

2014

ANUARIO EPIDEMIOLÓGICO DISTRITAL 2014



Foto tomada de:

<https://www.google.com.co/search?q=FOTOS+DE+BOGOT%C3%81&espv=2&biw=1366&bih=667&tbn=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwizspjdk-LLAhUI7B4KHbHLAsAQsAQIGQ#imgsrc=qSEaAD57TMvAkM%3A>

**SUBSECRETARÍA DE SALUD
PÚBLICA – SUBDIRECCIÓN
DE VIGILANCIA EN SALUD
PÚBLICA – GRUPO ASIS
SECRETARÍA DISTRITAL DE
SALUD**



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

Alcalde Mayor de Bogotá
Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud
Mauricio Alberto Bustamante

Subsecretario Distrital de Salud
Helver Giovanni Rubiano García

Director de Salud Pública
Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Coordinación General del Documento

Vigilancia en Salud Pública
Luz Adriana Zuluaga

Elaborado por: Profesionales y Grupo ASIS de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla de contenido

1.	INTRODUCCION	7
2.	METODOLOGIA	7
3.	OBJETIVO GENERAL	7
3.1.	OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
4.	CAPITULO UNO: DEMOGRAFIA	9
4.1.	Indicadores Demográficos.....	10
4.3.	Esperanza de vida	12
5.	CAPITULO DOS: MORTALIDAD	13
5.1.	Tasas específicas de mortalidad	13
5.2.	Mortalidad Evitable	17
5.2.1.	Mortalidad materna	17
5.2.2.	Mortalidad Perinatal	18
5.2.3.	Mortalidad Infantil	19
5.2.4.	Mortalidad en Menores de Cinco Años	20
6.	CAPITULO TRES: EVENTOS OBJETO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	22
6.1.	Sistema de vigilancia nacional SIVIGILA	22
6.1.1.	Eventos en erradicación	22
6.1.2.	Parálisis Fláccida Aguda:	22
6.2.	Eventos en eliminación	23
6.2.1.	Sarampión/ Rubéola (SR)	23
6.2.2.	Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)	25
6.2.3.	Sífilis Gestacional	25
6.3.	Eventos de control	27
6.3.1.	Parotiditis	27
6.3.2.	Tosferina	29
6.3.3.	Meningitis	30
6.4.	Comportamiento de Eventos relacionados con Micobacterias.	30
6.4.1.	Tuberculosis	30



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

6.4.2.	Coinfección TB/VIH.....	32
6.4.3.	Coinfección VIH Tuberculosis	33
6.4.4.	Tuberculosis en poblaciones vulnerables.....	34
6.4.5.	Mortalidad por TB	34
6.4.6.	Tuberculosis Farmacorresistente.....	34
6.5.	Comportamiento de los eventos de infecciones de transmisión sexual.....	35
6.5.1.	VIH/SIDA.....	35
6.5.2.	Razón de infección hombre mujer	35
6.5.3.	Distribución por grupo de edad	35
6.6.	Análisis del comportamiento de los Eventos de Crónicas no Transmisibles	36
6.6.1.	Leucemias Linfoides y Mieloides pediátricas en Bogotá, Primer Semestre 2014....	36
6.6.2.	Cáncer infantil	37
6.7.	Sistema de vigilancia epidemiológica nutricional SISVAN	37
6.8.	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS.	39
6.9.	Sistema de Vigilancia Epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas VESPA	40
6.10.	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Discapacidad	41
6.11.	Infecciones Asociadas a Dispositivos	43
7.	Conclusiones	44
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	45



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Índice de Tablas

Tabla 1. Índices Demográficos de Bogotá, Años 2005 y 2014.	10
Tabla 2. Indicadores de la Dinámica de la Población de Bogotá, Año 2014.	11
Tabla 3. Esperanza de Vida al Nacer, por Sexo y Localidad. Años 2000 a 2015.	12
Tabla 4. Cinco Primeras Causas de Mortalidad General, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014.	13
Tabla 5. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014	13
Tabla 6. Tasas específicas de mortalidad de 5 a 14 años, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014	14
Tabla 7. Tasas específicas de mortalidad de 15 a 44 años, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014	14
Tabla 8. Tasas específicas de mortalidad de 45 a 59 años, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014.	15
Tabla 9. Tasas específicas de mortalidad de 60 Y más años, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014.....	15
Tabla 10. Tasa ajustada de mortalidad por grupos, según la lista de las 6/67 causas en Bogotá, 2013.....	16
Tabla 11. Casos y Razón de Mortalidad Materna por Localidad, Bogotá, Año 2012- 2014.	17
Tabla 12. Casos y Tasa de Mortalidad Perinatal por Localidad, Bogotá, Año 2012- 2014.....	18
Tabla 13. Casos y Tasa de Mortalidad Infantil por Localidad, Bogotá, Año 2012- 2014.	19
Tabla 14. Casos y Tasa de Mortalidad en Menores de Cinco Años por Localidad, Bogotá, Año 2012- 2014.....	20
Tabla 15. Proporción de Notificación de PFA por grupo de edad en Bogotá D,C 2014	22
Tabla 16. Muertes de VIH notificados al SIVIGILA distribuidos por grupo de edad. Bogotá D.C, 2.014.....	36
Tabla 17. Comportamiento del estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años por localidad, Bogotá, 2014.....	37
Tabla 18. Comportamiento del estado nutricional en niños y niñas menores de 5 a 9 años por localidad, Bogotá, 2014.....	39
Tabla 22. Suicidios en la ciudad por localidades de Bogotá, 2014	39
Tabla 23 Consumo de sustancias psicoactivas por sexo y localidad en Bogotá, 2014.	41
Tabla 21. Población con discapacidad, según origen de la discapacidad; Bogotá D.C.; 2004- Julio 2015, datos preliminares.....	42
Tabla 27 Población con discapacidad en la etapa de ciclo de vida infancia (0 a 13 años), según origen de la discapacidad; Bogotá D.C.; 2004- Julio 2015, datos preliminares.	43



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Índice de gráficas

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de PFA según afiliación al SGSSS en Bogotá D.C, Año 2014	23
Gráfica 2. Comportamiento de la notificación integrada de Sarampión-Rubeola. Bogotá DC, Años 2013-2014.....	24
Gráfica 3. Casos de Sífilis congénita notificados al SIVIGILA distribuidos por régimen de afiliación. Bogotá D.C, 2.010 a 2.014.	26
Gráfica 4. Casos de Sífilis congénita notificados al SIVIGILA distribuidos por régimen de afiliación. Bogotá D.C, 2.010 a IV trimestre 2.014.	27
Gráfica 5. Proporción de Brotes de parotiditis de acuerdo al tipo. Bogotá D.C. 2012 a 2014	28
Gráfica 6. Distribución porcentual de casos de Tuberculosis Todas las Formas (TF) por ciclo vital y sexo, Bogotá a semana 53 de 2014.....	30
Gráfica 7. Casos de Tuberculosis extra pulmonar según localización anatómica, Bogotá a semana 53 de 2014	31
Gráfica 8. Realización de Cultivo según tipo de tuberculosis, Bogotá a semana 53 de 2014.	33
Gráfica 9. Número de casos de cáncer infantil por tipo y año en Bogotá.....	36
Gráfica 10. Comportamiento de la desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, Bogotá, 2009-2014.	38



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

RESÚMEN

El Anuario Distrital espera ser un documento que recopila, integra, analiza y visibiliza las acciones y resultados obtenidos como parte de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública en las 20 localidades del Distrito Capital para el año 2014; con el fin último de aportar al análisis de la situación de la salud de las poblaciones en las diferentes escalas del territorio, con base en la información generada por la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia en el área de jurisdicción (Art 9. *Funciones de las Direcciones Distritales de Salud*).

1. INTRODUCCIÓN

El anuario es un documento técnico con enfoque epidemiológico que busca documentar el comportamiento de los eventos de interés en salud pública que fueron objeto de vigilancia durante el año 2014, consolidando y sintetizando los datos que dan cuenta del comportamiento de los eventos a través de los sistemas de información que hacen parte de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Este documento tiene como fin, que las autoridades sanitarias con base en la información generada por la vigilancia en salud pública, formulen las recomendaciones científicas y técnicas que los responsables de la vigilancia y control epidemiológico deben aplicar para la prevención y control de los problemas de salud de la población. Así mismo, establecerán los mecanismos de seguimiento y evaluación del impacto de las recomendaciones y cambios provocados en la situación bajo vigilancia (Art 25. *Orientación de la acción en salud pública*).

La población objetivo del presente documento es el Gobierno Local, Comunidad, Instituciones prestadoras de Salud, Empresas Sociales del Estado, Empresas promotoras de Salud, Instituciones Educativas, Otros sectores. Para ello se considera que el anuario epidemiológico Distrital es una publicación anual.

2. METODOLOGIA

Este documento analiza de manera descriptiva, retrospectiva y transversal el comportamiento de los eventos objeto de vigilancia durante el año 2014. Las principales fuentes del Anuario Epidemiológico Distrital son: para el capítulo uno y dos, los certificados de defunción y de nacidos vivos de las bases de datos del Sistema de Estadísticas Vitales de la Secretaría Distrital de Salud y del DANE, las bases de datos de Registro Único de Afiliados a la Protección Social (RUAF) del DANE; para el capítulo tres de los eventos objeto de vigilancia en salud pública: el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y los demás subsistemas de vigilancia epidemiológica.

3. OBJETIVO GENERAL

Ser una publicación que sintetiza el comportamiento de la mortalidad y eventos objeto de vigilancia del Distrito Capital, ocurrida en el año 2014, con el fin de contribuir al conocimiento y



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

difusión del perfil epidemiológico de la población del Distrito Capital. Es además una herramienta de comunicación masiva para socializar y explicar los problemas de interés en Salud Pública del Distrito y un instrumento esencial para el tomador de decisiones.

3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública.
- Estimar la mortalidad y sus causas para Bogotá.
- Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud pública.
- Identificar los factores de riesgo o factores protectores relacionados con los eventos de interés en salud y los grupos poblacionales expuestos a dichos factores.
- Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control.
- Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Orientar la formulación de políticas en salud pública.

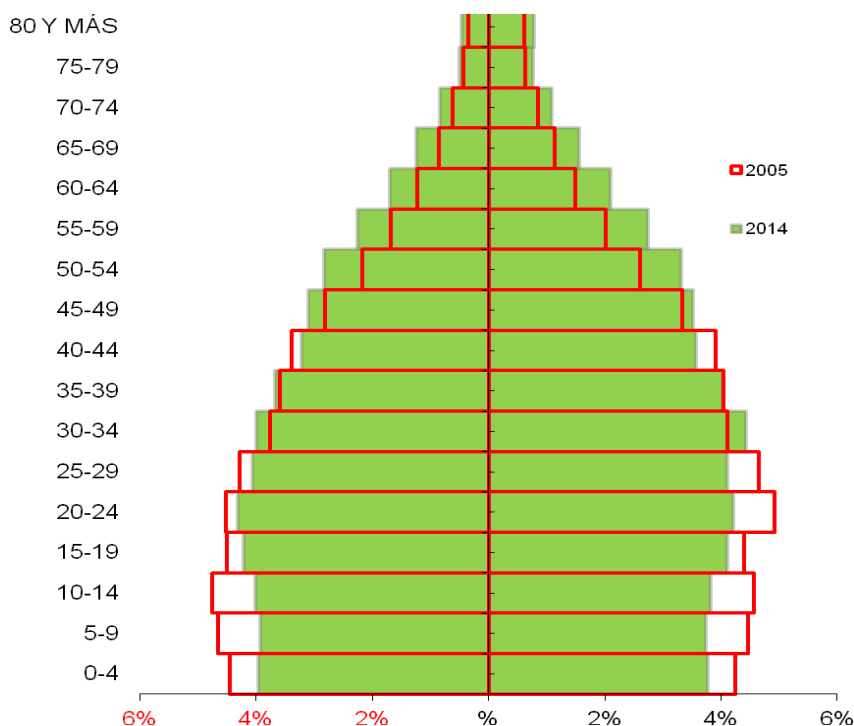


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

4. CAPITULO UNO: DEMOGRAFIA

La pirámide poblacional de Bogotá, muestra que para 2014, 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.

Figura 1 Pirámide poblacional para Bogotá, Año 2005 y 2014.



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

Entre los principales aspectos a resaltar de la pirámide poblacional de Bogotá, están la base estrecha que muestra el descenso en el número de nacimientos, el rápido crecimiento del cuerpo a medida que se asciende en los grupos de edad y de nuevo el estrechamiento en la cúspide, correspondiente a las edades avanzadas, lo que se explica por el aumento en la esperanza de vida y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad de la población de Bogotá.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En Bogotá, se estimó que la población para 2014 fue de 7.776.845. Según la encuesta Multipropósito, la localidad que más incrementó su población fue Usme, seguida de Bosa, Suba y Fontibón. Las que menos crecieron en población fueron San Cristóbal, Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe.

4.1. Indicadores Demográficos

Tabla 1. Índices Demográficos de Bogotá, Años 2005 y 2014.

Índice Demográfico	Año	
	2005	2014
Población total	6.840.116	7.776.845
Población Masculina	3.285.708	3.758.224
Población femenina	3.554.408	4.018.621
Relación hombres: mujer	92,44	93,52
Razón niños: mujer	30	28
Índice de infancia	27	23
Índice de juventud	27	25
Índice de vejez	5	7
Índice de envejecimiento	20	31
Índice demográfico de dependencia	48,39	43,87
Índice de dependencia infantil	40,27	33,44
Índice de dependencia mayores	8,12	10,42
Índice de Friz	124,56	106,84

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

Los principales indicadores demográficos evidencian que en Bogotá en el año 2014 frente a la año 2015, se ha venido incrementando la población adulta frente a la población joven y disminuyendo la población infantil de cero a 4 años y menores de 15 años, del mismo modo el índice de friz ha venido disminuyendo, es decir que la población ha venido envejeciendo.



Tabla 2. Indicadores de la Dinámica de la Población de Bogotá, Año 2014.

LOCALIDADES		2014		
		Tasa bruta de natalidad	Tasa general de fecundidad	Tasa global de fecundidad
1	USAQUEN	12,2	34,3	1,5
2	CHAPINERO	14,0	39,5	1,6
3	SANTAFE	14,5	34,3	1,9
4	SAN CRISTOBAL	15,4	39,5	1,9
5	USME	12,5	44,6	1,5
6	TUNJUELITO	13,9	40,4	1,7
7	BOSA	15,7	44,4	1,9
8	KENNEDY	14,2	40,5	1,7
9	FONTIBON	11,8	32,3	1,4
10	ENGATIVA	11,5	32,7	1,4
11	SUBA	12,8	35,3	1,5
12	BARRIOS UNIDOS	6,8	20,6	0,9
13	TEUSAQUILLO	9,6	27,6	1,2
14	MARTIRES	13,0	39,7	1,7
15	ANTONIO NARINO	11,7	35,3	1,5
16	PUENTE ARANDA	12,2	35,9	1,5
17	CANDELARIA	16,9	54,2	2,3
18	RAFAEL URIBE	14,6	42,4	1,8
19	CIUDAD BOLIVAR	15,7	44,7	1,8
20	SUMAPAZ	4,5	13,7	0,7
TOTAL BOGOTA		13,3	37,9	1,6

FUENTE POBLACION : Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008.
Fuente Nacidos Vivos 2013-2014 : -Bases de datos SDS- RUAF ND. Preliminares -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE.

Frente a la tasa bruta de natalidad, en el Distrito para el año 2014 nacieron 13,3 niños por cada 1000 habitantes, las localidades donde más se presentan nacimientos son Candelaria, Ciudad Bolívar, Bosa y San Cristóbal. De otro lado, el número promedio de hijos por mujer durante su vida reproductiva es de 1,6, siendo mayor en las localidades de Candelaria, Santafé, Bosa, San Cristóbal, Tunjuelito, Kennedy, Mártires, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar.

Y finalmente la tasa general de fecundidad, nos indica que para el año 2014 en el Distrito se presentaron 37,9 nacimientos por cada 1000 mujeres de edades entre 15 y 49 años, siendo más alta en las localidades de Candelaria y Ciudad Bolívar.



4.3. *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 4).

Tabla 3. Esperanza de Vida al Nacer, por Sexo y Localidad. Años 2000 a 2015.

Esperanza de vida al nacer (Años)			
Período	Total	Hombres	Mujeres
2000 - 2005	73,23	70,17	76,45
2001 - 2006	73,52	70,50	76,69
2002 - 2007	73,80	70,82	76,92
2003 - 2008	74,07	71,14	77,15
2004 - 2009	74,35	71,46	77,38
2005 - 2010	74,62	71,77	77,61
2006 - 2011	74,88	72,08	77,83
2007 - 2012	75,16	72,39	78,06
2008 - 2013	75,42	72,70	78,28
2009 - 2014	75,69	73,03	78,49
2010 - 2015	75,94	73,31	78,71

Fuente: DANE Proyecciones demográficas para Bogotá



5. CAPITULO DOS: MORTALIDAD

En la tabla 4, se observan la frecuencia absoluta de las principales causas de muerte, para Bogotá, observándose que las más frecuentes son enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades crónicas de las vías respiratorias.

Tabla 4. Cinco Primeras Causas de Mortalidad General, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014.

Orden	CAUSAS 105	Total	%	Tasa
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	4542	15,7	58,4
2	1-055 Enfermedades cerebro vasculares	1990	6,9	25,6
3	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	1947	6,7	25,0
4	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	1161	4,0	14,9
5	1-013 Tumor maligno del estómago	927	3,2	11,9
	Resto de causas	18437	63,6	237,1
	Total	29004	100	373,0

Fuente : Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE diciembre 30 del 2015)
Preliminar

5.1. Tasas específicas de mortalidad

A continuación, se observan las causas de mortalidad por edad en Bogotá, durante el año 2014.

Tabla 5. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014

MENOR DE 1 AÑO			DE 1 A 4 AÑOS		
CAUSAS 105	Total	Tasa	CAUSAS 105	Total	Tasa
1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	155	128,0	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	12	2,5
1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	130	107,3	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	11	2,3
1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	125	103,2	1-059 Neumonía	10	2,1
1-084 Infecciones específicas del período perinatal	96	79,3	1-035 Leucemia	5	1,0



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

1-081 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	58	47,9	1-052 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	5	1,0
Resto de causas	450	371,5	Resto de causas	126	26,2
Total	1014	837,1	Total	169	35,1

Fuente : Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE diciembre 30 del 2015)
Preliminar.

Tabla 6. Tasas específicas de mortalidad de 5 a 14 años, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014

DE 5 A 14 AÑOS		
CAUSAS 105	Total	Tasa
1-035 Leucemia	26	2,2
1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	17	1,4
1-090 Accidentes de transporte de motor	12	1,0
1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	9	0,7
1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	8	0,7
Resto de causas	153	12,7
Total	225	18,7

Fuente : Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE diciembre 30 del 2015)
Preliminar.

Tabla 7. Tasas específicas de mortalidad de 15 a 44 años, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014

DE 15 A 44 AÑOS		
CAUSAS 105	Total	Tasa
1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	943	25,3
1-090 Accidentes de transporte de motor	367	9,8
1-100 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	184	4,9
1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	160	4,3
1-055 Enfermedades cerebro vasculares	105	2,8
Resto de causas	1826	49,0
Total	3585	96,2

Fuente : Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE diciembre 30 del 2015)
Preliminar.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 8. Tasas específicas de mortalidad de 45 a 59 años, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014.

DE 45 A 59 AÑOS		
CAUSAS 105	Total	Tasa
1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	455	32,9
1-055 Enfermedades cerebro vasculares	228	16,5
1-013 Tumor maligno del estómago	210	15,2
1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	146	10,6
1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	144	10,4
Resto de causas	2639	190,9
Total	3822	276,5

Fuente : Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE diciembre 30 del 2015)
Preliminar

Tabla 9. Tasas específicas de mortalidad de 60 Y más años, según la lista de las 105 causas en Bogotá, 2014.

DE 60 y MÁS		
CAUSAS 105	Total	Tasa
1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	4029	469,2
1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	1877	218,6
1-055 Enfermedades cerebro vasculares	1648	191,9
1-050 Enfermedades hipertensivas	811	94,4
1-059 Neumonía	737	85,8
Resto de causas	11086	1290,9
Total	20188	2350,9

Fuente : Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE diciembre 30 del 2015)
Preliminar

En la tabla 5, se resalta que para la primera infancia la mayoría de las causas de muerte se concentran en las malformaciones congénitas y malformaciones del sistema circulatorio, seguida de las afecciones específicas del periodo perinatal.

En la tabla 6 se observa que para el grupo de edad de 5 a 14 años ya se evidencian como primeras causas de defunción las leucemias infantiles y los tumores del ojo, encéfalo y sistema nervioso central.

En la tabla 7 para el grupo de 15 a 44 años se evidencia que las principales causas de defunción se concentran en las causas externas.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Para el grupo de 45 a 59 años (tabla 8), se evidencia que las principales causas de defunción se concentran en enfermedades crónicas y cáncer. Mientras que para los mayores de 60 años (tabla 9) las causas se concentran en las enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 10. Tasa ajustada de mortalidad por grupos, según la lista de las 6/67 causas en Bogotá, 2013.

Grupo	Sexo	2013
		Valor Tasa
100 - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	FEMENINO	17,43
	MASCULINO	33,83
	TOTAL	24,66
200 – NEOPLASIAS	FEMENINO	89,52
	MASCULINO	113,28
	TOTAL	98,79
300 - ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	117,39
	MASCULINO	157,27
	TOTAL	134,34
400 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	FEMENINO	7,06
	MASCULINO	8,46
	TOTAL	7,78
500 - CAUSAS EXTERNAS	FEMENINO	12,04
	MASCULINO	60,7
	TOTAL	35,1
600 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO	96,45
	MASCULINO	130,54
	TOTAL	110,55
700 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	FEMENINO	5,12
	MASCULINO	9,9
	TOTAL	7,2

FUENTE: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.



5.2. Mortalidad Evitable

5.2.1. Mortalidad materna

La tendencia de la mortalidad materna en Bogotá en la última década ha sido hacia la reducción, para el año 2012 se encuentra una razón de 40,8 por 100.000 nacidos vivos (n=43), para el año 2013 bajó a 25,2 por 100.000 NV (n=26) y para el año 2014 según los datos de la Secretaría Distrital de Salud, se presentaron 30 muertes maternas para una razón de 29,0 por 100.000 NV.

Tabla 11. Casos y Razón de Mortalidad Materna por Localidad, Bogotá, Año 2012- 2014.

LOCALIDADES		2012		2013		2014	
		Número muertes	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Razón por 100.000 NV
1	USAQUÉN	1	16,1	0	0	2	33,3
2	CHAPINERO	0	0	0	0	0	0
3	SANTAFÉ	0	0	1	59,2	0	0
4	SAN CRISTOBAL	3	46,2	2	32,6	1	35,8
5	USME	3	50,0	2	35,9	0	0
6	TUNJUELITO	2	68,2	1	34,2	1	35,8
7	BOSA	6	57,7	1	9,9	4	40,1
8	KENNEDY	4	25,6	5	32,8	4	33,3
9	FONTIBÓN	1	22,6	2	45,7	1	23,0
10	ENGATIVÁ	4	41,5	0	0,0	3	30,2
11	SUBA	7	48,4	2	13,6	7	40,7
12	BARRIOS UNIDOS	0	0	1	58,8	1	62,9
13	TEUSAQUILLO	0	0	1	73,7	1	62,9
14	MÁRTIRES	1	76,8	0	0,0	0	0
15	ANTONIO NARINO	0	0	2	149,1	0	0
16	PUENTE ARANDA	1	32,9	1	32,5	1	31,9
17	CANDELARIA	0	0	0	0	0	0
18	RAFAEL URIBE	1	17,3	1	17,3	0	0
19	CIUDAD BOLÍVAR	5	46,5	3	29,8	3	28,4
20	SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0
SIN LOCALIDAD		4	SD	1	SD	1	SD



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

TOTAL	43	40,8	26	25,2	30	29,0
--------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------	-------------

FUENTE 2012-2013 : Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Año 2012 publicación final octubre 31 del 2014, y el Año 2013 ajustado con datos definitivos publicación DANE 30 de julio del 2015. FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND , actualizado el 14 de junio del 2015 el 2014 y el 2015 22 de enero 2016 preliminar

En cuanto a las causas de defunción se evidencia que para estos tres años la mayoría de las mujeres fallecieron por trastornos hipertensivos durante la gestación (18,2%), seguido de hemorragias con el 15,2% del total de muertes para estos tres años.

Frente al régimen de seguridad social en salud, el 51,5 de los casos correspondía al régimen contributivo, seguido del 26,3 pertenecientes al régimen subsidiado.

5.2.2. Mortalidad Perinatal

La tasa de mortalidad perinatal ha tenido un comportamiento oscilante en el periodo 2012 – 2014, sin embargo presenta una reducción del 12,6% de los casos.

Tabla 12. Casos y Tasa de Mortalidad Perinatal por Localidad, Bogotá, Año 2012- 2014.

LOCALIDAD	2012		2013		2014	
	Número	Tasa x 1000 NV más Fetales	Número	Tasa x 1000 NV más Fetales	Número	Tasa x 1000 NV más Fetales
01-USAQUÉN	120	19,0	151	24,8	80	13,3
02-CHAPINERO	28	13,3	26	13,1	29	15,0
03-SANTAFÉ	30	17,5	27	15,8	27	16,7
04-SAN CRISTÓBAL	102	15,6	94	15,2	80	12,6
05-USME	97	16,0	78	13,8	84	15,6
06-TUNJUELITO	42	14,2	37	12,5	40	14,2
07-BOSA	147	14,0	136	13,3	121	12,2
08-KENNEDY	250	15,8	207	13,5	215	14,2
09-FONTIBÓN	56	12,6	79	17,8	45	10,3
10-ENGATIVÁ	124	12,8	141	14,6	108	10,7
11-SUBA	204	14,0	284	19,0	185	12,5
12-BARRIOS UNIDOS	27	15,9	31	18,1	19	11,7
13-TEUSAQUILLO	17	13,9	27	19,6	19	13,1
14-MÁRTIRES	20	15,3	19	15,5	16	12,4
15-ANTONIO NARIÑO	18	15,9	22	16,2	13	10,1



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

16-PUENTE ARANDA	45	14,6	60	19,2	53	16,6
17-CANDELARIA	7	17,9	11	28,4	11	26,4
18-RAFAEL URIBE	89	15,2	74	12,6	81	14,6
19-CIUDAD BOLÍVAR	177	16,3	117	11,5	152	14,2
20-SUMAPAZ	1	22,7	0	0,0	0	0,0
SIN DATO DE LOCALIDAD	37		52		53	
TOTAL	1638	15,4	1673	16,0	1431	13,7

FUENTE 2012-2013 : Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Año 2012 publicación final octubre 31 del 2014, y el Año 2013 ajustado con datos definitivos publicación DANE 30 de julio del 2015. FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND , actualizado el 14 de junio del 2015 el 2014 y el 2015 22 de enero 2016 preliminar.

En cuanto al sexo de los casos de mortalidad evitable, para estos tres años el 47.7% de los casos correspondía al sexo masculino, el 36,6% a sexo femenino y el 15,7% a sexo indeterminado.

Frente al régimen de afiliación el 59,0% correspondía al régimen contributivo, seguido del 22,9% al régimen subsidiado y el 12,8% eran vinculados al sistema.

5.2.3. Mortalidad Infantil

La Mortalidad infantil en el Distrito durante los últimos años ha venido presentando una leve disminución (18,8%), pasando de 1248 en el 2012 a 1014 casos en el 2014.

Tabla 13. Casos y Tasa de Mortalidad Infantil por Localidad, Bogotá, Año 2012- 2014.

LOCALIDADES		2012		2013		2014	
		Número muertes	Tasa por 1000 NV	Número muertes	Tasa por 1000 NV	Número muertes	Tasa por 1000 NV
1	USAQUÉN	48	7,7	60	10,1	57	9,5
2	CHAPINERO	18	8,6	18	9,1	19	9,9
3	SANTAFÉ	23	13,6	21	12,4	16	10,0
4	SAN CRISTÓBAL	97	14,9	65	10,6	66	10,5
5	USME	77	12,8	65	11,7	56	10,5
6	TUNJUELITO	40	13,6	26	8,9	28	10,1
7	BOSA	127	12,2	92	9,1	109	11,0
8	KENNEDY	181	11,6	155	10,2	135	9,0
9	FONTIBÓN	45	10,2	37	8,4	32	7,3



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

10	ENGATIVÁ	104	10,8	81	8,5	81	8,1
11	SUBA	155	10,7	142	9,7	140	9,5
12	BARRIOS UNIDOS	13	7,7	24	14,1	16	9,9
13	TEUSAQUILLO	20	16,4	16	11,8	12	8,3
14	MÁRTIRES	19	14,6	16	13,2	10	7,8
15	ANTONIO NARINO	14	12,5	14	10,4	12	9,4
16	PUENTE ARANDA	25	8,2	25	8,1	25	7,9
17	CANDELARIA	2	5,2	2	5,3	5	12,3
18	RAFAEL URIBE	67	11,6	54	9,3	48	8,8
19	CIUDAD BOLÍVAR	135	12,5	113	11,2	114	10,8
20	SUMAPAZ	1	22,7	0	0,0	0	0,0
SIN DATO DE LOCALIDAD		37	0,0	36	0,0	33	0,0
TOTAL		1248	11,9	1062	10,3	1014	9,8

FUENTE 2012-2013 : Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Año 2012 publicación final octubre 31 del 2014, y el Año 2013 ajustado con datos definitivos publicación DANE 30 de julio del 2015. FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND , actualizado el 14 de junio del 2015 el 2014 y el 2015 22 de enero 2016 preliminar.

Del total de casos de muerte en menores de 1 año el 56,6% correspondía al sexo masculino y el 43,4% al sexo femenino.

En cuanto al régimen de afiliación el 56,7% de los menores estaba afiliado al régimen contributivo, el 23,2% al régimen subsidiado el 23,2% y el 10,7% era vinculado.

22,9% al régimen subsidiado y el 12,8% eran vinculados al sistema.

5.2.4. Mortalidad en Menores de Cinco Años

La Mortalidad en los menores de cinco años en el Distrito Capital, durante los últimos años ha venido presentando una leve disminución (17,2%), pasando de 1429 en el 2012 a 1183 casos en el 2014.

Tabla 14. Casos y Tasa de Mortalidad en Menores de Cinco Años por Localidad, Bogotá, Año 2012- 2014.

LOCALIDADES	2012		2013		2014	
	Número muertes	Tasa por 10.000 < de 5 años	Número muertes	Tasa por 10.000 < de 5 años	Número muertes	Tasa por 10.000 < de 5 años



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

1	USAQUÉN	56	19,3	69	23,9	62	21,5
2	CHAPINERO	22	36,0	25	41,4	22	36,7
3	SANTAFÉ	26	29,8	26	30,2	22	25,9
4	SAN CRISTÓBAL	106	29,3	76	21,3	84	23,9
5	USME	91	22,9	73	17,9	68	16,3
6	TUNJUELITO	44	27,6	26	16,6	32	20,7
7	BOSA	141	24,9	114	19,8	123	20,9
8	KENNEDY	202	23,2	182	21,0	157	18,1
9	FONTIBÓN	50	19,3	41	15,6	43	16,2
10	ENGATIVÁ	115	19,3	99	16,7	92	15,6
11	SUBA	174	20,9	157	18,6	160	18,8
12	BARRIOS UNIDOS	17	13,1	25	19,4	18	14,0
13	TEUSAQUILLO	21	33,1	17	27,0	12	19,2
14	MARTIRES	23	34,3	17	25,6	13	19,9
15	ANTONIO NARINO	16	19,1	14	16,9	12	14,6
16	PUENTE ARANDA	31	18,5	28	17,0	30	18,4
17	CANDELARIA	2	16,1	3	23,9	5	41,9
18	RAFAEL URIBE	76	24,3	62	20,0	58	19,0
19	CIUDAD BOLÍVAR	166	25,0	123	18,4	129	19,1
20	SUMAPAZ	1	16,9		0,0	0	0,0
SIN LOCALIDAD		49	0,0	51	0,0	41	0,0
TOTAL		1429	23,9	1228	20,5	1183	19,7

FUENTE 2012-2013 : Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Año 2012 publicación final octubre 31 del 2014, y el Año 2013 ajustado con datos definitivos publicación DANE 30 de julio del 2015. FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND , actualizado el 14 de junio del 2015 el 2014 y el 2015 22 de enero 2016 preliminar.

Del total de casos de muerte en menores de cinco años el 56,3% correspondía al sexo masculino y el 43,8% al sexo femenino.

En cuanto al régimen de afiliación el 55,5% de los menores de cinco años estaba afiliado al régimen contributivo, el 23,1% al régimen subsidiado el 23,2% y el 10,1% era vinculado.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

6. CAPITULO TRES: EVENTOS OBJETO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

6.1. Sistema de vigilancia nacional SIVIGILA

En el SIVIGILA se consolida la información de las enfermedades de interés en salud pública que son diagnosticadas y notificadas por las instituciones de salud que hacen parte de la red de Vigilancia en Bogotá.

6.1.1. Eventos en erradicación

6.1.2. Parálisis Fláccida Aguda:

Durante el año 2014, se notificaron un total de 31 casos probables de PFA, de los cuales el 68%(n=21) son residentes de la ciudad y el porcentaje restante proceden de fuera del D.C, cumpliendo así con el indicador de notificación establecido para el evento dentro del marco del Plan de erradicación.

Respecto del año 2013, se observa un incremento en la notificación del 35% (n=8), contando con 13 localidades que contribuyeron a este incremento, sin embargo la notificación es bastante irregular por periodo epidemiológico evidenciándose silencio en la notificación del evento durante el V y VI.

Las IPS que notificaron más casos probables en lo corrido del año fueron la Fundación HOMI con el 23,0%(n=7) y la ESE Santa Clara el 9,7% (n=3) respectivamente.

En el mes de noviembre se confirma un caso de PFA asociado a vacuna oral de polio (Sabin 3) en una menor de 2 meses residente de la localidad de Tunjuelito y captada por el Instituto de Ortopedia Roosevelt.

Con relación a la edad de los casos, la tabla 18, muestra que la mayor proporción de casos notificados se presentó en el quinquenio de 10 a 14 años seguido del grupo de 1 a 4 años.

Respecto a la distribución por sexo, es importante mencionar que los hombres aportaron el 52,0% (n=11) de la notificación y los casos restantes corresponden a mujeres para la ciudad; de los casos captados de fuera del D.C el 60%(n=6) de los casos corresponden a mujeres.

Tabla 15 Proporción de Notificación de PFA por grupo de edad en Bogotá D,C 2014

Grupo de edad	Población < de 15 años 2014	Numero de muertes probables residentes en Bogotá	Proporción de notificación x 100.000 < 15 años
Menor de 1 año	121.133	1	0,00
De 1 a 4 años	480.879	7	1,46
De 5 a 9 años	596.857	3	0,50
De 10 a 14 años	608.920	10	1,64
Total	1.907.789	21	1,16

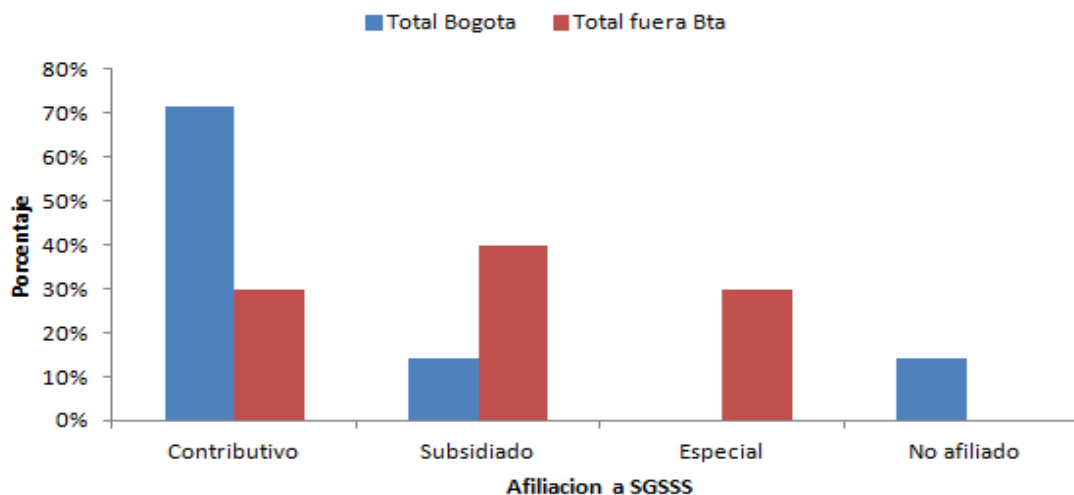
Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2014.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Con relación a seguridad social, el 71,0%(n=15) de los casos en el D.C. se encuentran afiliados al régimen contributivo, mientras que el subsidiado y la población no afiliada cuenta con el 14,0%(n=3) de los casos. De los casos captados en la ciudad y que proceden de fuera, el 20,0%(n=2) corresponden a los municipios de Soacha e Ibagué respectivamente y con relación a afiliación al SGSSS, el 40%(n=4) pertenecen al régimen subsidiado y con el 30%(n=3) cada uno, al contributivo y al régimen especial.

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de PFA según afiliación al SGSSS en Bogotá D.C, Año 2014



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2014, Semana epidemiológica 1 a 53

6.2. Eventos en eliminación

6.2.1. Sarampión/ Rubéola (SR)

Con relación a la vigilancia integrada del sarampión y la rubeola en el DC, en 2014, se notificaron 1934 casos sospechosos, mostrando un incremento del 11%(n=187) más que para el año 2013.

Del total de la notificación, el 56%(n=1091) ingresan por la vigilancia de sarampión y el porcentaje restante por la vigilancia de rubéola, lo cual permite contar con una proporción de notificación distrital de 23,4 cumpliendo así con este indicador del Plan de eliminación del sarampión y la rubeola¹.

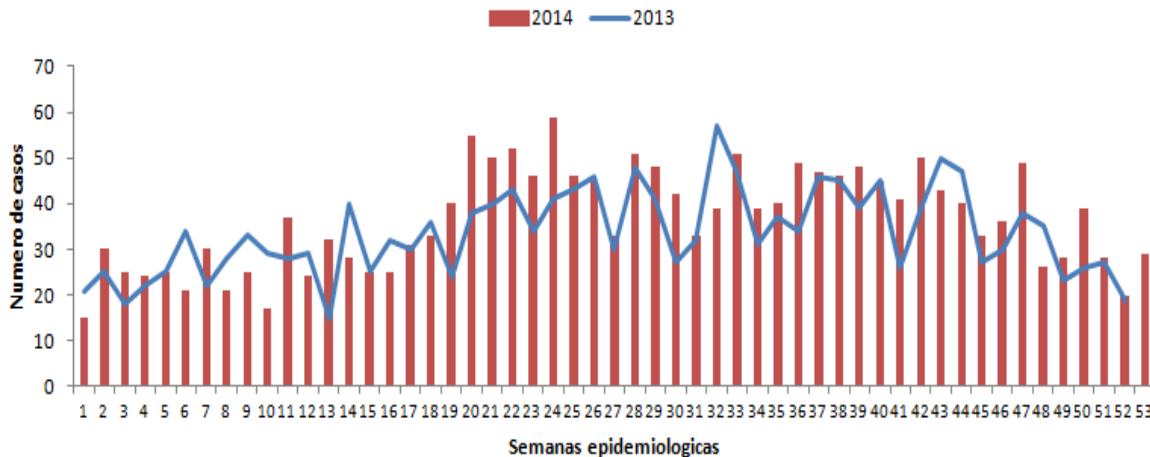
De la misma manera, 6 localidades (Kennedy, Engativa, San Cristóbal, Rafael Uribe, Ciudad Bolívar y Suba), cumplen por sí mismas con el indicador de notificación, y la totalidad de ellas realizan mensualmente la estrategia BAI para sarampión y rubeola.

¹ Instituto Nacional de Salud. Manual de Indicadores SVCSP. Pág. 49



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 2. Comportamiento de la notificación integrada de Sarampión-Rubeola. Bogotá DC, Años 2013-2014.



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2014.

Del total de casos notificados, el 2,5% hace un resultado de IgM dudoso o positivo para sarampión y el 4% lo hace para la IgM de rubeola, de estos, la totalidad se descarta por laboratorio a través de los resultados de IgG en sueros pareados o RT-PCR proveniente del INS.

El 2% (n=39) de los casos no cuenta con una muestra de suero a 30 días de inicio de la erupción y el 1%(n=20) no cuenta con segunda muestra de suero a 15 días de la primera; de estos, la totalidad se descartaron con soportes de Unidad de análisis de la ESE e IPS que capta el caso.

Del total de casos captados por UPGDs del distrito, el 94%(n=1820) proceden y residen en la ciudad mientras que el porcentaje restante procede de municipios cercanos, siendo Soacha el que concentra el 63%(n=72) de los casos de fuera del D.C, seguido de Mosquera con el 8%(n=9); en relación a la distribución por sexo, los hombres aportan el 52%(n=996) de la notificación distrital y el porcentaje restante corresponde a mujeres.

El comportamiento de la notificación por grupo de edad es similar al año anterior, en donde el volumen de la notificación se concentra en el grupo de menores de un año con una proporción de notificación de 524 casos por cada 100 mil menores de un año.

Durante 2014 no se confirmó ningún caso de sarampión y/o rubeola en el D.C, sin embargo, se enviaron al INS los soportes de un caso sospechoso con IgM para sarampión positiva en una gestante de 22 semanas la cual tenía antecedente de viaje a Flandes, no hay seroconversión en títulos de IgG y el compromiso con el INS fue procesarle los diagnósticos diferenciales en el laboratorio de virología nacional incluyendo virus del Chikungunya.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

6.2.2. Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)

Con relación a la vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita, durante el año 2014, se notificaron un total de 173 casos sospechosos, mostrando un incremento del 49%(n=57) en la notificación respecto a 2013.

Del total de casos notificados, el 70,0%(n=121) proceden y residen en el DC mientras el restante corresponde a residentes de otros municipios así: Soacha 13%(n=7), Neiva 8%(n=4), Villavicencio y Pasto 6%(n=3), entre otros. La proporción de notificación del distrito se ubica en 10 casos por cada 10mil NV, lo cual da cumplimiento a satisfacción con los indicadores del plan de eliminación del SRC.

El total de casos sospechosos notificados durante 2014, se descartaron con resultados de IgM negativos por el LSP.

Con relación a la edad de los casos, el 70,0% (n=83 residentes de la ciudad y n=37 no residentes), se capta antes del mes de vida, sin embargo es importante mencionar que el evento usualmente se notifica en una institución diferente a la que realiza la atención del parto, por ello el 30% de los casos se siguen captando por encima del mes de edad.

En cuanto al sexo de los casos, el 57%(n=69) corresponden a niñas y el porcentaje restante a niños.

Localidades como Teusaquillo, Candelaria y Sumapaz no notificaron casos sospechosos para SRC en 2014, sin embargo, es importante aclarar que las 20 localidades realizan la estrategia BAI para SRC de manera mensual.

Respecto al seguimiento de los indicadores, se observa que se ha mejorado en el porcentaje de casos con muestra para aislamiento viral, pasando de 55% en 2013 a 75%(n=90).

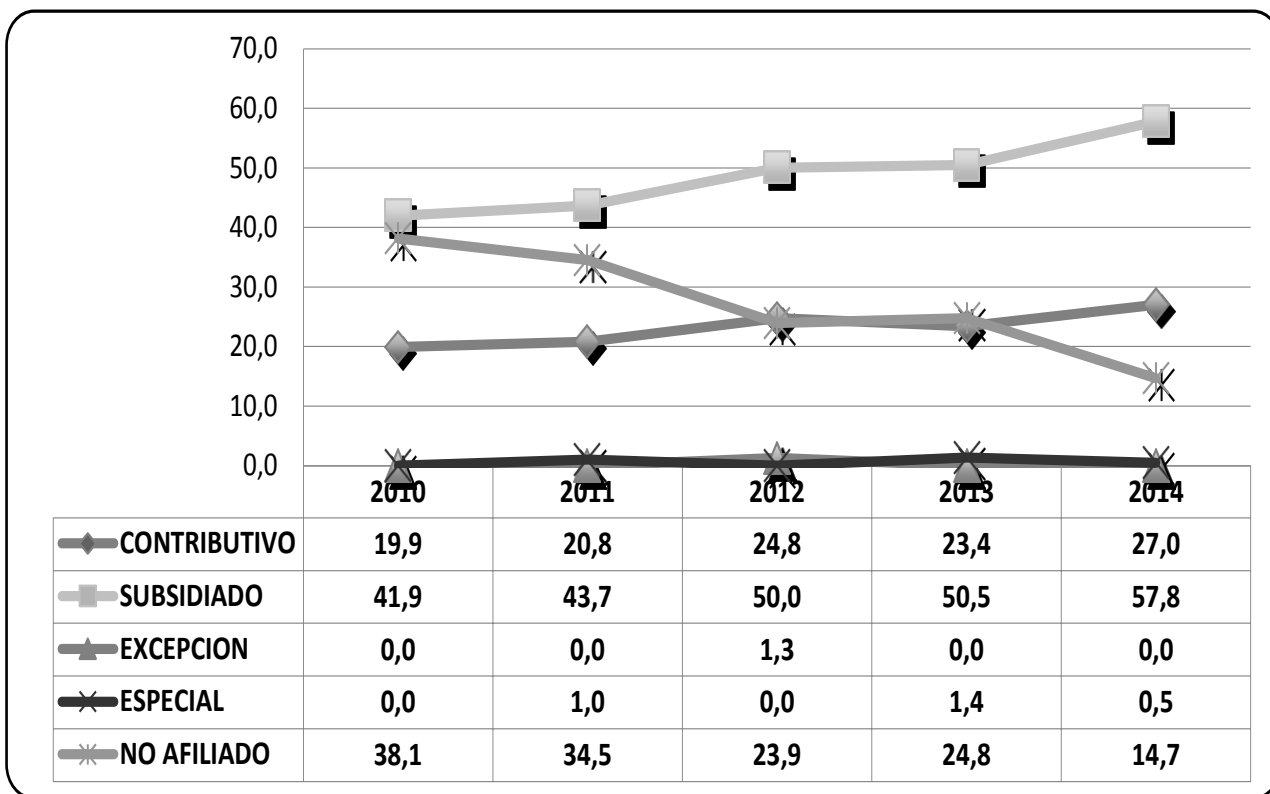
6.2.3. Sífilis Gestacional

La incidencia de sífilis congénita en el Distrito Capital ha venido disminuyendo sostenidamente los últimos tres años, para 2.014 se presentan 7 casos menos que en 2.013 y 23 menos que en 2.012.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 3. Casos de Sífilis congénita notificados al SIVIGILA distribuidos por régimen de afiliación. Bogotá D.C, 2.010 a 2.014.



Fuente. SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud 2010 –IV trimestre 2014

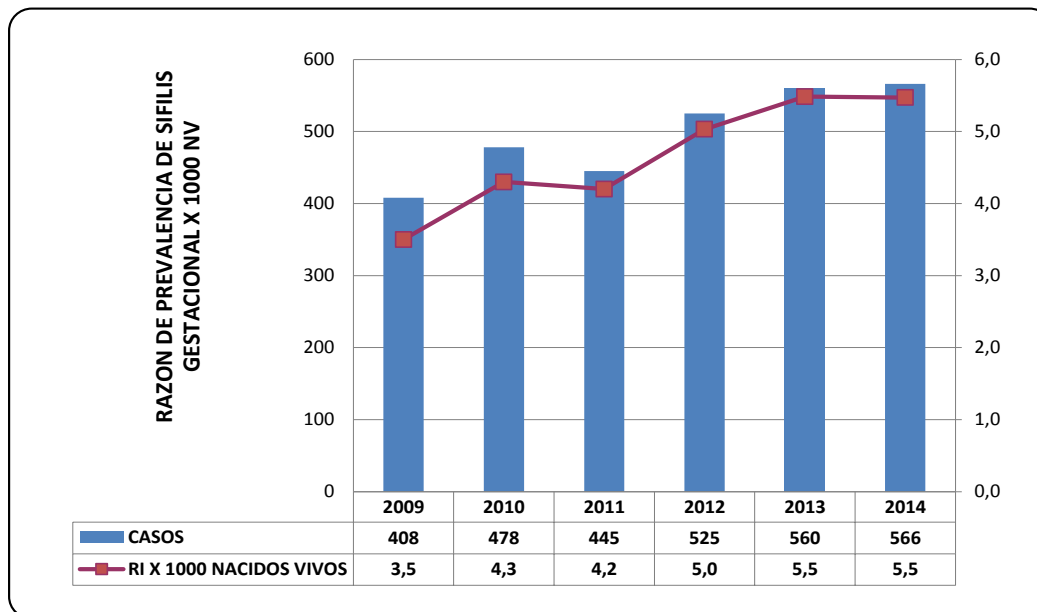
Para 2.014, se observa una letalidad de 6,6%, siendo esta la más alta de los últimos años, es importante tener en cuenta que en 2.014, se aumentó la notificación de abortos que representan el 64,2% de total de muertes.

La razón de prevalencia de sífilis gestacional muestra para periodo analizado una clara tendencia al aumento, el número de casos en 2.014 es levemente mayor a los notificados para el mismo periodo de 2.013.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 4. Casos de Sífilis congénita notificados al SIVIGILA distribuidos por régimen de afiliación. Bogotá D.C, 2.010 a IV trimestre 2.014.



Fuente. SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud-Año 2009 – IV trimestre 2014

Fuente 2009-2010: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos

Fuente 2011 – 2014: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares

6.3. Eventos de control

6.3.1. Parotiditis

Durante el año 2014, se notificaron un total de 2.715 casos de parotiditis, observándose una disminución del 66,0% (n=1.367) en la notificación del evento respecto al 2013, lo cual se explica en gran medida en la intervención oportuna que realizan sobre los brotes las Unidad Comando en Salud Pública.

El 95,0% (n=2.572) de los casos proceden y residen en la ciudad capital; el 75,0% de los casos procedentes de fuera del distrito, se concentran en los municipios de Soacha 59,0% (n=84), Mosquera 10,0% (n=14) y Funza 6,0% (n=9).

Al igual que lo evidenciado el año anterior, el mayor número de casos notificados se da principalmente en los adolescentes entre los 10 y 24 años, los cuales aportan más de novecientos casos y una incidencia de 48 casos por cien mil habitantes; sin embargo, los menores en edad escolar también presentan más de setecientos casos con 68 casos por cada cien mil habitantes.



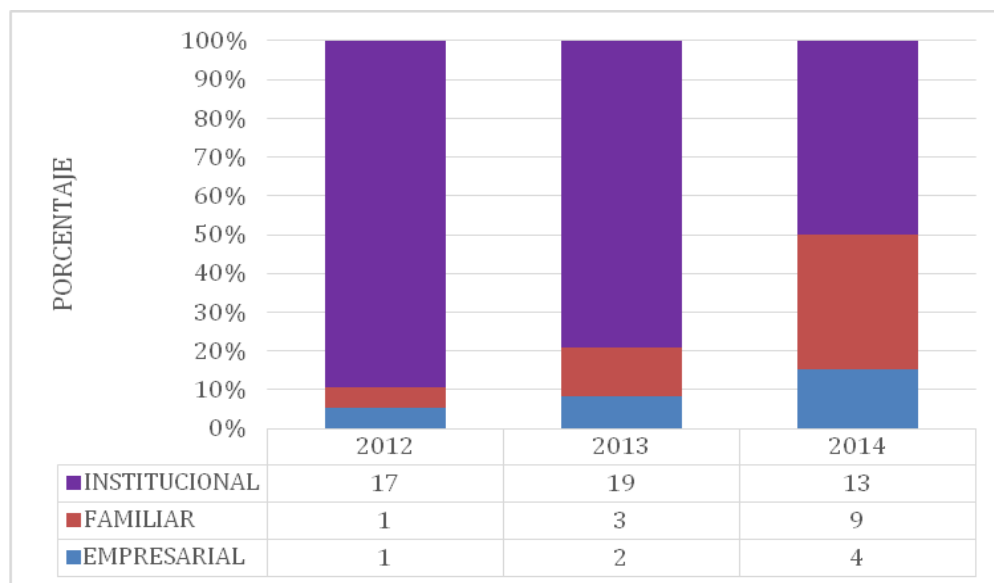
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La proporción de incidencia se ubica en 20 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, Engativa y Ciudad Bolívar. 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.

Durante el año 2014, las Unidades Comando atendieron un total de 26 brotes de parotiditis, 8% más que con respecto al 2013 (n=24), de los cuales el 50% correspondieron a brotes institucionales (n=13), el 35% a brotes familiares (n=9) y el restante 15% correspondieron a brotes empresariales (n=4).

Al igual que sucede con varicela, al comparar el comportamiento de los brotes de parotiditis entre los años 2012 al 2014, la ocurrencia de estos guarda relación con los meses cuando se desarrollan actividades escolares durante el año.

Gráfica 5. Proporción de Brotes de parotiditis de acuerdo al tipo. Bogotá D.C. 2012 a 2014



FUENTE: Secretaria Distrital de Salud. Unidad Comando en Salud Pública. Año 2014.

Del total de los brotes institucionales de parotiditis notificados durante el 2014, a las UCSP (n=13); 46% se presentaron en colegios, el 23% en Fuerzas Militares (FFMM), y el 15,3% en población privada de la libertad (PPL) y albergues respectivamente. Sin embargo, al comparar el número de brotes en colegios en los dos últimos años se evidencia una tendencia hacia la disminución, mientras que se evidencia aumento en el número de brotes registrados en Fuerzas Militares.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Las personas afectadas durante estos brotes son predominantemente hombres entre 18 y 26 años de edad, los cuales corresponden al 39% de todos los casos, seguido de las mujeres en el mismo grupo etario, las cuales corresponden al 15%.

Al analizar las cinco localidades que presentaron mayor número de brotes durante el 2014, fueron: Kennedy (n=4), San Cristóbal (n=4), Tunjuelito (n=3), y Ciudad Bolívar (n=3). Con respecto al número de casos, durante el año 2014 las localidades de Tunjuelito (n=39), Kennedy (n=21), y Fontibón (n=13), fueron las que más casos de parotiditis registraron asociados a brotes.

Con respecto a los brotes de parotiditis en establecimientos penitenciarios y carcelarios de Bogotá, durante el año 2014 se presentaron un total de dos brotes en: Complejo Carcelario y Penitenciario de Bogotá - COMEB (total 3 casos) y en el Centro Educativo Amigoniano El Redentor (total 24 casos).

En el caso de los brotes familiares de parotiditis que se presentaron durante el 2014 (n=9), el 73% de los casos (n=16) son personas entre 14 a 26 años. Al analizar los hallazgos de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo realizadas por las Unidades Comando del Nivel Local se encuentra que el 11% carecían de condiciones higiénicas y hábitos higiénicos adecuados.

De los factores de riesgos evidenciados durante la investigaciones epidemiológicas de campo son principalmente: el contacto estrecho, la escasa adherencia a protocolos de limpieza y desinfección, ausencia de educación con respecto al hábito de lavado de manos como de compartir alimentos, cigarrillos o elementos de higiene personal como cepillos de dientes, entre otros

6.3.2. *Tosferina*

En el 2014, se notificaron a través del sistema de vigilancia 2.759 casos probables de Tosferina. En el año 2013, se notificaron 4.616 casos; lo cual evidencia una disminución en la notificación de este evento del 67,3%.

La tasa de notificación general del año 2014, para Bogotá correspondió a 35.4 casos por 100.000 mil habitantes. La incidencia global para este mismo periodo correspondió a 0,7 casos por 100 mil habitantes, observándose una disminución con respecto al 2.013 en donde la incidencia fue de 3,0 casos por 100 mil habitantes.

De los casos confirmados en 2014, el 71,0% (38 casos) se presentaron en niños menores de 1 año, este cifra es similar a la reportado en el año 2013, el cual correspondió al 78,0% aunque con un número superior de casos (207).

La notificación por localidades, las localidades que muestran el mayor número de casos notificados fueron Suba, Kennedy, ciudad Bolívar y Engativa.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Frente a la clasificación inicial de los casos, el 99,9% de los casos ingresaron como probables y de estos, el 99,7% de estos se confirmaron o descartaron por prueba de laboratorio PCR. La positividad con respecto al año anterior disminuyó en un 340% (casos positivos año 2013, 264 - casos positivos 2014, 60).

Con relación a la tasa de mortalidad atribuible por tos ferina en menores de 5 años en el año 2014, se presentó 1 fallecimiento en un niño menor de 3 meses para una tasa de mortalidad de 0,012; frente al año 2013 en el cual se reportó una tasa de 0,49 por 100000 niños; en el año 2013 los niños fallecidos correspondieron a menores de 1 año específicamente 3 niños menores de 3 meses; en este indicador se observa una reducción del 66,6% con relación al año anterior.

6.3.3. Meningitis

En el año 2014, se notificaron 44 casos de meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, 17 casos de meningitis por *Neisseria meningitidis* y 6 casos de meningitis por *Haemophilus influenzae*. Se observó que los muertos 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. Adicionalmente se observa un aumento en el número de muertes especialmente en las meningitis por neumococo en comparación con al año inmediatamente anterior.

De acuerdo a los serotipos que se han identificados, a través de la vigilancia del Laboratorio de Salud Pública, se registran serotipo 3 en el grupo de edad 50 a 54 años, 11 A en grupo de 1 a 4 años, 19 A y 19 F en el grupo de 6 a 9 años, 19 F en el grupo de 60 a 64 años, 22F en el grupo de menores de 1 año y en el grupo de 55 a 59 años y 9 N en el grupo de 55 a 59 años.

6.4. Comportamiento de Eventos relacionados con Micobacterias.

6.4.1. Tuberculosis

Al sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA, se notificaron en 2014, 1.388 casos presentándose un aumento del 6,7% con relación al mismo periodo del año anterior (1.295).

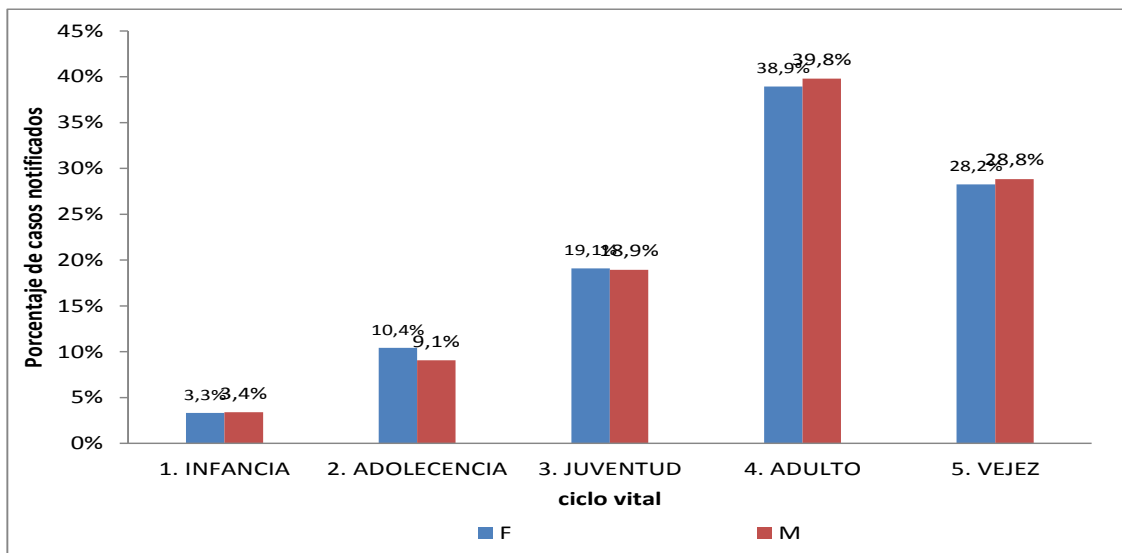
De los 1.388 casos de TB notificados en Bogotá, 1132 corresponden a casos residentes de la ciudad de Bogotá. Por sexo 393 (34,7%) son mujeres y 739 (65,2%) son hombres. En el año 2013, se observó una presentación similar.

Con relación a los casos por ciclo vital en el año 2014 se observa una mayor notificación en personas adultas en ambos sexos (447) 39,5% seguidas de los adultos mayores (324) casos con 28,6% y jóvenes con el 19% (215 casos).

Gráfica 6. Distribución porcentual de casos de Tuberculosis Todas las Formas (TF) por ciclo vital y sexo, Bogotá a semana 53 de 2014



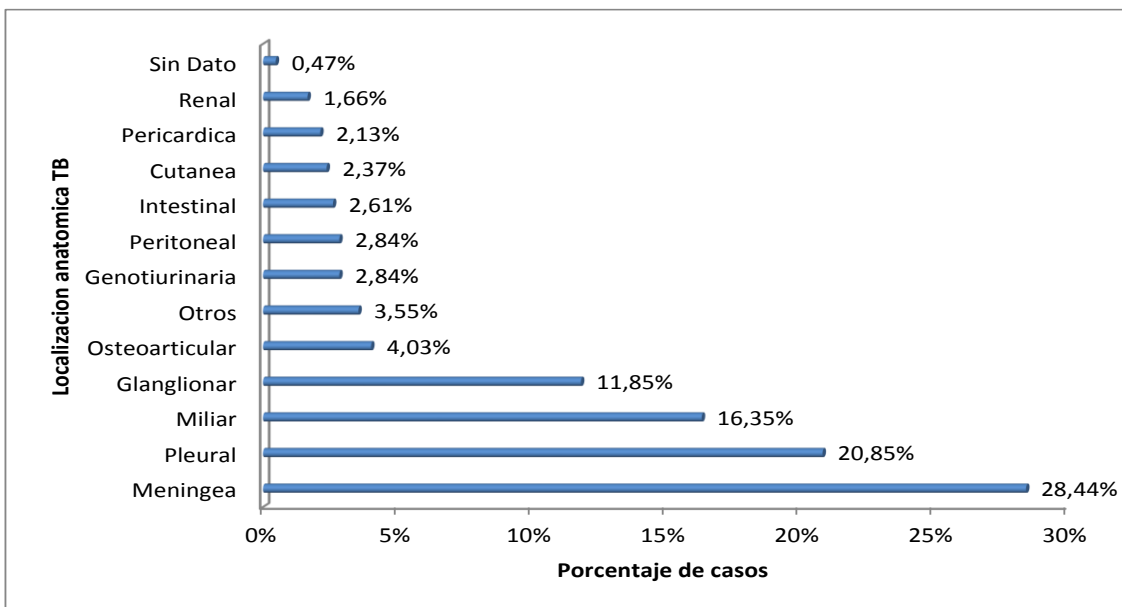
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



Fuente: Secretaria Distrital de Salud . Base SIVIGILA Distrital TB a semana 53 de 2014.

De los 1.132 casos confirmados para Tuberculosis, el 63% fueron pulmonares, 27% extra pulmonares y 11% fueron diagnosticados como TB meníngea. Se observa una disminución de los casos de TB meníngea del 31,4% con relación al año anterior (175).

Gráfica 7. Casos de Tuberculosis extra pulmonar según localización anatómica, Bogotá a semana 53 de 2014



Fuente: Secretaria Distrital de Salud .Base SIVIGILA Distrital TB a semana 53 de 2014



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Las localidades en las cuales residen la mayor proporción de casos para el año 2014 según los cuartiles calculados son: Suba (10,2% con 142 casos), Engativa 116 casos 8,4%; Kennedy con un 8,3% con 115 casos y Usaquén con un 6,3% y 89 casos estas localidades concentran el 40% de los casos..

6.4.2. Coinfección TB/VIH

Del total de muertes notificados como tuberculosis, el 70% de los pacientes accedieron a la consejería para VIH y entre los tipos de TB, los pacientes con tuberculosis Meníngea alcanzaron la mayor proporción de muertes con asesoría, correspondiendo al 87%.

Frente a la realización de la prueba de VIH de las personas que recibieron la consejería el 63% realizaron la prueba de VIH frente a esto se evidencia que el 7% de 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 23% (120 muertes) de los pacientes con alguna forma de TB, tienen coinfección con VIH, es importante precisar que las acciones colaborativas entre los programas de TB y VIH tienen como acción central canalizar al 100% de los pacientes diagnosticados con TB a la realización de las pruebas de VIH en el 2014 se observa que el 30% de los pacientes diagnosticados con TB desconocen si presentan coinfección con VIH.

Las localidades en las cuales residen la mayor proporción de casos para el año 2014 según los cuartiles calculados son: Suba (10,2% con 142 casos), Engativa (116 casos 8,4%), Kennedy con un 8,3% con 115 casos y Usaquén 6,3% con 89 casos. Es importante resaltar que estas localidades concentran el 40% de los casos de Bogotá.

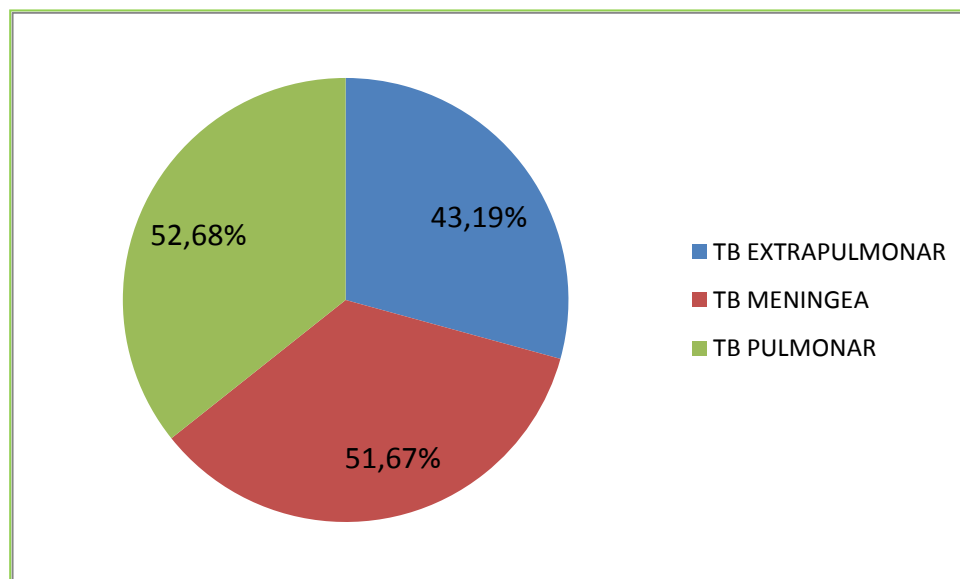
En cuanto a la incidencia general de tuberculosis todas las formas, para el año 2014, correspondió a 13,8 por 100 mil habitantes. Las localidades de mayor incidencia corresponden a zonas de alta vulnerabilidad social como lo son las localidades de la zona centro oriente de Bogotá San Cristóbal la zona de Santa fe, Martires y Antonio Nariño.

Al 50% (556) de los casos se les realiza cultivo, siendo mayor la frecuencia de cultivo en los casos de TB pulmonar 52,6% (364), frente a esta indicación es claro el incumplimiento de este requerimiento mínimo ya que al 50% de los casos no se les realizó, este debería ser superar al 70% ya que más del 60% con BK fueron negativos.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 8. Realización de Cultivo según tipo de Tuberculosis, Bogotá a semana 53 de 2014.



Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Bogotá SIVIGILA Distrital TB a la semana 53 de 2014.

6.4.3. Coinfección VIH Tuberculosis

Del total de casos notificados como coinfección TB/VIH, el 16,3% de los casos ya tenían VIH. De los pacientes que no eran VIH positivo, el 72% de los pacientes accedieron a la consejería para VIH.

Con relación al conocimiento del estado de VIH en los pacientes de TB, se evidencia que el 24% (280 casos) de los pacientes con alguna forma de TB tienen coinfección con VIH, es importante precisar que las acciones colaborativas entre los programas de TB y VIH tienen como acción central canalizar al 100% de los pacientes diagnosticados con TB a la realización de las pruebas de VIH en el 2014 se observa que el 24,3% de los pacientes diagnosticados con TB desconocen si presentan coinfección con VIH.

Las localidades con mayor proporción de coinfección TB/VIH para el 2014 que se encuentran por encima del percentil 75 son: Chapinero con 43% (12 casos); Teusaquillo con un 37% (7 casos), Antonio Nariño 36% (14 casos), y los Martires con 32% (12 casos). Se observa que la coinfección TB/VIH, se concentra en la zona Centro oriente de la ciudad en donde se ubican las zonas de mayor concentración de habitantes de calle y trabajadores sexuales igualmente según datos del programa de VIH corresponden las localidades con incidencias mayores de VIH.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

6.4.4. Tuberculosis en poblaciones vulnerables

Para 2014, se notificaron 58 casos de TB en ciudadanos habitantes de calle en los ciclos vitales juventud, adulto y vejez representando el 4,5% con una proporción de coinfección del 29%.

En población privada de la libertad se reportaron 11 casos equivalentes a una proporción de coinfección del 54%. En población desplazada se notificaron 3 casos, en personas discapacitadas 3 casos y en mujeres gestantes, 2 casos.

6.4.5. Mortalidad por TB

Con relación a las mortalidades asociadas a TB, se notificaron 156 casos con condición final fallecido residentes en Bogotá; lo que representa el 13% de los casos. De estos casos el 22,4% (35), corresponden a TB extrapulmonar, 52,5% TB pulmonar (82) y 25% (39) a TB Meningea.

En cuanto al sexo, el 64,7% de los casos (101) corresponden al sexo masculino. De los 101 casos reportados como fallecidos, 40 casos presentaban coinfección TB/VIH para una proporción de 39,6%.

Frente a la información de mortalidad según fuente estadísticas vitales se reportaron 59 fallecimientos como causas básicas de TB para una letalidad del 5,2%.

6.4.6. Tuberculosis Farmacorresistente

En el año 2014, se presentaron 22 casos observándose una disminución en la notificación de este evento del 21% con respecto al año 2013. De los 22 casos notificados, 17 son residentes de la ciudad de Bogotá. El 77% (17 casos) fueron formas pulmonares y 5 casos fueron extrapulmonares representando el 22,7%.

Se observó que el 68,1% (15 casos) corresponden a pacientes previamente tratados y un 31,8% (7) casos ingresados como nuevos. Con respecto al año 2013, se observa un aumento de los casos de TBFR previamente tratados se reportaron 13 casos lo que correspondió al 46,4%, este incremento es importante ya que la farmacorresistencia se relaciona con tratamiento previos y deben ser pocos los casos nuevos.

De los 17 casos residentes en Bogotá la mayor proporción de casos se ubican en las localidades de Suba (3 casos) 25%, y las localidades de la zona sur oriental Puente Aranda, San Cristóbal y Santa Fe con 2 casos respectivamente cada uno.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

6.5. Comportamiento de los eventos de infecciones de transmisión sexual

6.5.1. VIH/SIDA

Se observa que el número de casos acumulados de VIH/Sida notificados entre 1.985 y 2.014, son 25.488; incluidos casos nuevos, actualizaciones en el estadio clínico y muertes asociadas a Sida. Con respecto al estadio clínico se encuentra el 75,1% VIH, 17,6% Sida y 7,4% muertes asociadas a Sida.

De la totalidad de personas notificadas como VIH/Sida en el II trimestre de 2014 el 9,93% correspondieron a muertes que no provenían del Distrito Capital en comparación con el mismo periodo de 2.013 no se presentaron mayores diferencias. Cundinamarca con el 5,9% 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. También se presentaron casos procedentes de Meta y Casanare con 0,67% y Tolima con 0,53%.

6.5.2. 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 2014 este indicador es de 6,2:1. En el periodo analizado se observan una aparente disminución en el aporte de las mujeres a la epidemia.

6.5.3. Distribución por grupo de edad

Los grupos más afectados fueron personas entre los 20 y 39 años con 71,8% de los casos, este grupo muestra un comportamiento similar para los mismos periodos de 2.012 y 2013. Los grupos quinquenales más afectados en 2.014, son los de 25 a 29 con 22,4%, 20 a 24 y 30 a 34 con 19,0% y 18,63% respectivamente.

Lo anterior indica que la epidemia está afectando principalmente a la población más productiva social y económicamente de la ciudad, 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 16. Muertes de VIH notificados al SIVIGILA distribuidos por grupo de edad. Bogotá D.C, 2014.

Grupo edad	2014		
	Frecuencia	%	PI
< 1 AÑO	3	0,21	2,48
1 A 4	0	0,00	0,00
5 A 9	0	0,00	0,00
10 A 14	1	0,07	0,16
15 A 19	70	3,90	10,82
20 A 24	355	18,99	53,55
25 A 29	419	22,61	65,96
30 A 34	347	18,71	52,96
35 A 39	219	11,48	36,53
40 A 44	164	8,65	31,05
45 A 49	121	6,73	23,50
50 A 54	78	3,97	16,29
55 A 59	42	2,06	10,80
60 A 64	24	1,20	8,13
65 Y +	25	1,42	4,44
Total general	1868	100,00	24,02

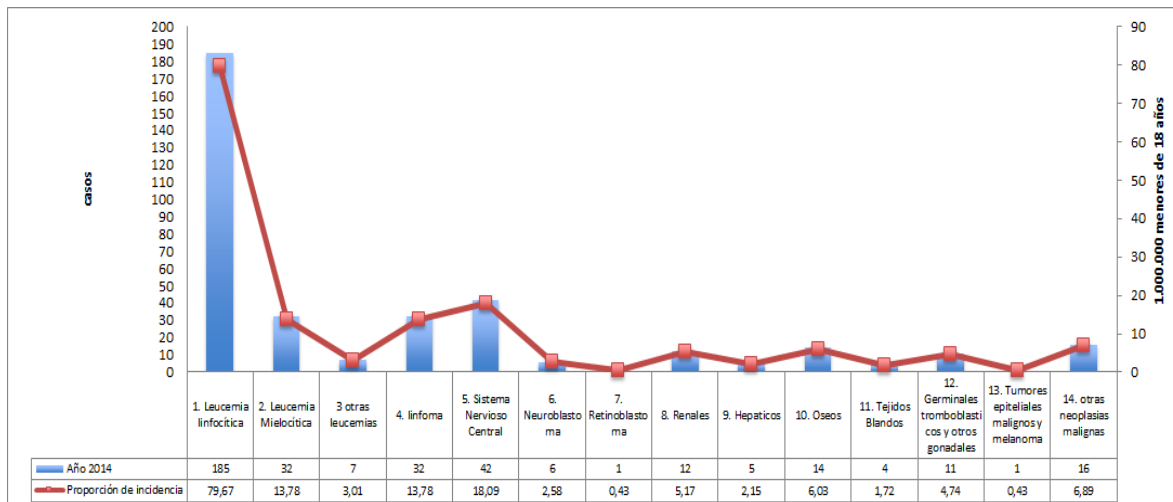
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. SIVIGILA. 2014

6.6. Análisis del comportamiento de los Eventos de Crónicas no Transmisibles

6.6.1. Leucemias Linfoides y Mieloides pediátricas en Bogotá, Primer Semestre 2014

La proporción de incidencia para leucemia linfocítica se encontró en 79.7x 1.000.000 menores de 18 años. 14 x 1.000.000 menores de 18 años en leucemia mielocítica, para sistema nervioso central 18 x 1.000.000 menores de 18 años y linfoma es de 14 x 1.000.000 menores de 18 años (Gráfica 17).

Gráfica 9. Número de casos de cáncer infantil por tipo y año en Bogotá



Fuente: Secretaría Distrital de Salud . SIVIGILA. 2014. *Datos a semana epidemiológica 53



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

6.6.2. Cáncer infantil

En el año 2014, los cánceres más frecuentes en niños son leucemias (224 casos), sistema nervioso central (42 casos), linfoma (32 casos) y otras neoplasias malignas (16 casos).

Por grupos de edad quinquenales se encuentra en mayor frecuencia entre 11 a 15 años con un 29% (107 casos), seguido de 2 a 5 años con un 27% (98 casos) y en un tercer lugar de 6 a 10 años con un 24% (88 casos).

La tasa de mortalidad es de 27.6 por 1.000.000 menores de 18 años. Se presentaron 33 casos por leucemias agudas pediátricas, 13 casos de sistema nervioso central, 7 casos de linfoma y 4 casos de cáncer óseo

6.7. Sistema de vigilancia epidemiológica nutricional SISVAN

Con respecto al indicador peso para la edad, indicador compuesto que refleja ampliamente las condiciones estructurales en seguridad alimentaria y nutricional de una población, la prevalencia de desnutrición global en los niños y niñas menores de cinco años alcanzó el 5%. Las localidades que presentan la situación más crítica son: Kennedy, Los Mártires y Ciudad Bolívar cada una con un porcentaje que alcanza el 6%. (Tabla 17).

Tabla 17. Comportamiento del estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años por localidad, Bogotá, 2014.

Localidad de Residencia	2014			
	Prev. Desnutrición Global	A Riesgo de desnutrición global	Peso Adecuado para la edad	Total reportados
Usaquén	5,1	18,0	66,3	11.839
Chapinero	4,7	17,5	67,1	3.636
Santafé	4,7	20,2	66,7	7.951
San Cristóbal	5,8	20,2	65,1	17.851
Usme	5,6	19,2	65,6	16.045
Tunjuelito	4,6	20,1	65,2	7.163
Bosa	4,4	18,3	66,9	32.850
Kennedy	6,0	17,4	65,3	37.351
Fontibón	4,3	17,7	67,9	10.068
Engativá	4,2	16,7	67,8	21.528
Suba	4,2	16,7	68,1	31.835
Barrios Unidos	3,8	15,9	68,6	3.224
Teusaquillo	3,4	15,0	70,1	2.356
Los Mártires	6,0	19,0	64,9	3.589
Antonio Nariño	4,5	17,6	66,4	2.351
Puente Aranda	5,1	17,0	66,3	8.431
Candelaria	4,4	19,1	65,9	1.724
Rafael Uribe	5,1	18,8	66,0	12.622
Ciudad Bolívar	6,0	22,0	63,7	19.160
Sumapaz	1,9	10,2	79,6	157
Sin dato de localidad	5,7	18,9	64,7	10.503
Total	5,0	18,3	66,3	262.234

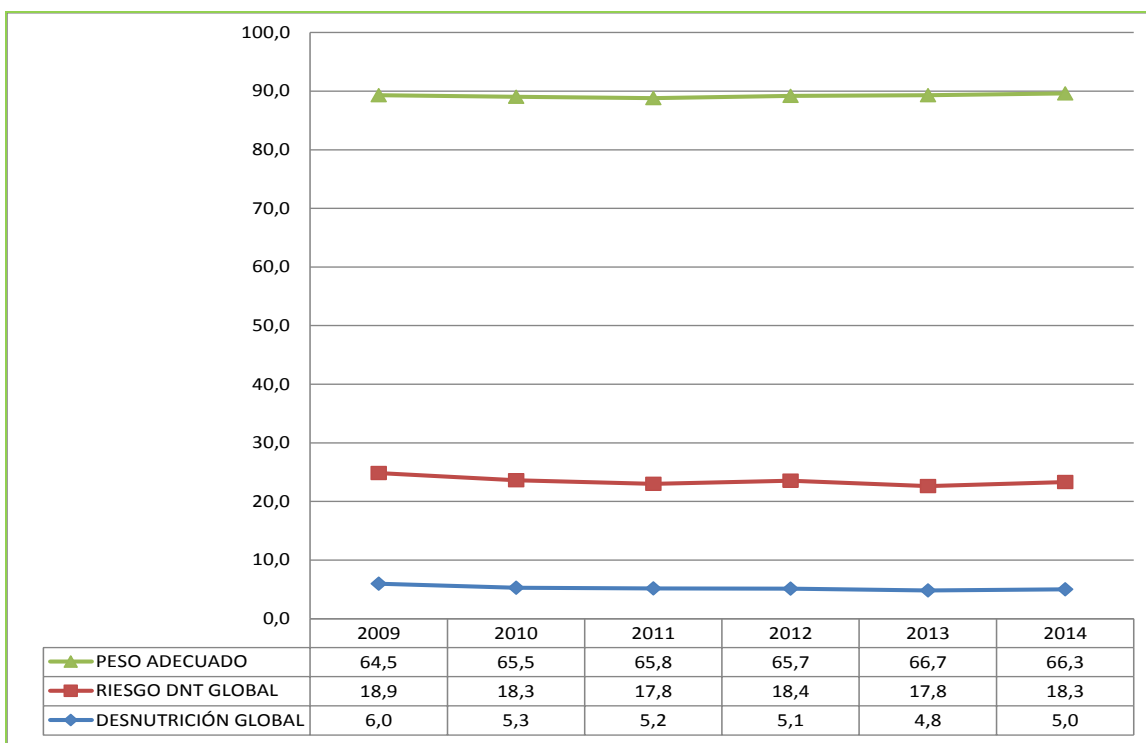
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. SISVAN. Parón de Referencia OMS.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

El comportamiento de la desnutrición global en menores de 5 años, ha presentado una disminución moderada pasando del 6% en 2009 a 5% en 2014, lo cual corrobora que se requieren intervenciones intersectoriales que modifiquen los determinantes sociales asociados a un problema de origen multifactorial (Gráfica 10).

Gráfica 10. Comportamiento de la desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, Bogotá, 2009-2014.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. SISVAN. Parón de Referencia OMS.

La prevalencia de delgadez medida por IMC en niños y niñas de 5 a 9 años se mantiene por debajo del 1%, sin embargo el exceso de peso expresado como sobrepeso y obesidad representan un porcentaje significativamente alto (20.4%) (Tabla 18).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 18. Comportamiento del estado nutricional en niños y niñas menores de 5 a 9 años por localidad, Bogotá, 2014.

Localidad de Residencia	2014					
	Prev. Delgadez	A Riesgo de Delgadez	Adecuado para la Edad	Sobrepeso	Obesidad	Total reportados
Usaquén	0,5	5,9	72,6	14,7	6,2	3.252
Chapinero	0,5	6,5	72,5	15,4	5,1	1.354
Santafé	0,6	5,4	73,6	14,4	6,0	3.530
San Cristóbal	0,8	5,3	74,4	13,7	5,8	5.392
Usme	0,8	5,7	74,2	14,5	4,7	5.740
Tunjuelito	0,9	6,2	70,6	14,7	7,6	3.042
Bosa	0,6	5,7	72,5	15,0	6,2	10.700
Kennedy	1,2	7,0	71,2	14,2	6,3	9.992
Fontibón	0,7	6,7	69,9	15,2	7,4	3.681
Engativá	0,7	6,4	70,6	15,1	7,1	6.977
Suba	0,7	5,8	71,5	15,3	6,6	7.058
Barrios Unidos	0,0	6,9	70,7	14,7	7,7	1.053
Teusaquillo	0,6	7,2	70,1	16,9	5,2	832
Los Mártires	0,3	5,3	74,3	14,4	5,8	1.468
Antonio Nariño	0,3	6,1	70,7	17,2	5,7	768
Puente Aranda	0,4	7,0	70,1	15,2	7,4	2.605
Candelaria	0,4	4,8	72,0	16,1	6,7	732
Rafael Uribe	0,7	7,0	73,0	13,4	5,9	4.599
Ciudad Bolívar	0,8	7,5	76,9	11,0	3,8	7.443
Sumapaz	0,0	2,9	73,5	20,6	2,9	102
Sin dato de localidad	0,7	6,8	72,4	13,7	6,4	2.766
Total	0,7	6,3	72,5	14,3	6,1	83.086

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. SISVAN. Parón de Referencia OMS.

Para el grupo de niños y niñas escolares de 5 a 17 años, la prevalencia de exceso de peso alcanza el 27.1%, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar condiciones crónicas desde edades muy tempranas.

6.8. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS.

Las localidades que registran las frecuencias más elevadas de suicidio consumado para el periodo anual de 2014, son en su orden: Engativá, Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba y Usaquén. Estas cinco localidades agrupan cerca del 51% del total de casos registrados en la ciudad de Bogotá, para en el año señalado. No obstante, las localidades que registran las tasas más altas son en orden descendente por cada 100.000 habitantes, Sumapaz (15,6) seguida por las localidades de La Candelaria (12,4%) y Santafé con (9,1%).

Tabla 19. Suicidios en la ciudad por localidades de Bogotá, 2014

LOCALIDAD	TOTAL SUICIDIOS	POBLACIÓN TOTAL	TASA POR 100,000 HB
USAQUÉN	20	489.526	4,1
CHAPINERO	6	137.281	4,4
SANTA FÉ	10	109.974	9,1
SAN CRISTOBAL	13	407.416	3,2
USME	9	427.090	2,1
TUNJUELITO	8	200.725	4,0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD	TOTAL SUICIDIOS	POBLACIÓN TOTAL	TASA POR 100,000 HB
BOSA	18	629.066	2,9
KENNEDY	29	1.054.850	2,7
FONTIBON	9	370.976	2,4
ENGATIVÁ	33	866.719	3,8
SUBA	26	1.146.985	2,3
BARRIOS UNIDOS	3	238.380	1,3
TEUSAQUILLO	4	150.236	2,7
LOS MÁRTIRES	3	98.637	3,0
ANTONIO NARIÑO	3	108.766	2,8
PUENTE ARANDA	14	258.154	5,4
LA CANDELARIA	3	24.140	12,4
RAFAEL URIBE	16	376.060	4,3
URIBE			
CIUDAD BOLÍVAR	31	675.471	4,6
SUMAPAZ	1	6.393	15,6
SIN INFORMACIÓN	14	0	0,0
TOTAL DISTRITO	273	7.776.845	3,5

FUENTE: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2014. FUENTE: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015.

Respecto a los principales desencadenantes de conducta suicida tenemos:

- Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares.
- Problemas en la relación entre esposos o pareja
- Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia (desaparición o muerte).
- Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio.
- Problemas relacionados con el desempleo, con amenaza de pérdida del empleo, con horario estresante de trabajo o tensión física o mental relacionadas con el trabajo.
- Problemas relacionados con dificultades en el modo de vida, estrés, habilidades sociales inadecuadas.

6.9. Sistema de Vigilancia Epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas VESPA

De acuerdo con los registros de este subsistema, las localidades en donde más se han registrados casos sobre abuso de sustancias psicoactivas son en orden de frecuencia descendente; Bosa, San Cristóbal, Barrios Unidos y Ciudad Bolívar. Estas cuatro localidades concentran cerca del 70% del total de casos reportados al subsistema de vigilancia del abuso de sustancias psicoactivas VESPA.

De igual manera, es pertinente señalar que de acuerdo con la distribución de casos según sexo, por cada caso registrado en mujeres se reportan dos casos en hombres. De igual manera, se registran 77 casos que corresponden a intersexuales con uso problemático de sustancias psicoactivas.



Tabla 20 Consumo de sustancias psicoactivas por sexo y localidad en Bogotá, 2014.

Localidad	Hombre	Mujer	Intersexual	Total General
Usaquén	58	21	0	79
Chapinero	27	16	0	43
Santa Fe	26	15	0	41
San Cristóbal	887	233	7	1127
Usme	434	170	8	612
Bosa	1295	765	38	2098
Kennedy	304	63	6	373
Engativá	173	40	0	213
Suba	647	397	3	1047
Barrios Unidos	38	14	1	53
Teusaquillo	76	9	0	85
Mártires	320	72	2	394
Antonio Nariño	13	9	1	23
Candelaria	21	8	0	29
Rafael Uribe	253	115	9	377
Ciudad Bolívar	447	186	2	635
Total general	5019	2133	77	7229

Fuente: sistema de vigilancia epidemiológica de consumo de psicoactivos – VESPA. *Información preliminar a Agosto de 2015

6.10. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Discapacidad

El “Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad”, fue originado y validado en el año 2004 por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. En la actualidad es administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social y opera en el territorio nacional a través de la administración de cada ente departamental. Este instrumento es una herramienta técnica que permite recolectar información, para conocer en un momento del tiempo y lugar, la situación de la población con discapacidad, respecto al grado de satisfacción de las necesidades humanas y sirve como sustento de la formulación de políticas, planes y programas que respondan a las necesidades reales de la población y de colectivos particulares entre los cuales se encuentran las personas en condición de discapacidad.

Este registro es el único documento oficial, reconocido a nivel nacional para la localización y caracterización de este grupo poblacional y concibe la discapacidad desde el modelo biosicosocial; en el cual se incluyen los “déficit, deficiencias o alteraciones en las funciones o estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación” en coherencia con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud, OMS, CIF 2001, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 1346 de 2009) y el Decreto 470 de 2007 de la Política Pública de Discapacidad para el D.C.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

De acuerdo con lo anterior, la información presentada para dar respuesta a este punto tiene como fuente oficial el registro anteriormente mencionado, en el cual no es posible identificar que personas nacieron o no con una discapacidad; sin embargo en aras de aportar información útil para esta solicitud, se presenta la información de la población con discapacidad general y la que según edad actual pertenece a la etapa de ciclo de vida de la infancia (0 a 13 años) que considera que el origen de su discapacidad está relacionado con causas que pudieran considerarse asociadas al nacimiento. Adicionalmente, se incluye la población que reporta como causa de su discapacidad a la enfermedad general, la cual puede ser genética, hereditaria o adquirida.

Tabla 21. Población con discapacidad, según origen de la discapacidad; Bogotá D.C.; 2004-Julio 2015, datos preliminares.

Localidad	Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	Complicaciones en el parto	Alteración genética hereditaria	Enfermedad general
Usaquén	275	419	1.741	4.662
Chapinero	76	92	357	1.431
Santa Fe	196	135	422	2.225
San Cristóbal	546	468	1.795	5.065
Usme	612	397	1.438	3.569
Tunjuelito	291	170	661	2.740
Bosa	426	339	3.342	9.631
Kennedy	836	931	5.973	12.017
Fontibón	308	313	1.545	5.758
Engativá	741	622	2.109	6.092
Suba	517	625	1.511	7.336
Barrios Unidos	133	152	516	3.293
Teusaquillo	76	92	344	1.309
Los Mártires	145	147	307	2.379
Antonio Nariño	93	99	431	1.238
Puente Aranda	228	297	2.284	5.266
Candelaria	68	50	107	895
Rafael Uribe	570	455	2.390	8.277
Ciudad Bolívar	840	544	1.599	5.139
Sumapaz	8	3	15	80
Sin dato de localidad	2	0	0	1
Total Bogotá	6.987	6.350	28.887	88.403

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- Julio 2015). Última fecha de actualización Junio de 2015.
*Pcd: Población con discapacidad.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 22 Población con discapacidad en la etapa de ciclo de vida infancia (0 a 13 años), según origen de la discapacidad; Bogotá D.C.; 2004- Julio 2015, datos preliminares.

Localidad	Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	Complicaciones en el parto	Alteración genética o hereditaria	Enfermedad general
Usaquén	53	70	132	50
Chapinero	10	21	16	23
Santa Fe	33	17	36	13
San Cristóbal	84	96	118	36
Usme	111	86	160	74
Tunjuelito	48	30	52	21
Bosa	53	37	74	762
Kennedy	137	149	250	110
Fontibón	50	56	135	29
Engativá	92	72	222	70
Suba	52	75	162	162
Barrios Unidos	10	16	22	37
Teusaquillo	3	10	18	13
Los Mártires	19	19	27	19
Antonio Nariño	13	15	16	5
Puente Aranda	27	44	63	24
Candelaria	8	4	8	2
Rafael Uribe	85	63	116	42
Ciudad Bolívar	154	124	162	76
Sumapaz	1	0	1	0
Total	1043	1004	1790	1568

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- Julio 2015). Última fecha de actualización Junio de 2015. *Pcd: Población con discapacidad.

6.11. Infecciones Asociadas a Dispositivos

Para el año 2014, los casos reportados para las unidades de cuidado intensivo exclusivo fueron 516 de casos asociados a infecciones del torrente sanguíneo asociados a catéter (ITS-AC), de los cuáles el 84,0% correspondieron a unidades de cuidado intensivo que no comparten espacio (UCI) y el 16,0% correspondieron a unidades de cuidado intensivo que comparten espacio (UCI/I), siendo la de mayor reporte la UCI.

Con relación a la tasa reportada en el año 2014, se obtuvo que para Bogotá, fue de 3.05 casos por cada 1000 días dispositivo en las unidades de cuidado intensivo en general. Para aquellas que comparten espacio se observó una tasa de 2.69 casos por cada 1000 días dispositivo.

Para catéter central se obtuvieron los siguientes porcentajes de uso: para unidades de cuidado intensivo exclusivas: o porcentajes de 66.77% y 61.97% para UCI que comparten espacio, siendo levemente de menor el uso para estas últimas.

En las UCI que no comparten espacios se observó una tasa de 4,31 casos por 1000 días dispositivo.



Para las neumonías asociadas a ventilador, la tasa fue de 2.8 casos por cada 1000 días ventilador en las unidades de cuidado intensivo.

7. Conclusiones

- ✚ Bogotá tiene un descenso en el número de nacimientos, y un progresivo envejecimiento de la población, lo que se explica por el aumento en la esperanza de vida y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad.
- ✚ La Mortalidad Evitable en el Distrito ha mostrado una tendencia a la reducción en los últimos años.
- ✚ En cuanto a la mortalidad materna el mayor número de muertes esta en los grupos quinquenales de 15 a 19 años y mayores de 35 años. Y el 81 % de las causas fueron debidas a causas directas prevenibles, evitables.
- ✚ 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.
- ✚ 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.
- ✚ 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 esta 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.
- ✚ Se encuentra una proporción de incidencia de leucemia pediátrica de 0,3 x 100.000 habitantes más bajo de la encontrada en Colombia que es de 6 x 100000 hab. La oportunidad en el tratamiento y en la confirmación diagnostica se encuentran en los limites deseados.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Nueva lista 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad CIE-10. Boletín Epidemiológico 1999
2. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0812.2007.
3. Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas PIC. 2009.
4. Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Documento ASIS Bogotá. 2014.
5. Instituto Nacional de Salud. Informes de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública. 2014.
6. Instituto Nacional de Salud. Informe Epidemiológico Nacional. 2010.
7. Whitembury V., Álvaro, El Perfil Epidemiológico y el Análisis de Situación de Salud del Perú. 2006.
8. UNFPA, Universidad Externado de Colombia, Guía para Análisis Demográfico Local. 2009.
9. DANE. CANDANE. Cartilla de Conceptos Básicos e Indicadores Demográficos. 2007.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Grupo de Análisis de Situación de Salud y Demografía. Guía de trabajo. Taller para el Uso de Datos como insumo para el ASIS – Del Dato a la toma de Decisiones. Febrero 2012.
11. Secretaria Distrital de Salud. Boletín Epidemiológico Distrital. Volumen 12, del 1 al 4. 2005.
12. Secretaria de Salud de México. Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General Adjunta de Epidemiología. Anuario 2009.