	1,7	0,8	
	Entre 1 y 4 años	1,7	0,4	0,2	0,8	0,5	1,7	0,6	
	Menores de 1 año	5,2	3,4	0,0	0,2	0,8	1,7	1,7	
Todas las demás causas externas (W00-W64, W85-W99, X10-X39, X50-X84, Y10-Y89)	Menores de 5 años	4,9	5,1	5,3	5,1	3,4	3,2	2,3	
	Entre 1 y 4 años	4,4	4,9	4,9	4,4	1,5	2,5	2,5	
	Menores de 1 año	6,9	6,0	6,8	0,7	1,9	5,8	1,7	

Fuente: 2005-2006- Certificado de Defunción .-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011 Tasa por 100.000 hab

En números absolutos son importantes también los ahogamientos en niños menores de 5 años como también, los accidentes de transporte (Tabla 41).

Tabla 41 Número de muertes en la infancia y niñez, por causas externas de morbilidad y mortalidad, Bogotá, 2005 – 2013-12-27

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
Accidentes de transporte (V01-V99)	Menores de 5 años	16	13	6	10	15	8	14
	Entre 1 y 4 años	15	12	1	9	11	8	12
	Menores de 1 año	1	1	5	1	4	0	2
Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)	Menores de 5 años	3	6	2	4	4	6	5
	Entre 1 y 4 años	2	5	2	3	4	5	5
	Menores de 1 año	1	1	0	1	0	1	0
Otros accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84)	Menores de 5 años	25	33	24	12	10	7	9
	Entre 1 y 4 años	5	6	6	5	2	6	4
	Menores de 1 año	20	27	20	7	8	1	5
Exposición al humo, fuego y llamas (X00-X09)	Menores de 5 años	0	1	0	1	0	1	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	1	0	1	0
	Menores de 1 año	0	1	0	0	0	0	0
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas (X85-Y09)	Menores de 5 años	14	6	1	6	8	10	5
	Entre 1 y 4 años	8	2	1	5	3	8	3
	Menores de 1 año	6	4	0	1	5	2	2
Todas las demás causas externas (W00-W64, W85-W99, X10-X39, X50-X84, Y10-Y89)	Menores de 5 años	29	30	31	30	20	19	14
	Entre 1 y 4 años	21	23	23	26	9	12	12



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	GRUPOS DE EDAD	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011
	Menores de 1 año	8	7	8	4	11	7	2

Fuente: 2005-2006- Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de estadísticas Vitales SDS 2008-2011- -Bases de datos DANE-RUAF ND -Sistema de estadísticas Vitales SDS (Preliminares 2010-2011 Tasa por 100.000 hab

2.3. Análisis de desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez

Para Bogotá los indicadores se encuentran en verde lo que indica que la diferencia relativa es menor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en la región o departamento comparado con el indicador nacional.

Los dos únicos en amarillo son mortalidad neonatal y mortalidad en la niñez, esto significa que la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en la región o departamento y el indicador nacional (Tabla 42).

Tabla 42 Análisis de la mortalidad materno infantil y de la niñez en Bogotá, 2011

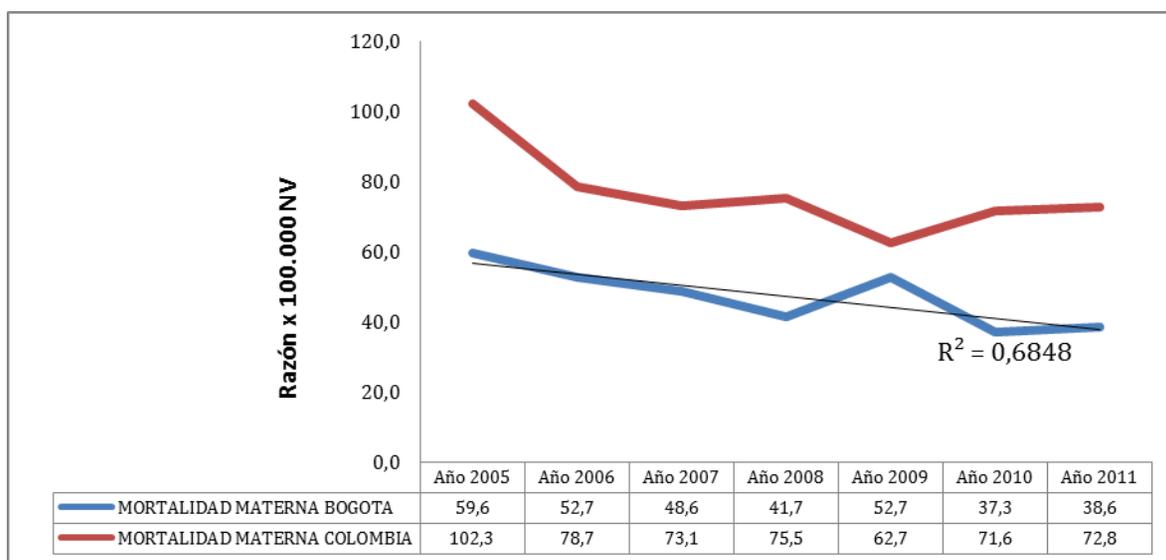
Causa de muerte	Colombia 2009	Bogotá 2011	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	Semaforización	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Razón de mortalidad materna	72,8	36,7	0,5041	0,3648	0,6967	verde	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad neonatal	45	33,8	0,7511	0,5362	1,0522	amarillo	-	-	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	20,6	11,5	0,5583	0,3132	0,9950	verde	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)	24,89	23,3	0,9361	0,6237	1,4050	amarillo	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	19,1	9,6	0,5026	0,2670	0,9462	verde	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	7,34	1,3	0,1771	0,0317	0,9881	verde	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	13,2	0,3	0,0227	0,0006	0,8140	verde	↘	↘	↘	↘	↘	↘

Fuente: DANE. 2011. Mortalidad para Bogotá.

2.3.1. Mortalidad materna

La mortalidad materna en Bogotá tiene una tendencia a la disminución estadísticamente significativa ($R^2=0.68$), pasando de 59,6 en el año 2005 a 38,6 x 100.000 NV en 2011 (Gráfica 25). Comparado con Colombia, Bogotá tiene razones de mortalidad materna muy inferiores y tiene una tendencia a disminuir.

Gráfica 25 Razón de mortalidad materna en Bogotá, 2005 a 2011

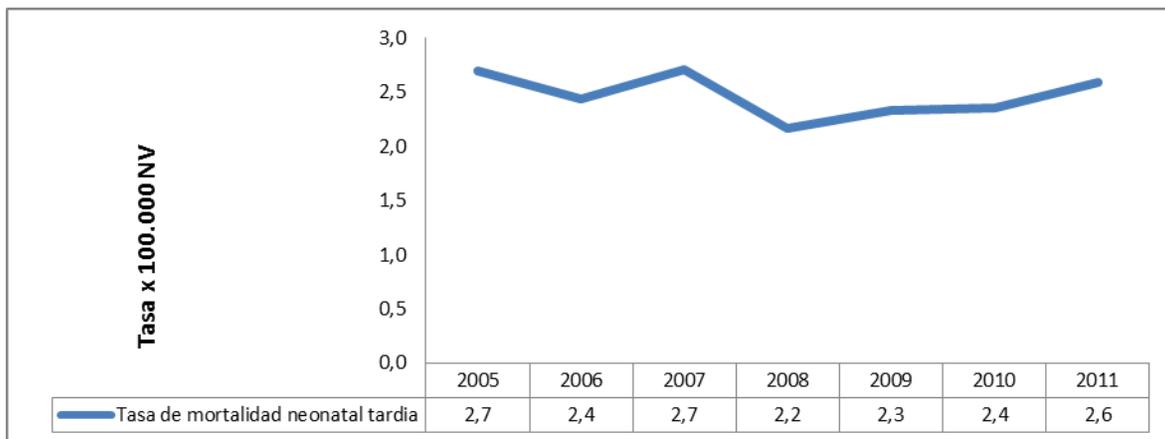


Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.3.2. Mortalidad Neonatal

La tasa de mortalidad neonatal tardía en Bogotá, tiene un comportamiento estable con una tasa de 2,7 x 100.000 NV (Gráfica 26), esto quiere decir que no tiene tendencia. No se obtuvieron los datos de mortalidad neonatal tardía para Colombia por lo que no se compara con el País.

Gráfica 26 Tasa de mortalidad neonatal tardía en Bogotá, 2005 a 2011

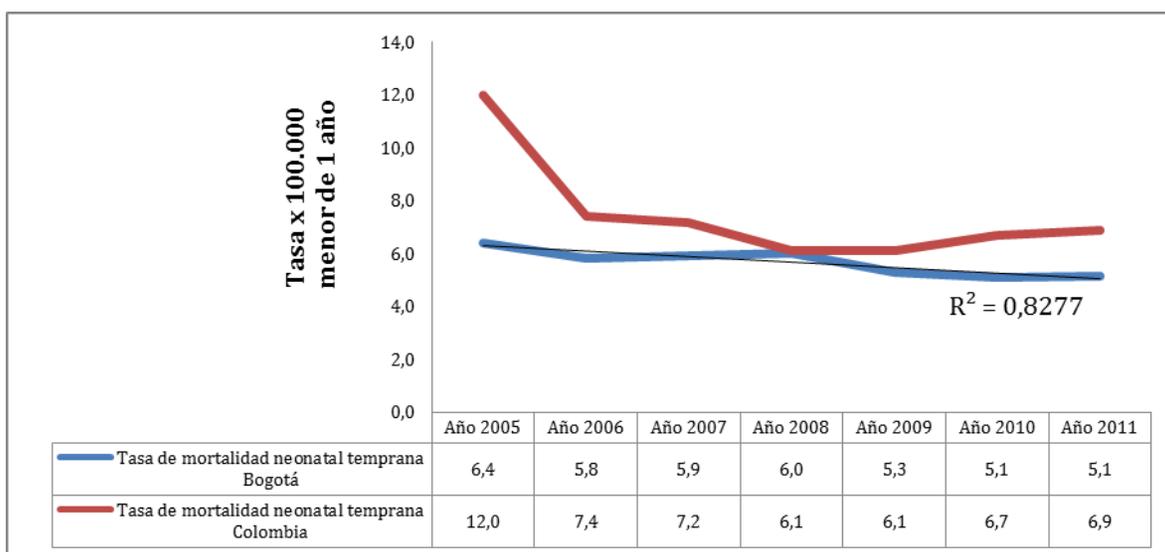


Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.3.3. Mortalidad infantil

La mortalidad infantil en Bogotá muestra una tendencia significativa estadísticamente a las disminuciones, pasando de 15 en el año 2005 a 12,1 x 100.000 menores de 1 año en 2011 ($R^2=0.87$). Con respecto al país, Bogotá tiene una tasa menor en 1,8 x 100.000 menores de 1 año.

Gráfica 27 Tasa de mortalidad infantil para Bogotá, 2005 a 2011

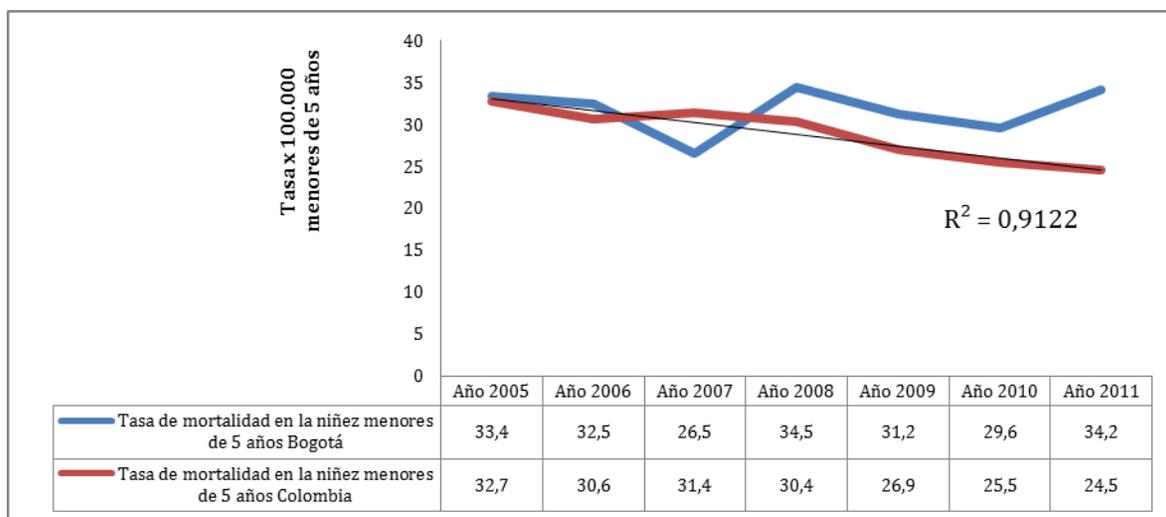


Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.3.4. Mortalidad en la niñez

Al igual que la mortalidad infantil, la mortalidad en la niñez muestra una tendencia a la disminución estadísticamente significativa, pasando de 32,7 en el año 2005 a 24,5 x 100.000 niños menores de 5 años en el 2011 (Gráfica 28). Comparado con Colombia, la mortalidad en la niñez en Bogotá muestra una disminución y un valor por debajo de 40 x 100.000 menores de 5 años.

Gráfica 28 Tasa de mortalidad en la niñez, Bogotá, 2005- 2011

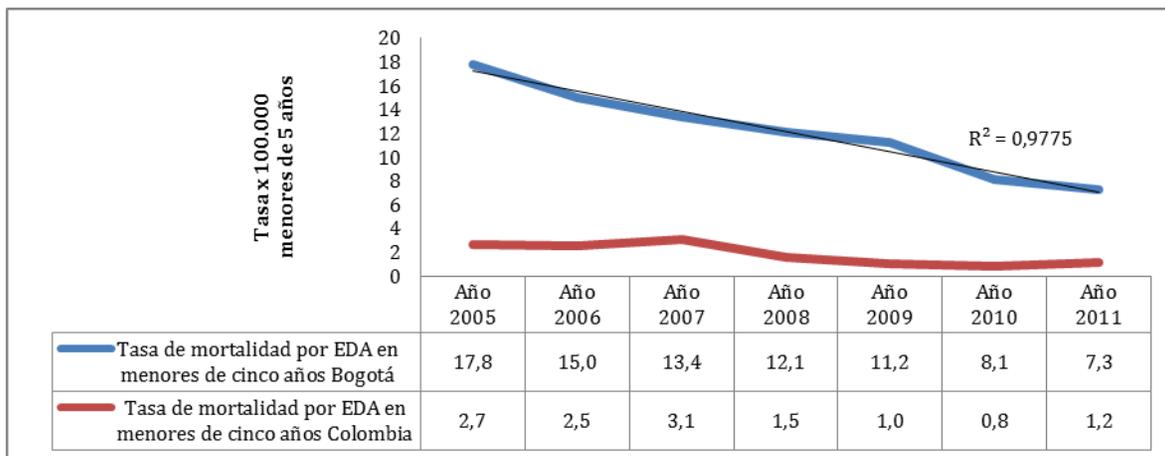


Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.3.5. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

La mortalidad por EDA en Bogotá, tiene una tendencia a la disminución estadísticamente significativa ($R^2=0,72$), pasando de 2,7 en el año 2005 a 1,2 x 100.000 menor de 5 años en el 2011 (gráfica 29). Con respecto al país, Bogotá tiene una tasa mayor en 6,1 x 100.000 menores de 5 años.

Gráfica 29 Tasa de mortalidad por EDA, Bogotá, 2005- 2011

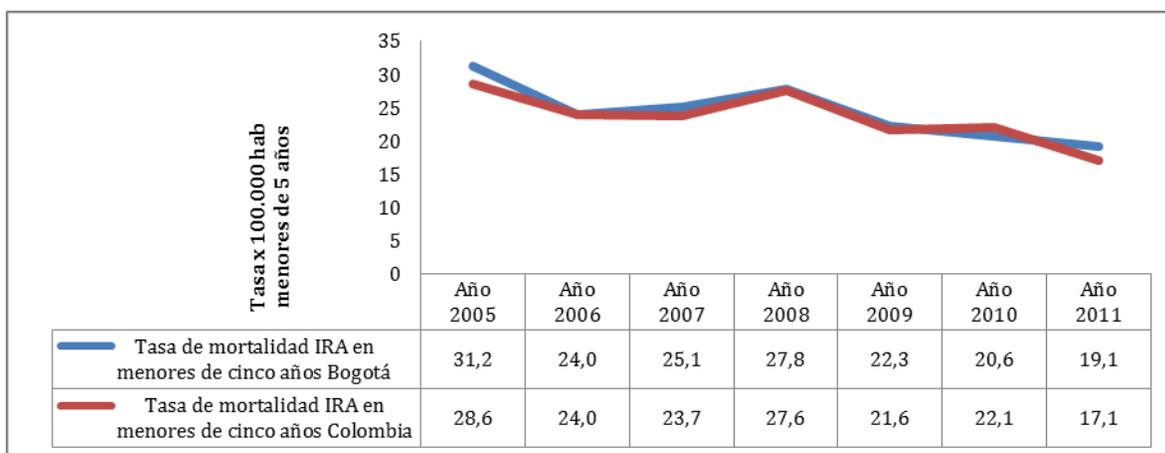


Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.3.6. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA

Se observa una tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad por IRA en Bogotá, estadísticamente significativa ($R^2=0,65$), pasando de 28,6 en 2005 a 17,1 x 100.000 menores de 5 años en 2011 (Gráfica 30). La mortalidad por IRA en Bogotá se comporta similar a la del País.

Gráfica 30 Tasa de mortalidad por IRA en Bogotá, 2005 a 2011



Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.4. Abordaje de los determinantes de mortalidad materno- infantil y de la niñez

2.4.1. Determinantes intermediarios

2.4.1.1. Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI (El caso de la mortalidad infantil).

Según el censo del año 2005, en Colombia el 10,4% de la población habitaba una vivienda inadecuada. El porcentaje de población que vivía en esas condiciones varía en todos los departamentos, siendo mayor en Vichada, La Guajira y Córdoba con un 47,74%, un 46,26 y un 41,56% respectivamente. Así mismo, los departamentos con menor porcentaje de personas que habitaban viviendas inadecuadas son Bogotá, Caldas, San Andrés y Quindío donde no supera el 1,5%.

El cociente de tasas extremas para el año 2011, muestra un cociente de tasas extremas de 3,4 lo que indica que la localidad con mayor porcentaje de pobreza, medida a través del NBI tuvo 3,4 veces más mortalidad infantil, que la localidad menos pobre. La diferencia de las tasas extremas indica que mueren 78 niños más por cada 1.000 nacidos vivos en la localidad con mayor NBI que en la localidad con menor NBI. (Tabla 43).

En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si Kennedy lograra alcanzar las condiciones que prevalecen en Bogotá, se evitarían en promedio 28,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa 51,3% de las muertes infantiles que se producen en Bogotá por cada 1.000 nacidos vivos (Tabla 43).

El cociente de tasas extremas para el año 2011, en cuanto a mortalidad materna muestra un cociente de tasas extremas de 0,9, lo que indica que la localidad con mayor porcentaje de pobreza tuvo 10% (1 -0.9) menos muertes maternas que la localidad con menor porcentaje de pobreza. La diferencia de las tasas extremas es de 16,1, lo que indica que en la localidad con mayor porcentaje de pobreza se mueren 16 madres más por cada 1.000 nacidos vivos comparado con la localidad con menor porcentaje de pobreza (Tabla 43).

En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si Kennedy lograra alcanzar las condiciones que prevalecen en Bogotá, se evitarían en promedio 5,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa 10,4% de las muertes maternas que se producen en Bogotá por cada 1.000 nacidos vivos (Tabla 43).

El cociente de tasas extremas para el año 2011, en cuanto a mortalidad neonatal muestra un cociente de tasas extremas de 1,2, lo que indica que la localidad con mayor porcentaje de pobreza tuvo 1.2 veces más muertes neonatales que la localidad con menor porcentaje de pobreza. La diferencia de las tasas extremas fue de 24,2, lo que indica que en la localidad más pobre se mueren 24 niños menores de 28 días de nacidos más por cada 1.000 nacidos vivos comparado con la localidad menos pobre (Tabla 43).

En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si Kennedy lograra alcanzar las condiciones que prevalecen en Bogotá, se evitarían en promedio 8,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa 15,7% de las muertes infantiles que se producen en Bogotá por cada 1.000 nacidos vivos (Tabla 43).

El cociente de tasas extremas para el año 2011, en cuanto a mortalidad en la niñez muestra un cociente de tasas extremas de 0,9, lo que indica que la localidad con mayor NBI tuvo un 10% (1-0.9) más muertes neonatales que la localidad con menor NBI. La diferencia de las tasas extremas es de 56,6, lo que indica que en esta localidad se mueren 24 niños menores de 5 años más por cada 1.000 niños menores de 5 años comparado con Bogotá (Tabla 43).

En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si Kennedy lograra alcanzar las condiciones que prevalecen en Bogotá, se evitarían en promedio 6,6 muertes por cada niño menor de 5 años, lo cual representa 11,7% de las muertes de la niñez que se producen en Bogotá por cada 1.000 niños menores de 5 años (Tabla 43).

El cociente de tasas extremas para el año 2011, en cuanto a mortalidad por EDA en menores de 5 años muestra un cociente de tasas extremas de 0,2, lo que indica que en la localidad más pobre la mortalidad por EDA en menores de 5 años fue 0,2 veces más alta que en la localidad menos pobre. La diferencia de tasas extremas fue de 4,0, lo que indica que en la localidad más pobre se mueren 4 niños por EDA menores de 5 años más por cada 100.000 niños menores de 5 años comparado con la localidad menos pobre (Tabla 43).

En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si Kennedy lograra alcanzar las condiciones que prevalecen en Bogotá, se evitarían en promedio 1,4 muertes por EDA por cada niño menor de 5 años, lo cual representa 2,6% de las muertes de la niñez por EDA que se producen en Bogotá por cada 100.000 niños menores de 5 años (Tabla 43).

El cociente de tasas extremas para el año 2011, en cuanto a mortalidad por desnutrición en menores de 5 años muestra un cociente de tasas extremas de 0,1, lo que indica que la localidad con mayor porcentaje de pobreza tuvo 0,1 veces más muertes por desnutrición que la localidad con menor porcentaje de pobreza. La diferencia de las tasas extremas fue de 2,0, lo que indica que en la localidad con mayor porcentaje de pobreza se mueren 2 niños menores de 5 años por desnutrición más por cada 1.000 niños menores de 5 años comparado con la localidad con menor porcentaje de pobreza. (Tabla 43).

En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si Kennedy lograra alcanzar las condiciones que prevalecen en Bogotá, se evitarían en promedio 0,73 muertes por cada niño menor de 5 años, lo cual representa 1,3% de las muertes de la niñez que se producen en Bogotá por cada 1.000 niños menores de 5 años (Tabla 43).

El cociente de tasas extremas para el año 2011, en cuanto a mortalidad por IRA en menores de 5 años muestra un cociente de tasas extremas de 2.8, lo que indica que en la localidad más pobre la mortalidad por IRA en menores de 5 años fue 2.8 veces más alta que en la localidad menos pobre. La diferencia de tasas extremas fue de 56.6, lo que indica que en la localidad más pobre se mueren 56 niños por IRA menores de 5 años más por cada 100.000 niños menores de 5 años comparado con la localidad menos pobre (Tabla 43).

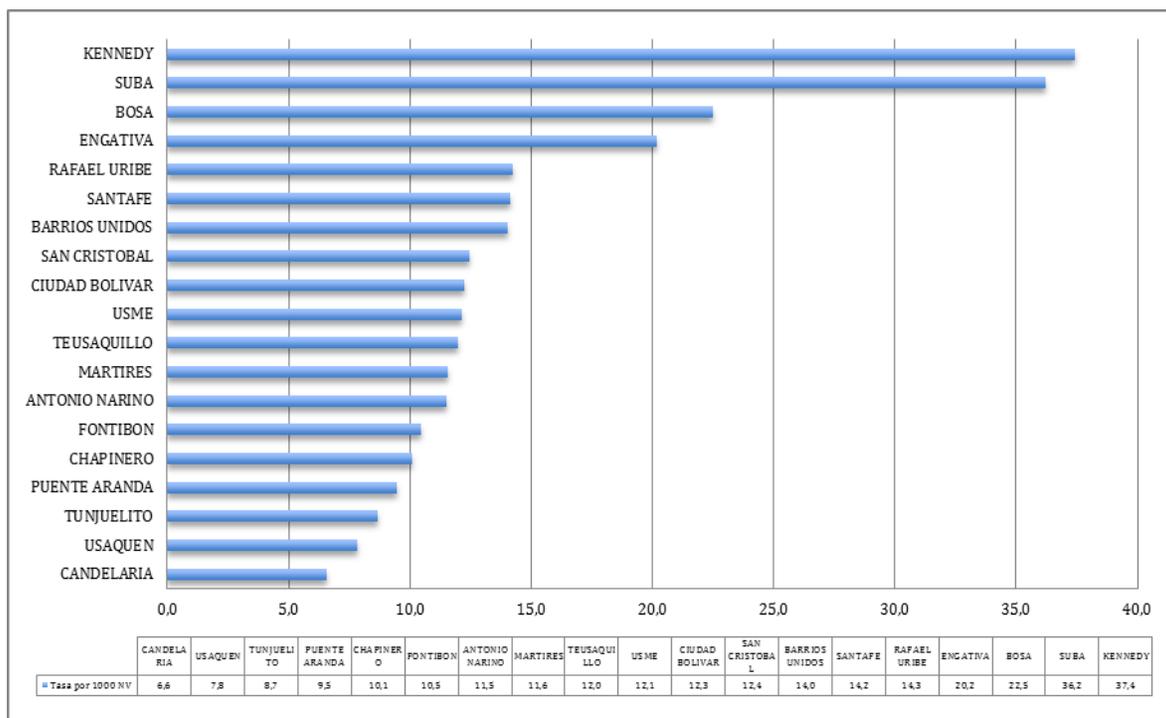
Tabla 43 Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI del departamento, 2011

Índices	2011						
	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años
Cociente de tasas extremas	0,8	1,2	3,4	0,9	2,8	0,2	0,1
Diferencia de tasas extremas	16,1	24,2	78,0	18,2	56,6	4,0	2,0
Riesgo atribuible poblacional	5,8	8,8	28,9	6,6	20,6	1,4	0,73
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	10,4	15,7	51,3	11,7	36,6	2,6	1,3

Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

Las tasas de mortalidad infantil por localidad se muestra en la gráfica . Se evidencia que Kennedy es la localidad con mayor mortalidad, seguida por Suba y Bosa (Gráfica 31).

Gráfica 31 Comportamiento de la mortalidad infantil por localidad en Bogotá, 2011.



Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.4.1.2. Índice de concentración en salud

El índice de concentración se deriva de la curva de concentración, en donde se muestra la situación de la mortalidad infantil con base en la situación socioeconómica. De tal forma que, si la renta es utilizada como la variable relevante para ordenar a los individuos, el eje horizontal comienza con el individuo más pobre en la sociedad y progresa a través de la distribución de la renta hasta el individuo más rico en dicha sociedad. Este ranking relativo según el nivel de renta se representa gráficamente frente a la proporción acumulada de la mortalidad infantil en el eje vertical. Esto asume que existe una medida cardinal de enfermedad, que puede ser comparada y agregada entre individuos. La línea de 45 grados muestra la línea de igualdad perfecta, a lo largo de la cual las proporciones de enfermedad de la población son proporcionales a la renta, de tal forma que el 20% de los individuos más pobres experimentan un 20% del total de la mortalidad infantil en la población, y así sucesivamente (Gráfica 32).

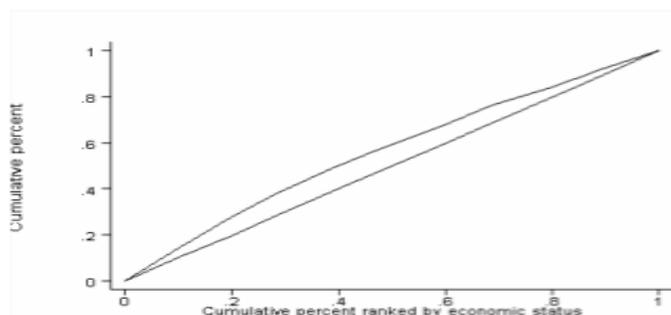
Los índices de concentración según etnia, señalan diferencias importantes en cuanto a desigualdad en la probabilidad de mortalidad infantil en las pasadas 4 semanas. La población con mayor NBI enfrenta mayor desigualdad respecto a la población con índices NBI más bajos, situación que se explica por la varianza entre individuos de NBI bajo que residen en las diferentes localidades de Bogotá (Gráfica 32).

Gráfica 32 Índice de concentración de los indicadores del abordaje materno – infantil y la niñez según el NBI en Bogotá, 2011

Recuadro N° 1: Análisis de desigualdad de la presencia de enfermedad en las pasadas 4 semanas

Concentration index for sick using rank as the sorting variable
Concentration index = -0.127270

Quintiles	Enfermos (%)	Acumulado Enfermo
1	28	28
2	22	50
3	18	68
4	17	85
5	15	100



Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.4.1.3. Mortalidad infantil vs el número de Parto institucional en Bogotá

El cociente de tasas extremas para el año 2011, muestra un cociente de tasas extremas de 0,2 para los niños nacidos fuera de las IPS, lo que indica que Bogotá tiene 0,2 veces más probabilidad de morir antes de tener un año de edad, si nacen fuera de las IPS. La diferencia de las tasas extremas para Bogotá es de 48, lo que indica que en Bogotá se mueren 48 niños más antes de tener un año de edad por cada 1.000 nacidos vivos que nacen fuera de las IPS (Tabla 44).

En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si Bogotá lograra alcanzar el 100% de partos institucionales, se evitarían en promedio 3,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa 5,6% de las muertes infantiles que se producen en Bogotá por cada 1.000 nacidos vivos fuera de las IPS (Tabla 44).

Tabla 44 Análisis de desigualdades de la mortalidad por el número de partos institucionales en Bogotá, 2011

Índices	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	Parto institucional
Cociente de tasas extremas	0,2	0.4
Cociente ponderado de tasas extremas	0,1	0.5
Diferencia de tasas extremas	48	52
Diferencia ponderada de tasas extremas	43	41
Riesgo atribuible poblacional	3,2	2.3
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	5,6	4.2

Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.4.1.4. Controles prenatales va mortalidad infantil en Bogotá

El cociente de tasas extremas para el año 2011, muestra un cociente de tasas extremas de 21,1 para las madres con menos de 3 controles prenatales, lo que indica que Bogotá tiene 21,1 veces más niños nacidos con madres con controles prenatales menores del promedio de 3. La diferencia de las tasas extremas para Bogotá es de 75, lo que indica que en Bogotá se mueren 75 niños más por cada 1.000 nacidos vivos de madres con menos de 3 controles prenatales (Tabla 45). En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si Bogotá logrará que todas las madres tuvieran más de 3 controles prenatales, se evitarían en promedio 23,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa 41,1% de las muertes infantiles que se producen en Bogotá por cada 1.000 nacidos vivos de madres con controles prenatales por debajo de 3 (Tabla 45).

Tabla 45 Análisis de desigualdades de la mortalidad por controles prenatales en Bogotá, 2011

Índices	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	Controles prenatales
Cociente de tasas extremas	21,1	19,3
Cociente ponderado de tasas extremas	20,9	14,5
Diferencia de tasas extremas	75	68
Diferencia ponderada de tasas extremas	76	67
Riesgo atribuible poblacional	23,2	21,4
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	41,1	52,3

Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.4.1.5. Bajo peso al nacer vs mortalidad infantil en Bogotá

El cociente de tasas extremas para el año 2011, muestra un cociente de tasas extremas de 43,5 para los nacidos con bajo peso al nacer, lo que indica que en Bogotá estos niños tienen 43,5 veces más probabilidad de morir que los niños de peso normal. La diferencia de las tasas extremas para Bogotá es de 85, lo que indica que en Bogotá se mueren 85 niños más por cada 1.000 nacidos vivos con bajo peso al nacer (Tabla 46).

En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si Bogotá lograra evitar niños con bajo peso al nacer, se evitarían en promedio 34,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa 61,2% de las muertes infantiles que se producen en Bogotá por cada 1.000 nacidos vivos (Tabla 46).

Tabla 46 Análisis de desigualdades de la mortalidad por el número de niños con bajo peso al nacer en Bogotá, 2011

Índices	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	Bajo peso al nacer
Cociente de tasas extremas	43,5	54.6
Cociente ponderado de tasas extremas	42,1	57.8
Diferencia de tasas extremas	85	92
Diferencia ponderada de tasas extremas	85	93
Riesgo atribuible poblacional	34,5	56.4
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	61,2	72.3

Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.4.1.6. Régimen de afiliación

El cociente de tasas extremas para el año 2011, muestra un cociente de tasas extremas de 54,2 para los individuos del régimen subsidiado, lo que indica que en Bogotá estos niños tienen 54,2 veces más probabilidad de morir que los niños del régimen contributivo. La diferencia de las tasas extremas para Bogotá es de 89, lo que indica que en Bogotá se mueren 89 niños más por cada 1.000 nacidos vivos del régimen subsidiado (Tabla 47).

En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si Bogotá lograra evitar niños con bajo peso al nacer, se evitarían en promedio 34,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa 61,2% de las muertes infantiles que se producen en Bogotá por cada 1.000 nacidos vivos (Tabla 47).

Tabla 47 Indicadores de la mortalidad materno-infantil y la niñez por régimen de afiliación en Bogotá, 2011

Indicadores	2011			
	Vinculado/no está afiliado	Régimen subsidiado	Régimen contributivo	Régimen excepción (Fuerzas Militares, Policía, Magisterio o Ecopetrol régimen especial)
Razón de mortalidad materna	2	15	25	0
Tasa de mortalidad neonatal	12	60	48	0

Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	0	2	3	0
Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)	0	34	43	0
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	0	65	78	0
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0	2	1	0
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0	3	1	0

Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.5. Determinantes estructurales

2.5.1. Ingresos

Para el año 2012, el ingreso per cápita promedio en Bogotá D.C. fue de \$857.103, con un crecimiento de 1,2% con respecto al 2011. Esto indica que una familia promedio en Bogotá D.C. compuesta por cuatro personas, tiene un ingreso de \$3.428.412.

La brecha o intensidad de la pobreza es un indicador que mide la cantidad de dinero que le falta a la unidad pobre (hogar o persona) para dejar de ser pobre, es decir para que alcance la línea de pobreza. Esta diferencia se presenta con respecto al ingreso per cápita de la unidad pobre y se pondera por el número de pobres. Para el año 2012, este indicador alcanzó el 3,7% en Bogotá D.C.; con respecto a 2011 registró una disminución de 0,4 puntos porcentuales. A nivel nacional este indicador fue de 12,9%; con respecto al año 2011 la brecha de la pobreza nacional presentó una disminución de 0,5 puntos porcentuales.

El indicador de severidad de la pobreza integra los indicadores de Incidencia y Brecha de la pobreza. Las diferencias entre el ingreso per cápita de cada unidad pobre con respecto a la línea de pobreza se pondera dando mayor importancia a las unidades pobres que están más lejos de la media, para incluir el efecto de la desigualdad entre los ingresos de los pobres.

Para el año 2012, Bogotá D.C. registró una severidad del 1,9%. Entre los años 2011 y 2012, se observa una disminución de 0,1 puntos porcentuales de la severidad Bogotá D.C.. Por su parte, a nivel nacional se presenta una disminución de 0,3 puntos porcentuales de la severidad.

2.5.2. Otros indicadores de ingreso

- Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas

En Bogotá, el porcentaje de NBI es de 9,1 muy por debajo del NBI nacional que se encuentra en 68,4%.

- Proporción de población bajo la línea de pobreza.

En el país, entre 2002 y 2005 este indicador muestra que la pobreza disminuye notablemente: el porcentaje de personas por debajo de la LP en 2002 era de 57,0% y en 2005 de 49,2%; la población por debajo de la línea de indigencia pasa de 20,7 a 14,7% en el mismo período. Esta información corresponde a la Encuesta Continua de Hogares de septiembre de cada año.

Con respecto a las líneas de Pobreza e Indigencia por zona, el indicador mejora notablemente entre 2002 y 2005. En la zona urbana la pobreza disminuye ocho puntos y la indigencia cinco, mientras en la rural disminuyen en siete puntos ambas.

Es necesario señalar que los niveles de pobreza en el total nacional están severamente influenciados por los índices de ruralidad. De hecho, para el total del país la incidencia de la pobreza en las cabeceras municipales en 2005 es de 42,3%, mientras que en el resto es de 68,2%.

Para Bogotá, este indicador se encuentra en 13.1%.

- Proporción de población en miseria.

El porcentaje en situación de miseria es de 1,37. Los departamentos que tienen porcentaje de población en miseria superior al 5%, por encima del nacional son: Bolívar, Cesar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena y Sucre.

- Proporción de población bajo la línea de indigencia.

En Bogotá este indicador se encuentra en 4,5%.

- Proporción de población en hacinamiento.

El porcentaje de hacinamiento fue de 5.0% debajo del nacional que se encuentra en 8,5%.

- Coeficiente de Gini para ingresos.

Para el año 2012, en Bogotá D.C., el coeficiente fue de 0,497 frente a 0,522 en 2011 (se redujo en 0,025). A nivel nacional, el coeficiente Gini en el 2012 fue de 0,539 mostrando una disminución de 0,009.

El cociente de tasas extremas para el año 2011, muestra un cociente de tasas extremas de 6.2 para Bogotá, lo que indica que los niños de hogares con más bajos ingresos tienen una probabilidad de 6.2 veces más de morir. La diferencia de las tasas extremas para Bogotá es de 89.5, lo que indica que se mueren 89 niños más por cada 1.000 nacidos vivos de hogares de bajos ingresos (Tabla 48).

En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si se lograra alcanzar las condiciones de ingresos medios o altos en Bogotá, se evitarían en promedio 32.4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa 65.4% de

las muertes infantiles que se producen en Bogotá por cada 1.000 nacidos vivos de hogares de bajos ingresos (Tabla 48).

Tabla 48 Análisis de desigualdades de la mortalidad por ingreso en Bogotá, 2011

Índices	2011						
	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años
Cociente de tasas extremas	0.2	2,2	6.2	1.0	3.2	0.3	0.4
Diferencia de tasas extremas	14.2	33.2	89.5	21.3	57.4	3.2	3.5
Riesgo atribuible poblacional	2.3	9.8	32.4	5.4	19.2	1.2	1.6
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	13.5	12.3	65.4	12.3	41.3	2.7	2.2

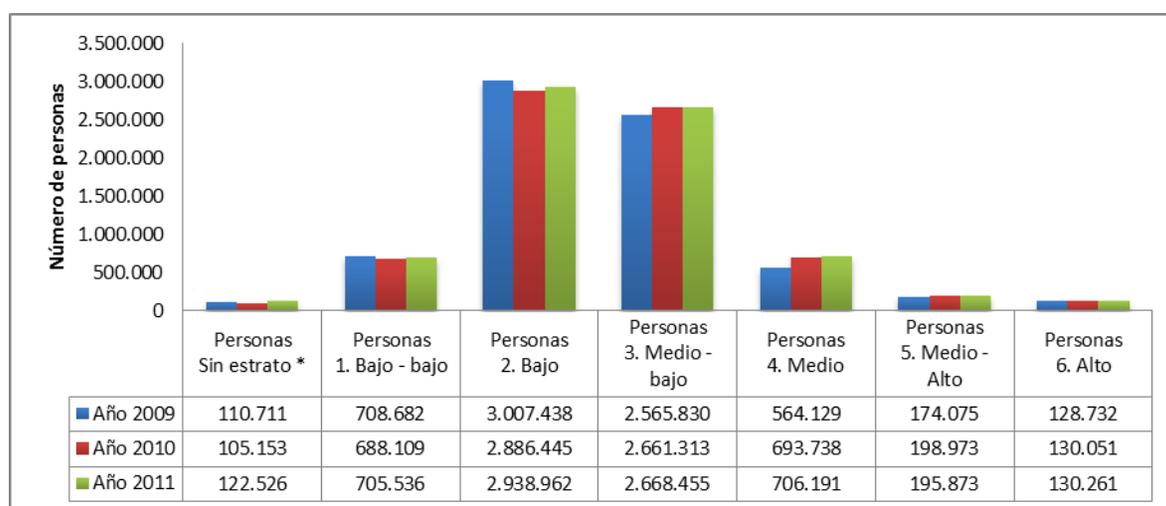
Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

2.5.3. Estrato

2.5.3.1. Población por estrato socioeconómico

La mayor cantidad de población en Bogotá se encuentran en el estrato 2 y 3 (Gráfica 33). Las personas del estrato 4 han aumentado de manera significativa.

Gráfica 33 Población por estrato socioeconómico en Bogotá, 2009 a 2011



Fuente: DANE. 2009 a 2011.

El cociente de tasas extremas para el año 2011, muestra un cociente de tasas extremas de 6.7 para Bogotá, lo que indica que los niños de hogares de estratos 0 y 1 tienen una probabilidad de 6.7 veces más de morir. La diferencia de las tasas extremas para Bogotá es de 90, lo que indica que se mueren 90 niños más por cada 1.000 nacidos vivos de estrato 0 y 1 (Tabla 49).

En cuanto al riesgo atribuible poblacional, si se lograra alcanzar las condiciones de los estratos 3, 4, 5 y 6 en Bogotá, se evitarían en promedio 36.8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa 72.5% de las muertes infantiles que se producen en Bogotá por cada 1.000 nacidos vivos de hogares de estrato 0 y 1 (Tabla 49).

Tabla 49 Análisis de desigualdades de la mortalidad por ingreso en Bogotá, 2011

Índices	2011						
	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años
Cociente de tasas extremas	0,9	2,8	6,7	3,2	0,3	0,2	0,1
Diferencia de tasas extremas	18,2	56,6	90,1	57,4	3,2	4,0	2,0
Riesgo atribuible poblacional	6,6	20,6	36,8	19,2	1,2	1,4	0,73
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	11,7	36,6	72,5	41,3	2,7	2,6	1,3

Fuente: DANE. Grupo estadísticas vitales. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2005 a 2011.

La mortalidad infantil en Bogotá no tiene diferencias por área de residencia (urbana y rural).

2.5.3.2. Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil

Ahora, se deben enlistar las prioridades identificadas en la mortalidad general por las grandes causas, mortalidad específica por subgrupo y la mortalidad materno – infantil y niñez, de acuerdo a las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes sociales de la salud (Tabla 53).

Tabla 50 Identificación de prioridades en salud en Bogotá, 2013

	Causa de mortalidad identificada	Valor del indicador en la entidad territorial	Valor del indicador para Colombia
Mortalidad general por grandes causas	enfermedades del sistema circulatorio (población/mujeres)	108,1	128,0
	las causas externas (hombres)	32,3	74,4

Mortalidad específica por subgrupo	las enfermedades transmisibles	20,5	29,0
	El tumor maligno del útero	7,7	22,3
	enfermedades isquémicas del corazón	50,6	63,1
	los accidentes de transporte terrestre	18,0	14,7
Mortalidad materno-infantil	Tasa de mortalidad por IRA	17,1	6,3
	Tasa de mortalidad EDA	1,2	1,3
	enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	14,7	56,4

2.5.3.3. Conclusiones

- Con base en la lista 6/67 de mortalidad para Bogotá, la principal causa de mortalidad es enfermedades del sistema circulatorio con una tasa promedio de 113,2 x 100.000 hab., seguido por neoplasias con una tasa promedio de 80,4 x 100.000 hab y causas externas con 45,6 x 100.000 hab
- Las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles para Bogotá están en los grupos de edad de 80 y más con 564,5 x 100.000 hab, seguido por individuos entre 75 y 79 años con 179,9 x 100.000 hab y niños de 0 a 4 años con 25,3 x 100.000 hab.
- Se observa una tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad por IRA en Bogotá, estadísticamente significativa ($R^2=0,65$), pasando de 28,6 en 2005 a 17,1 x 100.000 menores de 5 años en 2011
- La mortalidad por EDA en Bogotá, tiene una tendencia a la disminución estadísticamente significativa ($R^2=0,72$), pasando de 2,7 en el año 2005 a 1,2 x 100.000 menor de 5 años en el 2011
- La mortalidad infantil en Bogotá muestra una tendencia significativa estadísticamente a las disminución, pasando de 15 en el año 2005 a 12,1 x 100.000 menores de 1 año en 2011 ($R^2=0,87$).
- Al igual que la mortalidad infantil, la mortalidad en la niñez muestra una tendencia a la disminución estadísticamente significativa, pasando de 32,7 en el año 2005 a 24,5 x 100.000 niños menores de 5 años en el 2011

2.6. Análisis de la morbilidad

Se realizó un análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes de información corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de datos de alto costo, del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – Sivigila, y otra información que contribuya al análisis de la morbilidad en su territorio.

2.6.1. Principales causas de morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se va a utilizar la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificados por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

2.6.2. Morbilidad atendida

El 78,6% de las personas atendidas fueron por causas no transmisibles con 2.949.780 personas, seguido por 29,4% de condiciones transmisibles y nutricionales (Tabla 49). Dentro de las enfermedades no transmisibles se encuentra como principal causa de atención condiciones orales con 21,4%, desórdenes endocrinos con 12,1%, enfermedades cardiovasculares con 12,9%, enfermedades musculoesqueléticas con 19,5%, enfermedades genitourinarias con 15,8% y enfermedades de los órganos de los sentidos con 15,1% (Tabla 51).

Tabla 51 Principales causas de morbilidad atendidas en Bogotá, 2009 a 2012

Gran causa de morbilidad	Subgrupo de causas	2009		2010		2011		2012	
		Núm. Personas	%	Núm. Personas	%	Núm. Personas	%	Núm. Personas	%
Condiciones maternas perinatales	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	25.276	23,9	23.455	23,6	21.800	22,6	18.654	19,8
	Condiciones maternas	80.404	76,1	75.729	76,4	74.596	77,4	75.538	80,2
	Total	105.680	1,5	99.184	1,4	96.396	1,2	94.192	1,2
Condiciones transmisibles	Deficiencias nutricionales	45.989	3,6	38.555	3,2	40.499	3,2	34.087	2,8



y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias	493.235	38,6	473.712	39,9	498.192	39,5	498.502	41,4
	Infecciones respiratorias	739.513	57,8	675.212	56,9	724.013	57,3	671.126	55,8
	Total	1.278.737	18,3	1.187.479	17,2	1.262.704	16,1	1.203.715	15,2
Enfermedades no transmisibles	Anomalías congénitas	72.164	1,6	67.907	1,6	76.809	1,5	81.218	1,5
	Condiciones neuropsiquiátricas	303.974	6,9	308.184	7,0	356.012	6,9	366.422	7,0
	Condiciones orales	641.989	14,6	619.492	14,1	828.090	16,0	773.492	14,7
	Desordenes endocrinos	318.532	7,2	325.853	7,4	394.326	7,6	437.782	8,3
	Diabetes mellitus	51.340	1,2	60.050	1,4	78.015	1,5	85.996	1,6
	Enfermedades cardiovasculares	364.393	8,3	364.919	8,3	456.222	8,8	465.768	8,8
	Enfermedades de la piel	330.952	7,5	322.745	7,4	362.352	7,0	369.400	7,0
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	510.429	11,6	518.316	11,8	546.458	10,6	545.450	10,4
	Enfermedades digestivas	391.228	8,9	380.447	8,7	423.326	8,2	446.570	8,5
	Enfermedades genitourinarias	518.652	11,8	504.078	11,5	566.380	11,0	572.054	10,9
	Enfermedades musculo- esqueléticas	534.360	12,1	559.905	12,8	660.634	12,8	706.323	13,4
	Enfermedades respiratorias	263.892	6,0	237.811	5,4	282.879	5,5	275.207	5,2
	Neoplasias malignas	33.780	0,8	37.484	0,9	45.037	0,9	49.464	0,9
	Otras neoplasias	72.094	1,6	72.040	1,6	83.819	1,6	90.534	1,7
	Total	4.407.779	63,0	4.379.231	63,3	5.160.359	65,8	5.265.680	66,5

Lesiones	Lesiones de intencionalidad indeterminada	196	0,1	198	0,0	179	0,1	228	0,1
	Lesiones intencionales	1.489	0,4	1.472	0,0	1.537	0,4	1.482	0,4
	Lesiones no intencionales	10.786	3,1	12.636	0,2	18.062	5,1	66.051	16,8
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	337.011	96,4	312.244	4,5	337.571	94,5	326.402	82,8
	Total	349.482	5,0	326.550	4,7	357.349	4,6	394.163	10,6
Signos y síntomas mal definidos	Signos y síntomas mal definidos	858.884	100,0	922.761	100,0	971.153	100,0	961.989	100,0
	Total	858.884	12,3	922.761	13,3	971.153	12,4	961.989	12,1
Total		7.000.562	100,0	6.915.205	100,0	7.847.961	100,0	7.919.739	100,0

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

2.6.3. Morbilidad específica por subgrupo

2.6.3.1. Morbilidad por sexo

2.6.3.1.1. Principales causas de morbilidad en Hombres

Las principales causas de atención para los hombres son las enfermedades cardiovasculares con 292.700 personas, seguido por enfermedades musculoesqueléticas con 267.577 personas y enfermedades respiratorias con 287.843 personas atendidas (Tabla 52).

Tabla 52 Principales causas de morbilidad por sexo en Bogotá, 2009 a 2012

Gran causa de morbilidad	Subgrupo de causas	Sexo	2009	2010	2011	2012
			Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas
Condiciones maternas perinatales	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	FEMENINO	13.221	12.094	11.335	8.850
		MASCULINO	12.054	11.344	10.455	9.802
		NO DEFINIDO	1	17	9	2



Gran causa de morbilidad	Subgrupo de causas	Sexo	2009	2010	2011	2012	
			Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas	
		NR - NO REPORTADO			1		
		Total	25.276	23.455	21.800	18.654	
	Condiciones maternas	FEMENINO	78.822	74.283	73.406	74.475	
		MASCULINO	1.577	1.421	1.155	1.035	
		NO DEFINIDO	1	19	26	11	
		NR - NO REPORTADO	4	6	9	17	
		Total	80.404	75.729	74.596	75.538	
	Total	104.396	97.937	95.067	94.180		
	Condiciones transmisibles y nutricionales	Deficiencias nutricionales	FEMENINO	28.265	24.324	25.827	21.592
			MASCULINO	17.721	14.212	14.657	12.488
NO DEFINIDO			1	15	14	3	
NR - NO REPORTADO			2	4	1	4	
Total			45.989	38.555	40.499	34.087	
Enfermedades infecciosas y parasitarias		FEMENINO	268.811	258.359	268.953	272.865	
		MASCULINO	224.401	215.221	229.126	225.551	
		NO DEFINIDO	1	116	78	48	
		NR - NO REPORTADO	22	16	35	38	
		Total	493.235	473.712	498.192	498.502	
Infecciones respiratorias		FEMENINO	411.579	379.119	408.778	383.174	
		MASCULINO	327.900	295.908	315.048	287.843	
		NO DEFINIDO	1	156	128	57	
		NR - NO REPORTADO	33	29	59	52	
		Total	739.513	675.212	724.013	671.126	
Total		1.105.515	1.046.702	1.116.485	1.063.338		
Enfermedades no transmisibles		Anomalías congénitas	FEMENINO	41.974	39.916	45.141	47.931
			MASCULINO	30.186	27.972	31.655	33.279
			NO DEFINIDO	1	16	9	3



Gran causa de morbilidad	Subgrupo de causas	Sexo	2009	2010	2011	2012
			Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas
		NR - NO REPORTADO	3	3	4	5
		Total	72.164	67.907	76.809	81.218
	Condiciones neuropsiquiátricas	FEMENINO	197.355	200.306	229.928	237.437
		MASCULINO	106.589	107.794	126.000	128.924
		NO DEFINIDO	1	52	48	25
		NR - NO REPORTADO	29	32	36	36
		Total	303.974	308.184	356.012	366.422
	Condiciones orales	FEMENINO	366.922	354.898	471.861	449.131
		MASCULINO	275.030	264.423	355.914	324.247
		NO DEFINIDO	1	134	232	53
		NR - NO REPORTADO	36	37	83	61
		Total	641.989	619.492	828.090	773.492
	Desordenes endocrinos	FEMENINO	211.168	219.532	268.588	295.426
		MASCULINO	107.336	106.257	125.653	142.293
		NO DEFINIDO		20	30	7
		NR - NO REPORTADO	28	44	55	56
		Total	318.532	325.853	394.326	437.782
	Diabetes mellitus	FEMENINO	28.560	33.191	43.313	47.214
		MASCULINO	22.769	26.838	34.675	38.759
		NO DEFINIDO	1	3	4	2
		NR - NO REPORTADO	10	18	23	21
Total		51.340	60.050	78.015	85.996	
Enfermedades cardiovasculares	FEMENINO	230.142	230.892	289.155	292.700	
	MASCULINO	134.167	133.948	166.941	172.962	
	NO DEFINIDO		9	17	9	
	NR - NO REPORTADO	84	70	109	97	
	Total	364.393	364.919	456.222	465.768	



Gran causa de morbilidad	Subgrupo de causas	Sexo	2009	2010	2011	2012
			Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas
	Enfermedades de la piel	FEMENINO	189.114	185.700	208.079	213.600
		MASCULINO	141.811	136.963	154.179	155.743
		NO DEFINIDO	1	53	50	25
		NR - NO REPORTADO	26	29	44	32
		Total	330.952	322.745	362.352	369.400
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	FEMENINO	296.246	300.873	318.879	314.767
		MASCULINO	214.117	217.276	227.418	230.561
		NO DEFINIDO	1	107	70	48
		NR - NO REPORTADO	65	60	91	74
		Total	510.429	518.316	546.458	545.450
	Enfermedades digestivas	FEMENINO	243.870	238.104	264.939	278.966
		MASCULINO	147.312	142.252	158.289	167.525
		NO DEFINIDO	1	44	44	27
		NR - NO REPORTADO	45	47	54	52
		Total	391.228	380.447	423.326	446.570
	Enfermedades genitourinarias	FEMENINO	416.695	400.769	441.027	442.181
		MASCULINO	101.905	103.192	125.229	129.763
		NO DEFINIDO	1	59	46	28
		NR - NO REPORTADO	51	58	78	82
		Total	518.652	504.078	566.380	572.054
Enfermedades musculo-esqueléticas	FEMENINO	320.648	343.894	407.675	438.621	
	MASCULINO	213.653	215.883	252.828	267.577	
	NO DEFINIDO	1	58	31	25	
	NR - NO REPORTADO	58	70	100	100	
	Total	534.360	559.905	660.634	706.323	
Enfermedades respiratorias	FEMENINO	136.772	123.520	147.927	143.816	
	MASCULINO	127.102	114.219	134.871	131.347	



Gran causa de morbilidad	Subgrupo de causas	Sexo	2009	2010	2011	2012
			Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas
Neoplasias		NO DEFINIDO	1	49	48	17
		NR - NO REPORTADO	17	23	33	27
		Total	263.892	237.811	282.879	275.207
	Neoplasias malignas	FEMENINO	19.837	22.101	26.144	29.007
		MASCULINO	13.932	15.369	18.877	20.445
		NO DEFINIDO		3	5	4
		NR - NO REPORTADO	11	11	11	8
		Total	33.780	37.484	45.037	49.464
	Otras neoplasias	FEMENINO	53.949	53.922	63.049	67.264
		MASCULINO	18.135	18.098	20.748	23.259
		NO DEFINIDO		2	5	1
		NR - NO REPORTADO	10	18	17	10
		Total	72.094	72.040	83.819	90.534
	Total		2.495.559	2.576.204	2.986.456	2.949.780
	Lesiones	Lesiones de intencionalidad indeterminada	FEMENINO	69	76	65
MASCULINO			127	122	113	141
NO DEFINIDO					1	
Total			196	198	179	228
Lesiones intencionales		FEMENINO	932	928	923	874
		MASCULINO	557	544	614	608
		Total	1.489	1.472	1.537	1.482
Lesiones no intencionales		FEMENINO	5.375	6.617	9.610	42.094
		MASCULINO	5.409	6.016	8.448	23.951
		NO DEFINIDO	1	1	4	
		NR - NO REPORTADO	1	2		6
		Total	10.786	12.636	18.062	66.051



Gran causa de morbilidad	Subgrupo de causas	Sexo	2009	2010	2011	2012
			Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas	Núm. Personas
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	Total	337.011	312.244	337.571	326.402
	Total		347.130	324.077	353.943	384.044
Signos y síntomas mal definidos	Signos y síntomas mal definidos	FEMENINO	531.883	572.308	597.392	592.392
		MASCULINO	326.934	350.191	373.466	369.422
		NO DEFINIDO	1	181	185	75
		NR - NO REPORTADO	66	81	110	100
		Total	858.884	922.761	971.153	961.989
	Total		858.884	922.761	971.153	961.989
Total			3.173.030	3.296.119	3.703.009	3.616.795

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

2.6.3.1.2. Principales causas de morbilidad en mujeres

En las mujeres las principales causas de atención son las enfermedades musculoesqueléticas con 438.621 seguido por, infecciones respiratorias con 383.174 personas atendidas y enfermedades infecciosas y parasitarias con 272.865 (Tabla 53).

2.6.4. Morbilidad específica por subgrupo de causa

Para el análisis de la morbilidad específica por subgrupo se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, se realizó la estimación de cambios en las proporciones durante el periodo 2009 a 2012.

2.6.4.1. Condiciones transmisibles y nutricionales

Las condiciones transmisibles y nutricionales muestran un comportamiento estable en los años revisados, la única causa con tendencia a la disminución en la primera infancia son las deficiencias nutricionales pasando de 19.029 atenciones en el año 2009 a 11.801 en el 2011 (Tabla 53).

En el grupo de la infancia se observa una tendencia a la disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias pasando en el año 2009 de 57.554 atenciones a 50.377 en el año 2012. Este mismo comportamiento, es decir, tendencia a disminución se observa en las infecciones respiratorias y en las deficiencias nutricionales para el grupo de infancia (Tabla 53).

En el grupo de adolescentes se observa una tendencia estadísticamente significativa a la disminución de las infecciones respiratorias, pasando en el año 2009 de 64.550 a 48.778 en el 2011. El mismo comportamiento a la disminución se observa en las deficiencias nutricionales pasando de 5.211 en el año 2009 a 3.993 en el 2011 (Tabla 53).

En el grupo de los jóvenes se observa disminución de las atenciones relacionadas con infecciones respiratorias pasando en el año 2009 con 144.809 a 117.372 en el 2011. Lo mismo pasa con las deficiencias nutricionales pasando en 2009 de 6.772 a 5.212 en 2011 (Tabla 53).

En los adultos no se observa tendencia, el comportamiento es estable en el periodo analizado (Tabla 56).

En los mayores de 60 años, contrario a los demás grupos, se observa aumento de las atenciones para infecciones respiratorias pasando de 31.443 en el 2009 a 48.869 en 2011. Lo mismo sucede con las deficiencias nutricionales que aumentaron con respecto al año 2009, en 1.000 atenciones y en enfermedades infecciosas que aumentaron en 15.400 atenciones (tabla 53).

Tabla 53 Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Bogotá, 2009 – 2012

Ciclo vital	Condiciones transmisibles y nutricionales	2009	2010	2011	2012
Primera infancia (0 - 5 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	108.429	98.833	104.029	93.228
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	216.467	202.280	214.751	185.289
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	19.029	14.463	14.377	11.801
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	57.554	47.380	52.382	50.377
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	85.731	69.313	71.374	69.560
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	6.578	5.003	4.881	4.441
Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	49.518	43.648	46.198	43.556
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	64.550	53.796	53.234	48.778
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	5.211	4.157	4.351	3.993



Ciclo vital	Condiciones transmisibles y nutricionales	2009	2010	2011	2012
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	116.292	110.920	113.570	116.683
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	144.809	128.320	126.300	117.372
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	6.772	5.943	6.308	5.212
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	175.972	178.648	186.875	197.127
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	241.516	222.010	247.088	240.428
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	9.451	9.203	10.017	8.405
Persona mayor (> 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	19.782	24.860	27.176	30.325
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	31.443	37.843	49.160	46.869
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.171	2.523	3.485	3.016

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

2.6.4.2. Condiciones materno perinatales

Las condiciones derivadas durante el periodo perinatal afectan con es de esperarse al grupo de la primera infancia, aunque el comportamiento de las atenciones muestra una disminución pasando en el 2009 de 21.850 a 18.286 en 2012 (Tabla 54).

Las condiciones maternas en el grupo de adolescentes no muestran tendencia permaneciendo las atenciones alrededor de 9.000 por año. En el grupo de juventud estas son las más frecuentes con un promedio anual de 40.000 atenciones (tabla 54).

Tabla 54 Morbilidad específica en las condiciones materno – perinatales en Bogotá, 2009 – 2012

Ciclo vital	Condiciones materno perinatales	2009	2010	2011	2012
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	211	262	239	0
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	21.850	19.990	18.389	18.286
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	49	87	71	25
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	394	479	329	349
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	9.722	8.611	9.166	9.044
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	433	451	487	9
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	45.400	40.869	40.158	39.245
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	1506	1453	1495	27
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	1350	1309	1341	2
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	34.796	34.459	34.014	36.549

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

2.6.4.3. Enfermedades no transmisibles

Como se anotó anteriormente las causas mas frecuentes de las condiciones no transmisibles son las enfermedades de la piel, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias. En el grupo de la primera infancia solo las enfermedades cardiovasculares son de baja frecuencia con respecto a estas causas y se suman, las enfermedades de los órganos de los sentidos y las anomalías congénitas como las más frecuentes de este grupo (Tabla 55).

Tabla 55 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la primera infancia en Bogotá, 2009 – 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2009	2010	2011	2012
Primera infancia (0 - 5 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1.127	995	950	936
	Diabetes mellitus (E10-E14)	273	220	220	175
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	10.791	8.931	7.704	8.441
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	14.933	14.980	17.225	16.597



Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	47.560	47.300	46.197	46.226
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	3.306	2.390	2.258	1.930
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	58.834	48.629	55.005	52.465
Enfermedades digestivas (K20-K92)	28.697	25.806	27.252	27.070
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	23.896	21.802	23.635	22.317
Enfermedades de la piel (L00-L98)	56.950	51.433	56.450	54.032
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	15.216	13.909	15.872	16.948
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	47.050	44.522	48.777	48.683
Condiciones orales (K00-K14)	61.901	59.100	73.971	18.628

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

En el ciclo de infancia, las causas de condiciones no transmisibles más frecuentes son las condiciones orales que han tenido un aumento llegando a 100.000 atenciones en el 2012, seguidas por enfermedades de los órganos de los sentidos y enfermedades respiratorias (Tabla 56).

Tabla 56 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la infancia departamento / distrito / municipio 2009 – 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2009	2010	2011	2012
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	830	736	886	940
	Diabetes mellitus (E10-E14)	292	273	289	332
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	15.138	12.392	12.754	14.680
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	22.743	19.698	23.813	25.937
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	54.769	51.262	48.105	54.188
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	2.867	1.979	2.123	2.204
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	36.615	32.034	37.456	39.188
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	14.785	12.357	13.437	15.351
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	15.708	13.689	15.060	16.051
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	29.605	25.308	28.658	29.481
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	17.831	15.853	18.181	20.342
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	7.430	6.934	8.425	10.331
Condiciones orales (K00-K14)	85.919	76.037	100.826	100.917	

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

En el grupo de adolescentes las condiciones no transmisibles más frecuentes son las condiciones orales seguidas por enfermedades de los órganos de los sentidos y enfermedades de la piel (Tabla 57).

Tabla 57 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la adolescencia en Bogotá, 2009 – 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2009	2010	2011	2012
Adolescencia (12 - 18 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1.331	1.225	1.274	1.446
	Diabetes mellitus (E10-E14)	742	776	623	739
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	20.279	18.923	21.191	22.570
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	32.991	30.419	34.520	35.375
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	54.484	54.007	53.188	55.433
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	7.274	5.533	5.626	6.070
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	30.114	26.676	31.135	31.422
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	31.331	27.737	29.349	30.967
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	37.395	32.277	35.048	35.667
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	47.965	44.834	48.867	50.131
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	37.158	35.457	40.736	43.297
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	4.817	4.454	5.412	6.260
	Condiciones orales (K00-K14)	82.143	78.355	103.659	102.956

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

En el grupo de jóvenes si bien las condiciones orales son la primer causa de condiciones no transmisibles, llama la atención el aumento que tienen las enfermedades musculo esqueléticas y enfermedades endocrinas (Tabla 58).

Tabla 58 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la juventud en Bogotá, 2009 – 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2009	2010	2011	2012
Juventud (14 - 26 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	3.182	2.974	3.147	3.407
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1.706	1.676	1.489	1.434
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	45.704	42.743	46.471	50.298
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	73.467	71.027	77.055	78.392

Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	96.996	96.888	94.194	95.013
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	22.728	18.164	17.254	17.309
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	45.042	39.738	45.283	44.417
Enfermedades digestivas (K20-K92)	90.112	82.489	84.045	89.714
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	134.645	120.051	123.264	121.000
Enfermedades de la piel (L00-L98)	87.055	83.458	89.075	91.641
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	96.059	92.001	100.038	107.947
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	5.888	5.524	6.542	7.500
Condiciones orales (K00-K14)	173.223	162.032	210.955	202.717

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

En el grupo de adultos se observa como principal causa las condiciones orales. Además, se observa una tendencia al aumento de la diabetes mellitus pasando de 24.776 en 2009 a 33.142 en 2012. Esta misma tendencia se observa en los desórdenes endocrinos, las neoplasias que aumentan anualmente en 2000 atenciones en promedio (Tabla 59).

Tabla 59 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la adultez en Bogotá, 2009 a 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2009	2010	2011	2012
Adultez (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	16.840	18.082	20.542	22.725
	Diabetes mellitus (E10-E14)	24.776	26.764	31.682	33.142
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	198.476	202.782	243.192	267.101
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	155.694	159.686	182.329	186.065
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	226.354	228.520	247.205	233.761

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2009	2010	2011	2012
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	193.754	171.499	198.273	197.857
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	77.551	69.105	82.358	79.124
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	211.078	205.761	229.871	240.793
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	292.159	286.222	318.054	314.927
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	122.262	123.912	139.293	143.194
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	323.218	338.275	392.331	415.606
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	8.356	7.922	9.254	10.479
	Condiciones orales (K00-K14)	276.956	274.382	370.255	370.047

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

En este grupo las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de atención, seguido por enfermedades musculo esqueléticas y enfermedades de los órganos de los sentidos. Los desórdenes endocrinos tienen una tendencia al aumento al igual que la diabetes (Tabla 60).

Tabla 60 Morbilidad específica en las enfermedades transmisibles, en la persona mayor de 60 años departamento / distrito / municipio 2009 – 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2009	2010	2011	2012
Persona mayor (> 60 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	11.626	14.609	19.453	21.393
	Diabetes mellitus (E10-E14)	24.410	31.271	44.826	51.611
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	43.741	55.224	80.251	94.445
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	29.067	36.101	48.463	53.635
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	68.458	78.350	95.802	101.840

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2009	2010	2011	2012
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	141.953	171.470	237.804	248.956
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	36.006	39.960	53.191	51.576
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	40.384	48.863	63.325	69.328
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	47.168	58.189	81.783	94.236
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	23.250	28.094	37.694	41.211
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	73.834	92.622	125.969	138.803
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1.770	1.543	2.088	2.538
	Condiciones orales (K00-K14)	22.981	28.657	45.561	55.718

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

2.6.4.4. Lesiones

Para todos los ciclos de vida se observa un aumento de las lesiones no intencionales que triplican la línea de base de 2009. En el caso de los traumatismos y envenenamientos se observa una frecuencia alta en los infantes y adolescentes (Tabla 61).

Tabla 61 Morbilidad específica por las lesiones en Bogotá, 2009 – 2012

Ciclo vital	Lesiones	2009	2010	2011	2012
Primera infancia (0 - 5 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	1.894	1.876	2.603	4.796
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	130	98	103	62
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	13	15	22	17
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	33.786	29.188	30.719	27.729
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	901	875	1.337	2.825
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	110	106	112	104



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Ciclo vital	Lesiones	2009	2010	2011	2012
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	6	3	4	12
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	23.028	21.390	23.683	23.000
Adolescencia (12 - 18 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	967	1.045	1.428	4.211
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	230	235	277	248
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	23	27	33	33
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	34.468	35.320	35.959	34.208
Juventud (14 - 26 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2.306	2.546	3.210	13.899
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	514	514	528	544
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	73	66	66	89
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	85.429	80.925	81.962	77.522
Adultez (27 - 59 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4.417	5.435	7.583	33.332
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	653	658	691	669
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	87	89	76	91
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	158.594	142.392	155.919	151.628

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

2.6.5. Morbilidad de eventos de alto costo

Se realizará estimación de los siguientes indicadores la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal; la incidencia de VIH notificada; la incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada y la incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años notificada, la fuentes de información para el primer indicador anteriormente enlistado será la cuenta de alto costo y para los restantes índices la fuente de información corresponde a Sivigila.

Las prevalencias de alto costo en Bogotá se comportan de manera similar a las del país (Tabla 62).

Tabla 62 Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos en Bogotá, 2011

Evento de alto costo	Colombia 2009	Bogotá 2011	2010	2009	2008	2007	2006
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	15	7,4	amarillo	-	-	-	-
Porcentaje de progreso de enfermedad renal crónica	19	16	amarillo	-	-	-	-
Incidencia de VIH notificada	0,09	0,11	amarillo	-	-	-	-
Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada	6	5,4	amarillo	-	-	-	-
Incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años	3	2,9	amarillo	-	-	-	-

** : Cuenta de alto costo

*** : Sivigila

Tabla 63 Eventos de alto costos por régimen de afiliación departamento / distrito / municipio, 2008-2011

Indicadores del evento de alto costo	2011			
	Vinculado/no está afiliado	Régimen subsidiado	Régimen contributivo	Régimen excepción
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal ^(*)	0,3	0,4	0,1	0,01
Incidencia de VIH notificada **	19,8	20,1	18,7	12,1
Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada **	4,6	5,1	4,1	2,1
Incidencia de leucemia linfóide aguda en menores de 15 años notificada **	15,9	19,2	17,8	1,2

Fuente: INS. SIVIGILA. 2011.

2.6.6. Morbilidad de eventos precusores

Se observa una prevalencia similar de los eventos precusores frente a Colombia (Tabla 64).

Tabla 64 Eventos precusores en Bogotá, 2009 -2012

Eventos precusores	Colombia	Bogotá	2009	2010	2011	2012
Prevalencia de diabetes mellitus	0,015	0,012	amarillo	-	-	-
Prevalencia de hipertensión arterial	0,066	0,063	amarillo	-	-	-

** : Cuenta de alto costo

2.6.7. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Es importante aclarar que para Bogotá, el indicador de letalidad no aplica porque o no se han tenido muertes por los eventos solicitados en el diagnóstico o no hay casos autóctonos en Bogotá (Ej. Dengue, malaria).

2.6.7.1. Eventos en erradicación

2.6.7.1.1. Parálisis Fláccida Aguda:

En el distrito capital, se realiza la vigilancia del evento de acuerdo a los criterios establecidos por el nivel nacional en el protocolo de vigilancia y control de la Parálisis Flácida Aguda (PFA); durante el primer semestre del año, se han notificado un total de 9 casos probables del evento al Sivigila distrital, de los cuales el 66%(6) corresponde a casos con procedencia y residencia en la capital, lo cual coloca a la ciudad en incumplimiento al indicador de proporción de notificación ya que solamente se llega a 0,33 por cada cien mil menores de 15 años mientras el año anterior a semana 26, la proporción de notificación llegaba a 0,6 (11 casos).

Tabla 65 Proporción de Notificación de PFA por grupo de edad en Bogotá D,C Semana 26 de 2013

Grupo de edad	Poblacion Bogota 2013	Numero de casos probables a sem 26 Residentes en Bogota	Numero de casos probables a sem 26 Residentes Fuera de Bogota	Proporcion de notificacion * 100 mil < 15 años
Menor de 1 año	120823	1		0,83
De 1 a 4 años	479654	2		0,42
De 5 - 9 años	595600	2	1	0,34
10-14 años	613673	1	2	0,16
TOTAL	1809750	6	3	0,33

Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

Los demas casos notificados provienen de Cundinamarca (Girardot), Caqueta (Florencia) y Norte de Santander (Cucuta) respectivamente; respecto a la edad, el 67%(4) de los casos probables se encuentran entre uno y nueve años de edad,

Las UPGDs que notifican casos probables durante el primer semestre son: ESE Hospital Occidente de Kennedy, Fundacion Hospital de la Misericordia, H. Universitario Clinica San Rafael, Hospital Militar Central, Hospital Universitario San Ignacio e Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt.

Tabla 66 Proporción de Notificación de PFA por localidad de residencia en Bogotá D,C Semana 26 de 2013

LOCALIDADES	Poblacion 2013	Numero de casos probables a sem 26	Proporción de notificación * 100 mil menores de 15 años	
1	Usaquén	90184	0	0,00
2	Chapinero	18016	0	0,00
3	Santafé	25588	0	0,00
4	San Cristóbal	108706	0	0,00
5	Usme	123662	1	0,81
6	Tunjuelito	48007	0	0,00
7	Bosa	172753	4	2,32
8	Kennedy	254417	0	0,00
9	Fontibón	79750	0	0,00
10	Engativá	180998	1	0,55
11	Suba	255744	0	0,00
12	Barrios Unidos	40385	0	0,00
13	Teusaquillo	19929	0	0,00
14	Mártires	19408	0	0,00
15	Antonio Nariño	24459	0	0,00
16	Puente Aranda	50422	0	0,00
17	Candelaria	4050	0	0,00
18	Rafael Uribe	93828	0	0,00
19	Ciudad Bolívar	197570	0	0,00
20	Sumapaz	1874	0	0,00
Bogotá		0		
Fuera de Bogotá		3		
TOTAL		1809750	6	0,33

Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

De acuerdo a las localidades de residencia, el 67%(4) de los casos residen en la localidad de Bosa, siendo esta última la única localidad que cumple con el indicador de proporción por encima de los 2 casos probables por cada cien mil menores de 15 años.

En el último mes del semestre se han adelantado visitas conjuntas con el INS a algunas UPGDs del DC haciendo BAI de PFA sin que a la fecha haya evidencia de casos probables sin notificar al sistema de vigilancia.

Con relación a la afiliación de los casos al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), no hay diferencia alguna entre régimen y asegurador debido al bajo número de casos probables notificados; teniendo en cuenta la dificultad que representa para las ESE el ajuste de los casos principalmente por la falta de acceso de los pacientes a las valoraciones neurológicas de 30, 60 y 90 días, desde el nivel central se incluyó esta actividad para los equipos de territorios saludables en el ámbito familiar.

Respecto a los demás indicadores de la vigilancia de PFA, el 100% de los casos notificados tuvieron muestra de heces de manera oportuna, sin embargo, se requirió de Unidad de análisis en la ESE Meissen debido a un caso que no fue notificado de manera oportuna; la principal conclusión del análisis es que el menor ya había

presentado el cuadro previamente y que se piensa en una intoxicación por un plaguicida. La oportunidad de IEC se ubica en 75%.

Tabla 67 Comportamiento de los Indicadores de vigilancia de la Parálisis flácida Aguda en Bogotá DC, 2013.

Parálisis flácida aguda (Plan de Erradicación de la Poliomieltitis)							TOTAL
Indicadores de proceso	PERIODO EPIDEMIOLOGICO						
	I	II	III	IV	V	VI	
Número de casos probables de PFA notificados	1	2	1	2	2	1	9
Número de localidades que reportaron casos	1	2	1	2	2	1	9
Número de casos probables de PFA que proceden y residen en Bogotá	0	1	1	2	2	0	6
Número de casos clasificados como compatibles	0	0	0	0	0	0	0
Tasa de PFA por 100.000 menores de 15 años	0,00	0,06	0,06	0,11	0,11	0,00	0,33
Porcentaje de casos investigados en 48 horas	NA	100%	100%	50%	50%	NA	75%
Porcentaje de casos con una muestra oportuna de heces en los siguientes 14 días de iniciada la parálisis	NA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Porcentaje de casos con muestra recibida en el laboratorio de virología del INS en los siguientes 5 días después de la recolección.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Porcentaje de casos con muestra de heces procesada en el laboratorio de virología del INS en tiempo igual o menor a 28 días luego de la recepción.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Coberturas útiles para VOP en menores de 1 año. **	7,4	7,6	8,5	9,9	9,6	7,7	51
Número de localidades que realizaron búsqueda activa institucional.	20	20	20	20	20	20	20

Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

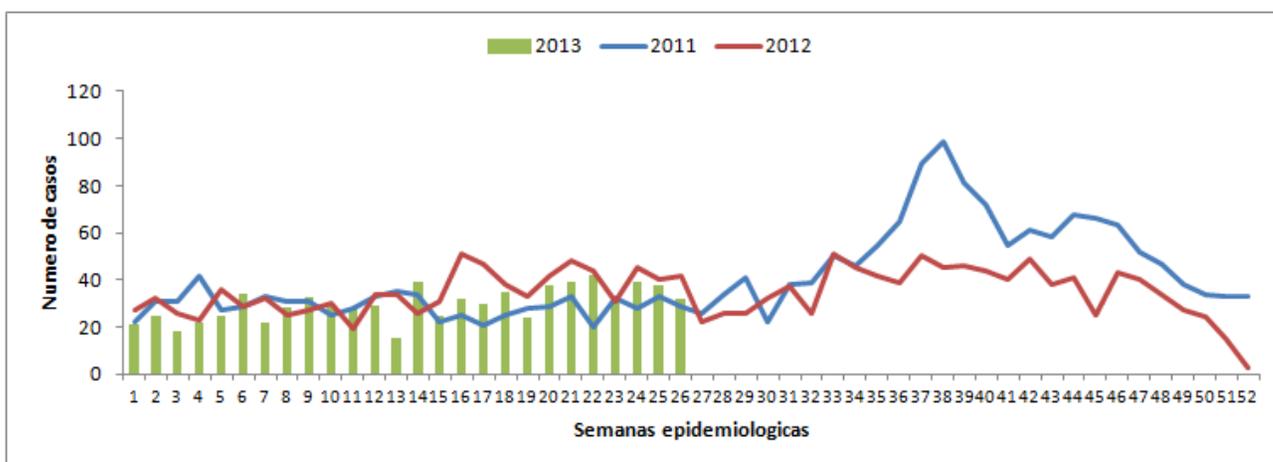
Es importante mencionar que durante el primer semestre del año, se han alcanzado coberturas con VOP3 del 50% (esperado para el periodo evaluado) en el distrito capital, no se han presentado casos confirmados de PFA en el distrito ni por virus salvaje ni por virus derivado de la vacuna.

2.6.7.2. Eventos en eliminación

2.6.7.2.1. Sarampión/ Rubéola (SR)

En septiembre del año 2013, la OPS/OMS exhorta a los países a implementar el “Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en la región de las Américas”, el cual se formuló para los próximos dos años (2013-2014) a fin de corregir las deficiencias detectadas en los programas de inmunización y de vigilancia para el sarampión, la rubéola y el SRC, teniendo en cuenta como premisa que la Región de las Américas sigue expuesta al riesgo de las importaciones, dada la circulación continua de los virus del sarampión y de la rubéola en otras regiones del mundo.⁵

Gráfica 34 Comportamiento de la notificación integrada de Sarampión-Rubeola. Bogotá DC, Años 2011-2013.



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

Durante el año 2013, se han notificado a través del sistema de vigilancia nacional Sivigila 775 casos en la vigilancia integrada de sarampión y rubeola, de los cuales el 43%(333) correspondieron al evento sarampión y el porcentaje restante a rubeola; respecto al año anterior a semana epidemiológica 26 se evidencia una disminución en la notificación del 15%, en promedio en el DC se reciben 50 casos sospechosos semanales en la notificación integrada de SR, de los cuales el 3%(9) casos de sarampión y el 5%(21) casos de rubeola han dado resultado de IgM dudosa o positiva.

⁵ Plan de Acción de Emergencia para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en las Américas, aprobado en la Resolución CSP28.R14 por la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2013 en: http://www.opsecu.org/sarampion/centro_archivos/CSP28-16-SPA.pdf

El 33% (249) de los casos sospechosos del distrito son captados por la Fundación Hospital de la Misericordia, seguido por la Clínica Saludcoop Policarpa con el 16% (120).

Con relación a los indicadores de vigilancia de SR, se ubican por encima del 90% de cumplimiento, sin embargo la oportunidad de IEC se ubica en 89%, con localidades como Barrios Unidos por debajo del 60% de cumplimiento y Ciudad Bolívar levemente superior al 70% de cumplimiento, lo anterior puede explicarse en parte por el brote de tos ferina de la ciudad, evento que también demanda oportunidad de 48h en la intervención; en relación a la concordancia de las bases de datos Siviigila-Mess, alcanza el 90%.

Tabla 68 Indicadores para la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola, Bogotá, semana 26- 2013

LOCALIDAD	TOTAL CASOS MESS	% 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
USAQUEN	13	100	100	100	100
CHAPINERO	6	100	83	100	100
SANTAFE	11	73	91	100	100
SAN CRISTOBAL	72	99	100	100	100
USME	75	100	89	99	100
TUNJUELITO	20	100	100	95	100
BOSA	53	96	81	96	100
KENNEDY	76	100	93	99	100
FONTIBON	30	87	93	100	100
ENGATIVA	28	79	68	95	100
SUBA	50	94	98	98	100
BARRIOS UNIDOS	7	86	57	100	100
TEUSAQUILLO	7	100	100	100	100
MARTIRES	16	100	88	100	100
ANTONIO NARIÑO	20	100	100	95	100
PUENTE ARANDA	25	100	100	100	100
CANDELARIA	2	100	100	100	100
RAFAEL URIBE	77	100	95	100	100
CIUDAD BOLIVAR	96	86	71	96	100
SUMAPAZ**	--	--	--	--	--
TOTAL	684	95	89	98	100

** sin casos

Fuente: MESS- Área VSP-Grupo Eventos prevenibles por vacuna, semana 26 de 2013

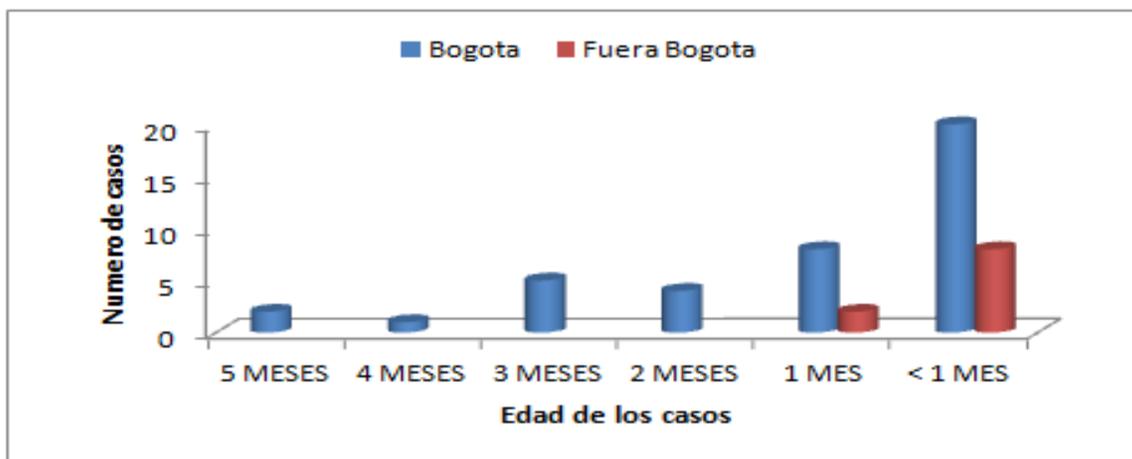
Con relación a las coberturas de vacunación con TV en niños de 1 año, se ubica en 42,6 mientras que la cobertura de TV para niños de 5 años se ubica en 42,2 muy por debajo de lo esperado para el I semestre del año; no se han presentado casos confirmados de SR en el distrito.

2.6.7.2.2. Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)

Durante el primer semestre del año se han notificado 50 casos sospechosos del evento, de los cuales el 20%(10) corresponden a residentes de fuera de la ciudad; en relación a la captación de los casos sospechosos por edades simples, cabe la pena mencionar que la mitad de ellos son captados al nacimiento o antes de cumplir el mes de vida, seguido del 10% de los casos que se captan a los dos meses de vida.

Durante el 2013, se notificaron a través del sigvila distrital 126 casos sospechosos de SRC el cual representa el doble de la notificación alcanzada durante el 2011 (61 casos) del total de casos notificados, el 83%(104) corresponden a residentes del DC, alcanzando una proporción de notificación de 3,3 casos por diez mil nacidos vivos, cumpliendo con la meta nacional de notificación.

Gráfica 35 Comportamiento de la notificación de Síndrome de rubeola congénita en Bogotá DC, según edad simple.



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

En lo relacionado con los indicadores de Vigilancia, cabe la pena mencionar que en oportunidad de IEC escasamente se alcanzo el porcentaje minimo establecido, mediado en gran parte por la no inclusión de los datos ajustados de la intervención en el aplicativo Sigvila; también es importante mencionar que en menos de la mitad de los casos se tomaron muestras para aislamiento viral, lo cual pone de manifiesto la necesidad de fortalecer el tema con las ESE e IPS de la ciudad.

Tabla 69 Indicadores de la Vigilancia de Síndrome de rubéola congénita, Bogotá 2013

Indicadores de proceso	PERIODO EPIDEMIOLOGICO						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Numero de casos sospechosos SRC notificados	12	12	8	5	8	5	50
Numero y porcentaje de localidades que reportan casos de rubeola congénita	6	6	6	1	4	3	4,3
Número de casos sospechosos de SRC que proceden y residen en Bogota	11	12	7	1	6	3	40
Porcentaje de casos con IEC adecuada	55%	58%	57%	100%	67%	100%	73%
Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada para aislamiento viral	100	100	100	100	100	100	100
Proporcion de casos sospechosos de rubeola congénita notificados al Sivigila	0,91	0,993	0,579	0,083	0,497	0,248	3,3106
Proporcion de incidencia de rubeola congénita (casos confirmados)	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

2.6.7.2.3. Tétanos Neonatal

Para la semana epidemiológica 1 a la 26 de 2013, no se reportaron casos residentes de Tétanos Neonatal, por tal motivo no se calculan los indicadores diseñados para este evento.

2.6.7.3. Eventos de control

2.6.7.3.1. Tétanos Accidental

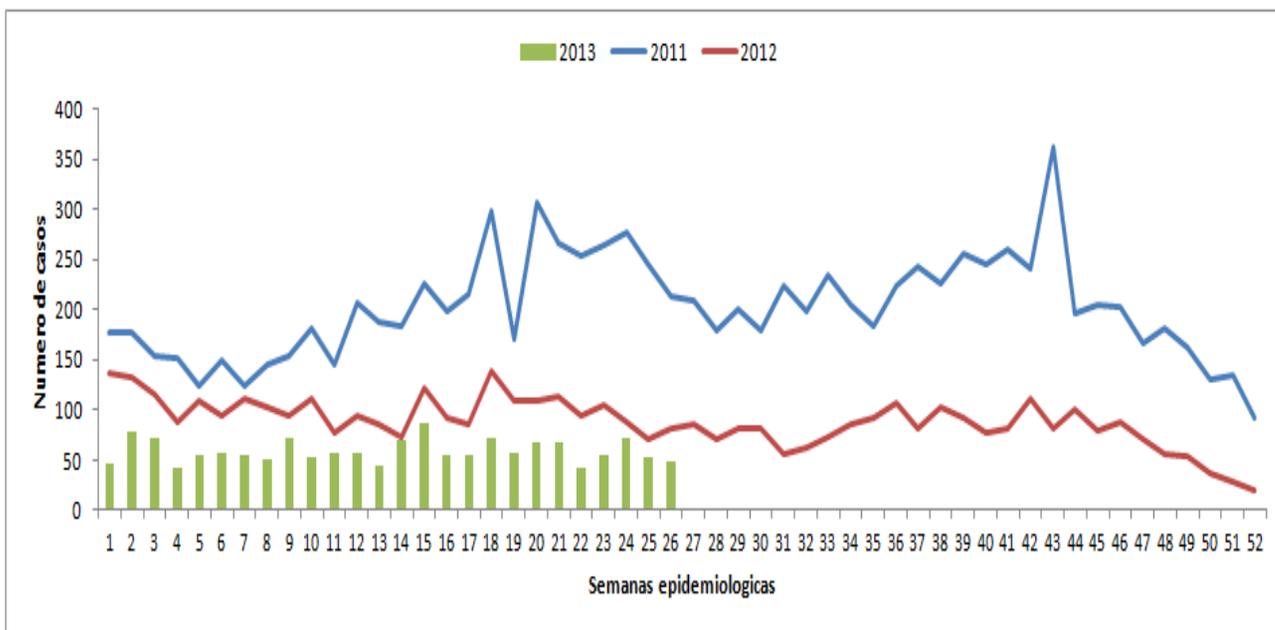
Para la semana epidemiológica 1 a la 26 de 2013, no se reportaron casos residentes de Tétanos accidental, por tal motivo no se calculan los indicadores diseñados para este evento.

2.6.7.3.2. Parotiditis

El distrito ha notificado con corte a semana epidemiológica 26 un total de 1542 casos observándose una disminución del 70% respecto a lo notificado el año anterior.

La proporción de incidencia se ubica en 20,11 casos por cien mil habitantes. El mayor número de casos notificados se encuentra en las localidades que concentran el mayor número de habitantes como, Suba, Kennedy, Bosa y Engativa. Es de resaltar que este eventos ingresa como confirmado por clínica dado la dificultad de no contar con pruebas diagnósticas para confirmar el evento por laboratorio.

Gráfica 36 Comportamiento de la notificación de parotiditis. Bogotá DC, Años 2011-2013.



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

2.6.7.3.3. Varicela

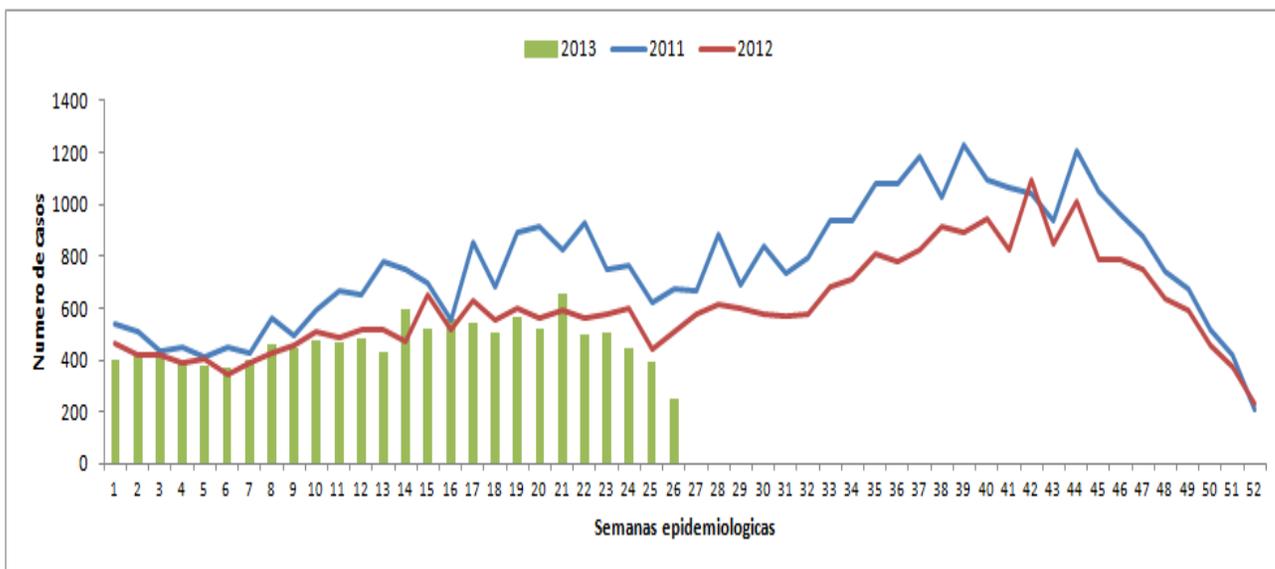
A corte de semana epidemiológica 26 de 2013, se han notificado 12.104 casos, mientras el año anterior al mismo corte se habían notificado 12995 casos lo cual evidencia una disminución del 7% en la notificación de casos del evento en el DC, a pesar de ello, a diario se presentan brotes de la enfermedad tanto en el ámbito familiar, laboral y escolar, siendo este ultimo escenario en el que se presentan el mayor numero de ellos.

Esta situación motiva la necesidad de continuar con la revisión sobre uno de los planteamientos realizados como medida de intervención para frenar cadena de transmisión, como es la introducción de la vacuna en población escolarizada.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 37 Comportamiento de la notificación de Varicela. Bogotá DC, Años 2011-2013 (semana 26)



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

El grupo de edad más afectado es el de los preescolares, con énfasis en el quinquenio de 1 a 4 años de edad con una tasa de notificación superior a los 700 casos por cien mil menores del mismo grupo de edad.

Tabla 70 Incidencia de varicela en población Bogotá 2013.

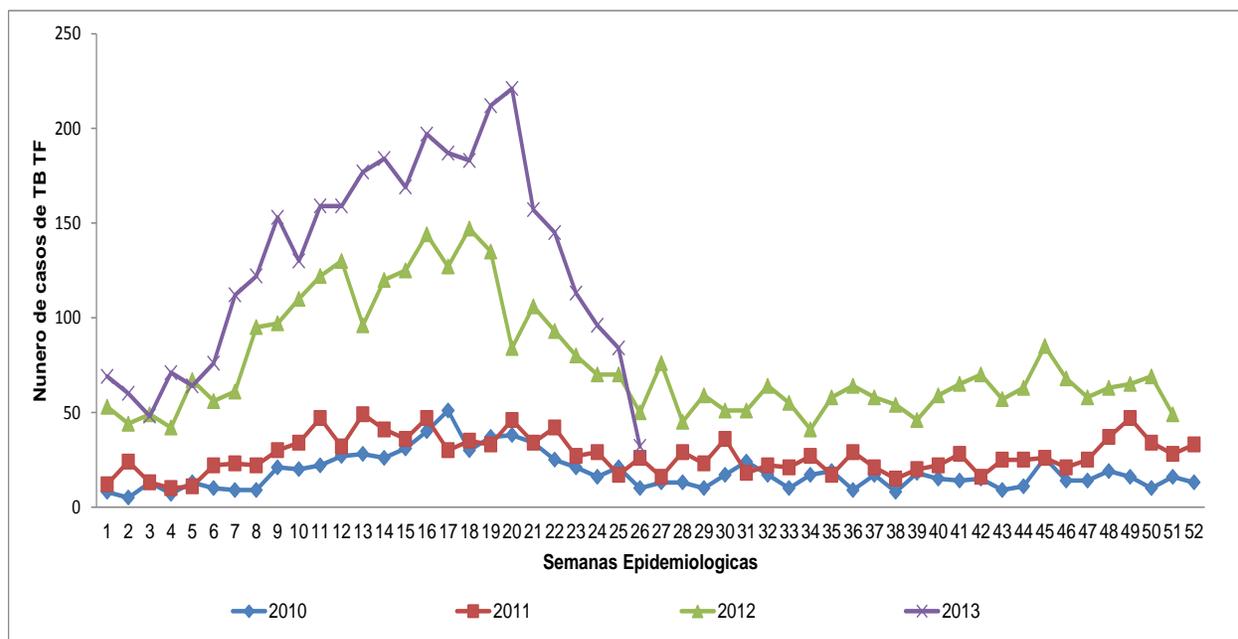
GRUPO DE EDAD	Poblacion 2012	Casos Sem 26	TASA DE NOTIFICACION *100 mil hab
Menor de 1 año	120482	535	444,05
De 1 a 4 años	478052	3714	776,90
De 5 - 9 años	595216	2950	495,62
10-14 años	618735	1402	226,59
15-19 años	655005	918	140,15
20-24 años	639206	959	150,03
25-29 años	647104	746	115,28
30-34 años	639309	486	76,02
35-39 años	564579	258	45,70
40-44 años	522395	130	24,89
45-49 años	509122	65	12,77
50-54 años	448718	30	6,69
55-59 años	353888	21	5,93
60-64 años	269007	18	6,69
65-69 años	196057	8	4,08
70-74 años	134186	4	2,98
75-79 años	90537	6	6,63
80 y más años	89747	5	5,57
SIN DATO		2	
TOTAL	7571345	12257	161,89

Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

2.6.7.3.4. Tos ferina

A corte de semana epidemiológica 26 de 2013, se notificaron a través del sistema de vigilancia 3.380 casos probables de Tos ferina, para el mismo periodo del año 2013 se habían notificado 2373 casos lo cual evidencia un incremento en la notificación de este evento del 29.7%, este incremento se dio después de un año (2013), en el cual el comportamiento de la tos ferina fue epidémico; por lo cual desde el año 2013 y transcurrido del 2013, se han realizado procesos de actualización clínica a los profesionales de la salud, se actualizaron las definiciones operativas de caso ampliando las definiciones clínicas lo que mejoró la sensibilidad del sistema de vigilancia es por ello que en el año 2013 se presenta una mayor notificación de casos probables de Tos ferina.

Gráfica 38 Comportamiento de la notificación de Tos ferina. Bogotá DC, Años 2010-2013 a semana 26.



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

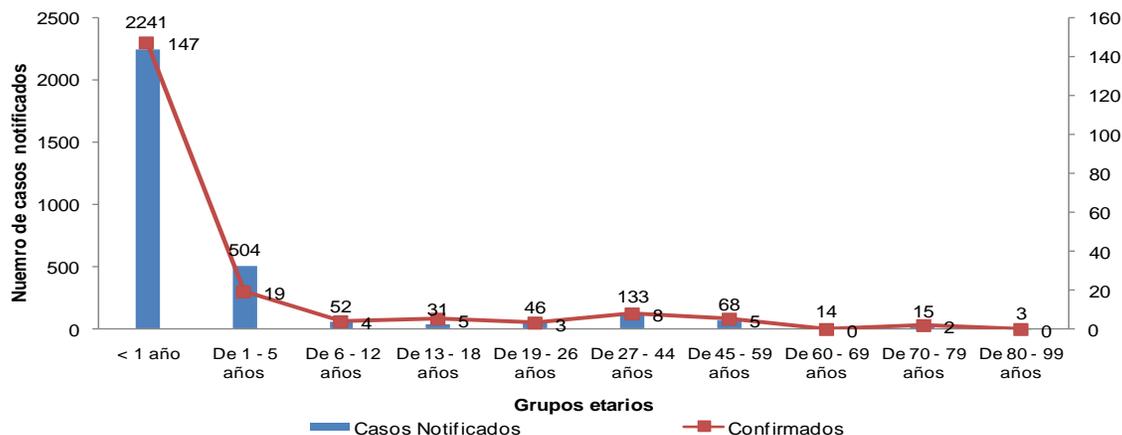
La carga de la enfermedad como ha sido su presentación habitual se ha centrado en los niños menores de 1 año representando el 76,1%; en este grupo de edad la positividad fue del 8%; es importante establecer que dentro de este grupo los niños los más afectados han sido los menores de 4 meses (79% de los casos en menores de 1 año) esta información es similar a la del año 2013 en donde el grupo más afectados sigue siendo los niños menores de 4 meses 71%.

Por esta razón, en el año 2013, a partir del mes de Marzo, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá decide adelantar y acortar el esquema de vacunación en niños menores de 1 año con lo cual en el año 2013 se ha observado una disminución en la presentación de casos en niños menores de 2 meses; la vigilancia epidemiológico del evento reporta a la semana 26 del año 2013 la confirmación de casos en todos los grupos etarios presentándose la enfermedad en niños de 1 a 5 años (19 casos), seguido por adultos jóvenes (16 casos), esto es explicado por la disminución de anticuerpos post vacunales, se ha demostrado que el cubrimiento de los anticuerpos generados por la vacuna DPT y DPTa ofrecen protección máximo hasta por 10 años lo que genera en adolescentes y en adultos jóvenes cuadros subagudos de la enfermedad con una transmisión activa a susceptibles.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 39 Distribución de casos de tosferina notificados y confirmados por grupo etario a semana 26 Bogotá 2013.



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

Con relación a los indicadores de vigilancia en salud pública de tos ferina, es importante precisar que la secretaria de salud de Bogotá paralelamente al aplicativo SIVIGILA, maneja una base de intervenciones individuales frente a todos los eventos que requieren intervenciones epidemiológicas de campo. Al verificar el indicador de oportunidad de investigación epidemiológica de campo menor a 72 horas de tos ferina con relación a los casos notificados, este indicador correspondió al 49%. Para el indicador de porcentaje de casos con IEC realizada antes de 72 horas se reporta el 63%; estas diferencias en el cálculo de los indicadores se dan por la falta de diligenciamiento de las variables de IEC en el SIVIGILA.

Con relación a los casos notificados en Bogotá pero residentes de otras ciudades y municipios para la semana 26 del 2013, se han notificado 272 casos lo que corresponde al 8% de la notificación; de estos casos no se ha obtenido retroalimentación de los demás entes territoriales esta carencia de retroalimentación entre ciudades afecta los indicadores de realización y oportunidad de visita de campo para la ciudad de Bogotá

Tabla 71 Indicadores de la vigilancia de tos ferina a Semana epidemiológica 26, Bogotá, 2013.

INDICADORES DE TOSFERINA	DEFINICION OPERATIVA DEL INDICADOR	Valor Indicador 2012	Valor Indicador Periodo 3 2013	Valor Indicador Periodo 6 2013
Proporcion de incidencia general	Numerador enfermos nuevos del evento x registrados en periodo de tiempo Denominador poblacon expuesta al riesgo de enfermar de esa causa en el periodo	9,75	2,27	2,51
Proporcion de incidencia en menores de 5 años	Enfermos nuevos del evento x registrados en periodo de tiempo Denominador. Poblacion expuesta al riesgo de enfermar de esa causa en el periodo (menores de 5 años)	104,59	24,65	27,64
Letalidad	Numerador. Defunciones por una causa por registradas en un lugar en periodo de tiempo dado Denominador. Enfermos de esa causa en ese lugar en tiempo dado	2,03	1,15	1,55
Porcentaje de casos con investigacion oportuna (en 72 horas despues de notificado el caso)	Numerador. Numero de casos probables de tosferina que tuvieron investigacion dentro las 72 H despues de la Notificacion Denominador: numero total de casos notificados como probables de tosferina	21,26	3,54	1,89
Porcentaje de casos con fecha epidemiologica e investigacion de campo	Numerado. Numero de casos de tosferina con ficha epidemiologica e investigacion de campo Denominador. Numero total de casos notificados como probables	55,64	8,61	4,82
Porcentaje de casos probables que fueron confirmados y descartados por laboratorio	Numero de casos del evento confirmados por el laboratorio Numero de casos del evento descartados por laboratorio Denominador. El denominador es el numero total de casos notificados como probables o sospechosos del evento	98,52	90,70	87,19

Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

2.6.7.3.5. Hepatitis A

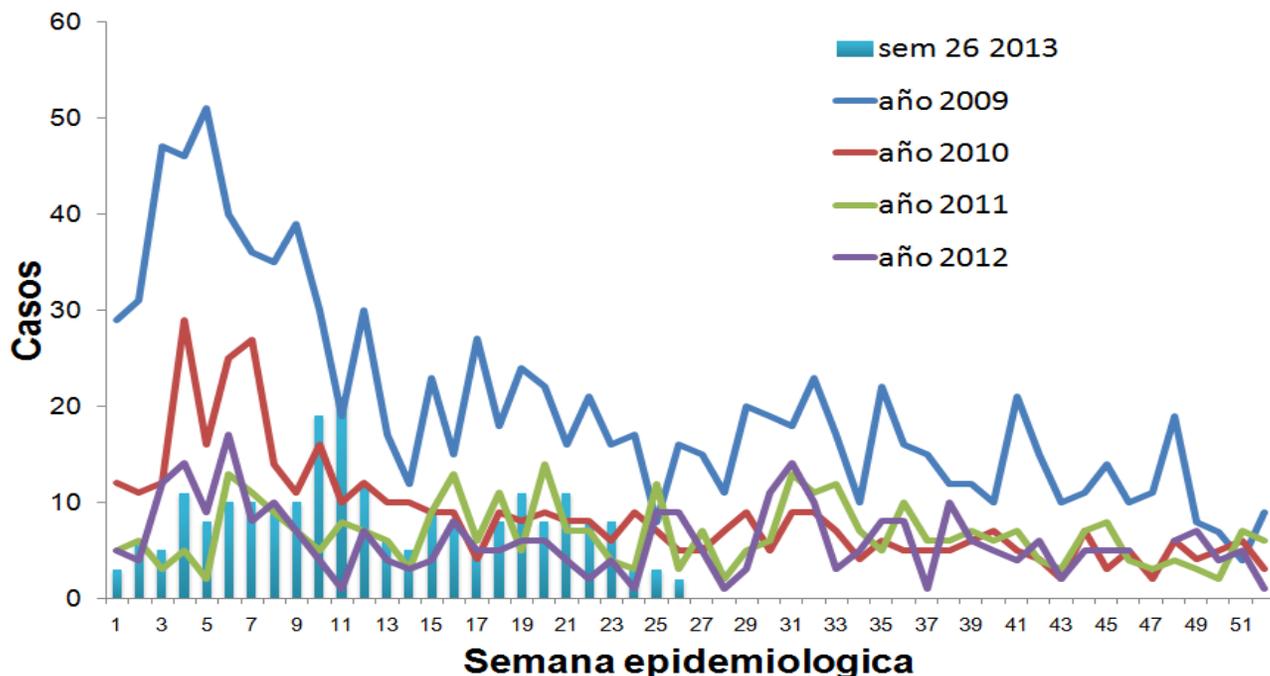
A corte semana epidemiológica 26, se han notificado 219 casos de hepatitis A al SIVIGILA, con una tasa de notificación de 2,9 casos por 100000 habitantes con un 45% confirmados por laboratorio y un 55% de los casos confirmados por clínica.

En la grafica 40, se observa el comportamiento de la notificación, en comparación con los cuatro años inmediatamente anteriores, observándose una disminución progresiva del año 2009 al año 2013. El 2013, para las semanas 10, 11 y 12 se presentó un aumento de casos debido a un brote que se presento en un comedor comunitario en la localidad de Suba, donde se encontró el agua como fuente de la infección, para las siguientes semanas.

Por grupo de edad se observa que los mayores de 5 años es donde se están presentando los casos, en la tabla 20 se puede observar la distribución de los casos por edades quinquenales, donde los grupos de 10 a

14 y 15 a 19 años se encuentran la mayoría de los casos, es de resaltar que en estas edades se encuentra la mayoría de los casos que se afectaron por el brote del comedor comunitario que se presentó, ver más adelante más detalles. En la tabla también se puede observar los casos con residencia fuera de Bogotá.

Gráfica 40 Comportamiento de la notificación de Hepatitis A. Bogotá DC, Años 2009-2013 (Año 2013: semana epidemiológica 1 a la 26)



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Años 2009 al 2013, (año 2013 Semana epidemiológica 1 a la 26.)

Respecto a los brotes de hepatitis A, el sistema de urgencias y emergencias muestra que son más frecuentes en la localidad de Suba y corresponden a brotes en dos comedores comunitarios. El primero se presenta en los meses de febrero, marzo y parte de abril, con un total de 106 afectados. El segundo brote se presentó en el mes de mayo, también se presentó en un comedor comunitario, con afectación de 25 personas. Dado a que se presentó una notificación tardía, no fue posible realizar intervención a través de la vacunación, y fue necesario implementar medidas higiénicas sanitarias, para el control del mismo.

El agua junto con deficientes condiciones higiénico sanitarias fueron los principales factores y fuentes de infección identificados en el primer brote. En el segundo se observó deficiencias higiénico sanitarias como principales factores involucrados en la diseminación del virus. Actualmente no se han vuelto a presentar casos en estos dos comedores. Los otros brotes atendidos por la Unidad Comando de la SDS, corresponden a casos presentados en vivienda y uno un centro de reclusión, con presentado de un máximo de dos casos en cada brote. En la tabla 68, se presentan el resumen de los brotes presentado con la respectiva localidad.

Tabla 72 Brotes presentados y atendidos de hepatitis A. Semanas epidemiológicas 1 a la 26. Año 2013.

LOCALIDAD	No de Brotes	No de Casos	SITIO DE AFECTACION
CANDELARIA	1	1	vivienda
CIUDAD BAOLIVAR	1	2	vivienda
ENGATIVA	2	3	colegio
FONTIBON	1	1	vivienda
KENNEDY	1	2	vivienda
PUENTE ARANDA	2	3	centro de reclusion
RAFAEL URIBE	1	1	vivienda
SUBA	2	131	comedores comunitarios
TOTAL	11	144	

Fuente: Base de datos Urgencias y Emergencias. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos prevenibles por Vacuna SDS. Semana epidemiológica 1 a la 26. Año 2013

2.6.7.3.6. Meningitis

Durante la semana epidemiología 1 a la 26 de 2013 ,se han notificado, 11 casos de meningitis por neumococo, 6 casos de meningitis por meningococo y 1 casos de meningitis por Haemophilus influenzae. En la tabla 24 y 25 se presenta el comportamiento de la tasa de notificación por localidad de residencia y según los grupos de edad respectivamente.

Para el periodo del informe, se observa que los casos se agrupan en la población mayor de 5 años, y menor de 60 años, observándose desplazamiento de los grupos de edad que principalmente afecta estas patologías.

Tabla 73 Comportamiento de los casos y proporciones de incidencia de meningitis por microorganismo en Bogotá, 2013

GRUPO DE EDAD	Poblacion AÑO 2013	M. meningococcica		M. Haemophilis influenzae		M. S. pneumoniae	
		Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Menor de	120823	1	0,8	0	0,0	1	0,8
De 1 a 4	479654	0	0,0	0	0,0	1	0,2
De 5 - 9	595600	0	0,0	0	0,0	2	0,3
10-14	613673	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15-19	651589	1	0,2	1	0,2	2	0,3
20-24	651693	0	0,0	0	0,0	0	0,0
25-29	639925	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30-34	648859	0	0,0	0	0,0	3	0,5
35-39	582200	1	0,2	0	0,0	0	0,0
40-44	523965	0	0,0	0	0,0	1	0,2
45-49	512515	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50-54	464821	1	0,2	0	0,0	0	0,0
55-59	371249	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mayores	817800	2	0,2	0	0,0	1	0,1
TOTAL	7674366	6	0,1	1	0,0	11	0,1

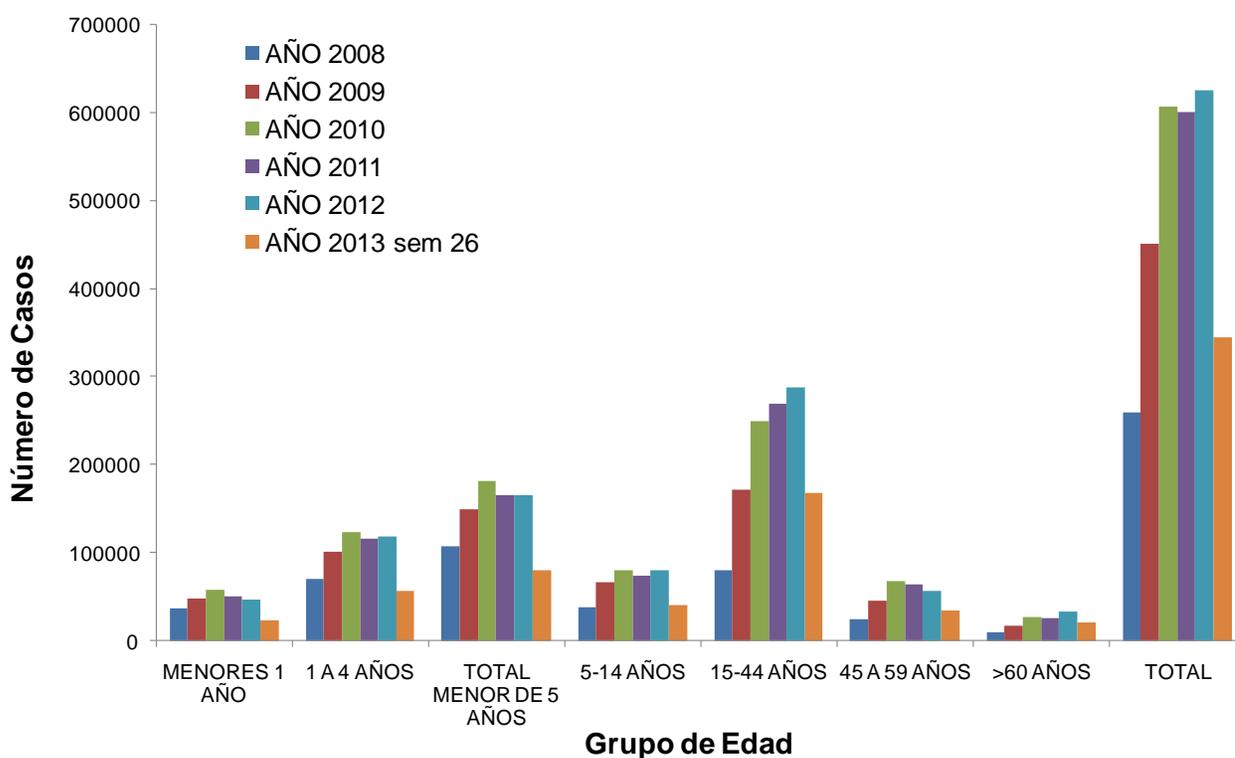
Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Semana epidemiológica 1 a la 26. Año 2013

2.6.7.4. Vigilancia de la EDA

2.6.7.4.1. Incidencia de la EDA

El seguimiento de la incidencia de la EDA se realiza a través de la notificación colectiva al SIVIGILA, con distribución por grupos etáreos, como se observa en la Gráfica 37. Los datos consisten en atenciones tanto de los servicios de Consulta externa como los servicios de Urgencias y Hospitalización. En la Gráfica 37, se presenta comparativo años 2008 y 2013 donde se observa, en el grupo etario 15-44 años el mayor número de casos notificados, sin embargo, el grupo de menores de 5 años, también genera un importante número de casos. Es de resaltar que en los últimos tres años, la notificación de la morbilidad por EDA ha presentado un comportamiento similar en todos los grupos de edad.

Gráfica 41 Comportamiento de la notificación de EDA. Bogotá DC, Años 2009-2013.



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Años 2008 a 2013 (años 2013 semana epidemiológica 1 a la 26)

2.6.7.4.2. Fiebre tifoidea y paratifoidea

Este evento se viene manejando de manera integrada dentro de la vigilancia de la EDA, y se garantiza que desde el laboratorio se brinde la asesoría correspondiente junto con la recepción de cepas para confirmación del agente y pruebas complementarias.

2.6.7.4.3. Vigilancia de Cólera

A partir del año 2010, se inicio el proceso de la vigilancia intensificada de casos de cólera dado por la alerta mundial que aún se mantiene por los casos en Haití. Para el año 2013, se mantiene la alerta y seguimiento de la EDA, incluyendo actividades desde el laboratorio como desde el área de vigilancia, buscando sensibilizar en el diagnóstico y la captación de caso. A la fecha no se han reportado casos que cumplan con la definición de caso.

2.6.7.4.4. Vigilancia y Control en Salud Pública de los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)

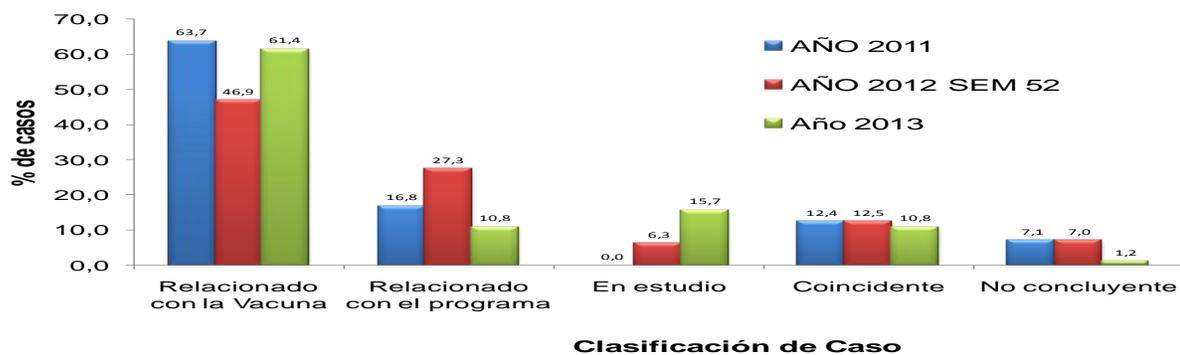
El seguimiento de los ESAVI, se realizan a través del protocolo nacional realizándose el ajuste y clasificación de acuerdo a los hallazgos encontrados en la investigación.

Para el periodo de semana epidemiológica 1 a la 26, en el distrito se han notificado 83 casos de ESAVI, de los cuales el 48% correspondió a casos hospitalizados mientras que el 52% restante no requirieron hospitalización para el manejo de su evento. Para el año 2013, se ha observado comportamiento irregular en comparación con los años anteriores. Es de aclarar que en la semana 8 se presentaron varios esavi los cuales corresponden a casos que se presentaron posterior a una jornada de vacunación en un centro de reclusión.

Por distribución de edad, las edades que más se han reportado es el grupo de menores 1 y el grupo de 5 años, siendo este ultimo el mas casos reporta.; dentro del grupo de menores de un año, los grupo de 2 meses presenta las mayoría de los casos n comparación con el año anterior donde las edad de 4 mese reportabas más casos.

Respecto a la clasificación final, el 61,4% han sido relacionados con la vacuna, el 10,8% relacionados con el programa, 10,8 % eventos coincidentes es decir, los pacientes presentaban una patología de base que fue coincidente con la vacunación, y finalmente un 1,2% son concluyente donde no fue posible determinar una relación causal. Para el periodo del informe se encuentra pendiente de clasificar un 15,7% de los casos.(ver grafica 23) De acuerdo al biológico involucrado, la pentavalente es el biológico con el mayor porcentaje de casos de ESAVI con un 20,4%%, seguido de neumococo con un 19,2%, la influenza y BCG corresponde a los siguientes biológicos en encontrarse asociado al evento posvacunal.

Gráfica 42 Clasificación final de casos de ESAVI en Bogotá, 2013



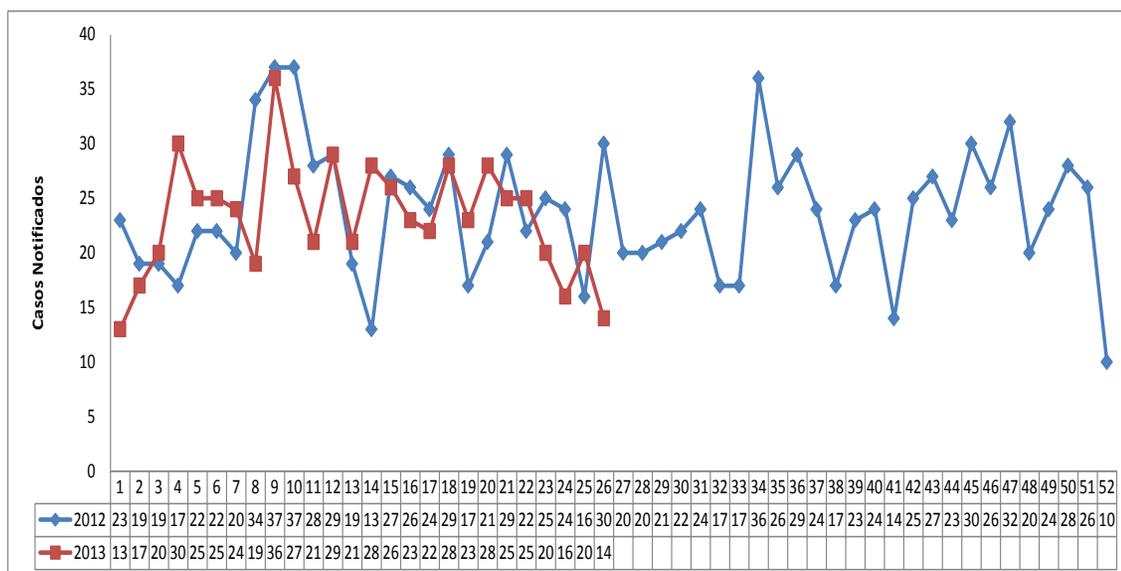
Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2013, Semana epidemiológica 1 a la 26

2.6.7.5. Comportamiento de Eventos relacionados con Micobacterias.

2.6.7.5.1. Tuberculosis

Al sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA a semana 26 de 2013, se notificaron 605 casos presentándose una disminución del 4% con relación al mismo periodo del año 2012 (629).

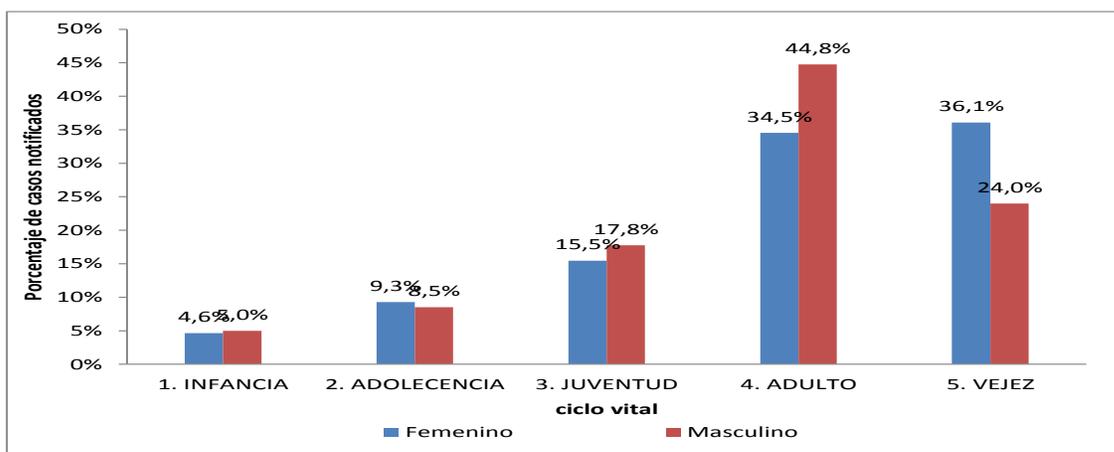
Gráfica 43 Distribución de casos notificados de Tuberculosos todas las formas a la semana 26 de 2013



Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 26 de 2013

De los 605 casos de TB notificados en Bogotá entre la semana 1 a la 26 de 2013, 194 (32,6%) son mujeres y 400 (67,3%) son hombres. Con relación al mismo periodo del año 2012, se observa una disminución de casos en mujeres del 8,7% (211) y en hombres del 7,2% (373), este reporte concuerda con el registrado a nivel mundial en donde se ha observado desde el año 2009, un incremento en los casos de TB en mujeres, el 35% de los casos equivalente de 3.3 millones de casos son registrados en mujeres según datos de OMS para el año 2011.

Gráfica 44 Distribución porcentual de casos de Tuberculosis Todas las Formas (TF) por ciclo vital y sexo, Bogotá semana 1 a la 26 de 2012



Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 26 de 2013

A la semana 26 de 2013, se observa una mayor notificación en personas mayores de 60 años en ambos sexos (250) 41,4% seguidas de los adultos mayores (164) casos con 27,9% y los adultos jóvenes con el 17% (96 casos). Este comportamiento es similar al presentado en el año 2012

De los 594 confirmados para Tuberculosis todas las formas el 65% fueron pulmonares, 23% extra pulmonares y 13% fueron diagnosticados como TB meníngea se observa un aumento de los casos de TB meníngea del 3% con relación al año anterior.

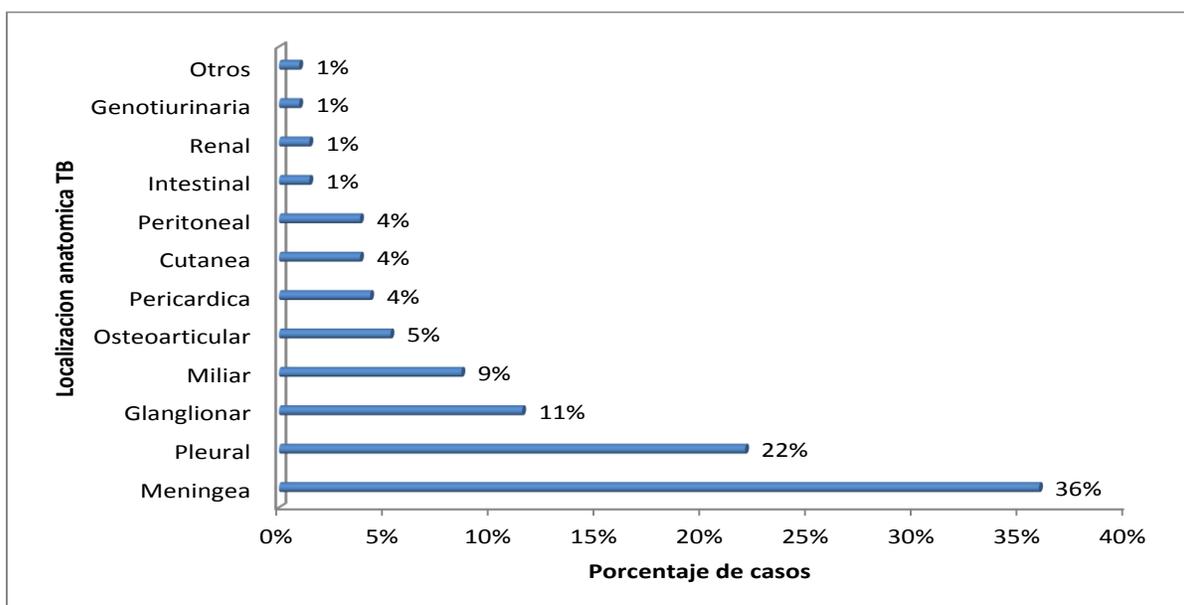
Tabla 74 Porcentaje de casos nuevos según tipo de TB Bogotá semana 1 a la 26 de 2013

Tipo Tuberculosis	No Casos	%
TB EXTRAPULMONAR	134	23%
TB MENINGEA	75	13%
TB PULMONAR	385	65%
Total general	594	100%

Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 26 de 2013

En cuanto a tuberculosis extrapulmonar se notificaron 209 casos, el 36% de los casos fueron TB Meningeas. de los casos de TB Meningea, 5 casos fueron en menores de 2 años. La TB pleural tuvo un 22%, seguida de una TB poco frecuente en los años anteriores la TB ganglionar.

Gráfica 45 Casos de Tuberculosis extra pulmonar según localización anatómica, Bogotá semana 1 a la 26 de 2013



Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 23 de 2013

De los 594 casos notificados en el SIVIGILA de Tuberculosis Todas las formas a semana 26 de 2013, al 71,2% (423), cuenta con información sobre realización de Baciloscopia en diferentes muestras como son esputo y líquidos extra pulmonares; con relación a las TB extrapulmonares, solo el 44,6% se les realizó

baciloscopia, de las baciloscopias tomadas a TB extrapulmonares, el 15% fueron positivas, para TB meníngea fueron solo positivas el 6%, frente a estos resultados se confirma la importancia que tiene la realización del cultivo para el diagnóstico de la TB, ya que las baciloscopias solo tiene una sensibilidad del 80% frente al cultivo el cual es superior al 90%

Tabla 75 Realización de Baciloscopia (coloración de Zielh Neelsen) y resultado según tipo de TB -TF, Bogotá semana 1 a la 26 de 2013.

Realización de Baciloscopia	TB EXTRAPULMONAR		TB MENINGEA		TB PULMONAR		Total Casos	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
No Se realizo	97	55,4%	25	73,5%	49	12,7%	171	28,8%
Se Realizo	78	44,6%	9	26,5%	336	87,3%	423	71,2%
Total general	175	100,0%	34	100,0%	385	100,0%	594	100,0%
Resultado BK	TB EXTRAPULMONAR		TB MENINGEA		TB PULMONAR		Total Casos	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
+	8	4,6%	1	2,9%	105	27,3%	114	19,2%
++	2	1,1%	1	2,9%	78	20,3%	81	13,6%
+++	2	1,1%	0	0,0%	47	12,2%	49	8,2%
Negativo	163	93,1%	32	94,1%	155	40,3%	350	58,9%
Total general	175	100,0%	34	100,0%	385	100,0%	594	100,0%

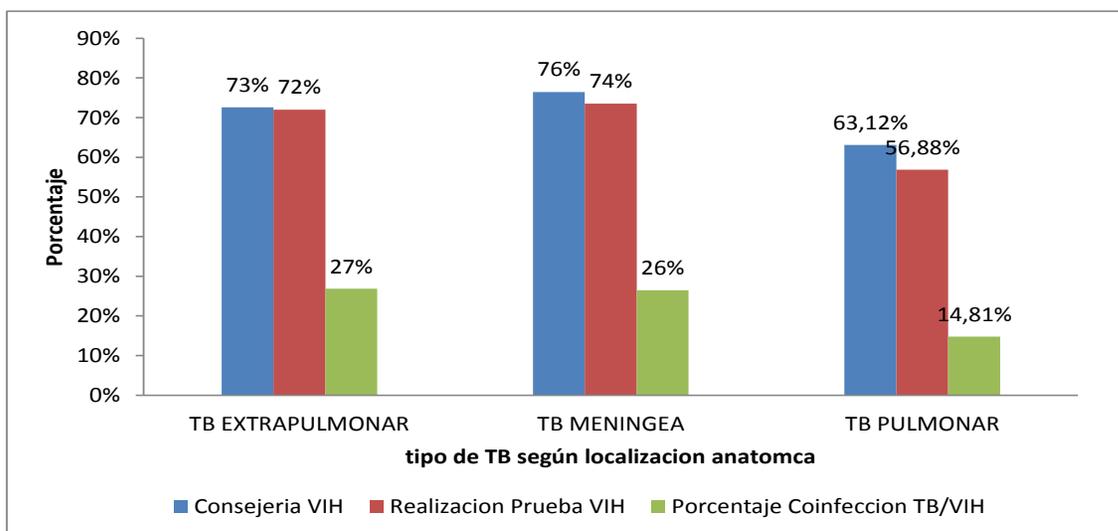
Fuente: Base SIVIGILA Distrital a semana 26 de 2013

2.6.7.5.2. Coinfección TB/VIH

Del total de casos notificados como tuberculosis, el 67% de los pacientes (396) accedieron a la consejería para VIH y entre los tipos de TB, los pacientes con tuberculosis Meníngea alcanzaron la mayor proporción de casos con asesoría, correspondiendo al 76% (26); frente a la realización de la prueba de VIH de las personas que recibieron la consejería el 62% (370) frente a esto se evidencia que 26 personas no realizaron la prueba a pesar que recibieron la consejería.

Con relación al conocimiento del estado de VIH en los pacientes de TB, se evidencia que el 19% de los pacientes con alguna forma de TB, tienen coinfección con VIH (113 casos), es importante precisar que las acciones colaborativas entre los programas de TB y VIH tiene como acción central canalizar al 100% de los pacientes diagnosticados con TB a la realización de VIH a semana 20 de 2013 se observa que el 38% de los pacientes diagnosticados con TB desconocen si presentan coinfección con VIH.

Gráfica 46 Porcentaje de casos de Tuberculosis Todas las formas con cumplimiento de consejería, Realización de prueba VIH y porcentaje de coinfección Bogotá semana 1 a la 26 de 2013.



Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 26 de 2013

2.6.7.5.3. Tuberculosis en poblaciones vulnerables

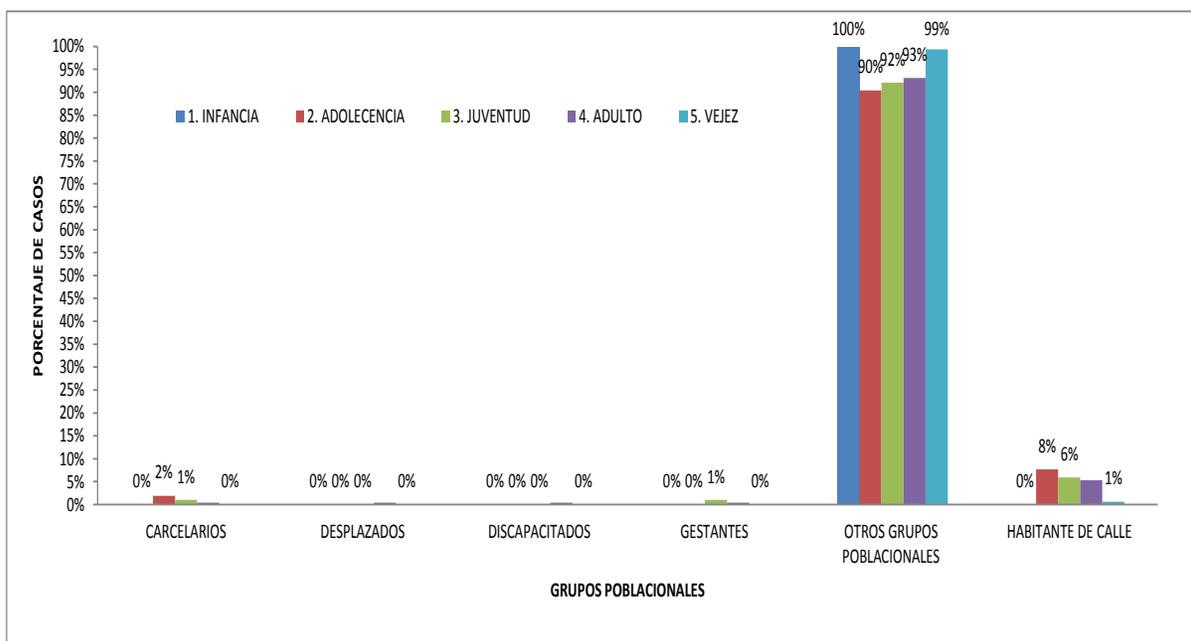
Dentro de las poblaciones especiales notificadas al SIVIGILA a la semana 26 de 2013, se encontraron 24 casos de TB en ciudadanos habitantes de calle en los grupos poblacionales adolescentes, juventud, adulto y vejez de los cuales, el 83% (20).

Con respecto al estado de coinfección TB/VIH se tiene conocimiento de 5 casos en esta población, lo cual corresponde a una proporción de coinfección del 25%.

En población privada de la libertad se reportaron 3 casos en los cuales se presenta un proporción de coinfección del 33%, para es periodo se registró la presentación de un caso en una gestante la cual corresponde a una mujer habitante de calle con antecedente de farmacoresistencia que esta notificada como un caso nuevo y luego como un abandono.



Gráfica 47 Proporción de casos de Tuberculosis Todas las formas por grupos poblacionales por ciclos vitales semana 1 a 26 de 2013.

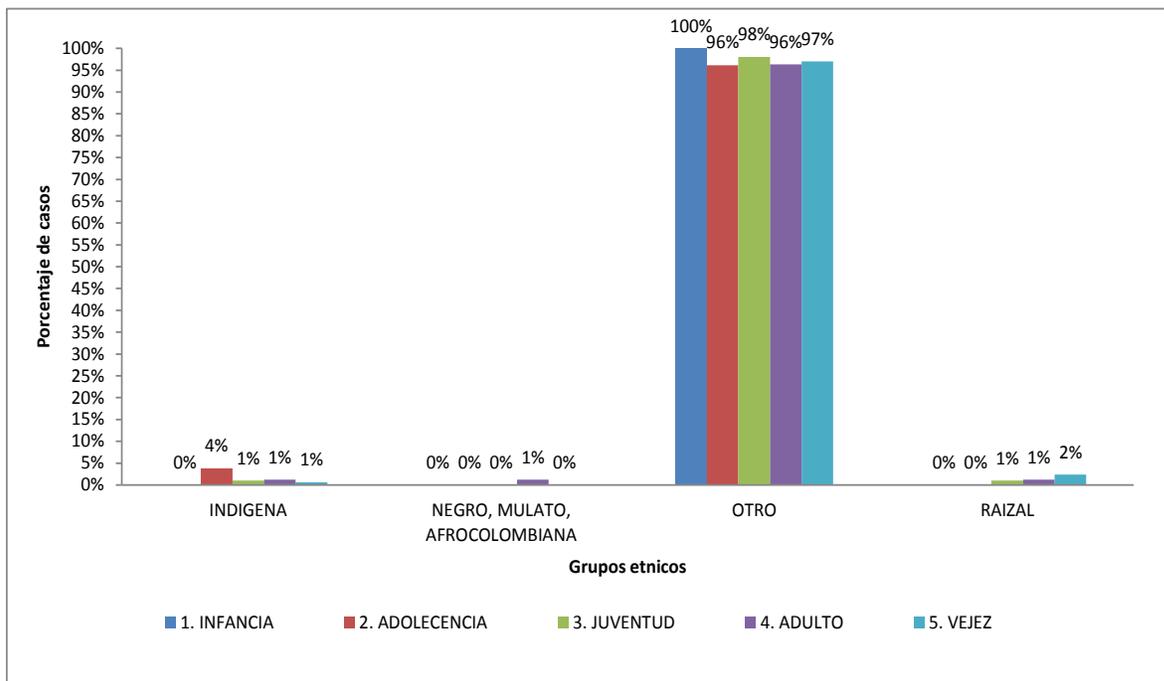


Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 26 de 2013

2.6.7.5.4. Pertenencia Étnica

Se notificaron 7 casos de TB en indígenas, los cuales 3 residen en Bogotá se encuentran ubicados en las localidades de la Kennedy, Santa Fe y Chapinero; por último se notificaron 3 casos de TB pulmonar en población afro colombiano, con un caso de coinfección TB/VIH del 66%

Gráfica 48 Proporción de casos de Tuberculosis Todas las formas por grupos étnicos por ciclos vitales año a semana 25 de 2013.



Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 26 de 2013

2.6.7.5.5. Mortalidad por TB

Con relación a las mortalidades asociadas a TB se notificaron 47 con condición final fallecido se estos casos el 68% (32), corresponden a TB pulmonar; 21% TB extrapulmonar (10) y 10% con 5 fallecimientos a TB Meningea, en cuanto al sexo el 66% de los casos (31) corresponden al sexo masculino, de los paciente fallecidos en IPS de Bogota el 72% (34) son residentes en Bogota.

El primer lugar en las muertes asociadas a TB lo ocupan las personas ubicadas en el ciclo vital vejez,(25) seguido de los adultos con 23,4% y 11 casos. De los 47 casos reportados como fallecidos 10 casos presentaban coinfección TB/VIH para una proporción de 21,3%.

Tabla 76 Distribución de casos de TB – Todas las formas con condición final muerto según ciclo vital, Bogotá semana 1 a la 26 de 2013.

Ciclo Vital	TB EXTRAPULMONAR		TB MENINGEA		TB PULMONAR		Total Casos	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
1. INFANCIA		0,0%		0,0%	1	3,1%	1	2,1%
2. ADOLESCENCIA	1	10,0%	1	20,0%	1	3,1%	3	6,4%
3. JUVENTUD	2	20,0%		0,0%	5	15,6%	7	14,9%
4. ADULTO	4	40,0%	1	20,0%	6	18,8%	11	23,4%
5. VEJEZ	3	30,0%	3	60,0%	19	59,4%	25	53,2%
Total general	10	100,0%	5	100,0%	32	100,0%	47	100,0%

Fuente: Bogotá Sivigila Distrital TB semana 1 a la 26 de 2013.

2.6.7.5.6. Tuberculosis Farmacorresistente

En cuanto a la notificación de TB farmacorresistente, se han reportado a la semana 26, 8 casos de los cuales 7 correspondieron a formas pulmonares y un 1 caso fue extrapulmonar. En cuanto al perfil de resistencia se reportaron 2 casos de TB MDR, 2 casos de monorresistencia ambos con resistencia a Isoniazida y se presentaron 2 casos con perfil de poliresistencia.

De los 8 casos de farmacorresistencia notificados 4 casos ingresaron como nuevos de estos 3 fueron polirresistentes y 1 monoresistente, los restantes 4 ingresaron como previamente tratados.

De los casos de TB Farmacorresistente notificados 7 casos son residentes en Bogotá y 1 caso en Cundinamarca pero actualmente está residiendo en Bogotá.

2.6.7.5.7. Lepra

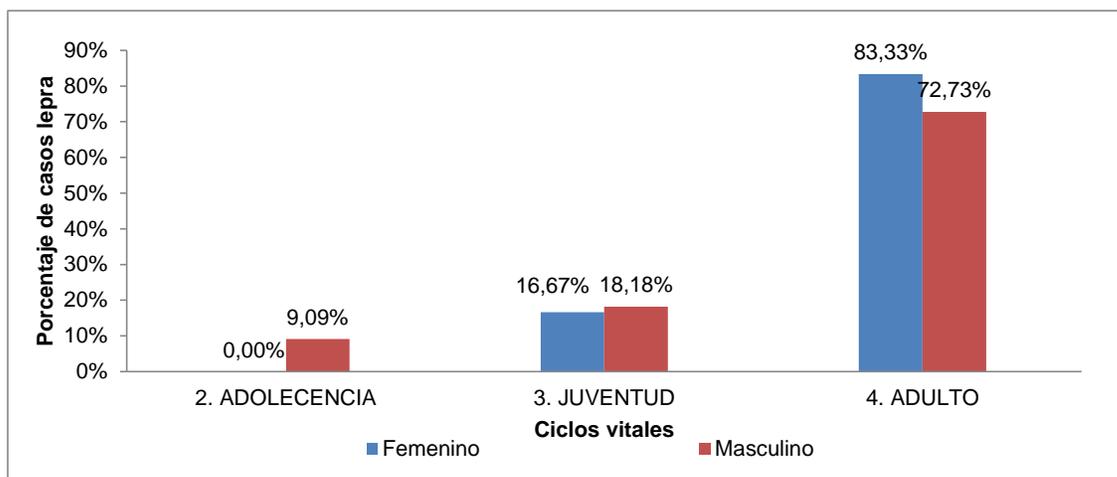
De acuerdo a la notificación de casos nuevos de lepra durante el año 2012, 14 Entidades territoriales Departamentales y Distritales reportan incidencia de casos de lepra superiores a la Nacional; la entidad territorial de mayor incidencia es Arauca con 4,73 casos por 100.000 hab, seguido de Norte de Santander que adicionalmente reporta el mayor número de casos del país aportando el 13% de los mismos.⁶

En Bogotá, se notificaron 17 casos a la semana 26 de 2013, evidenciando una disminución del 35% con relación al mismo periodo del año 2012, en el cual se habían notificado 26 casos.

⁶ Boletín epidemiológico 27 de Enero 2013 Dia Mundial de la lepra Ministerio de protección Social

De los 17 casos notificados, 6 casos correspondieron a casos en mujeres y 11 en Hombres con relación a los ciclos vitales el 76,4% de los casos se presentan en los adultos seguido del ciclo juventud con 17,6% de los casos.

Gráfica 49 Distribución de los casos notificados de lepra por Sexo y ciclo vital a semana 26 de 2013.



Fuente: Base de datos Slivigila Lepra a semana epidemiológica 26 de 2013

De los casos notificados, el 94,1% de los casos correspondieron a casos nuevos, presentándose una incidencia en Bogotá de 0,13 por 100 mil habitantes, el 5,8% de los casos (1) fueron reportados como recidivas. La prevalencia de lepra en el Distrito Capital correspondió a 0,042 casos por 10 mil habitantes con 17 casos que reciben tratamiento.

Al revisar las diferentes ocupaciones de los pacientes diagnosticados con Lepra en Bogotá, se observa que el 24% (4), se dedican a labores relacionadas con el hogar. En general se evidencian labores no calificadas y catalogadas en el código nacional de ocupaciones (CON – 70), descrito por el Ministerio de Trabajo y SENA como nivel de preparación C, el cual refleja un limitado proceso formativo en los pacientes diagnosticados con Lepra en Bogotá

En cuanto a la clasificación bacteriológica de los 17 casos, 9 fueron clasificados como multibacilares correspondiendo al 53%, 8 casos fueron reportados como paucibacilares en este sentido la baciloscopia y la biopsia de piel son de gran importancia ya que la biopsia permite la detección de las formas paucibacilares que son de difícil diagnóstico es por ello la necesidad de realizar este laboratorio

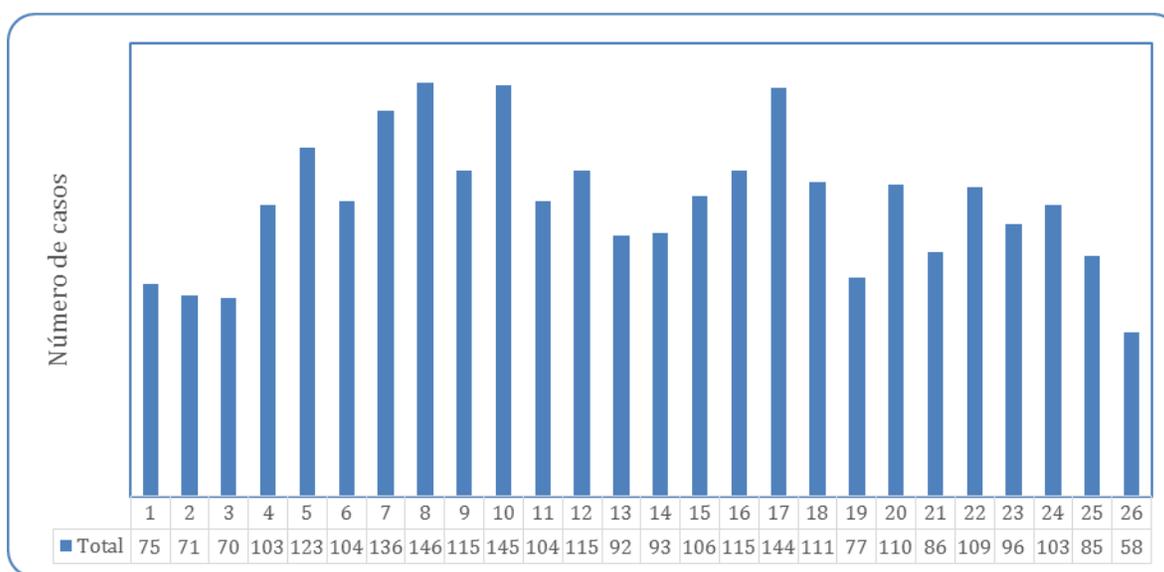
Con relación a la información notificada en el aplicativo SIVIGILA el grado de discapacidad en los casos nuevos de Lepra, se presentó así: el 76,4% (13) se han clasificado con grado discapacidad 0, el 11,7% (2) con grado de discapacidad 1, y con discapacidad grado 2 se reportan 2 casos para un 12%.

2.6.7.6. Comportamiento de los Eventos de Factores de Riesgo Ambiental

2.6.7.6.1. Intoxicaciones Agudas Por Sustancias Químicas

El total de eventos de eventos de intoxicación aguda por sustancias químicas reportados al SIVIGILA, durante el primer semestre del 2013, fue de 2.753 distribuidas por semana epidemiológica como se muestra a continuación.

Gráfica 50 Distribución de las Intoxicaciones por sustancias químicas, según semana epidemiológica, Bogotá, I semestre de 2013.



FUENTE: SIVIGILA 2013_SEMANA 26

Luego de la revisión y ajuste de la base de datos SIVIGILA a primer semestre de 2013 con corte a semana 26, se retiraron 6 registros correspondientes a casos descartados en el ajuste, 64 registros duplicados, 51 registros con error de digitación y 3 registros correspondientes al año 2012, para un total de 124 registros eliminados. Adicionalmente se reasignaron algunos códigos de evento de acuerdo a la sustancia implicada para que finalmente la base de datos quedara con 2.629 registros de intoxicación

Se observa que el 83,98% de las intoxicaciones están concentradas en exposición a fármacos, psicoactivos y el grupo denominado otras sustancias químicas, en el orden mencionado, siendo los fármacos los de mayor frecuencia con el 39,4% de los casos. La mayor proporción de incidencia corresponde a la intoxicación por sustancias psicoactivas con 6,3 intoxicaciones por cada 100.000 habitantes.

Tabla 77 Proporción de incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas reportadas al SIVIGILA. Bogotá primer semestre del año 2013

EVENTO	F	M	Casos	% Porcentaje	Tasa de incidencia X 100.000 Habitantes
INTOXICACION POR FARMACOS	564	472	1036	39,4	5,7
INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	235	522	757	28,8	6,3
INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	188	226	414	15,7	2,7
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	120	116	236	9,0	1,4
INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	65	46	111	4,2	0,6
INTOXICACION POR SOLVENTES	24	28	52	2,0	0,3
INTOXICACION POR METALES PESADOS	3	13	16	0,6	0,2
INTOXICACION POR METANOL	2	5	7	0,3	0,1
TOTAL GENERAL	1201	1428	2629	100	17,2

FUENTE: SIVIGILA 2013_SEMANA 26

Se reportaron 1.450 (55,2%) eventos de intoxicación en personas con formación básica secundaria y 507 (19,3%) en personas con formación universitaria. En cuanto al estado civil, la mayor frecuencia de intoxicación se registró en personas solteras con 1781 (67,7%) casos, seguido de los casados con 434 (16,5%) de los casos.

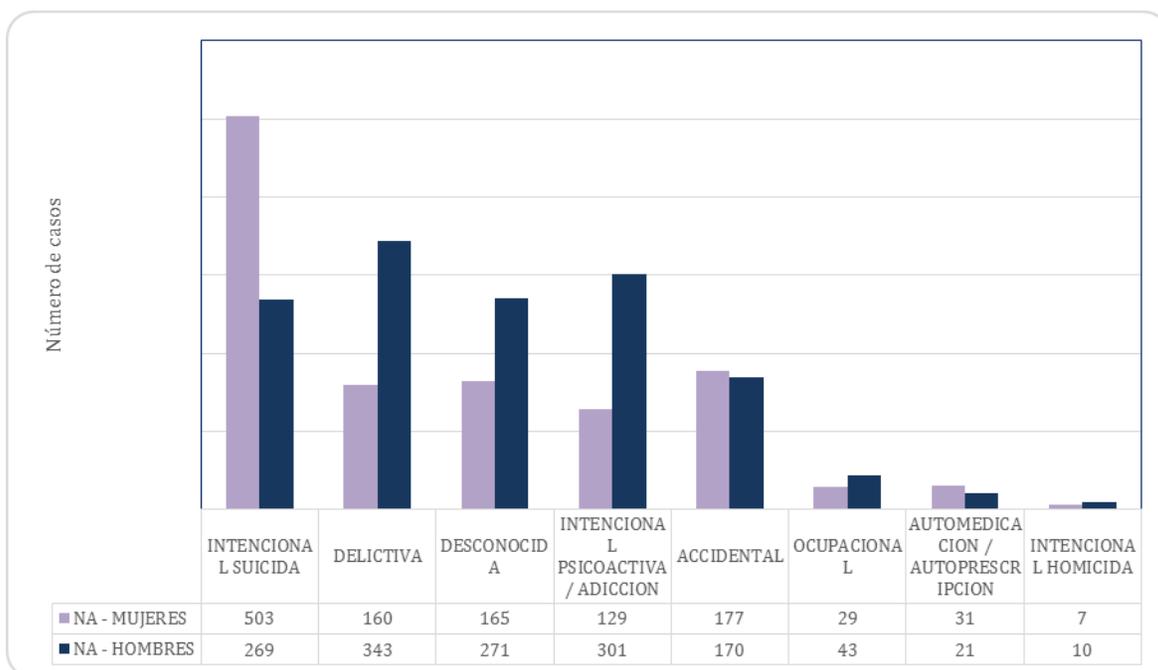
El mínimo de edad de los intoxicados fue de 0,08 años y el máximo fue de 91 años, con una media de 27 años, el 54,3% de los casos ocurrió con hombres.

Se reportaron 720 (27,4%) intoxicaciones en menores de edad, de las cuales 205 ocurrieron en menores de 5 años; la mayor frecuencia de intoxicación se presentó en el grupo de edad de 18 a 26 años.

El 48,5% de las intoxicaciones por tipo de exposición, corresponden a intentos suicidas y a exposiciones delictivas, siendo la principal causa de intoxicación por tipo de exposición la intencional suicida con un 29,4% de los casos y una mayor intencionalidad suicida por parte del género femenino con un 65,2% respecto de un 34,8% en hombres. Las exposiciones delictivas, desconocidas, accidentales y con intencionalidad psicoactiva, se presentan con mayor frecuencia en los hombres.



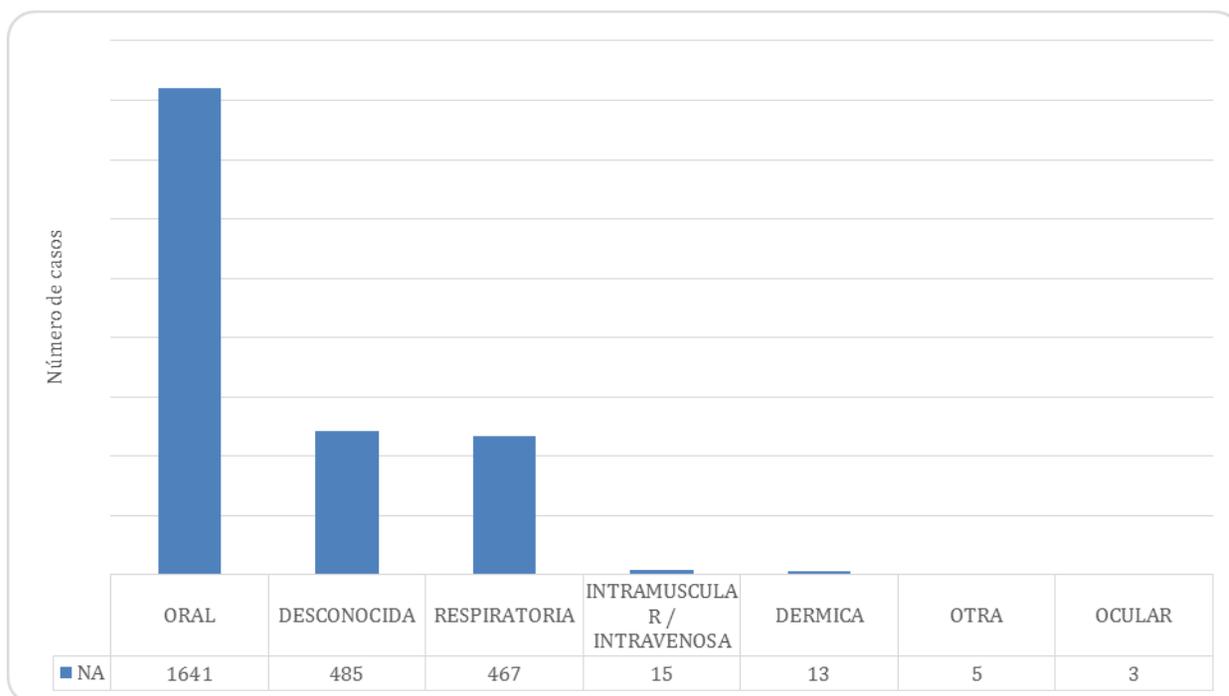
Gráfica 51 Intoxicaciones por sustancia químicas según tipo de exposición. Bogotá primer semestre del año 2013



FUENTE: SIVIGILA 2013_SEMANA 26

El 62,4% de las intoxicaciones se dio por vía oral, seguidas por exposiciones desconocidas y respiratorias, estas son las vías más utilizadas con fines suicidas, delictivos y accidentales cuyas frecuencias son las mayores en relación al tipo de exposición.

Gráfica 52 Intoxicaciones por sustancias químicas según vía de exposición. Bogotá primer semestre del año 2013



FUENTE: SIVIGILA 2013_SEMANA 26

El 46,9% (1233 casos) fueron ambulatorios y el 53,1% (1396 casos) requirió hospitalización.

Durante el primer semestre de 2013, se reportaron 236 casos de intoxicación aguda con plaguicidas, la tasa de incidencia de las intoxicaciones con plaguicidas fue de 1,4 por cada 100.000 habitantes.

$$(236/8'317.194)*100.000= 1,4 \text{ estándar } 0 - 30$$

Durante el primer semestre de 2013, se reportaron 16 casos de intoxicación aguda por metales pesados, la tasa de incidencia de las intoxicaciones con metales pesados fue de 0,2 por cada 100.000 habitantes.

$$(16/8'317.194)*100000= 0,2 \text{ estándar } 0 - 10$$

Durante el primer semestre de 2013, se reportaron 52 casos de intoxicación aguda por solventes, la tasa de incidencia de las intoxicaciones por solventes fue de 0,3 por cada 100.000 habitantes.

$$(52/8'317.194)*100000= 0,3 \text{ estándar } 0 - 10$$

Durante el primer semestre de 2013, se reportaron 414 casos de intoxicación aguda por otras sustancias químicas, la tasa de incidencia de las intoxicaciones por otras sustancias fue de 2,7 por cada 100.000 habitantes.

$$(414/8'317.194)*100000= 2,7 \text{ estándar } 0 - 10$$

Tabla 78 Proporción de incidencia de intoxicaciones por tipo de sustancia. Bogotá primer semestre del año 2013

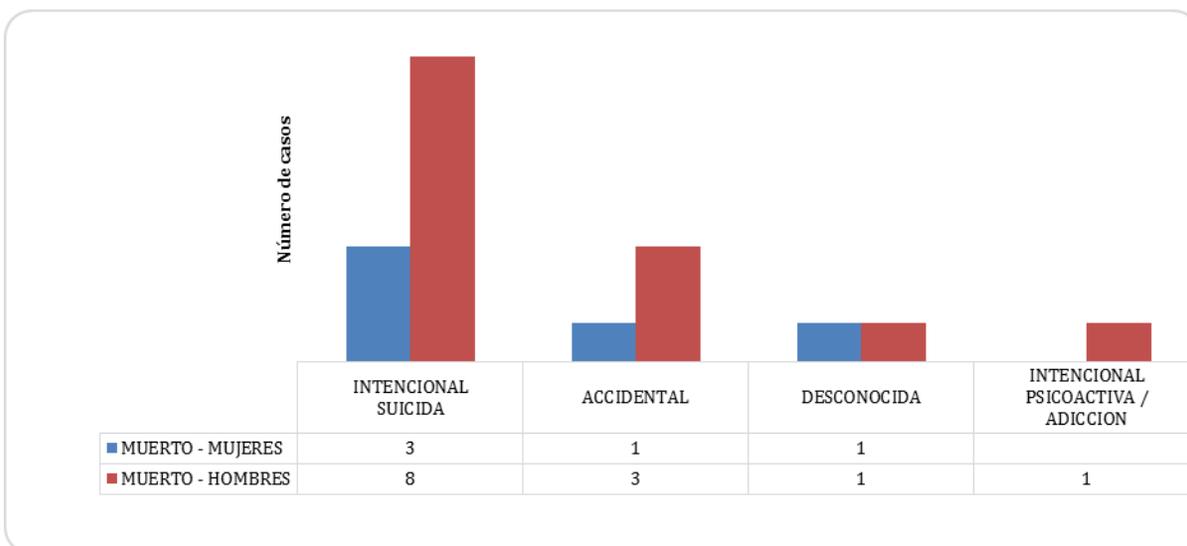
EVENTO AJUSTADO	Casos	Proporción de incidencia X 100.000 Habitantes
INTOXICACION POR FARMACOS	1.036	5,7
INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	757	6,3
INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	414	2,7
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	236	1,4
INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	111	0,6
INTOXICACION POR SOLVENTES	52	0,3
INTOXICACION POR METALES PESADOS	16	0,2
INTOXICACION POR METANOL	7	0,1
TOTAL GENERAL	2.629	17,2

FUENTE: SVIGILA 2013_SEMANA 26

De las 2629 personas intoxicadas por sustancias químicas, 18 personas fallecieron, la tasa de letalidad general fue de 0,68 fallecidos por cada cien intoxicados.

Entre los fallecidos 4 eran menores de edad, de estos 1 era menor de 5 años. 13 eran hombres y 5 mujeres, 11 (61,1%) de las muertes se dieron por exposición con intencionalidad suicida.

Tabla 79 Fallecidos por intoxicaciones asociadas a sustancias químicas según sexo y tipo de exposición. Bogotá primer semestre del año 2013



FUENTE: SIVIGILA 2013_SEMANA 26

De los 236 casos de intoxicación aguda por plaguicidas reportados durante el primer semestre del año 2013, la condición final para 4 de los casos fue muerte. Por tanto la letalidad por intoxicación aguda por plaguicidas fue de 1,69 por cada 100 intoxicados con plaguicidas, siendo este el evento con mayor tasa de letalidad. Cabe anotar que 3 de estos fallecimientos se dieron por exposición con intencionalidad suicida.

Tabla 80 Tasa de letalidad de intoxicaciones por tipo de sustancia, Bogotá primer semestre del año 2013

EVENTO	MUERTO	TOTAL CASOS	TASA DE LETALIDAD X 100 INTOXICADOS
INTOXICACION POR FARMACOS	7	1.036	0,68
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	4	236	1,69
INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	4	414	0,97
INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	2	757	0,26
INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	1	111	0,90

FUENTE: SIVIGILA 2013_SEMANA 26

Durante el primer semestre del año 2013, se reportaron 16 casos de intoxicación con sustancias químicas en mujeres en estado de embarazo, de estos 14 (87,5%) se dieron con intencionalidad suicida.

Se reportaron 205 casos de intoxicación en niños menores de 5 años de edad, 179 casos (87,3%) se dieron por exposición accidental, en 86 casos (41,9%) estuvieron implicados fármacos y en 68 casos (33,2%) otras sustancias químicas de uso común en el hogar. 24 casos (11,7%) se dieron en niños menores de 1 año.

2.6.7.6.2. Intoxicación por Metanol

El total de eventos de intoxicación aguda por metanol reportados al SIVIGILA durante el primer semestre de 2013, fue de 25 casos. De estos, 7 casos no corresponden al evento de interés, fueron descartados porque pertenecen a otros grupos de sustancias y fueron enviados al código correspondiente, se retiraron 11 casos, dejando 7 casos de intoxicación por metanol.

Las intoxicaciones por metanol, se presentaron 5 casos en hombres (71,4%) y 2 en mujeres (28,6%). Los 7 casos (100%) ocurrieron en personas con formación básica secundaria. En cuanto al estado civil, la mayor frecuencia de intoxicación se registró en personas solteras con 5 casos (71,4%), seguida de los casados con 1 caso (14,3%) y unión libre con 1 caso (14,3%).

El mínimo de edad de los intoxicados fue de 14 años y el máximo fue de 37 años, con una media de 24,4 años.

Tabla 81 Casos de intoxicación por metanol por ciclos vitales. Bogotá, enero – junio de 2013.

Ciclo Vital	Casos
01 < 1	0
02 - 1 a 5	0
03 - 6 a 13	0
04 - 14 a 17	2
05 - 18 a 26	2
06 - 27 a 44	3
07 - 45 a 59	0
08 - > 60	0

Fuente: SIVIGILA 2013. Enero a junio de 2013. Actualización 19 de julio de 2013

En cuanto al tipo de exposición, las intoxicaciones por metanol fueron más frecuentes en la intención suicida.

Tabla 82 Tipo de exposición de las intoxicaciones por metanol. Bogotá, enero – junio de 2013.

Codificación	Tipo de Exposición	Número de Notificaciones	Porcentaje
1	OCUPACIONAL	0	0,0
2	ACCIDENTAL	0	0,0
3	INTENCIONAL SUICIDA	1	14,3
4	INTENCIONAL HOMICIDA	0	0,0
6	DELICTIVA	2	28,6
8	DESCONOCIDA	2	28,6
9	INTENCIONAL PSICOACTIVA/ADICCION	2	28,6
10	AUTOMEDICACIÓN/AUTOPRESCRIPCIÓN	0	0,0

Fuente: SIVIGILA 2013. Enero a junio de 2013. Actualización 19 de julio de 2013

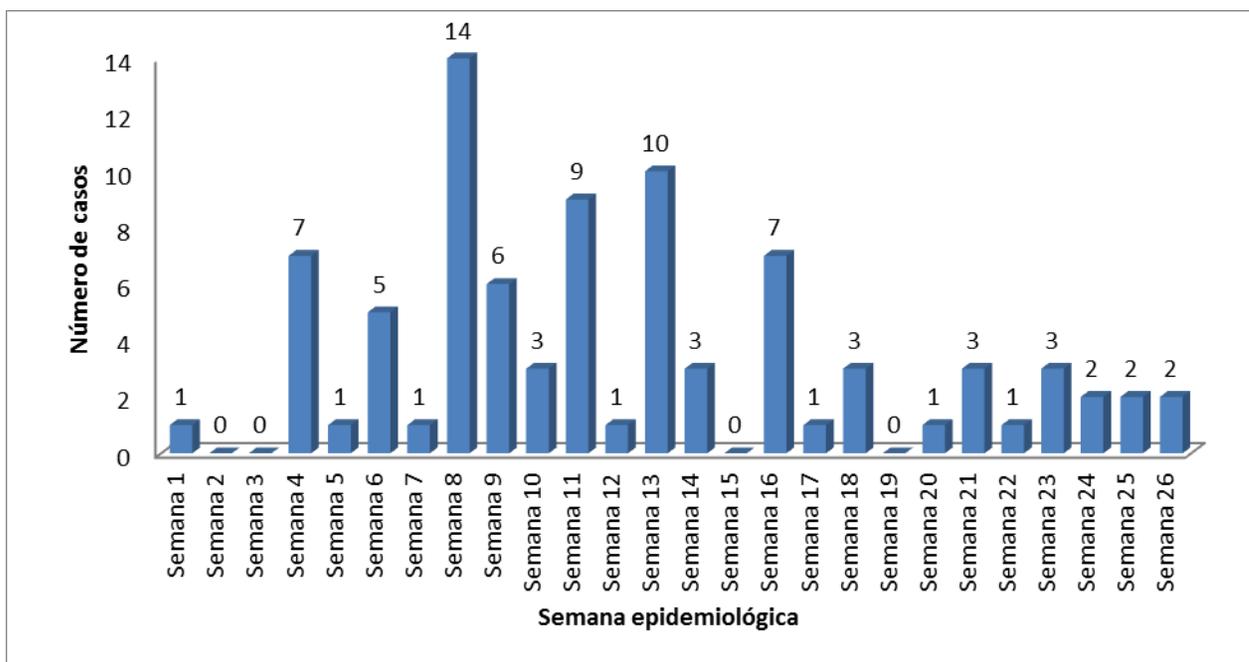
Para el periodo enero – junio en Bogotá, seis de los casos (85,7%) de las intoxicaciones por metanol, se presentaron por vía oral, mientras que un caso (14,3%) ocurrió por vía desconocida. Los 7 casos (100%) requirieron manejo intrahospitalario y la condición final para todos fue vivo. Para este periodo, no se presentaron alertas con respecto a esta intoxicación, es decir que no se presentaron casos en niños menores de 5 años ni en mujeres en estado de embarazo.

La proporción de incidencia de las intoxicaciones por metanol en Bogotá para el periodo enero – junio de 2013, fue de 0,09 por cada 100.000 habitantes.

2.6.7.6.3. Intoxicación por monóxido de carbono

El total de eventos de eventos de intoxicación aguda por monóxido de carbono reportados al SIVIGILA durante el primer semestre del año 2013 fue de 86 casos

Gráfica 53 Distribución de las Intoxicaciones por Monóxido de Carbono, según semana epidemiológica, primer semestre 2013. Bogotá.



Fuente. SIVIGILA 2013. Semana 1 a la 26

Teniendo en cuenta el registro de casos por semana epidemiológica, se identifica que en la semana No. 8 correspondiente al mes de Febrero se presenta el mayor número de casos (14), seguido de la semana No. 13 que corresponde al mes de Marzo con 10 casos y la semana No. 11 con 9 casos.

Con relación al tipo de exposición, las intoxicaciones por monóxido de carbono en el periodo analizado se generaron manera accidental en un 73% (19 casos), de modo delictivo en un 15% (4 casos), de tipo ocupacional en un 8% (2 casos) y de manera desconocida en un 4% (1 caso).

En el primer semestre del año 2013, las alertas corresponden al 16% del total de las notificaciones, debido a la intoxicación generada a través de 11 alertas identificadas por la afectación que tuvieron 7 niños menores de 5 años y 4 adultos mayores.

Durante el primer semestre de 2013, se presentaron 12 brotes en Bogotá. Los registros de hospitalización señalan que el 30% (26 casos) corresponden a pacientes que fueron hospitalizados, el restante 70% (60 casos) fueron dados de alta en un tiempo inferior a 24 horas.

En el periodo analizado, se notificó una mortalidad en la localidad de Bosa generada por combustión incompleta de estufa que utiliza como combustible gas propano, utilizada en vivienda para cocción de alimentos y afectando a un hombre de 21 años de edad, ocurrida en el mes de enero de 2013.

2.6.7.6.4. Intoxicaciones por Medicamentos

Durante el primer semestre del año 2013 se recibieron 1036 notificaciones en el evento Intoxicación por fármacos (370) del Sivigila. Para el análisis de este evento se debe realizar la depuración de estos datos debido a los siguientes factores:

- Notificación errónea del evento.

Por estas razones la depuración consistió en:

- Inclusión de 109 notificaciones que fueron notificado en otro tipo de eventos (plaguicidas, solventes, otras sustancias químicas, sustancias psicoactivas), pero que corresponden al evento de intoxicación por fármacos.
- Exclusión de 44 notificaciones por ser otro tipo de evento (plaguicidas, sustancias psicoactivas, metanol y otras sustancias químicas).
- Exclusión de 30 duplicados, 1 descartado y 13 por error de digitación.

De esta forma el análisis del evento intoxicación por fármacos se realiza con los datos depurados que son un total de 1036 notificaciones en Bogotá Distrito Capital.

El 75,19 % de los casos son confirmados por clínica y el 24,71% son confirmados por laboratorio y el 0,10 % son confirmados por nexa epidemiológico.

El 18% de las notificaciones corresponde a mezcla de fármacos o mezcla de un fármaco con otro tipo de sustancias químicas y el 82 % corresponde a principio activo único.

El grupo de edad más afectado es el de 20 a 25 años seguido por el de 15 a 20 años y el grupo de 25 a 30 años. El medicamento involucrado en las intoxicaciones mas feeciente fue la benzodiazepina, seguido por amitriptilina y acetaminofen.

Acorde con el tipo de exposición las intoxicaciones por medicamentos en el periodo enero a junio 2013, la más frecuente fue por intención suicida, seguida por conducta delictiva y accidente.

Tabla 83 Tipo de exposición de las intoxicaciones por medicamentos. Enero a Junio 2013.

Codificación	Tipo de Exposición	Número de Notificaciones	Porcentaje
1	Ocupacional	6	0,58
2	Accidental	113	10,91
3	Intencional Suicida	470	45,37
4	Intencional Homicida	7	0,68
6	Delictiva	223	21,53
8	Desconocida	166	16,02
9	Intencional psicoactiva/adicción	16	1,54

Fuente: Sivigila 2012. Enero a Junio de 2013. Actualización corte semana 26 de 2013.

Las alertas correspondieron en el primer semestre al 8,78% del total de notificaciones por intoxicaciones agudas con medicamentos, generándose en 86 casos en niños menores de 6 años 11 meses y 29 días y en 5 mujeres gestantes. En cuanto a la hospitalización, el 57,53 % de las notificaciones corresponden a pacientes que fueron hospitalizados. El comportamiento por ciclo vital el 41.60 % pertenece al ciclo vital adultez y en segundo lugar juventud con un porcentaje de 28,60 %.

Durante el periodo de estudio se notificaron siete (7) casos con condición final muerte, correspondiente al sexo masculino 4 casos de 1, 18, 20 y 36 años de edad y al sexo femenino de 36, 50 y 83 años de edad, intoxicados con tramadol, diclofenaco-antibióticos, morfina, olanzapina, litio y glucantime con tipo de exposición accidental, conducta suicida y desconocido.

2.6.7.6.5. Intoxicación por Sustancia Psicoactivas

El total de eventos de intoxicación aguda por sustancias psicoactivas reportados al SIVIGILA durante el primer semestre de 2013, fueron de 958 casos. De estos, 217 casos no corresponden al evento de interés, fueron descartados porque pertenecen a otros grupos de sustancias y fueron enviados al código correspondiente. Los criterios para retirar los casos se muestran en la siguiente tabla:

La distribución de las notificaciones de intoxicación por sustancias psicoactivas según localidad, mostraron que Usaquén fue la localidad con el mayor número de casos.

Las intoxicaciones por sustancias psicoactivas, se presentaron 506 casos en hombres (68,9%) y 229 en mujeres (31,1%). Las intoxicaciones se presentaron principalmente en individuos en secundaria.

Tabla 84 Nivel de escolaridad de casos de Intoxicación por Sustancias psicoactivas. Bogotá, enero – junio de 2013.

Escolaridad	Casos	Porcentaje %
Sin escolaridad	13	1,8
Primaria	91	12,4
Secundaria	436	59,4
Universitaria	194	26,4

Fuente: SIVIGILA 2013. Enero a junio de 2013. Actualización 19 de julio de 2013

En cuanto al estado civil, la mayor frecuencia de intoxicación se registró en personas solteras con 539 casos (73,4%), seguida de los casados con 115 casos (15,7%), unión libre con 68 casos (9,3%), divorciados 7 casos (1,0%), y viudos 5 casos (0,7%).

El mínimo de edad de los intoxicados fue de 4 años y el máximo fue de 91 años, con una media de 28,1 años.

Tabla 85 Casos de intoxicación por sustancias psicoactivas por ciclos vitales. Bogotá, enero – junio de 2013.

Ciclo Vital	Casos
01 < 1	0
02 - 1 a 5	1
03 - 6 a 13	23
04 - 14 a 17	138
05 - 18 a 26	264
06 - 27 a 44	214
07 - 45 a 59	66
08 - > 60	28

Fuente: SIVIGILA 2013. Enero a junio de 2013. Actualización 19 de julio de 2013

En cuanto al tipo de exposición, las intoxicaciones por sustancias psicoactivas fueron más frecuentes por intención o adicción, seguido por delictivas y por tipo desconocido.

Tabla 86 Tipo de exposición de las intoxicaciones por sustancias psicoactivas. Bogotá, enero – junio de 2013.

Codificación	Tipo de Exposición	Número de Notificaciones	Porcentaje
1	OCUPACIONAL	1	0,1
2	ACCIDENTAL	14	1,9
3	INTENCIONAL SUICIDA	14	1,9
4	INTENCIONAL HOMICIDA	2	0,3
6	DELICTIVA	160	21,8
8	DESCONOCIDA	146	19,9
9	INTENCIONAL PSICOACTIVA/ADICCION	382	52,0
10	AUTOMEDICACIÓN/AUTOPRESCRIPCIÓN	15	2,0

Fuente: SIVIGILA 2013. Enero a junio de 2013. Actualización 19 de julio de 2013

A continuación se presenta las vías de exposición con las cuales se presentaron las intoxicaciones por sustancias psicoactivas:

Tabla 87 Vía de exposición de las intoxicaciones por sustancias psicoactivas. Bogotá, enero – junio de 2013

Vía exposición	casos	Porcentaje (%)
Oral	373	50,8
Respiratoria	179	24,4
Desconocida	167	22,8
Intramuscular/intravenosa	7	1,0
Dérmica	4	0,5
Otra	3	0,4
Ocular	1	0,1

Fuente: SIVIGILA 2013. Enero a junio de 2013. Actualización 19 de julio de 2013

Se encontraron 326 casos (44,4%) que requirieron manejo intrahospitalario, de los cuales se presentaron 2 fallecimientos. Para este periodo, se presentaron 2 alertas con respecto a esta intoxicación, de las cuales una (1) se presentó en una mujer embarazada con alcohol etílico, con intencionalidad psicoactiva, la otra se presentó en un menor de 5 años con sustancia desconocida y según lo reportado en la base fue automedicación.

La proporción de incidencia de las intoxicaciones por sustancias psicoactivas en Bogotá para el periodo enero – junio de 2013, fue de 9,6 por cada 100.000 habitantes. La tasa de letalidad de las intoxicaciones por

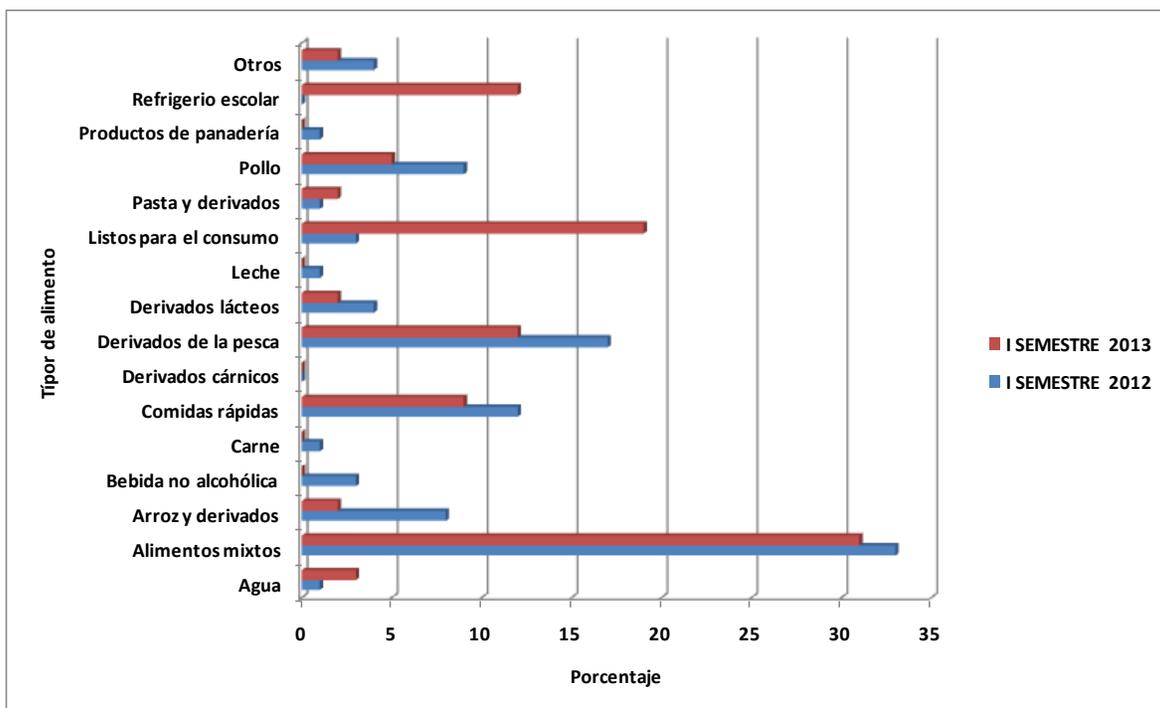
sustancias psicoactivas en Bogotá para el periodo enero – junio de 2013, fue de 0,27 por cada 100 habitantes.

2.6.7.6.6. Informe Brotes de Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)

Por tipo de alimento se observa que en los primeros semestres de los años 2012 y 2013, la mayor proporción el alimento posiblemente implicado pertenece a ‘alimentos mixtos’ (33 y 31% respectivamente), seguido de derivados de la pesca (17% y 12% respectivamente); comidas rápidas (12 y 9% respectivamente).

En el año 2013, se observa un aumento respecto al año anterior de los brotes ocasionados por alimentos listos para el consumo (19%) y refrigerios escolares (12%). La alta proporción de alimentos mixtos muestra que aún falta hacer el ejercicio de definir el alimento involucrado y se cierran los eventos sin determinar específicamente cual fue el causante.

Gráfica 54 Distribución porcentual de brotes de ETA por tipo de alimento involucrado. Primer semestre de 2012 - 2013



Fuente: SIVIGILA Distrital. Semanas epidemiológicas 1 a 26, datos preliminares.

El grupo de edad más afectado en ambos años es el de 10 a 14 años (15% y 26% respectivamente), seguido del grupo de 5 a 9 años (9% y 16%). El 13% y 10% respectivamente, de la población afectada en los años 2012 y 2013 se ubica en el grupo de 15 a 19 años.

Por lugar de consumo, se puede observar que igual que en el periodo anterior, se mantiene la mayor frecuencia de brotes ocurridos en el hogar (46%), que ocupa el primer lugar. En el 2013, el segundo lugar lo ocuparon los establecimientos educativos con 19%. Los restaurantes comerciales ocupan el tercer lugar con 18%, menor que en el 2012 cuando fue del 32%. No se presentaron brotes en establecimientos penitenciarios en el primer semestre de 2013, los que en el año anterior representaron el 4%.

Dentro del ítem 'otros', que tuvieron una participación del 12% y 11% en los años 2012 y 2013 respectivamente, se ubican aquellos lugares que no se pueden incluir en ninguna de las clasificaciones anteriores como son: empresas y/o fábricas, parques de diversiones, supermercados, IPS, centros de emergencias, etc.

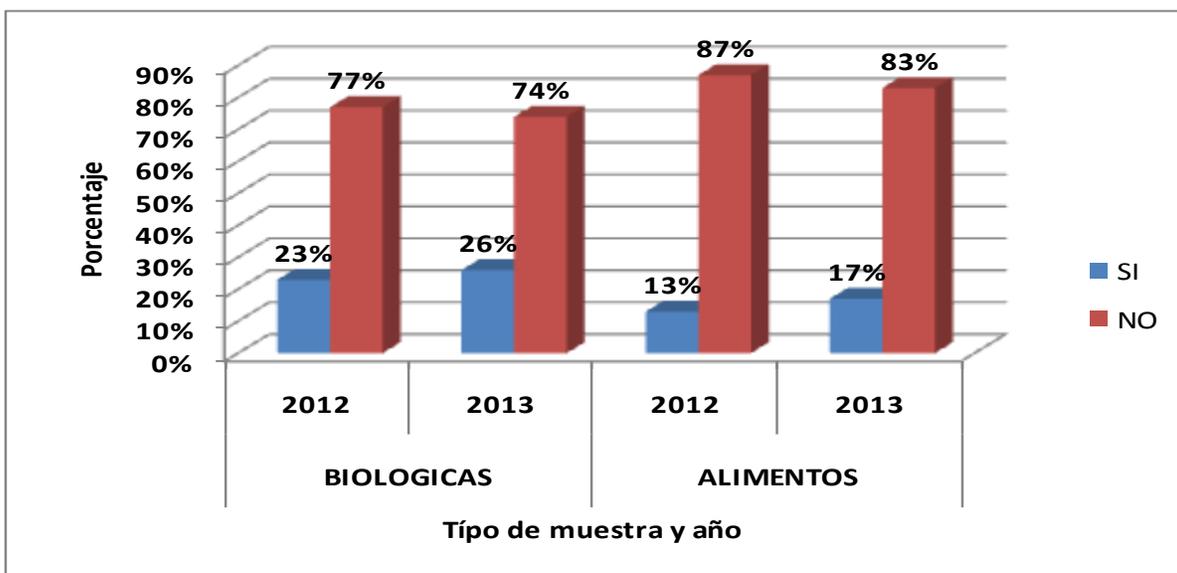
Tabla 88 Distribución de los brotes de ETA por lugar de consumo. Bogotá, DC. Primer semestre de 2012 – 2013

TIPO ESTABLECIMIENTO	I semestre 2012		I semestre 2013	
	No.	%	No.	%
CASINO PARTICULAR	2	3%	1	2%
CLUB SOCIAL	4	5%	2	4%
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	3	4%	11	19%
ESTABLECIMIENTO MILITAR	1	1%	1	2%
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO	3	4%	0	0%
HOGAR	29	39%	26	46%
OTRO	9	12%	6	11%
RESTAURANTE COMERCIAL	24	32%	10	18%
TOTAL	75	100%	57	100%

Fuente: SIVIGILA Distrital. Semanas epidemiológicas 1 a 26, datos preliminares.

Con relación a las muestras de alimentos, también hubo un ligero incremento de un año al otro; en el 2012 el 13% de los brotes se obtuvieron muestras de alimentos, mientras que en el 2013 se tomó en el 17%.

Gráfica 55 Distribución porcentual de brotes de ETA en los cuales se tomaron muestras biológicas de las personas afectadas. Bogotá, Primer semestre de 2012 – 2013



Fuente: SIVIGILA Distrital. Semanas epidemiológicas 1 a 26, datos preliminares.

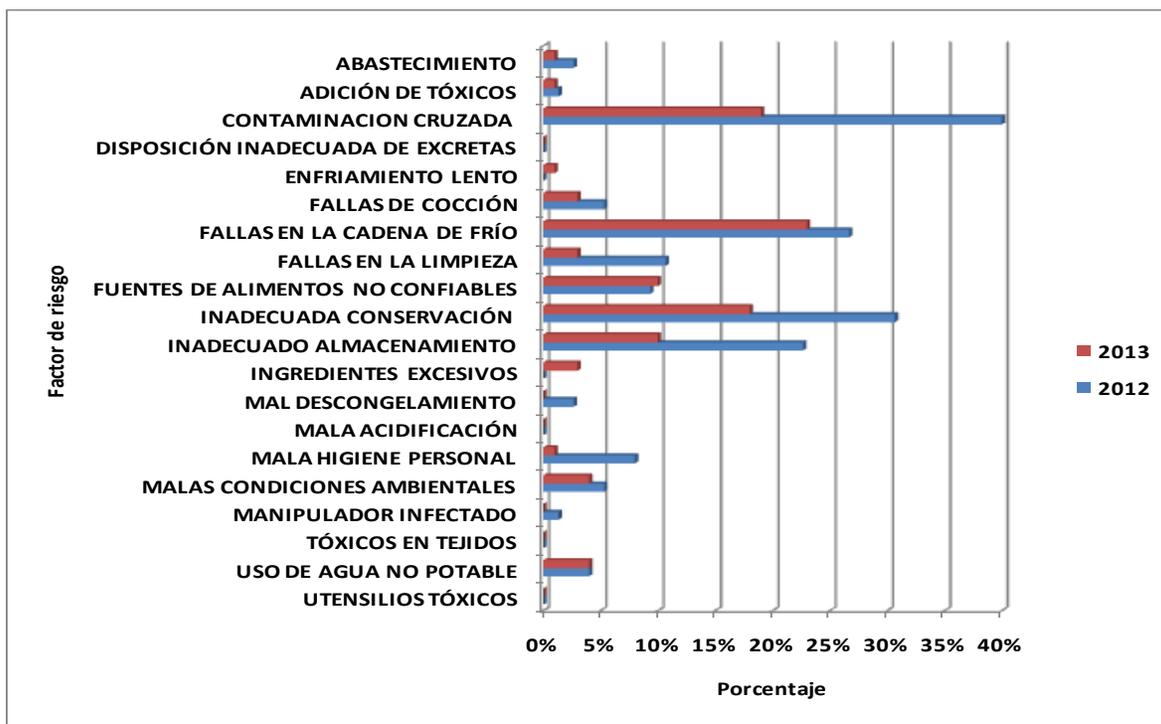
En las 15 muestras biológicas analizadas, los agentes identificados fueron Complejo *Entamoeba histolytica/dispar* (3) y *Escherichia coli* (1) En siete muestras no se detectó ningún micro-organismo, en tres “otro” y está pendiente por registrar en un brote si se aisló agente patógeno en la muestra analizada.

En las 10 muestras de alimentos analizadas los agentes identificados fueron Coliformes fecales en tres de éstas. En cuatro muestras no se detectó agente patógeno, en dos brotes está pendiente el ajuste y en una muestra se aisló “otro”.

Para 2012 y 2013 se encontraron fallas en la cadena de frío (27 y 23%); contaminación cruzada (40 y 19%); inadecuada conservación de los alimentos (31 y 18%) e inadecuado almacenamiento en el 23 y 10% respectivamente para los años 2012 y 2013. Factores de riesgo como mala acidificación, enfriamiento lento, uso de utensilios tóxicos y tóxicos en tejidos no fueron referidos.



Gráfica 56 Factores de riesgo identificados en los estudios de brote de ETA. Bogotá, Primer semestre de 2012 y 2013.



Fuente: SIVIGILA Distrital. Semanas epidemiológicas 1 a 26, datos preliminares.

En cuanto a la aplicación de medidas sanitarias de seguridad, se observa que en el 65% de los brotes de ETA atendidos en el 2013 y en el 60% de los del 2012, no se aplicó medida alguna; en el 11% en el 2012 y en el 2% en el 2013 se aplicó clausura del establecimiento; en el 1% y en el 0% respectivamente se aplicó medida de suspensión de trabajos y servicios; se hizo decomiso de productos en el 7% en los dos años. Se realizó medida preventiva que consistió en educación sanitaria en el 4% de los brotes del 2012 y en el 2% de los notificados en el 2013. No se informó congelación de productos, aislamiento de personas ni vacunación en ninguno de los dos años.

**Tabla 89 Porcentaje de medidas sanitarias aplicadas en las atenciones de brotes de ETA.
Primer semestre de 2012 - 2013.**

Medida Sanitaria	2011		2012	
	No.	%	No.	%
Ninguna	45	60%	37	65%
Clausura del establecimiento	8	11%	1	2%
Suspension de trabajos o servicios	1	1%	0	0%
Congelación de productos	0	0%	0	0%
Decomiso de productos	5	7%	4	7%
Aislamiento	0	0%	0	0%
Vacunación	0	0%	0	0%
Control de insectos	0	0%	1	2%
Medida preventiva	3	4%	1	2%
Total brotes	75	100%	57	100%

Fuente: SIVIGILA Distrital. Semanas epidemiológicas 1 a 26, datos preliminares.

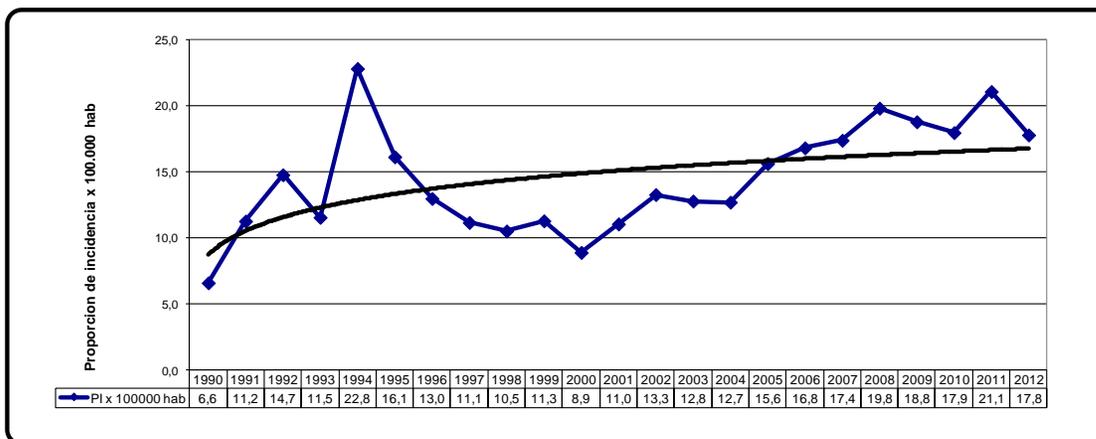
2.6.7.7. Comportamiento de los eventos de infecciones de transmisión sexual

2.6.7.7.1. VIH/SIDA

En la Grafica 57, se observa el número de casos acumulados de VIH/Sida notificados entre 1.985 y la semana epidemiológica 26 siendo 22.788, aquí se encuentran incluidos casos nuevos, actualizaciones en el estadio clínico y muertes por SIDA.

La proporción de incidencia por 100.000 habitantes, nos permite observar la relación entre el número de casos notificados por año y la población estimada para la ciudad para el mismo periodo. En el análisis histórico se observa que esta aumento de forma sostenida hasta 2.008. Pasando de 6,6 casos por cada 100.000 habitantes en la década de los 90's a 19,8 casos en 2.008.

Gráfica 57 Proporción de incidencia de VIH/SIDA por 100.000 habitantes 1990 a 2012, Bogotá D.C.



Fuente: SIVIGILA SAA – SDS 1.990 a 2012

Fuente población: Proyecciones poblacionales DANE

Desde 2.009 se ha observado un cambio en la dinámica de la epidemia, según el SIVIGILA se han venido registrando menores notificaciones de este evento a excepción de 2.011 cuando se hicieron dos estudios de prevalencia en poblaciones de mayor vulnerabilidad lo cual aumento el diagnóstico. Para segundo trimestre de 2.013 se han notificado 819 casos, lo cual representa un aumento de 17,5% con relación a los 697 casos notificados para el mismo periodo de 2.012, este aumento puede estar relacionado con la ejecución del Proyecto VIH del Fondo Mundial que aumento las acciones de diagnóstico en poblaciones de mayor vulnerabilidad.

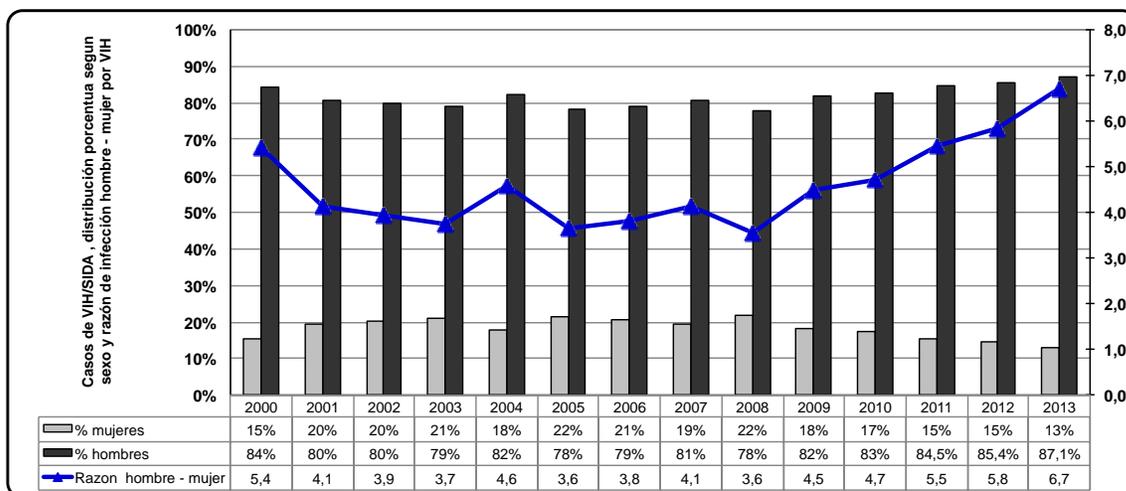
De la totalidad de personas notificadas como VIH/Sida en el II trimestre de 2013 el 10,7% correspondieron a casos que no provenían del Distrito Capital en comparación con el mismo periodo de 2.012 no se presentaron mayores diferencias siendo de 9,9%. Cundinamarca con el 6,27% es el departamento en el cual residen la mayor parte de las personas notificadas que no proceden del Distrito Capital, esto es esperable por ser ciudad central de la región y donde se encuentran la mayoría de instituciones de referencia para el tratamiento de esta condición en salud. Es preocupante identificar que Personas Viviendo con VIH de zona lejanas tengan que desplazarse al Distrito Capital para recibir atención especializada, lo anterior afecta la oportunidad en la atención e impacta negativamente la calidad de vida de las personas.

2.6.7.7.1.1. Razón de infección hombre mujer

La razón de infección hombre mujer por VIH nos permite ver por cada mujer que se esta infectando cuantos hombres lo están haciendo, para II trimestre de 2013 este indicador es de 6,7:1. En el periodo analizado se observan dos comportamiento, el primero de aumento en el aporte de las mujeres al número de casos (2.000 a 2.008) y el segundo (2.008 a 2.013) una disminución en el aporte.



Gráfica 58 Casos de VIH/SIDA , distribución porcentual según sexo y razón de infección hombre - mujer por VIH, Bogotá D.C 2.000 a II trimestre 2.013



Fuente: SIVIGILA SAA – SDS 2.000 a II trimestre 2.013

Aunque parece que las mujeres se están viendo menos afectadas por la epidemia por VIH en los últimos 5 años, es fundamental hacer un mayor ejercicio del análisis para definir si este comportamiento es real o se relaciona con menor acceso de las mujeres al diagnóstico para VIH y mayores acciones de prevención en grupos hombres de mayor vulnerabilidad ante el VIH.

2.6.7.7.1.2. Distribución por grupo de edad

Para el Distrito Capital a II trimestre de 2.013 los grupos más afectados fueron las personas entre los 20 y 44 años con 77,9% de los casos, este grupo muestra un comportamiento similar para los mismos periodos de 2.012 y 2012 donde el promedio fue de 78,8%. Los grupos quinquenales más afectados a II trimestre de 2.013 son los de 25 a 29 con 21,0% y 20 a 24 con 18,1%, es de resaltar el aumento en este último el cual desplazo a las personas entre 30 y 34. Lo anterior indica que la epidemia esta afectando principalmente a la población más productiva social y económicamente, impactando en el número de años de vida saludable perdidos y expectativa de vida de Bogotá D.C.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 90 Casos de VIH notificados al SIVIGILA distribuidos por grupo de edad. Bogotá D.C, II trimestre de 2.013.

Grupo edad	II trimestre 2013	
	Frecuencia	Porcentaje
< 1 AÑO	0	0,0
1 A 4	2	0,2
5 A 9	2	0,2
10 A 14	1	0,1
15 A 19	25	2,7
20 A 24	167	18,1
25 A 29	194	21,0
30 A 34	164	17,7
35 A 39	104	11,2
40 A 44	92	9,9
45 A 49	59	6,4
50 A 54	55	5,9
55 A 59	27	2,9
60 A 64	17	1,8
65 Y +	16	1,7
Total general	925	100

Fuente: SIVIGILA, SDS II trimestre de 2013

Las tres localidades con la mayor Proporción de incidencia de VIH SIDA (PI) por 100.000 habitantes para II trimestre de 2.013 son, Chapinero, santa Fe y Candelaria, en comparación con 2012 se observan las mismas localidades en los primeros cuatro lugares, en general las mayores PI se concentran en la Red Centro Oriente de la ciudad a excepción de Chapinero y Teusaquillo que son de la Red Norte.

Debido al estigma y discriminación es probable que la distribución del probable mecanismo de transmisión relacionado con la orientación sexual se pueda ver afectado, sin embargo se muestra que el 99,0% de los casos en la ciudad se presentan por transmisión sexual, de estos el 45,9% corresponde a personas que reportaron tener practicas sexuales heterosexuales y el restante 53,1% corresponde a personas con prácticas sexuales homosexuales o bisexuales.

De los casos de transmisión materno-infantil el 84% (5 casos) correspondieron a residentes de Bogotá D.C, de estos únicamente uno corresponde a un caso nuevo para la ciudad esta en proceso de análisis para definir las acciones de mejora, los restantes casos son actualizaciones en estadíos clínicos.



Tabla 91 Número de casos y proporción relativa de casos de VIH/Sida o muerte por SIDA distribuidos según estadio clínico y probable mecanismo de transmisión, Bogotá D.C. II trimestre de 2013.

Mecanismo probable de transmisión	Estadio clínico al momento de la notificación						Total general
	VIH	Porcentaje	SIDA	Porcentaje	Muerte SIDA	Porcentaje	
Heterosexual	266	39,1	119	64,7	41	78,8	425
Homosexual	350	51,4	59	32,1	11	21,2	420
Bisexual	61	9,0	9	4,9	1	1,9	71
Perinatal	4	0,6	0	0,0	2	3,8	6
Uso de drogas IV	0	0,0	0	0,0	2	3,8	2
Accidente trabajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Transfusión sanguínea	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Total general	681	100	184	100	52	100	925

Fuente: SIVIGILA, SDS II trimestre 2013

En el momento no esta disponible el denominador para hacer el calculo de la proporción según la definición del INS. De los 31 casos de mujeres gestantes 28 son residentes en la ciudad, esto muestra un aumento de 6 casos en relación con el mismo periodo del año anterior.

Tabla 92 Número de casos y proporción relativa de casos de VIH/Sida o muerte por SIDA que reportan embarazo en el momento del diagnostico, Bogotá D.C. II semestre de 2.013.

Gestación	Casos	Porcentaje
SI	31	3,4
NO	894	96,6
Total general	925	100,0

Fuente: SIVIGILA, SDS II trimestre 2013

2.6.7.7.2. Sífilis Gestacional

La tabla anterior muestra como en la ciudad la razón de incidencia aumento con relación a los años anteriores, es de especial interés como las mayores cifras se concentran el la Subred Centro Oriente, lo anterior relacionado con importantes condiciones sociales de inequidad que definen una mayor vulnerabilidad ante la sífilis y menores posibilidades de acceso a acciones preventivas y de tratamiento.

Tabla 93 Razón de incidencia de Sífilis gestacional por 1.000 nacidos vivos según localidad de residencia, Bogotá D.C. 2.009 - II trimestre de 2.013

Número	LOCALIDAD RESIDENCIA	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013
		RAZON PREVALENCIA				
1	USAQUEN	0,5	0,2	0,5	2,1	2,8
2	CHAPINERO	0,5	0,6	0,8	1,5	2,0
3	SANTAFE	4,0	3,3	2,5	11,5	22,8
4	SAN CRISTOBAL	2,1	1,7	1,0	7,9	6,6
5	USME	1,2	1,2	0,7	6,3	8,9
6	TUNJUELITO	0,8	0,7	1,0	5,4	4,7
7	BOSA	1,1	0,9	1,5	5,2	6,1
8	KENNEDY	0,7	1,0	1,1	3,6	4,3
9	FONTIBON	0,5	0,5	0,4	3,2	2,4
10	ENGATIVA	0,7	0,4	0,5	2,5	2,0
11	SUBA	0,2	0,4	0,4	2,9	2,7
12	BARRIOS UNIDOS	1,2	1,2	0,9	4,9	2,5
13	TEUSAQUILLO	0,3	0,2	0,4	2,6	3,6
14	LOS MARTIRES	4,8	2,6	3,1	20,4	23,4
15	ANTONIO NARIÑO	0,5	1,7	2,2	11,4	3,6
16	PUENTE ARANDA	0,8	1,0	1,1	5,7	4,1
17	LA CANDELARIA	0,0	7,1	0,8	56,9	30,1
18	RAFAEL URIBE URIBE	1,4	1,5	1,7	6,5	8,2
19	CIUDAD BOLIVAR	1,1	1,5	1,5	6,9	8,3
20	SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Razon de prevalencia Bogotá x 1000 NV	3,5	4,3	4,2	5,0	5,4

Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2009 - II trimestre 2013
Fuente 2009-2013: Nacidos vivos DANE preliminar

La sífilis gestacional esta afectando principalmente a la mujeres gestantes más jóvenes del Distrito Capital, para 2.013 se continua la tendencia a la menor proporción aportada por el grupo de 25 a 29 años, sin embargo en todo el periodo se identifica como de forma leve pero sostenida el grupo de 15 a 19 años y 30 a 34 años muestra tendencia al aumento.

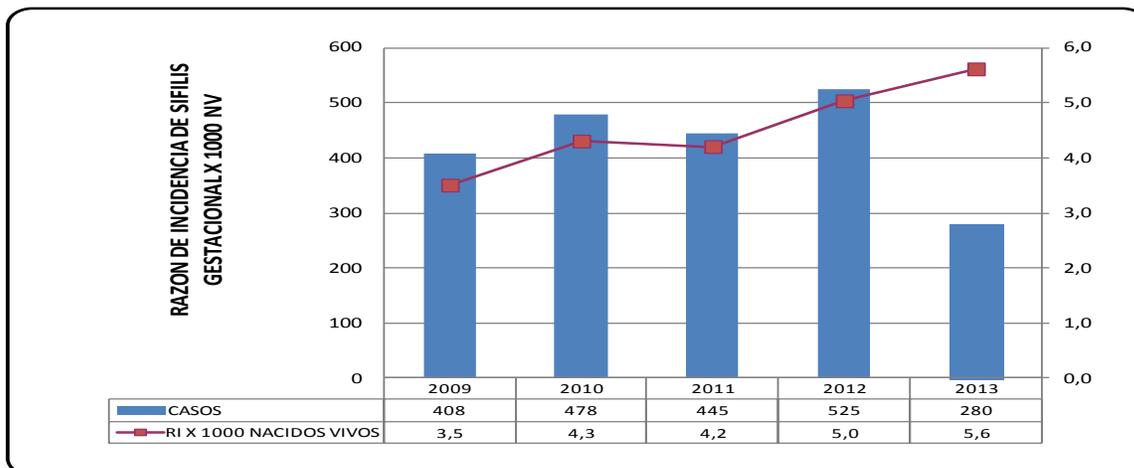
La razón de incidencia de sífilis gestacional muestra para periodo analizado esta tiene una tendencia al aumento, presentándose en 2.012 con 5,0 por cada 1.000 nacidos vivos el indicador más alto de los últimos 4 años. Para II trimestre de 2.013 el número de casos aumento un 10% en comparación con el mismo periodo de 2.012, este aumento es inferior al compararlo con el presentado entre 2.012 y 2.011 que fue del 15%.

El indicador especifico indica la continuidad en la tendencia al aumento de la sífilis gestacional en la ciudad, esto está relacionado con importantes estrategias que se han venido desarrollando desde 2.010,



especialmente el 2.012 cuando se creó el proyecto especial de *Fortalecimiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita*.

Gráfica 59 Razón de incidencia de Sífilis gestacional por 1.000 nacidos vivos, Bogotá D.C. 2.009 a II trimestre de 2.013



Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2006 – II trimestre de 2013

Fuente 2006-2010: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos Fuente 2009 -2010:

Certificado de Nacido Vivo- Bases de

datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares

Fuente 2011 – 2.013: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares

Bogotá no cumple la meta de incidencia de sífilis congénita inferior a 0,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos sin embargo la incidencia para el periodo analizado es inferior a la del año anterior. Según las localidades de residencia Sumapaz, Candelaria y Teusaquillo con 0 casos aprueban la meta, al igual que la sífilis gestacional las mayores incidencias se presentan en localidades con altos niveles de vulnerabilidad social y donde se concentran poblaciones que por razones sociales, económicos y educativos son más vulnerables ante la sífilis y otras ITS, lo cual en algunas de estas poblaciones se asocia con consumo de sustancias psicoactivas y habitabilidad en calles, especialmente en la zona de la Subred Centro Oriente.

Tabla 94 Incidencia de Sífilis gestacional por 1.000 nacidos vivos según localidad de residencia, Bogotá D.C. 2.009 a II trimestre de 2.013

Nro	Localidad Residencia	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013
		Incidencia	Incidencia	Incidencia	Incidencia	Incidencia
1	USAQUEN	0,8	0,3	0,3	1,0	2,1
2	CHAPINERO	0,2	0,0	0,0	1,0	1,0
3	SANTAFE	4,3	5,1	4,1	7,6	16,1
4	SAN CRISTOBAL	2,2	1,7	1,5	4,7	2,6
5	USME	0,8	1,0	1,0	2,1	4,3
6	TUNJUELITO	1,2	0,7	0,8	3,0	2,7
7	BOSA	0,8	0,5	1,0	1,7	1,2
8	KENNEDY	0,9	0,8	0,8	1,5	1,2
9	FONTIBON	0,4	0,7	0,6	1,1	0,9
10	ENGATIVA	0,5	0,4	0,2	0,8	1,3
11	SUBA	0,9	0,6	0,6	1,3	1,8
12	BARRIOS UNIDOS	0,6	0,6	0,6	0,6	1,3
13	TEUSAQUILLO	0,0	0,0	0,4	1,7	0,0
14	LOS MARTIRES	5,2	2,5	3,5	15,5	11,7
15	ANTONIO NARIÑO	2,2	2,0	1,6	3,8	1,8
16	PUENTE ARANDA	0,1	1,1	0,7	2,0	1,4
17	LA CANDELARIA	0,0	10,0	0,0	35,9	0,0
18	RAFAEL URIBE URI	1,6	1,9	1,6	4,2	1,4
19	CIUDAD BOLIVAR	0,8	1,7	1,7	4,7	2,4
20	SUM APAZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	TOTAL	2,1	2,1	1,9	2,5	2,1

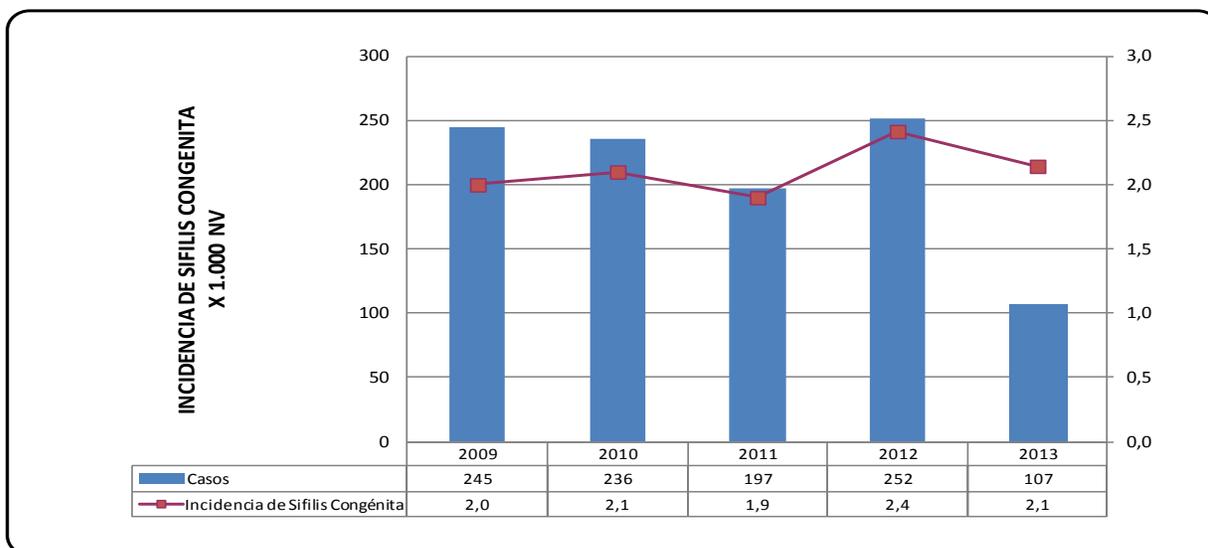
Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2009 - II trimestre 2013
Fuente 2009-2013: Nacidos vivos DANE preliminar

Es importante resaltar que al existir errores en la clasificación de casos de sífilis gestacional se van a presentar igualmente errores en la clasificación de sífilis congénita al esta ser confirmada por nexos epidemiológicos. Con respecto al número de casos para el II trimestre de 2.013 (107) estos son muy similares al mismo periodo del año anterior (103).

La incidencia de sífilis congénita después del aumento de 2.012, a II trimestre de 2.013, pareciera tener un leve descenso, se reitera la importancia de fortalecer el aplicativo SIVIGILA para que este genere los filtros

para la información con el fin de restringir el ingreso de caso de sífilis gestacional y posteriores nexos epidemiológicos.

Gráfica 60 Incidencia de sífilis congénita en Bogotá, 2009 a 2012



Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2009 – II trimestre 2013

Fuente 2009-2010: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos Fuente 2009 -2010:

Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares

Fuente 2011 – 2013: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares

A II trimestre de 2.013 no se han notificado casos de muertes atribuibles a sífilis congénita, para el mismo periodo de 2.012 se había presentado una (1) muerte por esta razón.

2.6.7.7.3. Hepatitis B

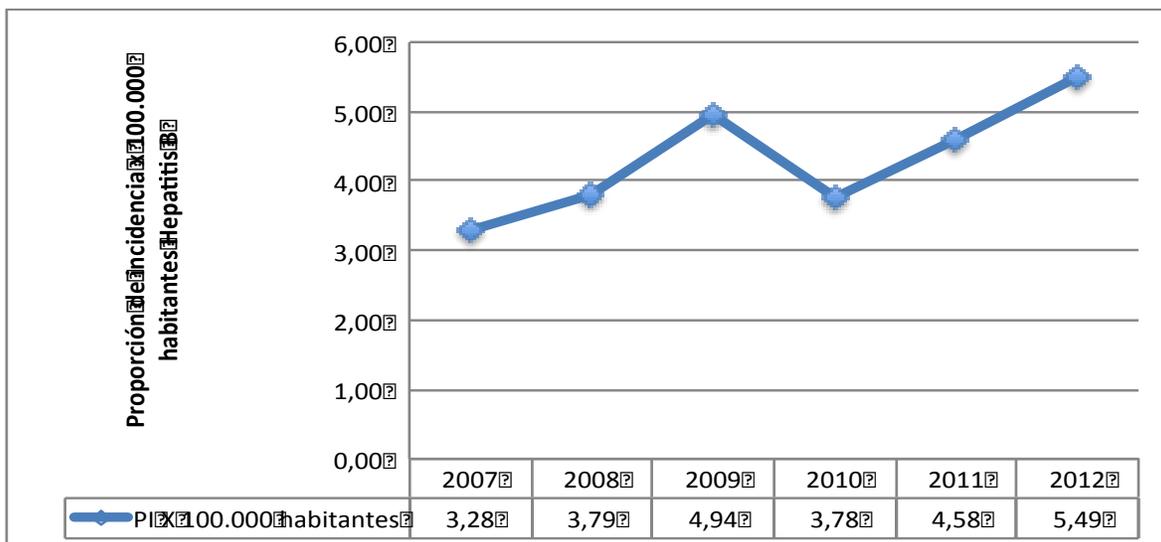
Hepatitis B muestra en el periodo analizado una clara tendencia al aumento, la disminución en 2010 pudo estar relacionada con el cambio del aplicativo SIVIGILA que en general disminuyo la notificación de todos los eventos para ese año, el aumento sostenido se considera relacionado con los esfuerzos por sensibilizar los(as) profesionales de la salud para mayor acceso a la pruebas diagnósticas ante la Hepatitis B, así como capacitación permanente para reconocer este evento como prevalente en la ciudad y que requiere fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública.

Por ser un indicador con denominador población total para el año no se incluye en la grafica los datos a II trimestre de 2.013 pues generarían una falsa imagen de disminución. Para el periodo en mención se han notificado 187 casos lo que representa 8,0% menos casos que el mismo periodo para 2.012 donde se habían notificado 202 casos.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 61 Proporción de incidencia de hepatitis B por 100.000 habitantes 2007 a 2012, Bogotá D.C.

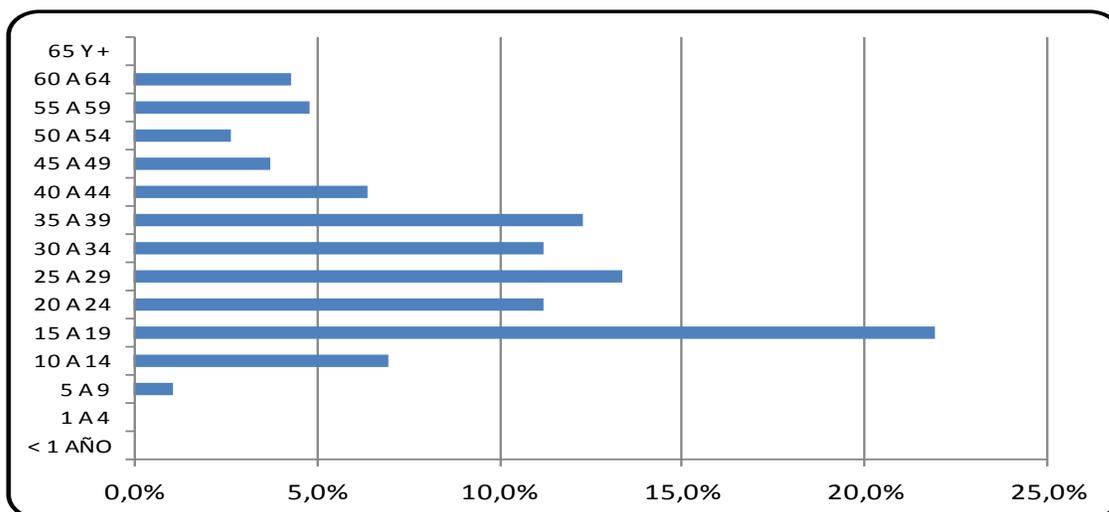


Fuente: SIVIGILA, SDS 2.007 a 2.012

El grupo de edad más afectado son las personas entre los 15 y 39 años de edad quienes aportan el 70,1% de los casos. Se evidencia como este evento tiene una importante relación con las prácticas sexuales y al igual que las otras ITS concentra las notificaciones entre 15 y los 49 años con el 80,2% del total de casos, siendo los grupos de 15 a 19 años con el 21,1%, seguido de las personas de 25 a 29 años con 13,4%. Llama la atención el importante aumento en las personas de 15 a 19 años quienes generalmente se encuentran en los terceros o cuartos lugares.

Con respecto a la distribución según sexo se observa una mayor afectación en hombres con el 55,6% en relación con el 44,4% en mujeres, esta diferencia es menos marcada que en otro tipo de ITS.

Gráfica 62 Distribución porcentual según grupos quinquenales de edad de los casos notificados por Hepatitis B, Bogotá D.C. II trimestre 2.013.



Fuente: SIVIGILA, SDS II trimestre 2.013

2.6.7.7.4. Hepatitis C

La Hepatitis C muestra un comportamiento muy similar al de la hepatitis B, esto puede estar relacionado con las prácticas de riesgo las cuales son compartidas por los dos eventos en algunos momentos. Por ser un indicador con denominador población total para el año no se incluye en la grafica los datos a II trimestre de 2.013 pues generarían una falsa imagen de disminución. Para el periodo en mención se han notificado 21 casos lo que representa 52,3% menos casos que el mismo periodo para 2.012 donde se habían notificado 32 casos.

Gráfica 63 Proporción de incidencia de hepatitis C por 100.000 habitantes 2007 a 2012, Bogotá D.C.



Fuente: SIVIGILA, SDS 2.007 a 2.012

A diferencia de las otras ITS la distribución por edad es menos consistente y parece estar afectando dos grupos diferentes, el primero personas entre los 20 y 34 años de edad que aportan el 42,9%, es presumible que la infección en este grupo esta asociada a prácticas de riesgo tales como relaciones sexuales si uso de preservativo, consumo de sustancias psicoactivas entre otras, el siguiente grupo es el de personas entre los 40 y 64 años que aportan el 52,4% y puede tener una mayor asociación a recibir transfusiones sanguíneas antes de ser implementados los sistemas de hemovigilancia, u otro tipo de condiciones de salud como las enfermedades renales crónicas que los puede hacer más vulnerables ante la Hepatitis C.

2.6.7.8. Comportamiento de los eventos de zoonosis

2.6.7.8.1. Agresión por animal potencialmente transmisor de rabia

Este evento hace referencia específicamente a la agresión causada por un animal potencialmente transmisor de rabia como indica su nombre. Se debe hacer la diferenciación entre este evento y el evento de rabia humana o animal, pues no toda agresión de un animal se configura en un caso de rabia y justamente por esto se cambio el nombre de exposición rábica a agresión por animal potencialmente transmisor de rabia. Con respecto al evento se analizaran principalmente los datos relacionados con números de casos por semana epidemiológica, sexo, grupo etario, especie de animal agresor, tipo de exposición, lugar de ocurrencia de la agresión, tipo de agresión y tipo de exposición. No obstante se presentaran resultados relacionados con variables como oportunidad de notificación, oportunidad del ajuste, oportunidad de la consulta por parte del afectado y eventos duplicados.

Entre la semana 1 a 26 del 2013, se han notificado un total de 7.720 agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia en el Distrito. Como se evidencia en la tabla 1, la notificación de casos ha mantenido un comportamiento casi que constante en donde no se evidencia picos marcados de aumento o disminución en la presentación del evento. Las semanas 3, 5 y 7 fueron en donde más casos se notificaron, sin embargo la diferencia entre estas semanas en cuanto número de caso es mínima, lo que nos permite concluir que durante el semestre, el evento se ha presentado de forma permanente, constante y consistente. Este evento en particular, no se considera un evento que cuenta con periodicidad determinada para aumento o disminución de casos, es un evento que se presenta todo el año y de forma constante; algunas veces se puede evidenciar un aumento de casos en las temporadas de vacaciones, pues debido a que hay mayor presencia de los niños en las calles o en parques aumenta el riesgo a ser agredidos por un animal, principalmente caninos.

A semana 27 del año 2012 se había notificado 5959 casos de agresión animal, comparativamente con los datos de este año, se evidencia un aumento del 23% de casos notificados par el mismo periodo de tiempo, situación que ha sido consistente durante los últimos 3 años, pues en el año 2012 en el mismo periodo se reportaba un incremento de aproximadamente el 21% en relación a los casos notificados en durante el I semestre del 2011. Esta situación puede estar relacionada con dos variables:

1. Al incremento en la notificación del evento debido a que la comunidad, el personal asistencial, el área de epidemiología de las IPS, EPS y localidades están más sensibilizadas al respecto permitiendo con ello contar con un ejercicio de notificación más juicioso del evento.

2. Al probable incremento de la población canina y felina del Distrito, lo cual haría que inevitablemente aumente el riesgo de agresiones por parte de estos animales, principalmente en aquellas localidades en las que se ha evidenciado una alta densidad poblacional y una tenencia irresponsable de animales de compañía (Usme, Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe y San Cristóbal).

Con respecto al comportamiento del evento de acuerdo al sexo afectado es importante destacar que el 56% de los casos ocurrió en personas del género masculino y un 44% son del género femenino. Esto se debe relacionar con el perfil ocupacional de ambos géneros, pues esta claro que en su gran mayoría son los hombres quienes adelantan actividades económicas fuera del hogar y esto aumenta el riesgo de ser agredidos por animales callejeros.

A pesar de que el evento no presenta mayores variabilidades en relación a la temporalidad en que se notifican los casos, en el caso específico del grupo etario, se puede observar en la tabla 2, es un evento en que los principales afectados son personas jóvenes, es decir entre los 1 a 25 años, no obstante llama la atención que los adultos mayores (más de 60 años) se ven igualmente afectados en una alta proporción. Respecto a las edades que más afectadas se ven, es importante tener en cuenta las actividades que rutinariamente desarrollan las personas de dichas edades y el riesgo que ello conlleva en términos de estar expuestos a ser agredidos por animales.

Tabla 95 Casos notificados de agresión por animal potencialmente transmisor de rabia distribuido por grupo etario. Bogotá I Semestre, 2013.

Menores de 1 año	18
1 a 5 años	796
6 a 10 años	1.109
11 a 15 años	889
16 a 20 años	802
21 a 25 años	747
26 a 30 años	596
31 a 35 años	449
36 a 40 años	347
41 a 45 años	348
46 a 50 años	405
51 a 55 años	303
56 a 60 años	289
Mayores de 60 años	622
Total general	7.720

Fuente: SIVIGILA. Semana 1 a 26 de 2013. Actualizado 15/07/2013

La mayor proporción de casos ocurren en niños entre 1 año y los 10 años de edad, situación que puede relacionarse con condiciones propias de la edad, es decir los niños perciben en menor grado el riesgo que representa acariciar, jugar, acercarse e interactuar con animales, de hecho la mayoría de niños gustan de compartir espacios e interactuar con caninos y felinos. Principalmente los niños hasta los 5 años, no muestran – en su mayoría – aversión a los animales y se muestran más seguros al momento de manipular a los mismos. Esta situación se constituye en un factor que facilita que las personas pertenecientes a este grupo etario sean agredidos por caninos y felinos principalmente. No obstante llama la atención que el mayor número de notificaciones se reporta en niños entre los 6 a 10 años. Esta situación puede deberse en que sumado a la situación previamente descrita, dichos niños están en edad escolar, por lo que permanezcan más tiempo fuera de casa – tiempo de desplazamiento de la casa a su lugar de estudio - situación que típicamente no tendría mayor importancia, pero que al relacionarlo con las localidades y estratos socioeconómicos donde se presenta el mayor número de agresiones puede adquirir relevancia y por lo tanto ser un factor de riesgo para esta población. Son además los grupos etarios donde se puede evidenciar un acercamiento un poco distinto hacia los animales, pues ya no es la curiosidad lo que los motiva a interactuar con animales en distintas condiciones sino que en algunos casos sus juegos hacen del animal una parte indispensable para el desarrollo del mismo, llegando con ello a irritar el animal y provocar en él una reacción defensiva que concluye con una agresión.

De igual forma se debe tener en cuenta que un alto número de los eventos ocurre en jóvenes en edad laboral, situación que genera un efecto indirecto en la economía. Si bien es cierto no se cuenta con un dato exacto con respecto al ausentismo escolar o laboral a causa de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, podríamos inferir que al menos a una cuarta parte del total de personas afectadas se les da una incapacidad médica que puede ir desde un día hasta una semana - incluso más tiempo - dependiendo de la gravedad de la lesión producida por el animal.

Para poder definir claramente si hubo o no exposición al virus rábico y que tipo de exposición es la que sufrió la persona, se debe evaluar por parte del médico tratante y revisada por el epidemiólogo la configuración de las siguientes 5 variables:

1. Especie del animal agresor
2. Circunstancias en las que ocurrió la agresión
3. Antecedente Vacunal del Animal
4. Antecedente Vacunal del Paciente
5. Localización anatómica de la lesión

El ejercicio correcto es evaluar cada una de las anteriores variables de forma tal que se defina el caso de forma adecuada clasificándolo correctamente y por lo tanto instaurando la terapéutica adecuada.

A continuación se presentarán los resultados y un corto análisis de cada una de las variables con base en lo notificado al SIVIGILA.

Como se puede evidenciar, las especies son responsables de la gran mayoría de las agresiones notificadas en el Distrito son los caninos (84%) y los felinos (15%). Lo anterior se debe principalmente a dos factores:

1. A la alta población de estas especies presente en la ciudad, en comparación con otras especies transmisoras.
2. Al contacto constante que tienen los habitantes de la ciudad con estas especies, pues son animales que conviven rutinariamente y de forma cercana con la población.

Llama sin embargo la atención, el reporte que existe de agresiones por otras especies como bovinos y micos ocurridas en la ciudad. En el caso de los bovinos, se reportaron agresiones en las localidades de Fontibón, Antonio Nariño, Usaquén, Tunjuelito y Suba; en el caso de las agresiones ocasionadas por esta especie animal, los equinos y porcinos, debería evaluarse las circunstancias en que ocurre la agresión, pues probablemente las mismas están relacionadas con la manipulación rutinaria que se realiza de estos animales como parte de la cría de los mismos, es decir que estas agresiones podrían tratarse de accidentes laborales por un mal manejo de animales. En el caso de los micos, llama la atención que del total de las agresiones ocasionadas por esta especie solamente el 39% de las mismas ocurrieron fuera de la ciudad en Zoológicos y zonas selváticas; 43% de las agresiones ocurrieron en la Universidad Nacional y 17% ocurrió en las localidades de San Cristóbal y Kennedy, situación que no debería presentarse, pues la tenencia de estos animales en viviendas no está permitido, por tratarse de especies silvestres. Las agresiones ocasionadas por murciélagos, siguen siendo reportadas como ocurridas fuera de Bogotá durante este I semestre, los casos provienen principalmente de los llanos orientales y el sur del departamento de Cundinamarca en límites con Tolima.

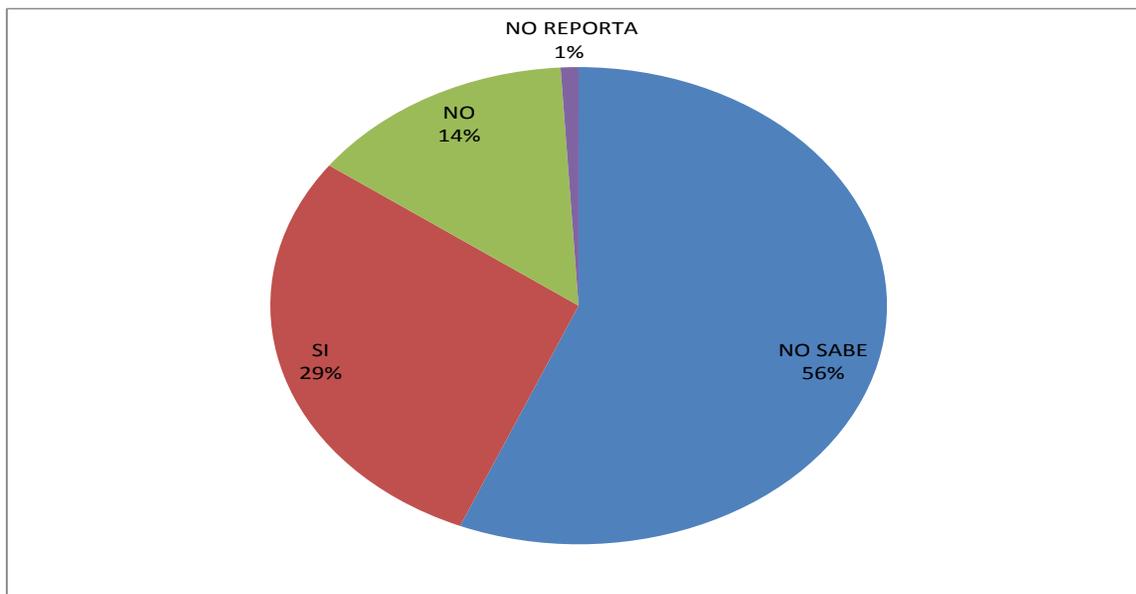
Del total de 7.720 casos notificados durante el I semestre, 4.754 pacientes reportan no haber provocado la agresión, 2.960 reportan haberla provocado y 6 casos no reportan esta variable. Se debe tener en cuenta que esta variable es subjetiva, pues depende directamente de lo que el paciente perciba como “provocar” el animal y por lo tanto puede reportar un dato impreciso al respecto.

Del total de eventos en los que el paciente reporta que el animal sí tiene antecedente vacunal, se evidencia ausencia del dato de fecha de vacunación y/o carné de vacunación en el 42% de los casos, con base en la falta de esta información, se podría inferir que dichos animales no cuentan con un antecedente vacunal real, por lo que representan igualmente un riesgo de transmisión alta.

Se evidencia que solo el 8% del total de animales que pueden demostrar antecedente vacunal mediante la presentación del carné, cuentan con una vacuna no vigente, es decir que fue aplicada más de un año previo a la agresión, eso quiere decir que el 92% de las agresiones en que se confirma por parte del paciente el antecedente vacunal del animal corresponde a aquellos que cuentan con vacuna vigente, reduciendo con ello el riesgo de exposición rábica.

\

Gráfica 64 Proporción de animales agresores de los que se reporta antecedente vacunal. Bogotá I semestre 2013.



Fuente: SIVIGILA. Semana 1 a 26 de 2013. Actualización: 17/08/2013

Del total de 7.720 casos notificados, 7.384 pacientes reportan no haber sido tratados previamente con suero antirrábico y 7.214 personas reportan no haber sido inmunizadas previamente con vacuna antirrábica. Del total de pacientes notificados, respecto a esta variable se debe prestar atención principalmente a aquellas que reportan no recordar el antecedente de inmunización previa, pues son pacientes a los que - en caso de requerirlo - deberán instaurar un tratamiento antirrábico de forma cuidadosa y con supervisión médica constante.

Por último se evalúa la localización anatómica y tipo de agresión sufrida por el paciente. Teniendo en cuenta que el virus de la rabia se transmite principalmente por contacto con saliva de un animal infectado, el mayor riesgo de exposición se presenta en aquellas agresiones que generan una pérdida de continuidad de la piel por muy pequeña que esta sea o cuando una herida abierta o mucosa entra en contacto con la saliva de un animal potencialmente transmisor de rabia. De acuerdo a lo anterior se presentaron los resultados en relación al tipo de agresión más frecuente es mordedura y arañazo.

El mayor porcentaje de casos reporta haber sido agredido en su miembro inferior (42%), seguido del miembro superior (20%), sin embargo teniendo en cuenta el tropismo que tiene el virus por las células del sistema nervioso central, aquellas heridas ocasionadas que este ubicadas en lugares de alta innervación y cercanos a la cabeza son de mayor riesgo, por lo tanto aquellas agresiones que como consecuencia dejan heridas en manos, dedos, cuello, cabeza y cara son lo que mayor riesgo representan en la transmisión y futura aparición de la enfermedad en las personas. De igual forma aquellos pacientes que sufrieron múltiples agresiones

generando heridas en distintas partes del cuerpo, representan un riesgo igualmente alto para la transmisión del virus –independientemente de la ubicación – pues se conforman múltiples puertas de entrada para el virus al SNC, además se podría inferir que el animal no agrede múltiples veces en el mismo lugar anatómico, por lo que se corre el riesgo de ser agredido en aquellas parte previamente mencionadas siendo con mayor el riesgo de ingreso del virus al cuerpo y rápida replicación.

2.6.7.9. Comportamiento de los eventos de enfermedades transmitidas por vectores

2.6.7.9.1. Malaria

En la semana 1 hasta la semana 26 del 2013 en el Distrito Capital se notificaron los siguientes casos de malaria. Producido por los diferentes tipos de *Plasmodium sp*, así:

Se notificaron dos (2) casos de malaria de formas mixtas, pertenecientes una al género femenino y una al género masculino; se notificaron en las semanas 5 y 22 respectivamente, procedentes de los departamentos del Meta y Bolívar. Los dos casos se presentaron en adultos, el primero de 38 años y el segundo de 29 años de edad. .

Se notificaron al SIVIGILA, 22 casos de malaria por *Plasmodium falciparum* de los cuales el 36.4% (8 casos) correspondieron al género femenino y 63.6 (14 casos) al masculino. La semana de mayor notificación fue la semana 3 con cuatro (4) casos.

Los departamentos de los cuales proceden la mayoría de los casos son Chocó 45.5% (10 casos), Nariño 13.6% (3 casos), Antioquia 13.6% (3 casos) y Guaviare (2 casos).

En cuanto a la distribución por rangos de edad, el grupo más afectado es el de 30 a 34 años con EL 27.3% (6 casos).

Durante las semanas 1 hasta 26 de 2013 en Bogotá, D.C., se notificó un (1) caso por *P. malariae* perteneciente al género femenino; se notificó en la semana 2 procedente de Bogotá, menor de 6 años de edad.

Se notificaron un total de 53 casos de malaria por *P. vivax* de los cuales el 71,7% (38 casos) corresponden al género masculino y el 28,3% (11 casos) al género Femenino. La semana de mayor notificación correspondió semana 11 con el 15.1% (8 casos).

Frente a la distribución por departamento de procedencia el 24.5% (13 casos) provienen de Antioquia, 17.0% (9 casos) procedentes del Chocó; el Valle con un 7.5% (4 casos), Caquetá 5.7% (3 casos); siendo los más representativos; por último se notificaron tres casos con procedencia del Exterior.

En cuanto a la distribución por rangos de edad, los grupos más afectados son el de 25 a 29 años con el 24.5% (13 casos), seguido del grupo de 40 a 44 años con el 13.2% (7 casos).

Se notificaron 8 casos de malaria complicada de los cuales corresponden al género masculino corresponde el 75% (6 casos) y 25% (2 caso) al género femenino. Las semanas de mayor notificación fueron la 13 y la 14 con 2 casos cada una. En cuanto a la distribución por rangos de edad, el grupo más afectados fue el de 1 a 4 años con el 25% (2 casos).

Con respecto a los departamentos de procedencia encontramos que Guaviare es el departamento de mayo procedencia con el 25% (2 casos). En la siguiente gráfica se muestra la distribución por departamento de procedencia.

Durante las semanas 1 a 26 de 2013 no se notificaron al Siviqila casos de mortalidad por malaria.

2.6.7.9.2. Dengue

Se notificaron 1.709 casos de dengue de los cuales 54.9% (938 casos) pertenecientes al género masculino y 45.1% (771 casos) al género femenino. La máxima notificación se reportó en semana 2 con 196 casos. Hubo notificación de 16 casos procedentes del exterior correspondientes a: Venezuela (7 Casos), Panamá (2 Casos), Ecuador (1 Caso) y Sin Dato (6 Casos).

Con respecto a la distribución por departamento de procedencia y por rangos de edad, se muestran la tabla y la gráfica a continuación:



Tabla 96 Casos de dengue notificados según departamento de procedencia. Semana 1 hasta semana 26 de 2013.

DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA	NÚMERO DE CASOS	FRECUENCIA (%)
AMAZONAS	1	0,06
ANTIOQUIA	13	0,76
ARAUCA	9	0,53
ATLANTICO	2	0,12
BARRANQUILLA	4	0,23
BOGOTA	84	4,92
BOLIVAR	3	0,18
BOYACA	20	1,17
CALDAS	17	0,99
CAQUETA	6	0,35
CARTAGENA	15	0,88
CASANARE	76	4,45
CAUCA	9	0,53
CESAR	14	0,82
CHOCO	9	0,53
CORDOBA	3	0,18
CUNDINAMARCA	588	34,41
EXTERIOR	16	0,94
GUAJIRA	13	0,76
GUAVIARE	7	0,41
HUILA	19	1,11
MAGDALENA	9	0,53
META	195	11,41
NARIÑO	2	0,12
NORTE SANTANDER	18	1,05
PUTUMAYO	13	0,76
QUINDIO	4	0,23
SAN ANDRES	2	0,12
SANTANDER	56	3,28
STA MARTA D.E.	22	1,29
SUCRE	2	0,12
TOLIMA	427	24,99
VALLE	25	1,46
VICHADA	6	0,35
Total general	1709	100,0

Fuente: SIVIGILA. 2013.

Se notificaron 53 casos de dengue grave, distribuidos por sexo 62.3% (33 casos) reportados para el género masculino y 37.7% (20 casos) del género femenino. La semana de mayor notificación fue la número 1 con 5 casos. Los grupos de edad encontrados en la notificación son los siguientes:



Tabla 97 Casos de dengue grave notificados en Bogotá D.C. según rangos de edad. Semana 1 a 26 de 2013.

RANGOS DE EDAD	NÚMERO DE CASOS	FRECUENCIA (%)
< 1 AÑO	2	3,8
1 - 4 AÑOS	4	7,5
5 - 9 AÑOS	5	9,4
10 - 14 AÑOS	6	11,3
15 - 19 AÑOS	3	5,7
20 - 24 AÑOS	7	13,2
25 - 29 AÑOS	1	1,9
30 - 34 AÑOS	5	9,4
35 - 39 AÑOS	3	5,7
40 - 44 AÑOS	2	3,8
45 - 49 AÑOS	6	11,3
50 - 54 AÑOS	4	7,5
55 - 59 AÑOS	2	3,8
60 - 64 AÑOS	2	3,8
65 - 69 AÑOS	1	1,9
Total general	53	100,0

Fuente: SIVIGILA. 2013

En cuanto al departamento de procedencia de los casos reportados, Cundinamarca y Tolima aportan el 73,6% (39 casos) con 28 y 11 casos respectivamente.

Se notificaron un total de 7 casos de mortalidad por dengue de los cuales el 85.7% (6 casos) pertenece al género masculino y el 14.3% (1 casos) al género femenino. Los casos de mortalidad por dengue fueron notificados en las semanas 1, 2, 9, 17, 19, 21 y 25 respectivamente. En cuanto al departamento de procedencia de los casos reportados, Cundinamarca y Tolima aportan el 71,4% (5 casos) con 3 y 2 casos respectivamente.

2.6.7.9.3. Chagas

Durante la semana 1 hasta la semana 26 de 2013, al sistema de vigilancia SIVIGLA en el Distrito Capital fueron notificados 60 casos de Chagas, de los cuales distribuidos por género correspondían el 63,3% (38 casos) al género femenino y el 36,7% (22 casos) al masculino. En lo que respecta a su distribución por grupos de edad, el 100% los casos se presenta en personas mayores de 20 años de edad, siendo el rango más afectado el de 40 a 64 años con el 71.7% (43 casos). En el siguiente gráfico se muestra este comportamiento:

En cuanto a la procedencia de los casos notificados durante la semanas 1 hasta 26, los departamentos con mayor número de casos notificados son: Santander, Bogotá, Cundinamarca, Boyacá y Tolima; como se ilustra en la siguiente gráfica.

2.6.7.9.4. Leishmaniasis

Se notificaron al sistema de vigilancia SIVIGILA en Bogotá 171 casos, de los cuales 90,6% (155) corresponden al género masculino y 9,4% (16) al femenino. La semana de mayor notificación correspondió a la semana 2 (16 casos). En lo que respecta a la distribución por grupos de edad, el 77,8% (133 casos) se presentan en el grupo comprendido entre 20 y 34 años de edad.

Ahora bien, en cuanto al lugar de procedencia se reportaron dos casos del exterior procedentes de Panamá y Venezuela respectivamente. Los departamentos con mayor número de casos notificados son: Meta (50 casos), Caquetá (13 casos), Cundinamarca (12 casos) y Putumayo (12 casos).

Durante las semana 1 a 26 de 2013 se notificaron al SIVIGILA en el distrito Capital 14 casos de leishmaniasis mucosa, pertenecientes al género masculino. La semana de mayor notificación fue la 5 con dos casos. En lo que respecta a la distribución por rangos de edad, la concentración de los casos en el grupo de edad de 20 a 34 años con el 71,4% (10 casos).

En cuanto al departamento de procedencia de los casos reportados, Meta, Guaviare y Antioquia aportan el 64,3% de los casos. La siguiente gráfica muestra la distribución de los mismos.

Durante el transcurso de semana 1 a la semana 26 de 2013 en el Distrito capital se notificaron al SIVIGILA en el distrito Capital 3 casos de leishmaniasis visceral, correspondientes al género masculino. En lo que respecta a la distribución por rangos de edad 1 caso se encuentra en el grupo de 10 a 14 años, un caso se encuentra en el grupo de 25 a 29 años de edad y un caso se encuentra en el grupo de 40 a 44 años de edad. En lo que respecta a la distribución según departamento de procedencia Cundinamarca, Bogotá y Putumayo con un caso cada uno.

2.6.7.9.5. Fiebre amarilla

Durante el transcurso de semana 1 a semana 26 de 2013, en el Distrito capital se notificaron al SIVIGILA en el distrito Capital 2 casos de fiebre amarilla, correspondientes al género masculino. En lo que respecta a la distribución por grupo de edad, el 50% (1 caso) se encuentra en el rango de 25 a 29 años y el otro 50 % (1 casos) se encuentra en el rango de 55 a 59 años de edad. En lo que respecta a la distribución según departamento de procedencia Cesar y Meta con un caso cada uno. Los casos de fiebre amarilla se reportaron en las semanas 5 y 7 respectivamente.

2.6.7.9.6. Encefalitis equina venezolana

Durante las semanas 1 a 26 de 2013 no se notificaron al SIVIGILA casos de encefalitis equina venezolana.

2.6.7.9.7. Leptospirosis

Durante la semana 1 hasta la semana 26 de 2013, al sistema de vigilancia SIVIGLA en el Distrito Capital fueron notificados 54 casos de Leptospirosis, de los cuales distribuidos por género el 61,1% (33 casos) correspondía al género masculino y el 38,9% (21 casos) al femenino.

En lo que respecta a su distribución por rangos de edad, el grupo más afectado es el de 15 a 19 años con doce (12) casos, seguido del grupo de 5 a 9 años con ocho (8) casos. El siguiente gráfico se muestra este comportamiento. En cuanto a la procedencia de los casos notificados durante la semanas 1 hasta 26, se destacan Bogotá y Cundinamarca con 29 y 9 casos respectivamente.

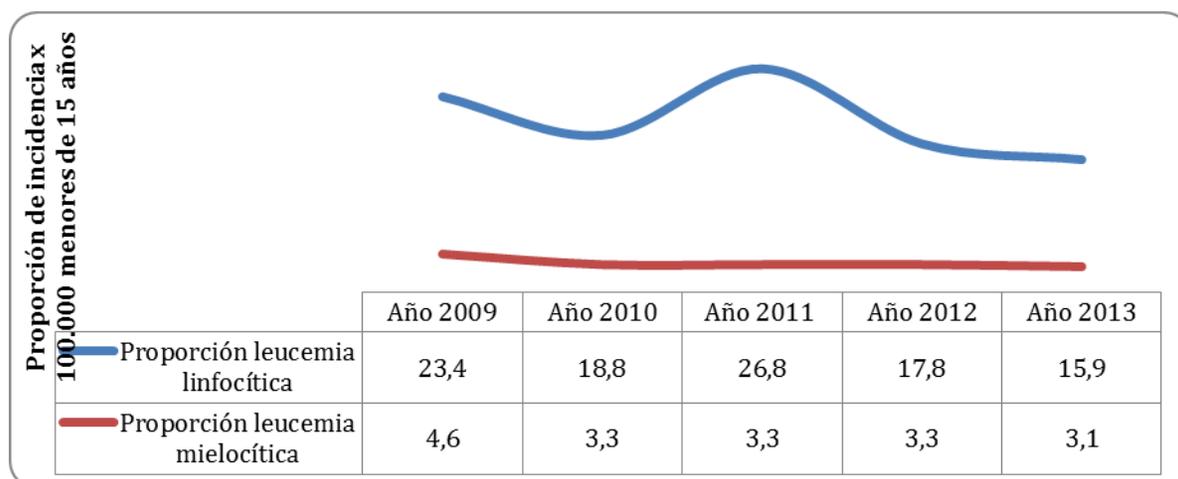
2.6.8. Análisis del comportamiento de los Eventos de Crónicas no Transmisibles

2.6.8.1. Leucemias Linfoides y Mieloides pediátricas en Bogotá, Primer Semestre 2012

En el año 2012, se reportaron 85 casos de leucemia linfóide y 16 casos de leucemia mielóide (Gráfica 65). Hasta la semana epidemiológica 26, el número de casos es de 76 en leucemia linfóide y 15 casos de leucemia mielóide.

La proporción de incidencia de leucemia linfocítica se encontró hasta la semana epidemiológica 26 del año 2013 en 15,9 x 100.000 menores de 15 años. 1 y 3,1 x 100.000 hab en leucemia mielocítica.

Gráfica 65 Proporción de incidencia de leucemias pediátricas por tipo y año en Bogotá.

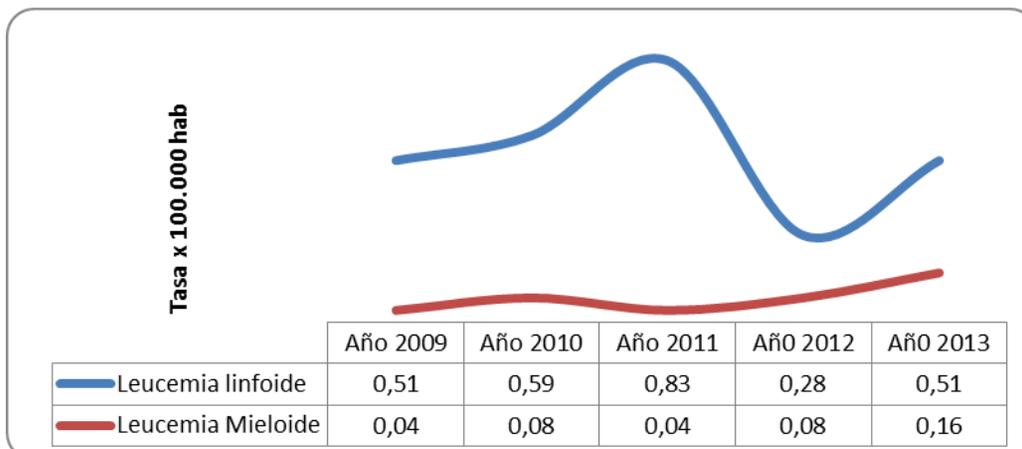


Fuente: SIVIGILA. 2009 a 2013

*Datos a semana epidemiológica 25

En cuanto a la mortalidad por leucemias agudas pediátricas, hasta la semana epidemiológica 25, se observa que para leucemia linfóide de 0.51 x 100.000 hab.y en leucemia mielóide de 0.16 x 100.000 hab.

Gráfica 66 Tasa de mortalidad por leucemia aguda pediátrica en Bogotá, 2009 a 2013



Fuente: SIVIGILA. 2009 a 2013
*Datos a semana epidemiológica 42

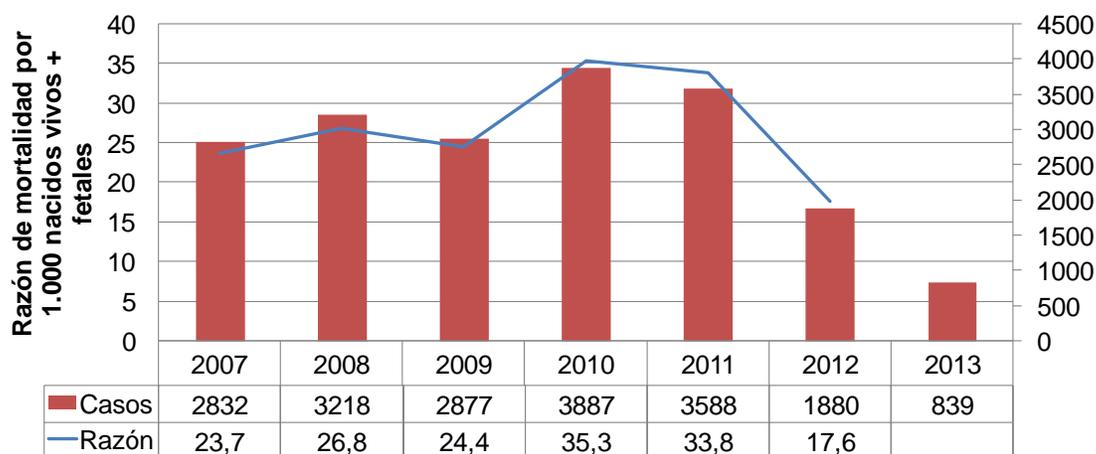
Hasta la semana epidemiológica 25, se analizaron 90 casos de leucemia pediátrica por edad simple, observándose se presenta en el grupo de 1 a 14 años en el caso de la leucemia linfocítica. Se reportaron igualmente 15 casos de leucemia mieloide en su mayoría en el grupo de edad entre los 2 a 4 años y seguido por el grupo de 9 a 14 años. A la semana epidemiológica 25 del 2013 se observa que la letalidad general para leucemia linfoide es de 17% para leucemia mieloide es de 26%.

2.6.9. Maternidad segura

2.6.9.1. Mortalidad perinatal

Hasta la semana 26 de 2013, se han notificado 839 muertes perinatales. Como se observa en la gráfica 59, desde el año 2010 se ha visto una disminución de la mortalidad.

Gráfica 67 Tasa de Mortalidad Perinatal Bogotá, D.C. 2007 -2013



Fuente: Certificado de nacido vivo. Bases de datos SDS y RUAF 2007 - 2011. Certificado de defunción. Bases de datos SDS y RUAF 2006 - 2013 depuradas según protocolo. Vigilancia en Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Primer semestre 2013

Realizando el análisis de la mortalidad Perinatal por periodo epidemiológico se identifica que el mayor número de casos notificados durante el primer semestre del año 2013 se presentaron en los periodos II y III.

Durante el primer semestre del año 2013, las muertes perinatales y neonatales tardías se presentaron en mayor proporción en el grupo de edad de 20 a 34 años. Se evidencia también como cerca del 18% de estas muertes ocurrieron en población adolescente de 10 a 19 años

Tabla 98 Comportamiento de las muertes perinatales y neonatal tardía por grupos de edad

GRUPOS DE EDAD	MORTALIDAD PERINATAL	%	MORTALIDAD NEONATAL TARDIA	%
MENORES DE 15 AÑOS	5	0,83	1	0,83
DE 15 A 19 AÑOS	111	18,38	20	16,67
DE 20 A 34 AÑOS	390	64,57	83	69,17
35 AÑOS Y MAS	95	15,73	16	13,33
SIN INFORMACION	3	0,50	0	0,00
TOTAL	604	100,00	120	100,00

Fuente: SIVIGILA 2013.

En mortalidad perinatal y neonatal tardía se observó un comportamiento similar; el 56,6% de las madres de estos niños y niñas alcanzaron el nivel de secundaria, mientras que el 21,6% refirieron tener nivel de educación superior, seguido por nivel primaria con un 13,2%, del 6% no se tiene información y el 2,3% no tenían ningún nivel educativo. Para MME la variable nivel educativo no se puede establecer mediante la ficha de notificación.



Tabla 99 Nivel educativo casos muertes maternas, perinatales – neonatales tardías y MME. Primer semestre 2013.

Nivel educativo	Mortalidad perinatal	Mortalidad neonatal tardía
Ninguno	15	2
Primaria	82	14
Secundaria	344	66
Superior *	130	27
Sin Información	33	11
Total	604	120

Fuente: SIVIGILA Primer semestre 2013* Incluye nivel técnico y universitario

En mortalidad perinatal y neonatal tardía, el 55,8% de las madres de estos niños no usaba un método de planificación porque no lo deseaba, el 6,9% por desconocimiento y el 1,9% por dificultades de acceso.

Tabla 100 Regulación de la fecundidad casos de muertes maternas y perinatales Primer semestre 2013

Uso de métodos de regulación para la fecundidad	Muertes perinatales y neonatales tardías
NO USO POR DESCONOCIMIENTO	50
NO USO POR ACCESO	14
NO USO PORQUE NO DESEABA	404

Fuente: SIVIGILA Primer semestre 2013

En mortalidad perinatal y neonatal tardía el 13,5% de las mujeres refirieron utilizar métodos naturales, el 10,2% métodos hormonales, el 6,9% otros métodos, el 2,6% métodos de barrera, el 1,6% DIU y el 0,4% métodos Quirúrgicos. En el 64,6% de los casos refirió no utilizar ningún método.

Tabla 101 Métodos usados para regulación de la fecundidad casos de muertes maternas y perinatales Primer semestre 2013



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Métodos usados casos	Muertes perinatales y neonatales tardías
Naturales	98
DIU	12
Quirúrgico	3
Hormonales	74
Barrera	19
Otro	50

Fuente: SIVIGILA Primer semestre 2013

Según la causa básica CIE 10, en un 18,9% de las muertes perinatales y neonatales, tienen como causa básica Muerte fetal de causa no especificada, seguido por inmadurez extrema con un 8,5%, un 4% de las muertes fueron por Sepsis bacteriana no específica y llama la atención que el 3,3% de los casos de estas muertes se definieron como no especificadas.

De acuerdo al análisis por periodos perinatales de riesgo, durante el Primer semestre 2013, las tasas más altas de muertes perinatales y neonatales tardías se encuentran relacionadas con la salud materna, seguida por los cuidados prenatales y los cuidados institucionales del recién nacido.

Tabla 102 Matriz periodos perinatales de riesgo Bogotá, D.C. Primer semestre 2013.



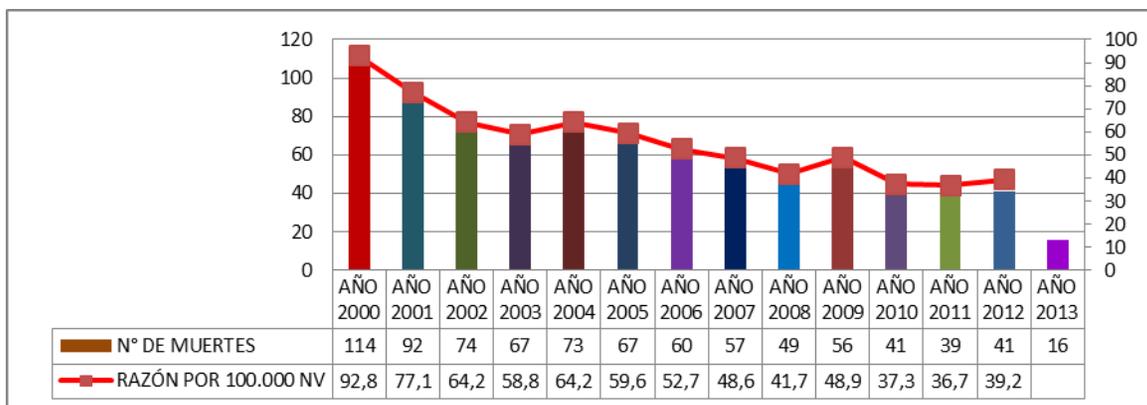
Grupos de peso	Anteparto	Intraparto	Prealta	Postalta	Total muertes	Nacidos Vivos	vivos + muertos
< 1000 g	173	41	121	9	344	275	619
1000 a 1499	48	7	52	3	110	531	641
1500 a 2499	67	8	53	7	135	5.732	135
2500 a 3999	48	7	60	17	132	43.517	43.649
4000 +	0	0	3	0	3	111	114
Total	336	63	289	36	724	50.166	45.158

Fuente: SIVIGILA Primer semestre 2013

2.6.9.2. Mortalidad materna

De los 16 casos de mortalidad materna temprana tenemos que se presentaron por periodo epidemiológico se presento mayor número de casos en los periodos dos, tres y cinco con 3 casos en cada uno y 2 casos en los periodos cuatro, seis y siete, en comparación con el 2012 que para el primer semestre se habían presentado 20 casos, de los cuales en el primer periodo 7 casos seguido del segundo periodo con 4 casos.

Gráfica 68 Número de Casos y Razón de Mortalidad Materna 2000 – Primer semestre 2013. Bogotá D.C.



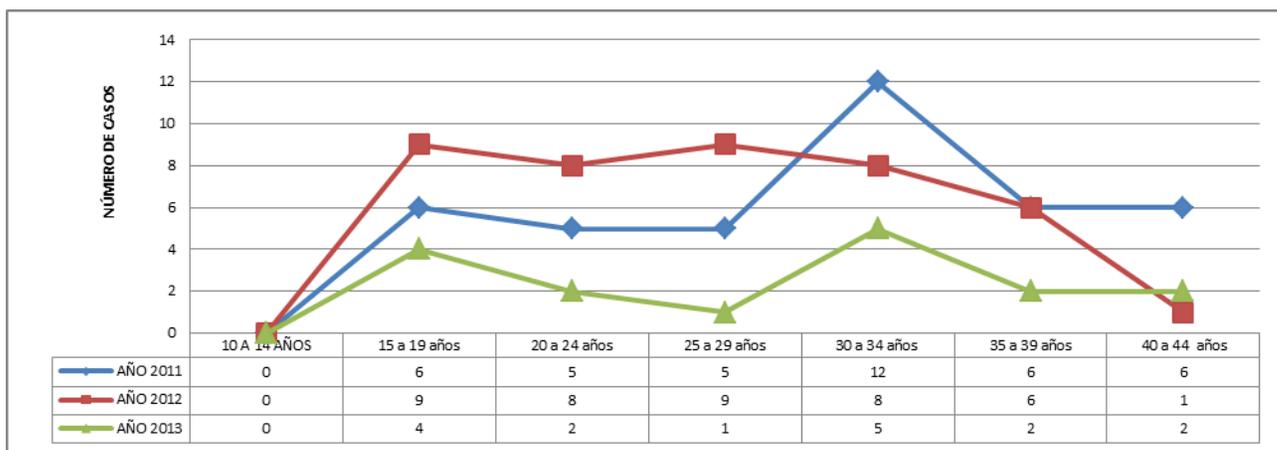
FUENTE 2000-2008: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.- Sistema de Estadísticas Vitales

FUENTE 2009 y 2010 : Certificado de defunción.-Bases de datos SDS y RUAF -ND- Sistema de Estadísticas Vitales preliminar

FUENTE 2011 – semana 26 de 2013: SIVIGILA, Certificado de defunción.-Bases de datos SDS y RUAF -ND- Sistema de Estadísticas Vitales. Datos preliminares.

Por grupo de edad el mayor número de casos se presenta en el grupo de 15 a 19 años y 25 a 29 años con un 22% (n=9 cada quinquenio), el resto de casos se encuentra en número similar en los demás grupos etéreos.

Gráfica 69 Numero de muertes Maternas por Grupo de Edad 2010 – Primer semestre 2013 Bogotá D.C.



FUENTE 2010 - 2013: SIVIGILA, Certificado de defunción.-Bases de datos SDS y RUAF -ND- Sistema de Estadísticas Vitales. Datos preliminares.

Según la clasificación de las causas básicas de la muerte, el 81 % (13 casos) fueron por causas directas y el 6 % (1 caso) fueron por causas indirectas y 2 casos se encuentran estudio (12,5%). En el grupo de las causas indirectas el mayor porcentaje se presentó por causas tumorales con el 100%.

2.6.9.2.1. Indicadores mortalidad materna

- ✓ PORCENTAJE DE CAUSAS DE MUERTE MAL DEFINIDAS

El 88 % de los casos de mortalidad materna (14 casos) en el primer semestre cumplieron con la calidad del dato ingresado como causa de muerte.

✓ **OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACIÓN.**

El 88 % de los casos de mortalidad materna (14 casos) en el primer trimestre de 2013 cumplieron con la oportunidad de la notificación de cada caso

✓ **CONCORDANCIA SIVIGILA / ESTADÍSTICAS VITALES (RUAF) EN NUMERO DE CASOS**

El 88 % de los casos de mortalidad materna en el primer semestre de 2013 (14 casos) cumplieron con el proceso de vigilancia epidemiológica de muerte materna en lo relacionado a la concordancia de información con las Estadísticas Vitales.

✓ **CONCORDANCIA DE CERTIFICACIÓN DE MUERTE EN ESTADÍSTICAS VITALES (RUAF) / SIVIGILA EN NUMERO DE CASOS.**

El 88 % de los casos cumplieron con el proceso de certificación obligatoria de la muerte materna en las estadísticas vitales en el primer semestre de 2013.

✓ **PORCENTAJE DE “CASOS CERRADOS” DE MUERTE MATERNA EN TIEMPO ESTABLECIDO**

El 100 % de los casos de mortalidad materna en el primer semestre de 2013 cumplieron con el proceso de vigilancia epidemiológica de cada caso en el tiempo establecido en el Protocolo de vigilancia para este evento.

2.6.9.3. Morbilidad materna extrema

En Bogotá hasta la semana epidemiológica 26 de 2013, a través del subsistema de información SIVIGILA se han recibido en calidad de notificación un total de 849 casos de Morbilidad Materna Extrema – MME. De los 849 casos de morbilidad materna extrema tenemos que se presentaron por periodo epidemiológico en mayor frecuencia de casos con un porcentaje de 56,8 % en los periodos seis, dos, tres (N= 482 casos).

Por localidad de residencia las cinco que más notifican casos son: la localidad de Kennedy con 130 casos, seguido de Suba con 124 casos, Bosa con 93 casos, Ciudad Bolívar con 85 casos y Rafael Uribe y San Cristóbal con 62 casos cada una.

Por grupo de edad el mayor porcentaje de los casos notificados 62,5 % de morbilidad materna extrema esta entre las edades de 20 a 34 años.

Por aseguramiento se encuentra que el mayor porcentaje de notificación se presenta en el régimen contributivo con el 69,6% (591 casos), seguida del subsidiado con el 23,3 % (198 casos) y no afiliados con el 5,9 % (50 casos).

Teniendo en cuenta el número de gestaciones previas de las gestantes con MME, se observa que el mayor número de casos los sufren las gestantes con uno a cuatro embarazos, representados con el 93,3% del total (n=870), siendo el grupo de 20 a 24 años las más afectadas (n=213); seguido por el grupo de 25 A 29 años con 201 casos notificados.

Observando el comportamiento de las gestantes con enfermedad específica, el porcentaje se muestra en la siguiente tabla, en la que la mayor frecuencia es para Choque hipovolémico (21,9 %) seguido por el Eclampsia (14 %), y Choque séptico (10,4 %).

Tabla 103 Porcentaje de casos de morbilidad materna extrema según CRITERIO específico. Primer semestre 2013.

CRITERIO ESPECIFICO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
ECLAMPSIA	119	14,0
SHOCK SÉPTICO	88	10,4
SHOCK HIPOVOLÉMICO	186	21,9
TOTAL	393	46,3

FUENTE Base SIVIGILA a semana 26 de 2013 Datos preliminares.

Según por causas agrupadas, los trastornos hipertensivos son los de mayor frecuencia con un 58,4% del total, seguido por las complicaciones hemorrágicas con el 20,4% y los trastornos sépticos de origen obstétrico con un 4,8 %.

Tabla 104 Distribución de casos de MME según Causa Agrupada. Primer semestre 2013.

CAUSAS AGRUPADAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	496	58,4
COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS	173	20,4
COMPLICACIONES DE ABORTO	20	2,4
SEPSIS DE ORIGEN OBSTÉTRICO	41	4,8
SEPSIS DE ORIGEN NO OBSTÉTRICO	33	3,9
SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR	7	0,8
ENF. PREEXISTENTE QUE SE COMPLICA	22	2,6
OTRA CAUSA	57	6,7
TOTAL	849	100

FUENTE Base SIVIGILA a semana 26 de 2013 Datos preliminares.

2.6.10. Comportamiento de infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibióticos.

Con relación a la información correspondiente al comportamiento epidemiológico de IAAS de Enero a Abril de 2013, dato preliminar se informa que está establecido para el subsistema de vigilancia epidemiológica efectuar un análisis anual, las bases de datos se encuentran en proceso de consolidación que corresponde a 94 UN con corte a 30 de Abril de 2013 preliminar. Este corte es debido a que la notificación es 45 días vencido.

Con relación a la información correspondiente al comportamiento epidemiológico de la resistencia a los antimicrobianos de Enero a Junio del 2013, dato preliminar, se informa que está establecido para el

subsistema de vigilancia epidemiológica efectuar un análisis anual, las bases de datos se encuentran en proceso de consolidación.

Tabla 105 Indicadores subsistema de vigilancia epidemiológica de resistencia a los antimicrobianos 2013.

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	VALOR
Porcentaje de IPS con notificación activa al subsistema de Resistencia Bacteriana	N° de IPS que notifican mensualmente al subsistema de Resistencia Bacteriana	N° de IPS activas en el subsistema de Resistencia Bacteriana	87.5%
Porcentaje de oportunidad en la notificación	N° de IPS que notifican oportunamente al subsistema de SIVIBAC.	N° de IPS activas en el subsistema de Resistencia Bacteriana	43.8%
Porcentaje de calidad en la notificación de Resistencia Bacteriana	N° de IPS que notificaron mensualmente con calidad al subsistema de Resistencia Bacteriana	N° de IPS Activas en el subsistema de Resistencia Bacteriana	4.7%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Tablero de control subsistema resistencia a los antimicrobianos 2013

2.7. Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Se observa que los eventos objeto de notificación son menores que los notificados en el País. Llama la atención que para parotiditis, Bogotá notifica el 51.1% de los casos del País. Es importante aclarar que se muestran los datos de enfermedades transmitidas por vectores aunque en Bogotá no existe transmisión.

Tabla 106 Semaforización de los principales eventos de notificación en Bogotá, 2013

Evento de notificación	Colombia 2013	Bogotá 2013	2008 2009 2010 2011 2012 2013					
			0	∞	∞	∞	∞	∞
Parotiditis	8.145	4.167	∞	∞	∞	∞	∞	
Varicela	95.861	32.908	-	-	∞	∞	∞	
Tosferina	2.798	261	∞	∞	∞	∞	∞	
Meningitis por neumococo	94	13	∞	∞	∞	∞	∞	
Meningitis por meningococo	98	12	∞	∞	∞	∞	∞	
Meningitis por <i>H. influenzae</i>	29	1	∞	∞	∞	∞	∞	
Tuberculosis pulmonar	10.769	659	∞	∞	∞	∞	∞	
Sífilis congénita	461	22	∞	∞	∞	∞	∞	
Malaria por <i>P. vivax</i>	19993	0	-	-	∞	∞	∞	
Malaria por <i>P. falciparum</i>	38766	6	∞	∞	∞	∞	∞	
Dengue	6149	108	∞	∞	∞	∞	∞	
Dengue grave	2079	5	∞	∞	∞	∞	∞	
Leishmaniasis cutánea	8514	10	∞	∞	∞	∞	∞	
Leucemia linfocítica aguda	345	70	∞	∞	∞	∞	∞	

Leucemia Mieloide Aguda	67	14		↘	↘	↘	↗	↘	↘
ETA	8766	1984		-	-	↗	↘	↗	↘
Sifilis gestacional	5155	631		↘	↗	↘	↘	↗	↘
VIH SIDA	9047	1774		↘	↗	↘	↘	↗	↘
Malaria por <i>P. vivax</i>	38766	6		↘	↘	↗	↘	↗	↘

2.8. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida

Como prioridades en la morbilidad atendida se encontró que las condiciones no transmisibles y las materno perinatales quedan priorizadas por la proporción encontrada de cada una de ellas (Tabla 110).

Tabla 107. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria en Bogotá, 2012

	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador de la entidad territorial
Morbilidad atendida por grandes causas	Condiciones transmisibles y nutricionales	0,1 x 100.000 hab
	Condiciones no transmisibles	23,3 x 100.000 hab
	Condiciones materno perinatal	11,2 x 100.000 NV
Eventos de alto costo y precursores	Prevalencia de enfermedad renal crónica	5,3 x 100.000 hab
	Prevalencia de hipertensión arterial	8,9 x 100.000 hab
Eventos de Notificación Obligatoria	Letalidad por Chagas	NA
	Letalidad por dengue grave	NA
	Letalidad por leishmaniasis visceral	NA
	Letalidad por malaria falciparum	NA

Fuente: INS. SIVIGILA. 2011

2.9. Conclusiones

Los eventos de control, se encuentran en constante cambio y actualización, dado por las diferentes actividades que se realizan en pro de controlarlos y minimizarlos. La Hepatitis A, por ejemplo ha venido en descenso en los últimos 3 años, y aunque en el esquema PAI se encuentra de manera universal, se requiere de otras actividades dada la naturaleza de su agente causal como es la de garantizar de agua potable, disminuyendo al máximo la transmisión del virus. Por otro lado la EDA por rotavirus, que si bien es cierto que la vacuna protege contra este virus, será muy difícil controlarlo si no se sensibiliza en actividades de lavado de manos, buenas prácticas higienico-sanitarias, entre otras.

Las búsquedas activas institucionales, si bien es cierto que son una estrategia para evitar el sub-registro, también es necesario priorizar los eventos a buscar ya que este generando un aumento en la carga laboral, y de manera indirecta disminución en la calidad de la información en la revisión de eventos en eliminación y erradicación, los cuales siempre se han considerado prioritarios dado su importancia tanto a nivel nacional

como internacional. Es por ellos que la inclusión de algunos eventos se debe basar en un sustento técnico que haga necesario la realización de esta actividad.

Los eventos en eliminación y erradicación continúan siendo la prioridad debido a las implicaciones que para la región significa la presencia de casos de este grupo, sin embargo se debe continuar con el mantenimiento a las IPS que garantice una adecuada adherencia a los protocolos de vigilancia nacional, adecuada y oportuna toma de muestras y cumplimiento a los indicadores de intervención de campo y actividades de bloqueo, lo cual debe garantizar un trabajo articulado entre las oficinas de epidemiología y PAI en el nivel local.

Para el tema de los ESAVI, en lo corrido del año 2013, se ha venido trabajando en la realización de unidades de análisis a nivel local donde participa los coordinadores del programa ampliado de inmunización, permitiendo un análisis más integral y por ende una clasificación adecuada del mismo.

De igual manera, ante eventos como la difteria, donde se presenta en promedio de 1 a 2 casos al año, se hace necesario mantener, dentro del cronograma de capacitación a este tipo de eventos, de tal manera que se tengan presentes las diferentes acciones tanto individuales, colectivas como las acciones de laboratorio.

Además, se debe mantener la sensibilización en estos eventos, a través de capacitaciones, taller y/u otras actividades que conlleven a tener en cuenta las definiciones de caso y la oportuna notificación del mismo. Al igual que la investigación de los casos (IEC) continúan siendo la oportunidad de sensibilización a familiar, instituciones y demás, sobre eventos prevenibles por vacuna en general. De igual manera brindar información clara sobre el programa ampliado de inmunización, permitirá mayor adherencia a este programa y permitirá mayor comprensión sobre los eventos pos vacunales que se presenta evitando poner el riesgo la seguridad de los mismos y del programa. Es de resaltar que la salud y las diferentes acciones de promoción en la comunidad es una tarea de diferentes sectores y cualquier aporte en pro de fortalecer ese tipo de procesos permitirán impactar en la salud de la personas de las diferentes localidades del Distrito.

La tos ferina, desde años anteriores y especialmente desde el año 2013, se ha venido posicionando en las agendas de directivos y coordinadores, permitiendo la construcción de diferentes estrategias en pro de su control. Hasta mediados del siglo pasado, la tos ferina se consideraba como una de las enfermedades infecciosas que causaba una mayor mortalidad, predominantemente en niños menores a un año de edad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 90% de los casos de tos ferina ocurren en países en desarrollo y la cifra total de niños que mueren por esta enfermedad oscila entre 200 y 400 mil; en el año 2013 la Organización Mundial de la Salud en el mes de Marzo alertó a los países miembros frente al aumento de casos en Inglaterra, Australia y España entre otros países, requiriendo aumentar el nivel de vigilancia epidemiológica del evento, para el mes de Noviembre la Organización Panamericana de la Salud había confirmado el aumento de casos durante el año 2013 en 9 países de las Américas ⁷

Frente a ello se pueden establecer cuatro tendencias principales en la epidemiología global de la tos ferina:

- Aumento de los casos reportados en muchos países en las dos últimas décadas
- La mayoría de los casos reportados son en niños <1 año

⁷Alerta epidemiológica Tosferina, 16 de Noviembre 2013, www.paho.org

- Aumento de los casos reportados en otros grupos de edad, por ejemplo, adolescentes y niños mayores, en algunos países.
- La subnotificación de la enfermedad en la mayoría de Países.⁸

El comportamiento del evento hasta la semana 26 de 2013, en el Distrito Capital ha evidenciado un aumento de casos en la notificación (30%) pero con una disminución considerable en la confirmación por laboratorio (70%); este comportamiento es compatible con el aumento de casos presentado en toda la nación aunque algunas zonas en el país como Antioquia siguen presentando aumento de casos confirmados esto debido a que aún no cuentan con el método PCR para *Bordetella pertussis* que hace que aún tengan falencias en la confirmación por laboratorio; el aumento en la notificación de casos se debe en gran medida a la actualización del protocolo de vigilancia de Tos ferina el cual entro en vigencia a partir del mes de Enero del año en curso y en este documento se ampliaron las definiciones clínicas de caso probables en niños menores de 3 meses y 6 meses, igualmente el año 2013 fue un año epidémico para este evento en el cual se presentó un aumento tanto en la morbilidad como en la mortalidad de más del 200%; por ello en el año 2013 a pesar de que el porcentaje de positividad es solo del 6% aún menor al del año 2011 13.6%, la sociedad médica aun permanece alerta ante en evento lo que se refleja en la alta notificación de este

Las hipótesis que se formulan frente a la disminución de casos hacen referencia a:

Desde el año 2010 se observó un aumento paulatino del evento hasta el año 2013 en el cual presentó su pico en por lo menos 9 países de las Américas como lo describe la literatura tos ferina presenta episodios epidémicos en promedio de 3 a 5 años (más comúnmente cada tres o cuatro años⁹ el año 2013 correspondería al año de estabilización de la enfermedad

Asociación entre las acciones de mitigación y control de la enfermedad como lo son la vacunación en gestantes con DPta, el adelantamiento y acortamiento de los esquemas de vacunación en menores de 1 año y las actividades de vigilancia en salud pública intensificada como lo recomendó la OPS en el boletín epidemiológico de Noviembre de 2013 implementados desde finales de año 2013 por la Ciudad de Bogotá en cabeza de la Secretaria de salud con la disminución de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

También es importante precisar que Bogotá mejoro su método de diagnóstico de tos ferina con la técnica de PCR desde el año 2010 lo cual supone una mejor caracterización den evento

- Para los ESAVI, se requiere contar con equipo multidisciplinario que apoye constantemente el análisis de casos de ESAVI.
- Sensibilización a la comunidad sobre eventos pos vacunales evitarán perdida de adherencia al programa PAI
- Mantener los procesos de sensibilización en comunidad sobre lavado de manos y demás actividades relacionada con condiciones higiénico-sanitarias coadyudarán a la disminución de estos eventos.

⁸CDC. MMWR 2013;61(28);517-522.

⁹OPS, 2005. El control de las enfermedades transmisibles, decimoctava edición

- La inclusión de otros eventos desde el nivel nacional al ejercicio de BAI ocasiona pérdida de la sensibilidad de la estrategia frente a los eventos en eliminación y erradicación, especialmente los Eventos Prevenibles por Vacuna.
- El sarampión y rubeola continúan siendo eventos de gran notificación en el DC, igualmente con un número importante de casos con IgM positiva o dudosa en primera muestra, los cuales a la fecha se han descartado con sueros pareados y en su defecto con base en la revisión clínica y epidemiológica de cada caso.
- En relación al evento parotiditis, se requiere un pronunciamiento desde el INS frente a la posibilidad de procesamiento de muestras de sueros pareados.
- La varicela y la parotiditis siguen siendo endémicas en escuelas, jardines y población confinada, por lo cual se requiere del establecimiento de estrategias que mitiguen en alguna medida la reaparición de brotes en estas poblaciones.
- Dado la declaratoria de brote en el año 2013, se mantiene la vigilancia intensificada de tos ferina, se ha venido observando, en el 1er semestre del 2013, una disminución considerable en las tasas de incidencia pasando 271 casos por 100.000 niños a incidencias de 121 casos; la disminución en la mortalidad es una más diciente al registrarse una disminución del 200% en los fallecimientos entre el año 2013 (15 fallecidos) al año 2013 (2 fallecidos), según los registros de estadísticas vitales (corte al mes de Junio de 2013).
- Se continúa observando dificultades en la actualización de la información en el aplicativo SIVIGILA especialmente en el registro de las visitas de campo, y los hallazgos relevante de la misma, lo cual conlleva a una registro de pobre calidad. De igual manera se debe trabajar en la oportunidad de la realización de la IEC, ya que el indicador evidenciado está muy por debajo de la meta requerida.
- La vacunación en gestantes con DPTa y el adelantamiento y acortamiento de los esquemas en menores de 1 año son medidas que deben ser consideradas por otros entes territoriales y la nación para disminuir la morbimortalidad de la enfermedad especialmente en los niños menores de 3 meses.

Tuberculosis

- La TB pulmonar continúa siendo el tipo de TB que se presenta con mayor frecuencia en la población, por lo cual se requiere garantizar la realización de la prueba tamiz en este caso de la baciloscopia a todos los sintomáticos respiratorios.
- Los casos notificados en el SIVIGILA como TB con condición final muerte obedecen en su gran mayoría a casos en donde la causa básica de muerte no es la TB sino a otros estados patológicos por ello la importancia de continuar con el espacio de análisis de estos casos.
- Frente a la presentación de la tuberculosis en grupos de riesgo como los indígenas y los habitantes de calle se ha observado un número similar a los casos reportados en el 2012; por ello es necesario continuar con actividades de búsqueda activa en estas poblaciones, procesos de educación y sensibilización de la patología.
- Frente a la coinfección por TB VIH se evidencio un aumento en la realización de la consejería y la prueba de VIH pero es contradictorio con el bajo conocimiento de la presencia o no de la Coinfección

frente a esto es importante fortalecer la articulación entre estos sistemas de vigilancia y los programas.

Lepra

- La relación por sexo de los casos de Lepra para el periodo reportado muestra una tendencia marcada en lo hombres
- En general se evidencian labores no calificadas, el cual refleja un limitado proceso formativo en los pacientes diagnosticados con Lepra en Bogotá.
- Los casos de lepra se ubican en población económicamente activa y en personas en el ciclo adulto y Juventud.
- Los casos notificados de lepra en este periodo consultaron al médico de manera tardía ya que en promedio el 73% de los casos consulto después del año de iniciar los síntomas.

Intoxicaciones químicas

- Los casos de intoxicaciones por sustancias químicas se están presentando principalmente en población joven.
- No hay diferencias frente a la frecuencia general de ocurrencia de intoxicaciones por sexo, sin embargo hay diferencias importantes cuando se realiza el análisis por tipo de exposición, encontrando que hay determinantes sociales y roles propios del sexo que influyen en el tipo de intoxicación presentada. Así, los casos de intoxicación con intencionalidad suicida se dan principalmente en mujeres y los casos de intoxicación por exposición delictiva y psicoactivos se dan con mayor frecuencia en hombres.
- Los fármacos, los psicoactivos y el grupo de sustancias denominado otras sustancias químicas fueron las que en mayor proporción estuvieron involucradas con intoxicaciones por sustancias químicas.
- La mayor intoxicación por tipo de exposición corresponde a intento suicida, seguida por exposición delictiva y accidental.
- La principal causa de intoxicación en niños menores de 5 años fue por exposición accidental debida principalmente al manejo inadecuado de sustancias químicas de uso común en el hogar.
- Hay sub registro frente a la ocurrencia de los casos de intoxicación por sustancias químicas que no son atendidos en los servicios de salud y de aquellos que provocan la muerte inmediata y son llevados directamente a medicina legal.
- Se continúan identificando fallas de clasificación del evento frente a la ocurrencia de intoxicaciones por sustancias químicas y calidad en algunos registros del SIVIGILA.

Intoxicaciones por monóxido de carbono

- Los casos notificados corresponden a personas con edades variadas, según se puede evidenciar al identificar la edad mínima y máxima. Sin embargo, el rango de la población se establece como mayoritariamente joven de acuerdo a lo señalado en el promedio.

- Al identificar el género, se evidencia una mayoría en el sexo femenino respecto al sexo masculino, debido posiblemente a las intoxicaciones presentadas de tipo domiciliario, ya que los artefactos a gas se encuentran ubicados mayoritariamente en la vivienda y que son utilizados de mayor manera por las mujeres; no se presenta una diferencia entre el tipo de exposición accidental e industrial.
- La intoxicación en menores de edad y principalmente en niños menores de 5 años se genera debido a la exposición de tipo accidental ocasionados por los artefactos a gas de uso común en el hogar como lo son el calentador y la estufa, razón por la cual, se debe reforzar las actividades de promoción y prevención dirigidos a los padres de familia y adultos sobre la utilización de los artefactos mencionados anteriormente.
- Dentro de las principales dificultades respecto del conocimiento real del comportamiento de las intoxicaciones por monóxido de carbono a través del SIVIGILA en la ciudad de Bogotá, se resalta que todavía se presume la existencia de un porcentaje importante y desconocido de subregistro, generado por las personas que no consultan a los servicios de salud, además, no se cuenta con los registros de los eventos de exposición que generan la muerte inmediata y que son atendidos directamente por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, ya que la entidad no es una Unidad Notificadora de datos y que los casos no son registrados en el SIVIGILA. Se está haciendo monitoreo indirecto a través de Estadísticas Vitales.
- Adicionalmente, es necesario fortalecer la identificación y atención de casos entre los profesionales de salud, ya que no se están siguiendo los protocolos de atención en urgencias. Esto tiene como resultado que no se están realizando los niveles de carboxihemoglobina respectivos en cada caso.
- Respecto a los datos consignados en el SIVIGILA, se identifican fallas en la clasificación del evento (sustancia que genera la intoxicación) y diversas inconsistencias referente a la calidad del registro. Debido a lo anterior, es necesario continuar con la retroalimentación y fortalecer la capacitación permanente a las unidades generadoras de datos y al personal de atención en salud con el fin de mejorar la calidad de la notificación.
- Los casos de intoxicaciones por monóxido de carbono se presentan principalmente en población joven.
- Se evidencian diferencias frente a la frecuencia general de ocurrencia de intoxicaciones establecidas por sexo, encontrando que existen determinantes sociales y roles propios del género que influyen en el desarrollo del tipo de intoxicación.
- La principal causa de intoxicación en niños menores de 5 años fue debido a la exposición accidental ocasionada por el manejo inadecuado y falta de control de los artefactos a gas en el hogar.
- Existe un subregistro de casos generados a través de la ocurrencia de los eventos de intoxicación por monóxido de carbono que no son atendidos en los servicios de salud y de aquellos casos que provocan la muerte inmediata y son dirigidos directamente al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; además en el informe, no se evidencian los casos registrados en la atención de brotes.
- Se continúa evidenciando fallas en la clasificación del evento respecto a la ocurrencia de intoxicación por monóxido de carbono y la calidad del registro al diligenciar la ficha de notificación.

Intoxicaciones por medicamentos

- Las intoxicaciones por medicamentos continúa siendo un evento de especial relevancia en salud pública generando morbi-mortalidad y costo para el sistema sanitario.

- Dado la dificultad existente en las UPGD para categorizar las intoxicaciones que constituyen alerta y su inmediata notificación se hace necesario continuar con la divulgación del protocolo de vigilancia epidemiológica de intoxicaciones agudas por medicamentos en las UPGD e incentivar la notificación inmediata y de esta manera desarrollar las investigaciones de campo a que haya lugar en las primeras 24 horas de sucedido el evento.
- La Secretaría Distrital de Salud continuara con la capacitación a las UPGD para mejorar la calidad del dato, incentivar la confirmación por laboratorio y el ajuste de casos.
- La Secretaría Distrital de Salud continuará las capacitaciones a la comunidad en general, a los propietarios, administradores y dependientes de establecimientos farmacéuticos sobre la prevención de intoxicaciones y el uso racional de los medicamentos.

Intoxicaciones por sustancias psicoactivas

- Los casos de intoxicaciones por sustancias psicoactivas se están presentando principalmente en población joven.
- Los casos de intoxicación por sustancias psicoactivas se presentan principalmente en hombres, aunque para ambos géneros, el principal tipo de exposición fue psicoactivo, seguido de las intoxicaciones con finalidad delictiva.
- La vía principal de intoxicación es la oral, seguida de la respiratoria, debido al tipo de sustancias principalmente utilizadas y la intencionalidad del consumo.
- El nivel educativo de los casos es principalmente secundaria y universitaria, lo que demuestra que no hay desconocimiento del uso de estas sustancias y que su uso es principalmente recreativo.
- Se siguen presentando fallas de clasificación del evento e inconsistencias en datos registrados en SIVIGILA.

Intoxicaciones por alimentos

- La inoportunidad en la notificación de brotes de ETA no permite la toma de medidas de control pertinentes de las UCSP a nivel local en la atención del brote.
- Persiste la dificultad en el ajuste oportuno y clasificación final de los brotes de ETA en el SIVIGILA.
- No se identifican completamente los factores de riesgo relacionados con la presentación del brote lo que tampoco garantiza el control eficaz del mismo.
- Debido a que no se toman las muestras tanto biológicas como de alimentos, superficies y manipuladores, no se pueden identificar los agentes patógenos causales de las ETA ni se pueden establecer estrategias convenientes para su adecuado control.
- La proporción de medidas sanitarias aplicadas no corresponde con el porcentaje de brotes de ETA que ocurren en establecimientos comerciales, educativos, carcelarios y otros abiertos al público.

Enfermedades de transmisión sexual

- La epidemia de VIH y las otras ITS en el Distrito Capital continua siendo concentrada teniendo prevalencia inferiores a 1% en población general y mayor a 5% en grupos de mayor vulnerabilidad como HSH y Mujeres Trans.

- El SIVIGILA para el caso de VIH parece estar mostrando control de la epidemia, para el caso de las otras ITS muestra un claro aumento por lo cual es importante cruzar con otras fuentes de información.
- La población joven de 25 a 29 años es la que se está viendo más afectada por todas las ITS, al igual que los grupos de edad que hacen parte del ciclo de vida Juventud o Adulto joven.
- Todos los indicadores muestran el impacto de las prácticas de riesgo tanto sexuales como de otro tipo y su asociación con las epidemias por ITS en la ciudad.
- La Hepatitis B y Hepatitis C muestran tendencias claras al aumento, las dos con los mayores picos en 2012, lo cual requiere análisis a profundidad para identificar las razones de este tipo de comportamiento.
- Aunque la información es depurada aun se identifican falencias en la calidad de la información generada por SIVIGILA.

Zoonosis

- El evento de la agresión por animal potencialmente transmisor de rabia es el segundo evento de mayor notificación en el Distrito, es solamente superado por la varicela. De acuerdo a lo evidenciado en el análisis de la información, es importante destacar que algunos de los problemas que históricamente se presentaban en la atención y notificación del evento han venido siendo mejorados, de forma tal que la notificación oportuna, la clasificación adecuada del evento y la prescripción correcta del tratamiento han mejorado considerablemente, partiendo de lo evidenciado en la base de datos SIVIGILA. (1)
- Como este evento, no es un evento con un comportamiento epidemiológico definido en términos de su comportamiento temporal, es importante que las actividades de vigilancia, prevención y control de la misma se mantengan permanentemente y se fortalezca aquellos puntos de la cadena de atención que aun tienen fallas impidiendo con ello la óptima calidad del seguimiento del evento. (1)
- A pesar del alto número de agresiones ocasionadas por caninos y felinos en el Distrito, no se puede generar una alarma basándose exclusivamente en este dato, existen otras circunstancias que se deben tener en cuenta al momento de llamar la atención al respecto: En la ciudad no se registra un caso de rabia canina o felina autóctona desde el año 2001 y no se presenta un caso de rabia humana autóctona desde hace más de 15 años. Estas situaciones sumadas a las medidas de vacunación antirrábica para caninos y felinos en el Distrito y las medidas de control poblacional disminuyen en Bogotá el riesgo de transmisión activa del virus rábico, si bien es cierto no estamos exentos de que se presente un caso, se debe siempre procurar realizar una evaluación integral de cada evento por parte del médico tratante que permita definir adecuadamente el tratamiento a seguir.
- Este es un evento que debe mantenerse en un proceso de mejora constante, de capacitación permanente, pues está claro que el personal asistencial es clave al momento de definir los casos y remitir los tratamientos. De igual manera las actividades relacionadas con el control de la población animal son complementarias a las actividades de vigilancia epidemiológica del evento. Por ejemplo en las localidades donde se reporta el mayor número de agresiones, está presente el mayor número de animales del Distrito y esto sumado a que son localidades con condiciones socioeconómicas que le impiden a quien posee un animal contar con las condiciones de tenencia óptimas para el mismo,

hace que se conviertan en un punto neurlgico para el fortalecimiento de aquellas actividades gratuitas que buscan intervenir y controlar la población animal.

- Como se dijo previamente, la presentación de cualquier evento mórbido que afecte a una población, esta relacionada con varios factores que rodean al individuo y que favorecen la presentación del evento. En el caso específico de este evento, la presencia de caninos callejeros, la tenencia irresponsables de animales por parte de los propietarios de los mismos permitiendo que los mismos vaguen por la calle libremente, es un factor predeterminante para que las personas se vean más expuestas a ser agredidas por estos animales. Las condiciones socioeconómicas de las poblaciones afectadas tienen igualmente una importancia alta en relación a la presentación de agresiones por parte de animales, no en vano las 5 localidades donde se reporta el mayor número de casos, cuenta con condiciones que permite que los habitantes de estas sean expuestos a agresiones por parte de animales.
- Son localidades donde las condiciones socioeconómicas que se evidencian, hace que se lleven a cabo ciertas prácticas rutinarias que favorecen la presentación de agresiones por parte de los animales. Se podría inferir que son localidades en las que las viviendas son insuficientes para las personas que las habitan, muy probablemente se presente hacinamiento, situación que imposibilita la permanencia de su animal de compañía al interior de la vivienda, sumado a que muy probablemente son personas que no cuentan con medios para alimentar a los animales por lo que deciden dejarlos vagar libremente por la calle, situación que aumenta de por sí el número de caninos y felinos “callejeros” que podrían encontrarse. Son además animales muy probablemente con deficiente estado sanitario, pues no asisten a consulta veterinaria periódica, no son vacunados, desparasitados o esterilizados.
- Dejando de lado la condición de los animales, es igualmente importante suponer que las personas que habitan dichas localidades son probablemente trabajadores que deben iniciar sus jornadas laborales muy temprano en la mañana y regresan tarde en la noche, motivo por el cual es probable que sus hijos queden al cuidado de otro adulto, del cuidador o profesor de la institución donde se encuentran durante el día –principalmente en el caso de niños en edad preescolar – o al cuidado de un hermano “mayor”. Se debe recordar que los niños son justamente la población con mayor número de agresiones situación que puede deberse a la una curiosidad innata, sumada a una insuficiente supervisión de un adulto que indique al niño el riesgo al que se expone por interactuar inadecuadamente con animales desconocidos.
- Factores como los anteriormente descritos son los que deben llamar la atención y los que deben evaluarse para definir las acciones que se debe adelantar para intervenir aquellas comunidades que se ven más comúnmente afectadas por esta situación.
- Con el fin de mejorar mucho más en el proceso de atención, notificación y seguimiento de los casos, se deberá construir con las alcaldías planes de capacitación a las áreas de epidemiología de las ESE y las UPGD, así como con el personal asistencial de aquellas instituciones donde se evidencien las mayores falencia en relación al manejo integral del evento.
- En relación al manejo y distribución del biológico se ha incrementado la rectoría desde la SDS haciendo seguimientos semanales y mensuales a los puntos donde se tiene suero antirrábico y donde se adelanta la vacunación. Este paso forma parte del proceso de auditoría que se deberá adelantar para asegurar la calidad en la atención y notificación de los eventos.

- Aun con la disminución que se ha evidenciado en relación a la mala notificación y atención del evento, se deberá mantener la auditoria permanente al proceso principalmente en aquellas localidades o instituciones donde se hace más evidente las fallas.
- El incremento en la notificación puede estar relacionada con el cambio del nombre del evento, pues al no notificarse unicamente las exposiciones rábicas, aumenta el número de reporte de aquellas que son no exposiciones y que suman a la estadística de la notificación del evento.
- Es necesario emitir un documento técnico (circular o similar) a nivel distrital, en el cual se explique el como se debe prestar la atención al evento, la notificación y seguimiento del mismo.
- La población en edad productiva (laboral o estudiantil) son los más afectados por este evento.
- Con el fin de contrarrestar el alto número de agresiones reportadas en la ciudad, se debe evaluar de forma particular para cada una de las localidades que más afectadas se ven, las condiciones que favorecen las agresiones por parte de los animales a la población y con base en ello se deben tomar medidas que contrarreste esta situación.

ETV

- Los eventos denominados enfermedades transmitidas por vectores tiene una dinámica nacional, que si bien no tienen en Bogotá una transmisión activa, si muestran la exposición a los mismos que tienen las personas residentes en la capital de la República, al trasladarse a zonas de transmisión activa, aunque algunos casos sean remitidos por nivel de complejidad para ser atendidos en Bogotá donde estos casos llegan inicialmente a ser tratados, ya sea por una complicación o por un diagnóstico primario.
- Se percibe que las enfermedades con mayor número de notificación a nivel de Bogotá D.C., corresponden a Dengue, Leishmaniasis y Malaria, en algunos casos con dificultades en la notificación, puesto que aún no siendo área de transmisión activa para estos eventos se registran algunos como procedentes de Bogotá, esto vislumbra el desconocimiento por parte de todo el personal que maneja la salud, y de las características de transmisión de estos, adicionalmente, se evidencia confusión a la hora de la notificación de los eventos transmitidos por vectores (Dengue, Leishmania, Chagas, Malaria, Encefalitis, y Fiebre Amarilla), generando reportes erróneos que se reflejan en las inconsistencias en las bases de datos que se generan en el grupo Transmisibles de la SDS, con respecto a la cantidad de tratamientos suministrados vs notificaciones realizadas, en donde se observa que no se esta notificando en su totalidad al sivegila pero si a programa para recibir tratamientos.
- La oportunidad de mejora en la cual haya siempre una vigilancia constante de estos eventos en el Distrito Capital, hace que haya mayor confiabilidad y capacidad de realimentación con otros departamentos, adicionalmente nos muestra la realidad y la capacidad de afectación de estas enfermedades pudiéndonos mostrar su comportamiento para así tener información verídica y confiable de cada uno de los casos que lleguen a la ciudad, de tal manera que contribuya a su reconocimiento y control a nivel social en el Distrito Capital.
- Los eventos de mayor notificación durante la semana 1 hasta la semana 26 de 2013 en Bogotá Distrito Capital corresponden a Dengue, Leishmania, Malaria, Leptospira y Chagas en su respectivo orden siendo casi nulos los reportes de Encefalitis y Fiebre Amarilla.

- Se requiere continuar con las actividades de capacitación para mejorar la vigilancia y atención a los pacientes que se atienden en el Distrito Capital con estas patologías, debido a que en algunos casos no existe un manejo adecuado de estas enfermedades, por no ser de ocurrencia frecuente en la ciudad y por no pensar en que las personas se desplazan con facilidad a áreas de transmisión activa.
- La población que se evidencia más afectada por estas enfermedades corresponde en su gran mayoría al género masculino, entre el rango de 25 y 29 años de edad.
- El departamento de procedencia que muestra mayor notificación para Malaria (*P. vivax*) corresponde al Chocó, para el caso de Dengue los departamentos que presentan mayor notificación son: Cundinamarca, Tolima y Meta en su respectivo orden. En el caso de leishmaniasis (cutánea) Meta, y Cundinamarca, Guaviare y Caquetá y la enfermedad de Chagas los departamentos de mayor notificación corresponden a Cundinamarca, Santander, y Boyacá.
- La Fiebre Amarilla es una enfermedad de carácter vectorial, pero inmunoprevenible.

Leucemias

- Se encuentra una proporción de incidencia de leucemia pediátrica de 0,3 x 100.000 hab más bajo de la encontrada en Colombia que es de 6 x 100.000 hab.
- Se encuentra una proporción de incidencia de leucemia linfocítica para el año 2013, hasta la semana epidemiológica 25 de 15,9 x 100.000 hab. Esta proporción es mayor a la reportada por el Instituto Nacional de Cancerología - INC en su anuario estadístico de 2007 (9.2 en menores de 15 años)ⁱ.
- Se encuentra una proporción de leucemia mielocítica para el año 2013, a la misma semana, es de 3.1 x 100.000 hab por debajo de la reportada por el INC en el anuario mencionado de 4.3¹³.
- La oportunidad en el tratamiento y en la confirmación diagnóstica se encuentran en los límites deseados.

Mortalidad materna

- El mayor porcentaje de muertes maternas en el primer semestre de 2013 se concentran en el régimen contributivo.
- El mayor número de casos está en los grupos quinquenales de 15 a 19 años y mayores de 35 años.
- El 81 % de las causas fueron debidas a causas directas prevenibles, evitables.
- Según régimen de afiliación se observa que el mayor peso porcentual corresponde al régimen contributivo con el 56 % con 9 casos seguido del subsidiado con el 38 % con 6 casos.
- Dentro de las aseguradoras del régimen contributivo el grupo Saludcoop 19 % distribuidos en Cruz Blanca (2 casos) y Cafesalud (1 caso), seguido por Famisanar, Compensar y Nueva EPS con el 12,5 % (2 casos) cada uno.
- Dentro de las aseguradoras del régimen subsidiado el 50 % de los casos se presentaron en Capital Salud (3 casos), seguido de Caprecom con el 33,3 % (2 casos) y Solsalud con 1 caso (17 %).
- Según el sitio de defunción se presentaron en mayor porcentaje en la red privada con un 62 % (10 casos), en la red pública un 31 % (5 casos) y un caso en domicilio.

- En referencia a las IPS públicas las instituciones que más casos presentaron fueron el Hospital Occidente de Kennedy con 3 casos (60%) seguido del Hospital de Suba II Nivel y Meissen con 1 caso cada uno (20%).
- De las IPS privadas se presentaron 3 casos en el Hospital Universitarios Mayor – Méderi (30%), seguido con dos casos en Clínica Candelaria Duval y Hospital universitario San Ignacio (20%) y un caso en Videmedica Internacional SA, Clínica Colsubsidio Orquídeas y Clínica Palermo.
- Se ha encontrado un alto porcentaje de silencio epidemiológico, así como un gran incumplimiento en el diligenciamiento de soportes que son requisito para el sistema de VSP.
- Así mismo las entidades manifiestan específica resistencia hacia el desarrollo dos de las actividades requeridas como son la entrevista a la gestante y la B.A.I por no contar con tiempo en la jornada laboral para estas actividades de vigilancia.
- Poco empoderamiento por parte de los coordinadores de vigilancia de las IPS en los procesos evidenciado en la no socialización y capacitación.

Infecciones asociadas al cuidado de la salud y resistencia bacteriana

- Con relación a los indicadores presentados a nivel distrital se desarrollan los comités de infecciones intrahospitalarias desde el año 2000 contando con participación de representantes de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, aseguradoras, sociedades científicas, academia e industria. Este espacio es organizado por la SDS y se viene desarrollando efectivamente mensualmente. Ha esta reunión asisten en promedio 98 personas. Algunos aspectos que dificultan la realización del comité son: falta de asignación por parte de la Secretaría de auditorio para la ejecución de la reunión para algunos meses, lo cual implica conseguir un salón de gran capacidad, de fácil acceso que alguna institución acceda a prestar sin retribución económica. De igual forma no se asigna ningún presupuesto para otros aspectos logísticos como refrigerios, lo que dificulta la jornada por ser un espacio de reunión con duración de 5 horas aproximadamente. Tampoco se cuenta con un presupuesto establecido para favorecer la consecución de expositores (expertos en el tema), se logra su realización contando con expertos voluntarios o por gestión de las IPS que deseen participar de manera efectiva en la organización del comité.
- Con respecto al porcentaje de IPS que notifican activamente al subsistema de IAAS, este indicador se ve afectado por cierre temporal o definitivo de instituciones prestadoras de servicios de salud o por la alta rotación del personal a cargo de la vigilancia, situación que en algunos casos no es notificada al ente territorial oportunamente para efectuar capacitación y en otros implica no asignación de personal para realizar esta intervención en la institución.
- Con respecto al indicador de oportunidad del subsistema de IAAS, se establece que las instituciones notifiquen dentro de los 45 días siguientes al mes que están reportando, se observa que este indicador no cumple con el 100%, lo cual se considera está relacionado con que la rotación de personal durante el año es insuficiente personal designado a la vigilancia del evento por parte de las IPS, falta de apoyo gerencial al proceso.
- Adicionalmente si bien existe una resolución (073 de 2008) en la cual se establece la necesidad de notificación oportuna y con base en lineamientos establecidos por el subsistema de vigilancia y a



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

pesar de que se ha divulgado la norma y los lineamientos para notificación, se requiere fortalecer el compromiso gerencial e institucional frente al proceso de notificación y atención de brotes.



2.10. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS

2.10.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud

El análisis de los determinantes intermedios de la salud se realizó utilizando las medidas de desigualdades sencillas como la diferencia relativa, la diferencia absoluta y para las medidas complejas como el índice de concentración, los índices basados en comparaciones de dos a dos. Las medidas de desigualdad tan solo se estimaron para los indicadores que resulten en peor estado, utilizando variables que causen gradiente como pobreza, ingreso, nivel educativo y otras variables que estén disponibles.

También se van a estimar una categoría de indicadores que corresponde a circunstancias materiales que está conformada por cinco subgrupos, condiciones de vida; disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales y psicológicos y culturales y sistema sanitario.

2.10.2. Condiciones de vida

2.10.2.1. Cobertura de servicios de electricidad

En 1997, el 93,8% de los hogares estaban conectados a este servicio; por zonas del país, 99,6% de los hogares urbanos y 77,2% de los rurales lo estaban. En 2003, el 95,7% del total estaban conectados, 99,75% de los urbanos y el 83,10% de los rurales (10).

En general, la cobertura del servicio de energía eléctrica es alta en zonas rurales, teniendo en cuenta la dificultad natural que tiene llevar redes de distribución de cualquier servicio público a estas zonas. Al observar específicamente la cobertura rural por región geográfica, la que muestra la menor cobertura es la Pacífica, y aun así tiene una cobertura de 77%; mientras la que presenta una cobertura más alta es Antioquia, con casi 90% de los hogares rurales cubiertos por el servicio (10).

Las diferencias regionales en la cobertura urbana no son significativas y se encuentra un cubrimiento universal, del cual pueden estar siendo excluidos los nuevos asentamientos ilegales que se ubican en áreas en donde no existe cobertura de la red de distribución y su conexión se surte en concordancia con los procesos de normalización urbana de cada municipio (10).

En Bogotá, la cobertura de electricidad es del 99,8% (10).

2.10.2.2. Cobertura de acueducto

En 1997, el 85,6% de los hogares estaban conectados a un acueducto, 98,21% de los hogares urbanos y 49,3% de los rurales, lo estaba. En 2003, las cifras correspondientes eran 86,77% para el total, 97,59% para la zona urbana y 53,51% para la rural (10).

Al observar específicamente la cobertura rural por región geográfica, la región que muestra la menor cobertura es la Atlántica y la que presenta un cubrimiento más alto es el Valle del Cauca (5).

¹⁰ Departamento Nacional de Planeación. Pobreza y servicios públicos domiciliarios. Manuel Ramírez Gómez+ Econometría S.A. Banco Mundial. CEPAL. Banco interamericano de Desarrollo. 2007.

Para Bogotá, la cobertura de acueducto se estima en 99,4% por lo que sin cobertura de acueducto es de 0,6% (5).

2.10.2.3. Cobertura de alcantarillado

En 1997, el 70,8% de los hogares estaban conectados al servicio de alcantarillado; en áreas urbanas, la cobertura era de 90% de los hogares y en el área rural de 15,35%. En 2003, las cifras correspondientes eran 72,19% para el total, 90,5% para la zona urbana y 16% para la rural. Las diferencias son muy pequeñas y no son estadísticamente significativas (10).

La región que presenta menor cubrimiento es también la de San Andrés y Providencia; y la que tiene una cobertura más alta es, de nuevo, Bogotá con cobertura universal (10).

2.10.2.4. Eliminación adecuada de excretas

El porcentaje de adecuada eliminación de excretas para Bogotá en el año 2011, fue de 99,7% para un puntaje en el índice de calidad de vida 7,2.

2.10.2.5. Cobertura de servicios de telefonía

En 1997, el 47,74% de los hogares tenían servicio telefónico, 62,56% de los hogares urbanos y 5,04% de los rurales lo tenían. En 2003 las cifras correspondientes eran 54,64% para el total, 68,92% para la zona urbana y 10,74% para la rural. Las diferencias son pequeñas pero estadísticamente significativas y muestran un aumento en la cobertura del servicio.

Al observar específicamente la cobertura rural por región geográfica se encuentra que en la Pacífica no existe y en la Atlántica es prácticamente nula. La región que presenta una cobertura más alta es Antioquia. En Bogotá, la cobertura de telefonía fija es de 88,2% (5).

2.10.2.6. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)

Para el año 2012, la empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá, publicó los resultados del concepto sanitario del agua de Bogotá realizado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en la que se obtiene un puntaje de 0.145 que significa, concepto sanitario favorable.

El índice de riesgo para calidad del agua de consumo humano de la persona estuvo en 0.29% es decir, sin riesgo. El índice de riesgo por abastecimiento en 0% u las buenas prácticas sanitarias en el rango de sin riesgo (Tabla 108).

2.10.2.7. Disponibilidad de alimentos

En Bogotá la lactancia materna es de 97.1% según la ENDS ⁽¹¹⁾, con un 67.0% que fue amamantado durante la primera hora de nacido, 17.1% durante el primer día de nacido y 25.2% recibió alimentos antes de empezar a lactar.

El porcentaje de lactancia materna exclusiva fue de 2.6%, y el porcentaje de niños que recibieron pecho más de 6 veces en las últimas 24 horas fue de 80.7%, durante la noche el número de veces fue de 3.3 veces ⁽¹¹⁾.

El porcentaje de bajo peso al nacer en Bogotá fue de 12.3% para niños de menos de 2.5 Kg. De peso normal 78.7% de niños con más de 2.5 Kg y 0.3% de los niños no fueron pesados. Los niños que pesaron menos corresponden a madres menores de 20 o mayores de 34 años; básicamente primogénitos; de las zonas urbanas, de mayor educación y menor pobreza; de Bogotá (12 por ciento); Valle sin Cali ni Litoral (10 por ciento); y Barranquilla, Medellín y Cali (9 por ciento en cada área metropolitana) ⁽¹¹⁾.

El porcentaje de desnutrición crónica fue de 3,6% en niños por debajo de 3 desviaciones estándar por debajo de lo normal y de 16.3% por debajo de 2 desviaciones estándar. Para desnutrición aguda el porcentaje por debajo de 3 desviaciones estándar fue de 0.0% y por debajo de 2 desviaciones de 0.5%. En sobrepeso se encontraron 5.6% de los niños encuestados en las ENDS. Para desnutrición global se encontró un porcentaje de 0,5% por debajo de 3 desviaciones estándar y 2,9% por debajo de 2 desviaciones estándar ⁽¹¹⁾.

En adultos de 18 a 64 años se encontró un porcentaje de 11,0% de obesidad grado I y II y 0,5% de obesidad grado III. En mujeres de 15 a 19 años se encontró 3,6% de obesidad grado I y II y 0,1% de obesidad grado III ⁽¹¹⁾.

Según el estudio de Román Vega, se encontró una prevalencia de anemia ferropénica en niños de 1 a 4 años en 46,2%, en niños de 5 a 12 años 22.6% y en mujeres en edad fértil de 41.5% ⁽¹²⁾.

La anemia nutricional tiene una prevalencia de 4,2 para Bogotá.

Tabla 108 Disponibilidad de alimentos en Bogotá, 2010

Disponibilidad de alimentos	Colombia 2009	Bogotá 2010	Semaforización	200	200	200	200	200	201
				5	6	7	8	9	0
Lactancia materna en la primera hora	65	67		↘	↘	↘	↗	↘	↘
Lactancia materna durante el primer mes de nacido	13,4	17,1		-	-	↗	↘	↗	↘
Alimentos antes de lactancia	20,6	25,2		↘	↗	↘	↘	↗	↘
Lactancia materna exclusiva	2,3	2,6		↘	↗	↘	↘	↗	↘
Bajo peso al nacer	19,1	12,3		↘	↘	↗	↘	↗	↘
Desnutrición crónica	16,2	3,6		↘	↗	↘	↘	↘	↗

¹¹ Profamilia. ENDS 2010.

¹² Vega R, Acosta N, Martínez J, Arrieta R, Estupiñan Z, Fonseca Z, Castro C. Analisis de disparidades por anemia en Colombia 2005. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 7 (15): 46-76, junio-diciembre de 2008.



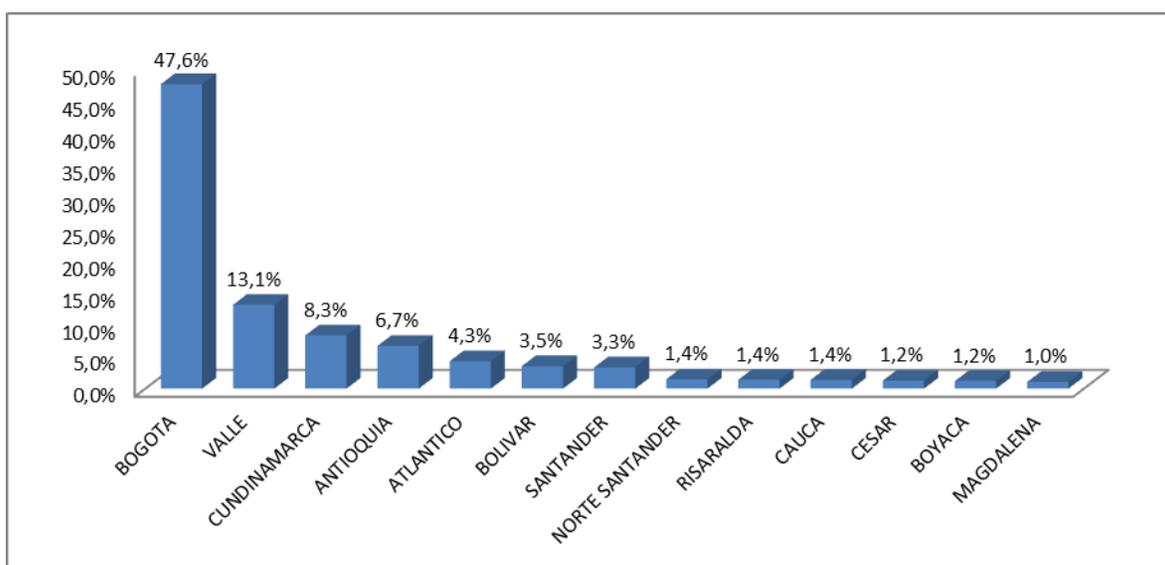
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Desnutrición Global	6,6	0,5		↘	↘	↘	↘	↘	↘
Obesidad en adultos 18 a 64 años	32,3	11		↘	↘	↘	↗	↘	↘
Obesidad en mujeres en edad fértil	7,1	3,6		-	-	↗	↘	↗	↘
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años	5,0	4,2		-	-	↗	↘	↗	↘

2.10.2.8. Condiciones de trabajo

Según Fasecolda, para el año 2012, en Bogotá el porcentaje de enfermedad laboral diagnosticada es de 47.6%, la más alta de los departamentos estudiados (Gráfica 70).

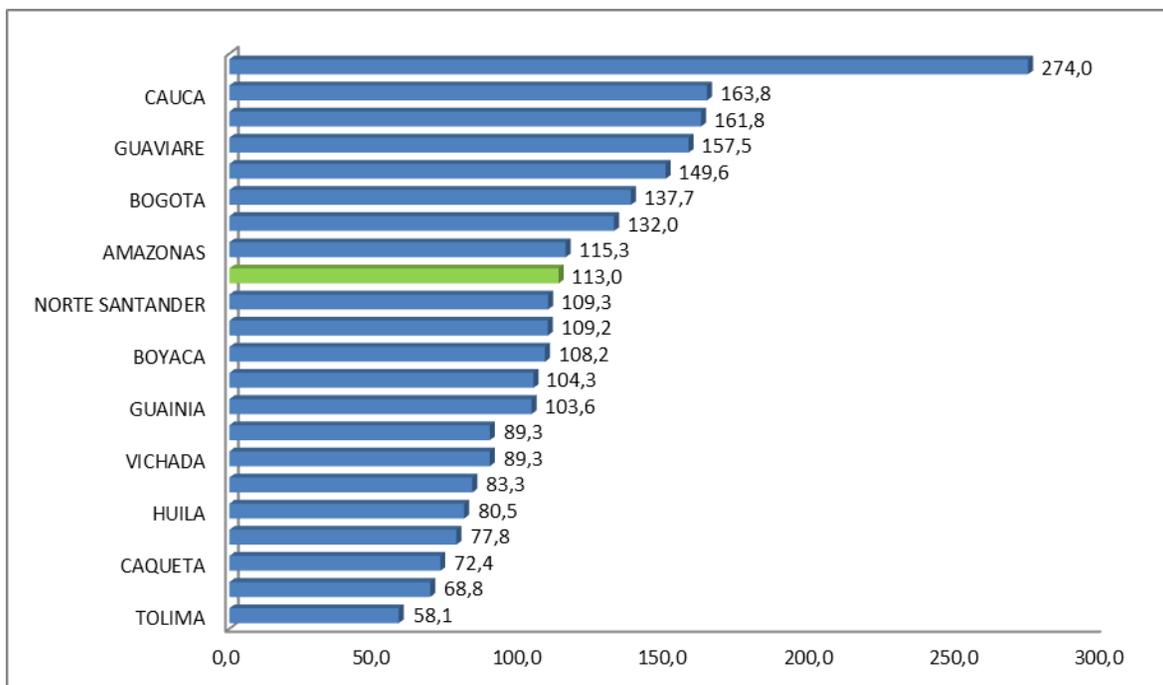
Gráfica 70 Distribución de enfermedad laboral por región, 2012.



Fuente: Estadísticas Presidenciales Ministerio de Salud y Protección Social - Sistema de Información Gremial, CTRL Fasecolda

Las tasas de enfermedad laboral muestran que Bogotá tiene 137,7 x 100.00 habitantes por encima de la del país que se encuentra en 113,0 x 100.000 hab (Gráfica 71).

Gráfica 71 Distribución de las tasas de enfermedad laboral por departamento, 2012



Fuente: Estadísticas Presidenciales Ministerio de Salud y Protección Social - Sistema de Información Gremial, CTRL Fasecolda

En cuanto a las condiciones de trabajo con respecto al país se observa que la cobertura de población ocupada en Bogotá es mayor que en Colombia, así como la incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo.

Tabla 109 Condiciones de trabajo en Bogotá, 2012

Condiciones de trabajo	Colombia 2012	Bogotá 2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Cobertura de población ocupada en riesgo laboral	88,9	91,2		↘	↘	↘	↗	↘	↘
Incidencia de accidentalidad en el trabajo	52,3	47,6		-	-	↗	↘	↗	↘
Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo	113	137,7		↘	↗	↘	↘	↗	↘

2.10.2.9. Condiciones factores, psicológicos y culturales

Se realiza el análisis por cada uno de los indicadores de los factores psicológicos y culturales.

- Prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años: esta información esta disponible únicamente para el país pues es a este nivel, para 2.012 fue de 0,50% Observatorio Nacional de VIH
- Prevalencia de VIH-SIDA para hombres que tienen sexo con hombres: 15,0% Estudio de Comportamiento sexual y Prevalencia VIH en HSH (Unfpa - Minsalud - SDS 2.011)
- Prevalencia de VIH-SIDA en mujeres trabajadoras sexuales: 0,30% Estudio de Comportamiento sexual y Prevalencia VIH en Mujeres Trabajadoras Sexuales (Proyecto VIH Fondo Mundial 2.012)
- Prevalencia de VIH-SIDA en usuarios de drogas intravenosas: No disponible para Bogotá
- Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años, la medición se hace con seguimiento a cohorte hasta los 18 meses lo cual hace que el último reporte sea del 2.010, 2,6% para Bogotá, en información preliminar 0,03 X 1.000 nacidos vivos a semana 39 de 2.013
- Tasa de incidencia de sífilis congénita: 2,3 X 1.000 nacidos vivos a semana 39 de 2.013
- Cobertura de tratamiento antiretroviral: 100% Cuenta de Alto Costo 2.012

Indicadores de calidad de vida	Colombia 2009	Bogotá 2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prevalencia VIH HSH	21	15	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Prevalencia de VIH-SIDA en mujeres trabajadoras sexuales	0,4	0,3	-	-	↗	↘	↗	↘
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años	3	2,6	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Incidencia de VIH en menores de 2 años	0,09	0,03	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de sífilis congénita	4,5	2,3	↘	↘	↗	↘	↗	↘

En la tabla 110, se observan los determinantes intermedios para Bogotá. Comparado con Colombia, el porcentaje de consumo de verduras en personas de 5 a 64 años es mayor, igual que el porcentaje de la misma edad que consume fruta. Entre escolares del 11 a 18 años el consumo de alcohol es mayor que en Colombia de 48,02, igual que el consumo de marihuana en este grupo con 7.3%.

Además, en Bogotá, el uso de métodos de anticoncepción es mayor que en Colombia con un 80.8%.

El porcentaje de transmisión materno perinatal de VIH es menor en Bogotá que en Colombia con 2.6%.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 110 Condiciones de vida En Bogotá, 2011-2012

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Bogotá	Comportamiento					
			2006	2007	2008	2009	2010	2011
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de verduras diariamente (ENSIN 2010)	28,1	33					0,0	
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas diariamente (ENSIN 2010)	66,8	74,4					0,0	
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA 2011)	39,81	48,02						0,0
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2010)	79,1	80,8					-	
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011)	5,22	7,36						0,0
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2010)	5,3	2,6				-	-	
Cobertura de tratamiento antiretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2011)	95	96,94						0,0
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2011)	12,06	17,77						0,0
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	12,8	15,9		0,0				
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2011)	195,04	238,99						0,0
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2011)	300,83	346,26						-

Fuente: Departamento Nacional de Planeación. Pobreza y servicios públicos domiciliarios. Manuel Ramírez Gómez+ Econometría S.A. Banco Mundial. CEPAL. Banco nteramericano de Desarrollo. 2007.

2.10.3. Determinantes intermedios del Sistema sanitario

2.10.3.1. Indicadores del sistema sanitario.

2.10.3.1.1. Instituciones prestadoras de Salud Habilitadas

Para el año 2012, se cuenta con 11.871 IPS habilitadas.

2.10.3.1.2. Cobertura de afiliación al SGSSS

La afiliación al sistema de seguridad en salud en Bogotá, se encuentra distribuida así: 66.8% en el régimen contributivo, 21,1% en el régimen subsidiado, 2,8% en régimen de fuerzas armadas, no afiliadas 8,9% y 0.4% en régimen del magisterio.

2.10.3.1.3. Coberturas administrativas de vacunación en Bogotá

A continuación se aprecian las coberturas de vacunación de Bogotá, avance a 31 de diciembre de 2013 (Tabla 111).

Tabla 111 Coberturas de vacunación en Bogotá, avance a 31 de diciembre de 2013

BIOLOGICOS	ENERO-DICIEMBRE	
	VACUNADOS	%
POLIO	116.272	95.7
DPT	116.229	95.7
BCG	113.698	93.6
HEPATITIS B	116.024	95.5
HAEMOPHILUS	116.229	95.7
ROTAVIRUS	111.139	91.5
TRIPLE VIRAL 1 AÑO	104.137	86.3
NEUMOCOCO	104.630	86.7
FIEBRE AMARILLA	107.674	89.3



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

BIOLOGICOS	ENERO-DICIEMBRE	
	VACUNADOS	%
HEPATITIS A	107.279	88.9
TRIPLE VIRAL 5 AÑOS	102.843	86.6

Fuente: Coberturas sacadas con Proyecciones Población DANE-censo 2005

2.10.3.1.4. Nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal

El promedio general de controles prenatales para Bogotá, según la encuesta de salud, es de 3.7. Para el régimen contributivo el promedio es de 4,5, para el régimen subsidiado de 3,6 y para los no afiliados de 3.2 (13).

2.10.3.1.5. Cobertura de parto institucional

Según los datos de Así Vamos en Salud se mantiene alto el número de partos atendidos en instituciones de salud. En los últimos años esta cifra ha estado por encima del 97% en el promedio nacional, pero hay diferenciales por departamentos. Para el 2011 el promedio nacional estaba en 98,74%, pero a nivel departamental la situación es diferente: Vaupés presenta un porcentaje de atención de partos en instituciones de salud de 56,99%, muy por debajo del promedio nacional. Vichada presenta un porcentaje de 67,18%. Entre el 80% y 90% se encuentran Amazonas, Guainía y Arauca. Por el contrario San Andrés, Atlántico, Bogotá, Quindío, Magdalena, Córdoba, Valle del Cauca, Bolívar y Cundinamarca con un 99% se encuentran cerca de cumplir con el 100% de partos atendidos en instituciones de salud.

2.10.3.1.6. Camas

Bogotá cuenta con 2.290 camas, de las cuales general de adultos son 1.257, general pediátrica son 485 camas, UCI intermedias son 222, UCI adultos son 59 camas y de salud mental son 167. La distribución por hospital se observa en la tabla 112.

¹³ Castro MG. EVALUACION DE LA UTILIZACION ADECUADA DEL CONTROL PRENATAL EN BOGOTA CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007. Tesis de Maestría en salud pública. Universidad Nacional de Colombia. 2009.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 112 Distribución de las camas en Bogotá, 2011 a 2013

Raz_Soc_Pres	Nom_Ser_Hij	2011	2012	2013
Hospital Bosa	General Adultos	52	54	51
	General Pediátrica	26	25	26
Total Hospital Bosa		78	79	77
Hospital Centro Oriente	General Adultos	32	29	39
	General Pediátrica	41	41	37
	Unidad Cuidados Intermedios			4
Total Hospital Centro Oriente		73	70	80
Hospital Chapinero	General Adultos	3	2	2
	General Pediátrica	2	2	2
Total Hospital Chapinero		5	4	4
Hospital Del Sur	General Adultos	17	14	14
	General Pediátrica	6	6	6
Total Hospital Del Sur		23	20	20
Hospital El Tunal	General Adultos	131	131	136
	General Pediátrica	26	26	31
	Unidad Cuidados Intensivos	37	37	37
	Unidad Cuidados Intermedios	27	27	27
	Total Hospital El Tunal		221	221
Hospital Engativa	General Adultos	137	137	138
	General Pediátrica	35	35	36
	Unidad Cuidados Intensivos	12	6	4
	Unidad Cuidados Intermedios	20	16	10
	Total Hospital Engativa		204	194
Hospital Fontibón	General Adultos	94	94	98
	General Pediátrica	15	12	17
	Unidad Cuidados Intermedios	6	6	6
Total Hospital Fontibón		115	112	121
Hospital La Victoria	General Adultos	126	126	130
	General Pediátrica	87	85	91
	Salud Mental	24	24	24



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Raz_Soc_Pres	Nom_Ser_Hij	2011	2012	2013
	Unidad Cuidados Intensivos	24	24	24
	Unidad Cuidados Intermedios	54	54	54
Total Hospital La Victoria		315	313	323
Hospital Occidente De Kennedy	General Adultos	153	153	156
	General Pediátrica	38	37	38
	Salud Mental	36	36	36
	Unidad Cuidados Intensivos	32	32	31
	Unidad Cuidados Intermedios	36	36	33
Total Hospital Occidente De Kennedy		295	294	294
Hospital Pablo VI Bosa	General Adultos	17	17	17
	General Pediátrica	15	15	15
Total Hospital Pablo VI Bosa		32	32	32
Hospital Rafael Uribe Uribe	General Adultos	14	12	12
	General Pediátrica	6	6	6
Total Hospital Rafael Uribe Uribe		20	18	18
Hospital San Blas	General Adultos	123	123	123
	General Pediátrica	66	66	66
	Salud Mental	17	17	17
	Unidad Cuidados Intermedios	12	12	12
Total Hospital San Blas		218	218	218
Hospital San Cristóbal	General Adultos	10	10	10
	General Pediátrica	3	3	3
Total Hospital San Cristóbal		13	13	13
Hospital Santa Clara	General Adultos	112	126	126
	General Pediátrica	19	19	19
	Salud Mental	38	38	1
	Unidad Cuidados Intensivos	30	30	30



Raz_Soc_Pres	Nom_Ser_Hij	2011	2012	2013
	Unidad Cuidados Intermedios	21	22	22
Total Hospital Santa Clara		220	235	198
Hospital Simón Bolívar	General Adultos	142	148	147
	General Pediátrica	64	55	55
	Salud Mental	34	33	70
	Unidad Cuidados Intensivos	35	34	33
	Unidad Cuidados Intermedios	56	52	54
Total Hospital Simón Bolívar		331	322	359
Hospital Usaquén	General Adultos	6	3	4
	General Pediátrica	2	1	2
Total Hospital Usaquén		8	4	6
Hospital Usme	General Adultos	28	28	28
	General Pediátrica	11	11	11
Total Hospital Usme		39	39	39
Hospital Vista Hermosa	General Adultos	41	41	26
	General Pediátrica	34	37	24
	Salud Mental	19	19	19
Total Hospital Vista Hermosa		94	97	69
Total general		2.304	2.285	2.290

Fuente: Sistema de Información de Capacidad Instalada y Producción CIP V 2.0

2.10.3.1.7. Ambulancias

Bogotá cuenta con 47 ambulancias básicas y 6 medicalizadas para un total de 53 ambulancias. Por ESE se observan en la Tabla 113.

Tabla 113 Distribución de las ambulancias en Bogotá, 2011 a 2012

HOSPITAL	2011		Total 2011	2012		Total 2012
	BASICA	MEDICADA		BASICA	MEDICADA	
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	4		4	4		4
ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL				2		2



HOSPITAL	2011		Total 2011	2012		Total 2012
ESE HOSPITAL CHAPINERO	1		1	2		2
ESE HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL	1	1	2	1	1	2
ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	2	1	3	2	1	3
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	3		3	3		3
ESE HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	2	3	5	1	3	4
ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	4		4	4		4
ESE SAN CRISTOBAL	3		3	1		1
HOSPITAL DE SUBA ESE II NIVEL	1		1	1	1	2
HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	4		4	4		4
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	11		11	5		5
HOSPITAL FONTIBON ESE	8		8	4		4
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	3		3	3		3
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	4		4	4		4
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	2		2	2		2
HOSPITAL SAN BLAS- II NIVEL ESE	4	1	5	4		4
Total general	57	6	63	47	6	53

Fuente: Estadísticas Presidenciales Ministerio de Salud y Protección Social - Sistema de Información Gremial, CTRL Fasecolda

2.10.3.1.8. Pobreza

La brecha o intensidad de la pobreza es un indicador que mide la cantidad de dinero que le falta a la unidad pobre (hogar o persona) para dejar de ser pobre, es decir para que alcance la línea de pobreza. Esta diferencia se presenta con respecto al ingreso per cápita de la unidad pobre y se pondera por el número de pobres. Para el año 2012, este indicador alcanzó el 3,7% en Bogotá D.C.; con respecto a 2011 registró una disminución de 0,4 puntos porcentuales. A nivel nacional este indicador fue de 12,9%; con respecto al año 2011 la brecha de la pobreza nacional presentó una disminución de 0,5 puntos porcentuales.

El indicador de severidad de la pobreza integra los indicadores de Incidencia y Brecha de la pobreza. Las diferencias entre el ingreso per cápita de cada unidad pobre con respecto a la línea de pobreza se pondera dando mayor importancia a las unidades pobres que están más lejos de la media, para incluir el efecto de la desigualdad entre los ingresos de los pobres.

Para el año 2012, Bogotá D.C. registró una severidad del 1,9%. Entre los años 2011 y 2012, se observa una



disminución de 0,1 puntos porcentuales de la severidad Bogotá D.C.. Por su parte, a nivel nacional se presenta una disminución de 0,3 puntos porcentuales de la severidad.

La semaforización de los indicadores del sistema sanitario se observan a continuación. En la mayoría de los indicadores Bogotá se encuentra por encima de los valores de Colombia.

Tabla 114 Indicadores del sistema sanitario en Bogotá, 2006 a 2012

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Bogotá	Comportamiento						
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	72,3	65,4	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005)	53,2	45,6	-	-	↗	↘	↗	↘	-
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2011, 2012)	88,8	78,9	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2012)	92,6	93,6	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	92,2	95,7	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	92	95,7	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	92,4	86,3	-	-	↗	↘	↗	↘	-
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	2,9	3,7	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	98,1	98,7	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Porcentaje de partos
atendidos por personal
calificado (EEVV-DANE)

98,7 98,6



2.10.4. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

2.10.4.1. Ingresos

Para el año 2012, el ingreso per cápita promedio en Bogotá D.C. fue de \$857.103, con un crecimiento de 1,2% con respecto al 2011. Esto indica que una familia promedio en Bogotá D.C. compuesta por cuatro personas, tiene un ingreso de \$3.428.412.

Tabla 115. Otros indicadores de ingreso, Bogotá, 2011

Indicadores de ingreso	Bogotá 09
Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas	1,5
Proporción de población bajo la línea de pobreza	13,1
Proporción de población en miseria	2,0
Proporción de población bajo la línea de indigencia	0,8
Proporción de población en hacinamiento	12,3
Coefficiente de Gini para ingresos	0,522

Fuente: Secretaría de Hacienda de Bogotá. 20111

2.10.5. Sector educativo

2.10.5.1. Tasa de analfabetismo en personas entre 15 y 24 años

Respecto a la tasa de analfabetismo en el país (para personas entre 15 y 24 años), llegó en 2011 a 1,76%. Según la encuesta multipropósito, Bogotá se ubicó en 0,45% para personas entre 15 y 24 años, superando la meta de 1% establecida para 2015 (Tabla 116).

Tabla 116 Tasa de analfabetismo de 15 a 24 años para Bogotá, 2011

LOCALIDAD		Tasa de analfabetismo individuos entre 15 y 24 años
1	Usaquén	0,27
2	Chapinero	0,00
3	Santafé	1,32



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	LOCALIDAD	Tasa de analfabetismo individuos entre 15 y 24 años
4	San Cristóbal	1,24
5	Usme	0,77
6	Tunjuelito	0,42
7	Bosa	0,36
8	Kennedy	0,18
9	Fontibón	0,68
10	Engativá	0,72
11	Suba	0,17
12	Barrios Unidos	0,64
13	Teusaquillo	0,00
14	Mártires	1,22
15	Antonio Nariño	0,47
16	Puente Aranda	0,00
17	Candelaria	0,00
18	Rafael Uribe	0,14
19	Ciudad Bolívar	0,66
	TOTAL	0,45

Fuente: Encuesta multipropósito DANE. 2011

2.10.5.2. Años Promedio de educación de la población de 15 años y más. Bogotá D.C.

En años promedio de estudio para la población entre 15 y 24 años, el país alcanzó 9,41 años en el año 2011. En Bogotá, para 2011 llegó a 10,84, cifra que supera la meta país 2015.

Para el año 2011, el promedio de años de escolaridad para la población de 15 a 24 años aumentó un punto porcentual con respecto al año 2010, al pasar de 10,59 a 10,84; esto significa que el Distrito ha alcanzado la



meta establecida para el año 2015 correspondiente a 10,6 años promedio de educación. De acuerdo con la información reportada por la Gran Encuesta Integrada de Hogares, las mujeres tienen un indicador promedio más alto 11.09, frente a los hombres, 10,60 (Tabla 117).

Tabla 117 años promedio de educación por grupos de edades y localidades, año 2011

LOCALIDAD	RANGO EDAD								
	entre 5 a 14 años			entre 15 a 24 años			mas de 24 años		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Usaquén	3,36	3,22	3,29	11,39	11,92	11,66	13,84	13,09	13,42
Chapinero	2,62	3,88	3,22	12,08	12,28	12,18	15,54	14,08	14,73
Santafé	3,50	3,24	3,38	10,86	10,72	10,79	10,57	10,10	10,33
San Cristóbal	3,41	3,65	3,53	10,27	10,59	10,43	8,75	8,23	8,47
Usme	3,26	3,38	3,32	9,68	10,29	9,99	7,97	7,64	7,80
Tunjuelito	3,56	3,49	3,53	10,59	11,05	10,82	9,73	9,37	9,54
Bosa	3,39	3,47	3,43	9,92	10,62	10,27	8,52	8,37	8,44
Kennedy	3,76	3,38	3,59	10,69	11,14	10,93	10,12	9,72	9,91
Fontibón	3,31	3,19	3,25	11,03	11,70	11,38	12,43	11,64	12,00
Engativá	3,54	3,43	3,49	11,04	11,46	11,25	11,37	10,97	11,15
Suba	3,67	3,73	3,70	10,77	11,22	10,99	11,90	11,42	11,64
Barrios Unidos	3,27	3,55	3,41	11,13	11,80	11,46	12,66	11,73	12,16
Teusaquillo	3,25	3,65	3,45	11,71	12,79	12,26	14,90	14,15	14,48
Los Mártires	3,56	3,44	3,50	10,48	10,82	10,64	10,72	10,52	10,62
Antonio Nariño	3,54	3,36	3,46	10,61	11,48	11,07	11,05	10,38	10,69
Puente Aranda	3,64	3,61	3,62	11,33	11,41	11,37	11,54	10,94	11,22
La Candelaria	3,48	3,67	3,57	11,21	11,94	11,54	11,56	10,95	11,26
Rafael Uribe	3,44	3,61	3,52	10,18	10,64	10,41	9,07	8,86	8,96
Ciudad Bolívar	3,34	3,32	3,33	9,66	10,06	9,86	8,08	7,98	8,03
Total	3,49	3,47	3,48	10,60	11,09	10,84	10,78	10,37	10,56

Fuente: Encuesta Multipropósito DANE año 2011. Cálculos: Oficina Asesora de Planeación SED- Bogotá.

2.10.5.3. Deserción escolar intra-anual

La palabra deserción proviene del verbo desertar, lo que implica el no cumplimiento de obligaciones adquiridas o el dejar de hacer algo. Por otro lado, la palabra escolar, hace referencia a todo aquello que concierne al estudiante. Por consiguiente, la deserción escolar intra-anual se refiere a aquellos alumnos que abandonan las instituciones educativas en algún momento del año escolar. No obstante, estos retiros no siempre corresponden a un abandono total del sistema educativo dado que estos niños pudieron haberse trasladado a un colegio del sector privado o algún otro municipio o ciudad.

En las tasas de deserción global del sistema educativo oficial (ver Tabla 106), se observa que en el periodo comprendido entre 2009 y 2012 las tasas se mantienen constantes, alrededor de los 3.9 puntos porcentuales; para el año 2012 la tasa presentó una disminución de 0.8 puntos decimales, es decir que en años anteriores se tenía que por cada 100 niños se retiraban 3.9 niños y para el año 2012 se retiraron 3.1 niños del sistema oficial de Bogotá (Tabla 118).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 118 Tasa de Deserción Intra anual del sector Oficial de Bogotá por Localidades.

Localidad	2009	2010	2011	2012
<i>Usaquén (1)</i>	3,1	2,8	3,9	3,0
<i>Chapinero (2)</i>	3,3	6,1	4,9	4,1
<i>Santa Fe (3)</i>	6,5	8,3	9,0	9,3
<i>San Cristóbal (4)</i>	5,0	5,8	5,3	4,4
<i>Usme (5)</i>	4,3	4,3	3,6	3,8
<i>Tunjuelito (6)</i>	4,2	5,4	6,3	2,5
<i>Bosa (7)</i>	3,6	3,4	2,8	2,0
<i>Kennedy (8)</i>	3,8	2,9	2,7	2,8
<i>Fontibón (9)</i>	3,3	3,2	4,4	3,8
<i>Engativá (10)</i>	4,1	5,3	4,3	3,5
<i>Suba (11)</i>	1,6	1,6	1,9	1,7
<i>Barrios Unidos (12)</i>	3,9	5,0	3,3	3,4
<i>Teusaquillo (13)</i>	0,6	7,9	3,6	1,3
<i>Los Mártires (14)</i>	5,0	6,7	5,3	3,6
<i>Antonio Nariño (15)</i>	5,7	6,0	7,2	5,7
<i>Puente Aranda (16)</i>	4,2	4,5	6,9	5,7
<i>La Candelaria (17)</i>	8,1	2,2	6,8	2,5
<i>Rafael Uribe Uribe (18)</i>	4,3	4,4	5,2	4,5
<i>Ciudad Bolívar (19)</i>	3,2	3,5	3,6	2,4
<i>Sumapaz (20)</i>	4,8	2,0	1,6	6,3
Total	3,7	3,9	3,9	3,1

(1) Tasa de Deserción Intra-anual. **Fuente:** Censo C600 con un año de rezago. **Cálculo:** Oficina Asesora de Planeación - Grupo de Estadística. **Nota:** El cálculo Incluye sólo la jornada diurna de los Colegios de educación formal

Por último se encuentran las tasas de deserción por grados de escolaridad del sector oficial de Bogotá (Tabla 4), en el cual se observa que a partir del sexto grado se presentan las tasas más altas de deserción terminando en el grado décimo; casi todas alrededor del 4%, para el año 2012 y del 5% en los años anteriores. A estos grados se les considera grados críticos dado que mantienen sus altos índices dentro de todo el compendio histórico. En diferencia del grado once en donde los estudiantes se retiran en menor proporción, con una tasa que oscila entre 28% y 1.8% para el año 2012 (Tabla 119).



Tabla 119 Tasas de deserción en establecimientos educativos sector oficial según grado, 2008 a 2012

GRADO	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Prejardín</i>	2,4	2,5	3,1	2,2	2,4
<i>Jardín</i>	3,0	3,9	4,8	3,4	3,1
<i>Transición</i>	3,0	3,5	3,0	3,1	2,6
<i>grado 1</i>	3,1	3,9	3,8	3,5	3,1
<i>grado 2</i>	2,8	3,0	3,1	2,9	2,3
<i>grado 3</i>	2,6	2,8	2,7	2,5	2,2
<i>grado 4</i>	2,5	2,5	2,6	2,3	2,2
<i>grado 5</i>	2,3	2,4	2,7	2,4	2,0
<i>grado 6</i>	5,1	5,1	5,0	5,6	4,6
<i>grado 7</i>	4,5	4,9	5,0	5,1	3,9
<i>grado 8</i>	4,8	4,7	5,2	5,5	4,2
<i>grado 9</i>	4,6	4,5	4,9	5,2	3,6
<i>grado 10</i>	4,7	4,6	5,8	5,4	4,3
<i>grado 11</i>	2,8	2,5	2,9	2,5	1,8
TOTAL	3,6	3,7	3,9	3,9	3,1

Fuente: Censo C600, con 1 año de rezago. Cálculo: Oficina Asesora de planeación - GE.

Nota: El cálculo Incluye sólo la jornada diurna de los establecimientos de educación formal reg

* Deserción intra-anual

2.10.5.4. Tasa de cobertura bruta de educación básica (de 0 a 9 grado y de 10 a 11 grado)

La tasa de cobertura bruta se define como la relación entre la población matriculada y la PEE de Bogotá para el rango de edad de 5 a 16 años. Definidos los rangos de edad para cada nivel de escolaridad, se calcula la TCB por nivel educativo.

Las tasas de cobertura presentadas en este informe fueron calculadas nuevamente de acuerdo con la Resolución 2022 de marzo 24 de 2010 expedida por el Ministerio de Educación Nacional, por la cual se definió la metodología para la certificación de la cobertura en educación preescolar, básica y media relacionada con la destinación de los recursos de regalías y compensaciones de conformidad con lo establecido en el Decreto 416 de 2007.

El Ministerio de Educación envió a esta entidad las hojas de vida de los indicadores, en las cuales describe la metodología para el cálculo de tasas de Cobertura en Educación. Además se indica que:

En el mes de marzo del año 2008, se instaló una mesa de trabajo conformada por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Educación Nacional y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Esta mesa tenía como objetivo revisar la metodología de cálculo de los indicadores de cobertura en educación. A continuación se relacionan los acuerdos a los que se llegaron: ,

- Los nuevos rangos de edad por nivel educativo son:

- Preescolar (Transición): 5 años
- Básica Primaria (1° a 5°): 6 a 10 años
- Básica Secundaria (6° a 9°): 11 a 14 años
- Media (10° y 11°): 15 y 16 años

Se incluirá en el cálculo del indicador, la matrícula por ciclos de jóvenes en extra edad o adultos (Tabla 120).

Tabla 120 Tasas de cobertura Bruta con rangos de edad del MEN. Período 2008 - 2012

Nivel	PEE -DANE	2008	2009	2010	2011	2012
Preescolar(Transición)	5 años	92,5%	89,1%	89,0%	85,6%	83,3%
Primaria	6-10 años	108,8%	108,6%	106,7%	102,6%	97,2%
Secundaria	11 - 14 años	106,7%	108,0%	109,1%	107,7%	107,8%
Media	15-16 años	84,5%	85,7%	89,4%	91,4%	88,3%
Total	5 - 16 años	102,6%	102,8%	103,1%	101,0%	99,3%
Tasa en Educación Básica	5- 14 años	106,4%	106,5%	106,0%	103,0%	100,2%
secundaria y media	11 - 16 años	99,20%	101,50%	103,50%	102,10%	101,20%

Fuente: Matrícula oficial: Sistema de Matriculas - Matrícula Privada: Censo C600 imputada - Población: Proyección DANE.

Cálculo: SED - Oficina Asesora de Planeación - Grupo de Estadística.

En efecto, el indicador de la tasa de Cobertura Bruta en Educación Básica (transición, primaria y secundaria) para la Nación llegó a 100.8% en el año 2012. Mientras que para Bogotá alcanzó en este mismo año el 100.2%, para el total de la educación básica. En el año 2012 Bogotá obtuvo una tasa de cobertura Bruta global de 99.3%, mientras que la nación reporto 100.76%.

Para la educación media Colombia alcanzó en 2012, una cobertura Bruta de 75.54%, dato que ubica a la capital a la vanguardia al llegar en 2012 a 88.3%, cifra muy cercana a la meta 2015. Esto implica para Bogotá grandes esfuerzos para ofrecer a las cohortes de bachilleres alternativas educativas y/o laborales acordes con sus intereses.

La semofarización de los determinantes relacionados con educación muestra que la tasa de cobertura de educación secundaria y media es mayor en Bogotá que en Colombia.



Tabla 121 Comportamiento de los indicadores de educación en Bogotá, 2003-2012

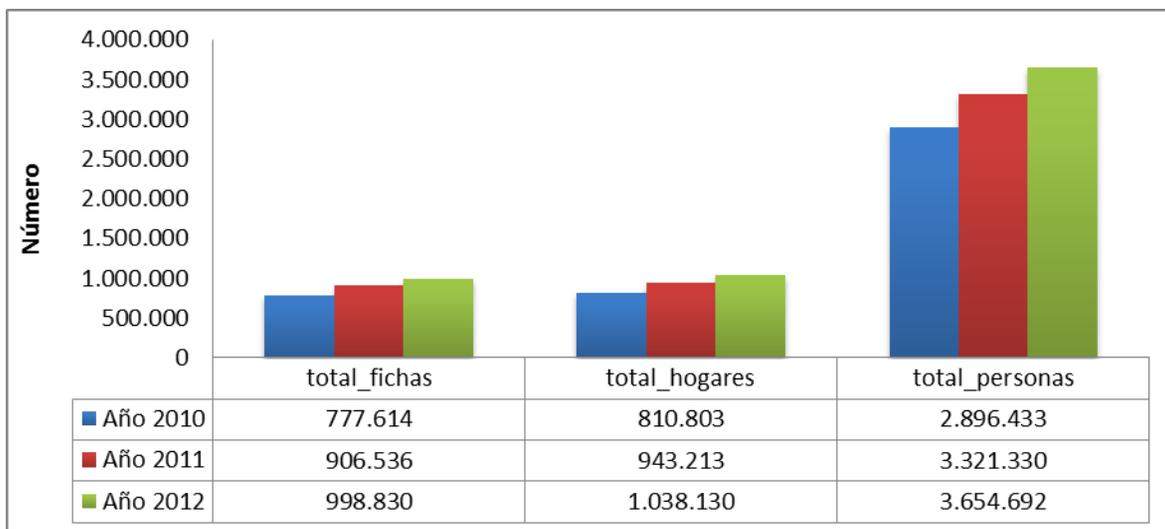
Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia	Colombia	Comportamiento										
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	6,6	1,7		↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2012)	90,1	97,2		↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2012)	68,4	107,8		↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2012)	38,2	88,3		↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗

2.10.5.5. Distribución porcentual de la población según clasificación SISBEN

Durante el año 2012, el SISBEN reporta 3.654.692 personas sisbenizadas, 1.038.130 hogares y 998.830 fichas. El aumento con respecto al año 2010 es de 1.000.000 de personas (Gráfica 72).



Gráfica 72 Distribución porcentual de la población en SISBEN en Bogotá, 2010-2012



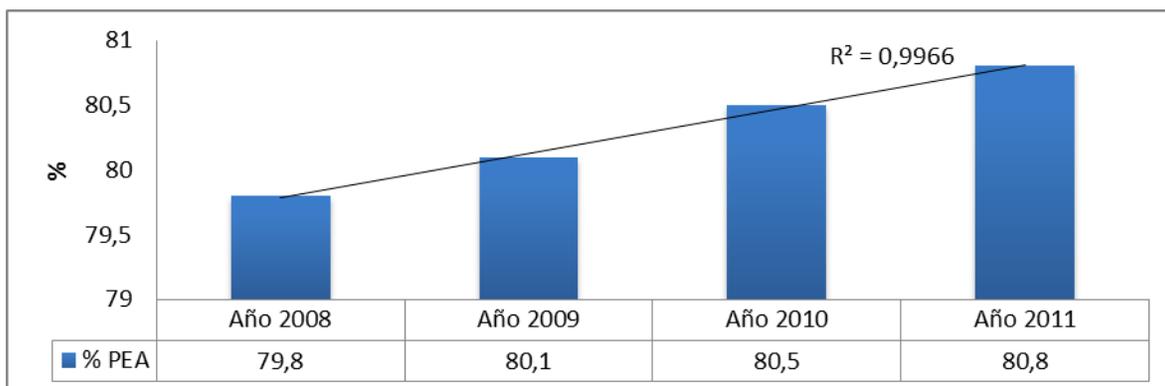
Fuente: SISBEN. 2010 a 2012.

2.10.5.6. Ocupación

Con respecto al 2012, la tasa global de participación (TGP) de la Capital fue del 72,1%, con un aumento de la población económicamente activa (PEA) en donde la población de Bogotá llegó a 7.555 miles de personas, conformando el 32,8% del total de las 24 ciudades en el país; de este total el 81% correspondió a población en edad de trabajar y la población económicamente activa fue de 4.415 miles de personas (6).

La Tasa de Ocupación (TO) fue del 65,2%, ocupando el primer lugar en las 24 ciudades, representando un total de 3.994 mil personas ubicadas laboralmente; sin embargo 1.504 mil formaron parte de la oferta laboral insatisfecha. El aumento en la TO para el distrito capital según el tipo de ocupación se distribuyó así: los empleados particulares junto a los empleados por cuenta propia predominaron concentrando estas dos categorías el 84,1% de los ocupados. El mayor crecimiento se presentó en los trabajadores sin remuneración y otros, seguidos de los empleados domésticos (6) (Gráfica 73).

Gráfica 73 Población económicamente activa en Bogotá, 2008 -2011



Fuente: Superintendencia de Sociedades. REGIONAL BOGOTÁ 2009 – 2012 INFORME. Delegatura de Asuntos Económicos y Contables Grupo de Estudios Económicos y Financieros. Bogotá D.C. Noviembre de 2013.

2.10.5.7. Tasa de desempleo

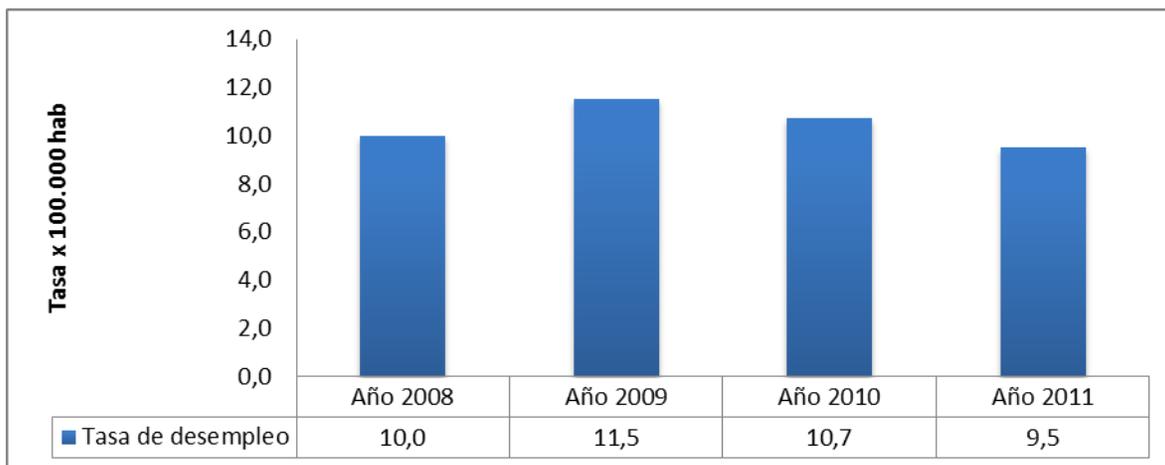
Durante la última década, la tendencia de la tasa de desempleo (TD) en los primeros años fue creciente en razón a la crisis económica. Bogotá estuvo muy afectada con respecto al promedio nacional, superando el 18%. En los últimos años la disminución ha sido continua, con excepción del año 2009 cuando reapareció la crisis (aunque no afectó de manera significativa). En 2011, se registró la TD más baja con el 9,5%, como resultado del crecimiento del PIB de la ciudad y para 2012 se mantuvo la tasa registrada en 2011, convirtiéndose en la tercera ciudad con menos desocupados en Colombia ⁽¹⁴⁾.

¹⁴ Superintendencia de Sociedades. REGIONAL BOGOTÁ 2009 – 2012 INFORME. Delegatura de Asuntos Económicos y Contables Grupo de Estudios Económicos y Financieros. Bogotá D.C. Noviembre de 2013.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 74 Tasa de desempleo en Bogotá, 2008 -2011



Fuente: Superintendencia de Sociedades. REGIONAL BOGOTÁ 2009 – 2012 INFORME. Delegatura de Asuntos Económicos y Contables Grupo de Estudios Económicos y Financieros. Bogotá D.C. Noviembre de 2013.

3. CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

3.1. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente

Los problemas reconocidos como principales para la ciudad de Bogotá son:

1. Accidente de tráfico de vehículo de motor.
2. Afecciones Perinatales
3. Enfermedades inmunoprevenibles
4. Accidentes rábicos
5. Cáncer de cuello uterino
6. Cáncer de mama
7. Caries dentales
8. Tuberculosis
9. Enfermedad isquémica del corazón
10. Enfermedad hipertensiva
11. VIH y SIDA.

3.2. Priorización de los problemas de salud

Utilizando la metodología de Hanlon se obtuvo la siguiente priorización, accidentes y enfermedades cerebrovasculares son las principales problemas de salud.

Tabla 122 Matriz de los problemas de salud priorizados en Bogotá, según Hanlon

N° ORDEN	AREA PROBLEMA	MAGNITUD	GRAVEDAD	PREVENIBLE	INTERES LOCAL	TENDENCIA	TOTAL
		4	4	2	3	1	
1	ACCIDENTES	36		12	24	9	121
2	CARDIOVASCULARES	36		12	30	4	114
3	VIH SIDA ENF. TRANS. SEXUAL	24		18	21	10	113
4	MORTALIDAD PERINATAL	20		20	30	8	110
5	MORTALIDAD POR ERA	36	40	14	21	7	110
6	MORTALIDAD INFANTIL	24	32	16	24	2	106
7	TUMORES	32	40	8	25	7	104
8	MORTALIDAD MATERNA	40	32	10	18	9	101
9	SUICIDIO	24	32	12	30	10	100
10	VILENCIA INTRAFAMILIAR	24	40	12	27	9	100
11	MORTALIDAD POR EDA	24	32	18	24	9	99
12	DESNUTRICION	24	24	18	27	9	98
13	BAJO PESO AL NACER	24	24	16	27	5	96
14	SIFILIS CONGENITA	24	28	18	24	5	95
15	DIABETES	16	24	14	24	4	94
16	SALUD MENTAL	40	20	10	18	6	94
17	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	28		10	27	6	91
18	EPOC	16		10	27	5	86
19	PAT. CONDUCTENTE DISCAPACIDAD	16		18	12	8	78
20	TUBERCULOSIS	12		14	27	4	77
21	MALFORMACIONES CONGENITAS	16		16	21	5	70
22	TRABAJO INFANTIL	24		16	12	5	69



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Nº ORDEN	AREA PROBLEMA	MAGNITUD	GRAVEDAD	PREVENIBLE	INTERES LOCAL	TENDENCIA	TOTAL
		4	4	2	3	1	
23	EMBARAZO EN ADOLESCENTES	12		16	21	6	67

3.3. Índice INS

Se calculó el índice INS con el fin de priorizar las localidades de Bogotá con mayor riesgo y necesidades en salud. Las localidades con mayor riesgo fueron Suba, Ciudad Bolívar, Engativá, Bosa, Kennedy, San Cristobal y Rafael Uribe (Tabla 126).

Tabla 123 Priorización de necesidades en salud con base en el Índice INS por Localidad en Bogotá, 2013

Localidad	INS
Sumapaz	-0,1
Candelaria	-1,2
Chapinero	-2,1
Antonio Nariño	2,7
Mártires	2,8
Teusaquillo	2,9
Santa Fe	3,6
Tunjuelito	3,9
Barrios Unidos	4,4
Puente Aranda	6,8
Fontibón	7,9
Usme	9,1
Usaquén	10,4
Rafael Uribe	-11,1
San Cristobal	-12,5
Ciudad Bolívar	-16,3
Bosa	-16,8
Engativá	-18,0
Suba	-26,7
Kennedy	-27,5
Total Distrito	-190,4

También se realizó el ejercicio para determinar cuales UPZ dentro de las localidades son las que más necesidades en salud tienen. Estas se observan en la tabla 127.

Tabla 124 Priorización de necesidades en salud con base en el Índice INS por UPZ en Bogotá, 2013

Localidad	Código UPZ Fuente: Bogotá en Cifras	Nombre UPZ Fuente: Bogotá en Cifras	Población Total Por UPZ Fuente: Bogotá en Cifras	Población Menores de 5 años UPZ Dane-SDP	Nacimientos POR UPZ Fuente: Aplicativo PAI 22 de Diciembre de 2013	INS
Usaquén	1	Paseo de los Libertadores	3.956	202	25	-0,1
	9	Verbenal	108.996	9.105	1.426	-3,5
	10	La Uribe	18.382	1.155	284	-0,3
	11	San Cristóbal Norte	75.260	5.938	936	-2,1
	12	Toberin	52.997	3.126	537	-1,6
	13	Los Cedros	104.023	4.147	900	-0,9
	14	Usaquén	43.356	2.132	349	-0,5
	15	Country Club	24.537	1.024	138	-0,3
	16	Santa Barbara	50.411	1.881	543	-1,1
	201	Rural Usaquén	2.846	207	0	0,0
	Total Usaquén		484.764	28.917	5.138	-10,4
Chapinero	88	El Refugio	31.266	1.144	318	-0,3
	89	San Isidro-Patios	19.134	1.625	106	-0,3
	90	Pardo Rubio	40.179	1.799	416	-0,7
	97	Chico Lago	25.349	908	350	-0,1
	99	Chapinero	20.113	554	183	-0,8
	202	Rural Chapinero	311	10	0	0,0
	Total Chapinero		136.352	6.040	1.373	-2,1
Santa Fé	91	Sagrado Corazón	5.666	177	153	-0,1
	92	La Macarena	14.076	831	254	-0,5
	93	Las Nieves	13.422	570	418	-0,7
	95	Las Cruces	23.610	1.785	499	-1,5
	96	Lourdes	46.732	4.664	803	-0,8
	203	Rural Santafé	6.439	592	0	0,0
	Total Santafé		109.945	8.619	2.127	-3,6
San Cristóbal	32	San Blas	96.539	8.583	867	-2,5
	33	Sosiego	48.139	3.425	638	-1,9



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	34	20 de Julio	88.537	7.117	1.117	-3,3
	50	La Gloria	100.601	9.359	1.259	-2,7
	51	Los Libertadores	74.466	7.258	836	-2,1
	204	Rural San Cristóbal	195	10	0	0,0
	Total San Cristóbal		408.477	35.752	4.717	-12,5
Usme	52	La Flora	21.155	2.380	280	-0,5
	56	Danubio	44.787	4.495	598	-0,9
	57	Gran Yomasa	155.918	14.435	1.628	-3,6
	58	Comuneros	100.432	9.752	1.306	-2,1
	59	Alfonso López	74.707	7.847	705	-0,8
	60	Parque Entrenubes	2.472	266	0	0,0
	61	Ciudad Usme	16.181	1.651	160	-0,5
	205	Rural Usme	246	10	0	0,0
	Total Usme		415.898	40.836	4.677	-9,1
Tunjuelito	42	Venecia	144.119	10.867	633	-2,7
	62	Tunjuelito	57.111	4.833	1.695	-1,2
	Total Tunjuelito		201.230	15.700	2.328	-3,9
Bosa	49	Apogeo	35.147	2.444	486	-0,7
	84	Bosa Occidental	194.830	18.970	2.782	-6,1
	85	Bosa Central	232.015	20.923	3.222	-6,0
	86	El Porvenir	83.526	8.315	1.796	-2,9
	87	Tintal Sur	67.236	7.020	927	-1,1
	Total Bosa		612.754	57.672	9.213	-16,8
Kennedy	44	Américas	83.322	4.974	875	-2,3
	45	Carvajal	86.541	6.092	1.063	-2,5
	46	Castilla	139.688	10.757	1.293	-3,1
	47	Kennedy Central	84.372	5.296	1.057	-3,6
	48	Timiza	146.589	10.705	1.526	-2,3
	78	Tintal Norte	52.989	7.669	284	-0,7
	79	Calandaima	81.309	9.212	1.243	-1,5
	80	Corabastos	76.127	7.230	1.037	-2,3
	81	Gran Britalia	67.783	5.477	1.061	-2,0
	82	Patio Bonito	185.662	16.806	2.414	-5,3
	83	Las Margaritas	17.124	1.486	246	-0,1
	113	Bavaria	20.574	1.072	450	-1,7
	Total Kennedy		1.042.080	86.776	12.549	-27,5
Fontibón	75	Fontibón	144.349	10.860	1.545	-3,2
	76	Fontibón San Pablo	34.368	2.939	460	-1,5



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	77	Zona Franca	48.613	4.346	561	-0,9
	110	Ciudad Salitre Occidental	47.071	2.604	236	-0,4
	112	Granjas de Techo	28.482	2.108	360	-0,8
	114	Modelia	40.508	2.090	388	-0,8
	115	Capellania	17.818	1.260	180	-0,3
	117	Aeropuerto El Dorado	958	67	12	0,0
		Total Fontibón		362.167	26.274	3.742
Engativá	26	Las Ferias	111.745	7.154	1.019	-1,6
	29	El Minuto de Dios	152.913	10.287	1.149	-2,5
	30	Boyacá Real	115.434	7.783	1.392	-3,7
	31	Santa Cecilia	62.457	3.645	668	-2,7
	72	Bolivia	90.271	5.241	698	-1,5
	73	Garcés Navas	163.806	11.062	1.481	-2,1
	74	Engativá	144.989	12.892	1.865	-3,7
	105	Jardín Botánico	2.575	154	13	0,0
	116	Alamos	14.745	1.104	136	-0,1
		Sin Dato UPZ	0	0	517	0,0
		Total Engativá		858.935	59.322	8.938
Suba	2	La Academia	1.050	49	4	0,0
	3	Guaymaral	231	10	0	-0,1
	17	San José de Bavaria	49.602	2.893	402	-1,2
	18	Britalia	65.493	4.236	774	-0,9
	19	El Prado	90.034	5.406	928	-2,0
	20	La Alhambra	34.232	1.399	362	-0,8
	23	Casa Blanca	42.162	2.856	372	-0,5
	24	Niza	62.683	3.207	569	-0,1
	25	La Floresta	23.601	1.137	372	-1,2
	27	Suba	157.097	12.222	1.761	-3,3
	28	El Rincón	337.044	28.161	3.883	-8,3
	71	Tibabuyes	256.924	22.613	3.541	-8,1
	211	Zona Rural	189	10	0	0,0
		Total Suba		1.120.342	84.199	12.968
Barrios Unidos	21	Los Andes	47.007	2.123	213	-0,4
	22	Doce de Octubre	101.885	6.300	772	-2,0
	98	Los Alcázares	83.052	4.229	483	-2,0
	103	Parque Salitre	4.489	260	8	0,0
		Total Barrios Unidos		236.433	12.912	1.476
Teusaquillo	100	Galerías	35.070	1.443	363	-0,5



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	101	Teusaquillo	27.474	988	264	-0,8
	104	Parque Simón Bolívar	3.582	125	42	-0,1
	106	La Esmeralda	33.770	1.298	306	-0,5
	107	Quinta Paredes	27.974	1.097	183	-0,4
	109	Ciudad Salitre Oriental	21.296	1.340	231	-0,5
	Total Teusaquillo		149.166	6.291	1.389	-2,9
Mártires	37	Santa Isabel	45.501	3.005	544	-0,9
	102	La Sabana	52.949	3.644	817	-1,9
	Total Mártires		98.450	6.649	1.361	-2,8
Antonio Nariño	35	Ciudad Jardín	30.660	1.935	422	-0,8
	38	Restrepo	77.947	6.356	729	-1,9
	Total Antonio Nariño		108.607	8.291	1.151	-2,7
Puente Aranda	40	Ciudad Montes	107.782	7.156	901	-2,5
	41	Muzu	54.857	3.591	617	-2,0
	43	San Rafael	75.343	5.018	814	-2,0
	108	Zona Industrial	4.059	282	117	-0,3
	111	Puente Aranda	16.061	445	125	0,0
	Total Puente Aranda		258.102	16.492	2.574	-6,8
Candelaria	94	La Candelaria	24.160	1.253	403	-1,2
	Total Candelaria		24.160	1.253	403	-1,2
Rafael Uribe	36	San José	47.697	3.111	508	-1,6
	39	Quiroga	80.436	5.608	1.115	-2,1
	53	Marco Fidel Suárez	63.077	5.282	926	-2,4
	54	Marruecos	103.436	8.677	1.217	-2,0
	55	Diana Turbay	82.121	8.270	1.079	-2,9
	Total Rafael Uribe		376.767	30.948	4.845	-11,1
Ciudad Bolívar	63	El Mochuelo	1.761	175	8	-0,1
	64	Monteblanco	6.956	901	74	0,0
	65	Arborizadora	62.840	4.881	601	-1,5
	66	San Francisco	77.239	7.094	1.096	-2,0
	67	Lucero	172.584	18.788	2.542	-4,3
	68	El Tesoro	51.065	5.838	910	-1,1
	69	Ismael Perdomo	180.699	17.601	1.977	-3,6
	70	Jerusalem	110.055	11.660	1.624	-3,7
	219	Rural Ciudad Bolívar	198	10	0	0,0
Total Ciudad Bolívar		663.397	66.948	8.832	-16,3	
Sumapaz	Sumapaz	6.340	586	35	-0,1	
Sin Dato Localidad				3.804	-3,7	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Total Distrito			7.674.366	600.477	93.640	-190,4
----------------	--	--	-----------	---------	--------	--------





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

4. Referencias bibliograficas

1. INS, 2011. Protocolos de Vigilancia epidemiológica de eventos de interés en Salud Publica
2. SDS, 2009. Protocolo de Vigilancia Centinela de la EDA.
3. SDS, 2011. Actas de análisis de mortalidad por Meningitis.
4. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. UICTER. 2003. Guía de la Tuberculosis para médicos especialistas. Consultado el 12 Diciembre de 2011 en: http://www.google.com.co/#sclient=psy-ab&hl=es&source=hp&q=libro+manejo+de+la+tuberculosis+para+medicos+especialistas+caminero&pbx=1&oq=libro+manejo+de+la+tuberculosis+para+medicos+especialistas+caminero&aq=f&aqi=&aql=&gs_sm=e&gs_upl=1121811352911138441111010101013115521413110.2.1.4.0.1.8-11910&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=1164c5ef0f4a1597&biw=1280&bih=709
5. Organización Mundial de la Salud. Informe Global sobre el control de la TB 2011. Consultado el 2 de diciembre de 2011 en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
6. Maestro Ángeles, La clase obrera paga con su salud la crisis capitalista. corriente roja (ed). Consultado el 5 de noviembre de 2011 en: <http://www.rebelion.org/docs/113139.pdf>
7. Panorama Epidemiológico de las Intoxicaciones en México - Medicina Interna de México volumen 21, núm. 2, marzo-abril, 2005.
8. Epidemiología de las intoxicaciones que generaron llamadas durante el año 2004 al Centro de Información Toxicológica (CITUC) de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Región Metropolitana.
9. Epidemiología de las Intoxicaciones en Chile: Una década de registros / Rev. Médica - Chile 2004.
10. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud. Informe intoxicaciones por Sustancias Químicas, Colombia 2010, semanas 1-52.
11. Adams, M.R., Moss, M.O. 1997. Microbiología de los alimentos. Editorial Acribia, S.A. 171, 178, 182.
12. INVIMA. 2ª VIDEOCONFERENCIA. Avance plan de contingencia en salud ante la temporada invernal en Colombia 2010.
13. http://web.invima.gov.co/portal/documents/portal/documents/root/HOME/energencia%20nacional/Pre-sentacion_videoconferencia_4enero.pdf
14. Hidalgo, JR: Estados Unidos introduce nuevos mecanismos sanitarios y de control para prevenir toxiinfecciones alimentarias evitables. Consumer EROSKI. 2005. <http://www.consumaseguridad.com/normativa-legal/2005/08/9/19785>.
15. <http://www.who.int/foodsafety/en/> consultado el 29-07-11
16. <http://www.cdc.gov/features/dsFoodborneEstimates/index.html> consultado el 29-07-11



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

17. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos Para La Vigilancia Y Control De Eventos De Interés En Salud Pública. Noviembre 25 de 2010.
18. WHO (World Health Organization). 2002. Food safety and foodborne illness Fact sheet N°237. Pages 1-4. Revisado enero, 2008.
19. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio -- 2015" CONPES SOCIAL 91.
20. Díaz AG, R, Díaz Rosselli JL y col. Sistema informático perinatal. Publicación científica
21. del CLAP No. 1203, CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay, 1990.
22. Díaz AG, Sanié E, Fescina R col. Estadística básica. Manual de Autoinstrucción. Publicación
23. científica del CLAP No. 1249, CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay, 1992.
24. Díaz AG, Sanié E, Fescina R y col. Estadística básica. Manual de autointroducción.
25. Publicación científica del CLAP No. 1249. CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay 1992.
26. Population Referente Bureau. Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en
27. la atención a la salud materna. 2002.
28. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención
29. materno infantil. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No.7,2 da edición. 1999
30. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10). Washington,
31. D.C. 1995.
32. Manual de Principios y Procedimientos del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales
33. DANE – MPS 1997.
34. World Health Organization. Verbal autopsies for maternal deaths WHO/FHE/MSM/
35. Maine, D, Akalin, MZ, Ward V.M, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar, Facultad de Salud Pública, U. de Columbia. Junio 1997
36. Campbell O., Graham. W. on behalf of the Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet2006;368:1289-200



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

37. Ronsmans C., Gram. W. on behalf of the Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet 2006; 368: 1535-41
38. Campbell O., Graham. W. Op. cit.
39. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Washington. 2002.
40. Guzmán D, Brome MR, Bustamente CM y col para Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Salud sexual y reproductiva. Medellín. 2003. 121 p.
41. Paruk F, Moodley J. Severe obstetric morbidity. Curr Op Obst Gynecol. 2001; 13:563-568
42. Filippi V, Alihonou E. Near misses: maternal morbidity and mortality. The Lancet. 1998. 351: 144-145
43. Prual A, Bouvier-Colle MH, de Bernis L, Bréat G. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: Incidence and case fatality rates. Bull World Health Org. 2000; 78(5): 593-602.
44. Waterstone M, Bewley S, Wolfe Ch. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case control study. BMJ. 2001; 322:1089-1094.
45. Ramsom EI, Yinger NV. Por una mortalidad sin riesgos. Washington. Population Reference Bureau. 36 pag. (.www.prb.org)
46. Berg C, Danel I, Mora G. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Washington DC. OPS 1996. 54 p.
47. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, y cols. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. Health Policy Plan. 2003 Dec; 18(4): 383-90
48. Fuente DANE, Planeación departamental división de Salud Pública obtenido de .www.dssa.gov.co
49. Aristizábal AS, Vásquez M. Mortalidad materna en Cali ¿una década sin cambios? Colombia médica. 27(3-4): 117-124. 1996
50. Jaramillo EI. Morbimortalidad materna en el Hospital de Caldas, Manizales. Colombia médica. 28(2): 77-84. 1997
51. Mesa CM, Mesa LH, Jimeno MP, Mora AM. CES medicina 15(1): 19-28
52. Patiño G. Ruptura del útero grávido. CES medicina 4(1): 25-29
53. Martínez F, Zapata S, Quintero S. Síndrome Hellp descripción de 100 casos en Bogotá Colombia 1999. Rev Col Obst Ginecol. Oct-Dic 2001 52(4):323-330



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

54. Ronsmans C, Filippi V Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors of life-threatening complications. World Health Organization. Beyond the numbers Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: 2004-103-123
55. Dhond GR, DOB DP. Critical care of the obstetric patient. *Curr Obstet Gynecol*: 11:86- 91.
56. Say L. et al. Research: WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss) *Reproductive Health* 2004, 1:3 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3>
57. Ronsmans, C., Filippi, V. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors of life-threatening complications. *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer complications.*OMS 2.004.
58. De Souza JPD, Duarte G, Basile-Filho A: Near-miss maternal mortality in developing countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002, 104:80.
59. Rodriguez-Iglesias G, Calzado JD, Riveiro LP: Experiencia de 12 años de trabajo la atención de adolescentes obstétricas críticamente enferma en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999, 25:141-14
60. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C: Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ* 2001, 322:1089-1094.
61. Filippi V et al. Near misses: maternal morbidity and mortality (letter). *Lancet* 1998; 351:145–146.
62. Organización Panamericana de la salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión (CIE-10). Washington, D.C. 1995.
63. T A Brennan, L L Leape, N M Laird, L Hebert, A R Localio, A G Lawthers, J P Newhouse, P C Weiler, H H Hiatt. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *Qual. Saf. Health Care* 2004;13;145-151.
64. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 55ª asamblea mundial de la salud. Marzo de 2002.
65. Lucian L. Leape, Donald M. Berwick. Five Years After To Err Is Human. What Have We Learned?. *JAMA*, May 18, 2005—Vol 293, No. 19.
66. Carlos Edgar Rodriguez H. Estudio latinoamericano de seguridad del paciente y acreditación en salud. Disponible en: http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Estudio_IBEAS.pdf, consultado en: 19 de noviembre de 2009.
67. Medical Device Adverse Event Recognition and Investigation. Volume 2, May 2004
68. ICONTEC. NTC 5736. Dispositivos Médicos. Estructura de codificación para tipos de eventos adversos y sus causas. 2009
69. INVIMA. Disponible en: <http://web.invima.gov.co/portal/documents/portal/documents/root/PORTAL%20IVC/Tecnovigilancia/Presementaciones/AVANCES%20DE%20TECNOVIGILANCIA.pdf>, consultado en: Julio de 2011
70. Arranz, F. (1998). Epidemiología de la conducta suicida. En R. Montalbán (Ed), *La conducta suicida.* (pp. 43-64). Madrid: Arán Ediciones, S.A.
71. Botega. N., Bert, M., Bosco, H., Dalgalarondo, P. y Marín, L. (2005). Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 27, 45-53 Recuperado en Octubre 12, 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23712.pdf>
72. Henden, J. (2008). *Preventing Suicide the solution focused approach.* Singapore: Thomson Digital.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

73. Vargas, J. y Fernández, C. (2010). Riesgo de suicidio después de un intento. Centro Regional de Investigación en Psicología, 4, 1, 15-18. Recuperado en Noviembre 15 de 2011 de http://www.conductiflan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/49_riesgo_de_suicidio_despues_de_un_intento.pdf
74. Valenzuela, D. (2009). Suicidio. Colombia, Epidemiología del Suicidio. Forensis Datos para la Vida. 8, 200–233. Recuperado en Noviembre 22, 2011 de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2008/Suicidio.pdf>
75. Memorias de Sala Situacional – Salud Sexual y Reproductiva Secretaría Distrital de Salud Bogotá Año 2009.
76. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia- CONPES;2012
77. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia Año 2005-Profamilia, Instituto de Bienestar Familiar, USAID, Ministerio de la Protección Social, UNFHA
78. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia Año 2010 Profamilia, Instituto de Bienestar Familiar, USAID, Ministerio de la Protección Social.
79. Plan de Salud Distrital 2008- 2012 Bogota: Secretaría Distrital de Salud; 2008
80. [Belson M, Kingsley B, Holmes A](#). Risk factors for acute leukemia in children: a review.
81. Environ Health Perspect. 2007 ;115(1):138-45.
82. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC CancerBase No. 5, version 2.0 IARCPress, Lyon, 2004.
83. [Pombo-de-Oliveira MS, Koifman S; Brazilian Collaborative Study Group of Infant Acute Leukemia](#). Infant acute leukemia and maternal exposures during pregnancy. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15(12):2336-41.
84. Fajardo-Gutiérrez A. Mortalidad por cáncer en niños. Bol. Med Hosp Infant Mex. 2005; 62:1-3.
85. Robins L. General principles of the epidemiology. of childhood cancer. In: Pizzo P, Poplack D. Principles and Practice of Pediatric Oncology. Third Edition.
86. [Pui CH, Sandlund JT, Pei D, Rivera GK, Howard SC, Ribeiro RC, et. al](#). Results of therapy for acute lymphoblastic leukemia in black and white children. JAMA. 2003 Oct 15;290(15):2001-7.
87. Massera G, Baez F, Biondi A, Cavalli F, Chiesa R, Conter V and et al. Bridging the childhood cancer mortality gap between economically developed and low income countries: Lesson from the MISPHO experience.
88. [Ribeiro RC, Pui CH](#). Saving the children--improving childhood cancer treatment in developing countries. [N Engl J Med](#). 2005 May 26;352(21):2158-60.
89. Spinetta J, Maser G, Eden T, Oppenheim D, Martins A, Dongen-Melman J and et al. Refusal, non-compliance, and abandonment of treatment in children and adolescents with cancer. A report of the SIOP Working Committee on Psychosocial Medical and Pediatric Oncology 2002; 38:114-117.
90. [Viana MB, Fernandes RA, de Carvalho RI, Murao M](#). Low socioeconomic status is a strong independent predictor of relapse in childhood acute lymphoblastic leukemia. Int J Cancer Suppl. 1998;11:56-61.
91. [Viana MB, Fernandes RA, de Oliveira BM, Murao M, de Andrade Paes C, Duarte AA](#). Nutritional and socio-economic status in the prognosis of childhood acute lymphoblastic leukemia. Haematologica. 2001;86(2):113-20.
92. República de Colombia. Ley 1098 por medio de la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia.
93. Anuario Estadístico 2007. Instituto Nacional de Cancerología y Ministerio de la Protección Social.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

94. Christianson AL, Howson CP, Modell B. March of Dimes Global Report on Birth Defects: the hidden toll of dying and disabled children. March of Dimes Birth Defects Foundation, White Plains, New York, USA. 2006.
95. Kaminker Patricia. Mitos y verdades en genética médica. Arch.argent.pediatr 2006; 104(3):246-252
96. Christianson AL, Howson CP, Modell B. March of Dimes Global Report on Birth Defects: the hidden toll of dying and disabled children. March of Dimes Birth Defects Foundation, White Plains, New York, USA. 2006.
97. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. 2005.
98. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 2012.
99. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa, 2000.
100. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Boletín censo general; 2005
101. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las Personas con discapacidad; 2006.
102. Colombia, Ministerio de la protección social. Decreto 3039; 2007.
103. Colombia, Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud del Distrito Capital, 2008 – 2012. ; 2008.
104. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF; 2001.
105. Colombia, Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Caracterización de la Población con discapacidad en Bogotá, 2005- 2007.
106. Colombia, Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Caracterización de la Población con discapacidad en Bogotá, 2005- 2010. (Documento preliminar).
107. Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva No. 101, Febrero de 2010, Consultado en Enero de 2012 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>
108. ILEP, Guia para Diagnosticar y Tratar la Lepra. 2003. Consultado en Enero de 2012 en: http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Learning_Guides/lq1sp.pdf

ⁱ Anuario Estadístico 2007. Instituto Nacional de Cancerología y Ministerio de la Protección Social.