

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Análisis de Situación de Salud  
Anexo 4. Elaboración y Publicación de Documentos  
**PIC- Plan de intervenciones colectivas**  
**2012**



SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD  
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA  
ÁREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
BOGOTÁ D.C.

Grupo Análisis de Situación de Salud  
Dirección Salud Pública

## Elaboración y Publicación de Vigilancia en Salud Pública

La Vigilancia de la Salud Pública como expresión de la estrategia de promoción de la calidad de vida, vela por las dimensiones y variables que actúan como causalidades y determinantes del proceso salud – enfermedad con el objeto de orientar posibilidades de cambio, requiriendo un referente conceptual que supere los análisis multicausales en la construcción del problema con implicaciones metodológicas para el ordenamiento de la acción y que permitan integrar acciones operativas. Por lo anterior, la vigilancia crítica de la salud pública debe reconocer la participación social por medio de la planeación participativa, el monitoreo participativo y el control colectivo de la gestión.

También es importante tener en cuenta que dentro de la puesta de trabajo para el año 2012 las intervenciones dadas desde los grupos de gestión de conocimiento y análisis de situación de salud ASIS, determina desde sus componentes la difusión y divulgación de la información como insumo para la toma de decisiones en salud que afecten de manera positiva la calidad de vida de la población, permitiendo la operatividad en lo local y a nivel central.

Para la vigencia 2012 (febrero a julio), se plantea continuar visibilizando la gestión de conocimiento en su componente de comunicación y transmisión de conocimiento generado por la vigilancia en salud pública; esta actividad requiere acompañar y continuar el fortalecimiento editorial en la elaboración y publicación que se generen en las localidades y el nivel central, por lo cual se espera la elaboración y divulgación de:

1. Boletines epidemiológicos locales quincenales para el mes de febrero del año 2012 y mensuales para el periodo marzo a julio del año 2012
2. Documento final de sala situacional. (Ver Anexo 2)
3. Documento actualización diagnóstico local (Preliminar 15 de abril 2012; entrega documento final 30 de julio de 2012)
4. Documentos de análisis territorial trimestral
5. Anuario

Estos documentos por localidad deben estar disponibles en la página Web de cada hospital y serán monitoreados por parte del grupo ASIS a nivel central.

### **1. Dos Boletines epidemiológicos locales quincenales para el mes de febrero del año 2012 , y cinco mensuales para el periodo marzo a julio del año 2012**

El boletín epidemiológico local, es un documento que describe el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública de la localidad, de manera quincenal para el mes de febrero del año 2012 y mensual para el periodo marzo a julio del año 2012. Su objetivo es describir de forma oportuna el comportamiento de los eventos de interés en salud pública correspondiente a dos semanas epidemiológicas para el mes de febrero y a cuatro semanas para el periodo marzo a julio.

La principal fuente de información para el boletín epidemiológico es el Sistema Integrado de Vigilancia -SIVIGILA, a partir del cual se dispone de información de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y de los demás eventos de interés en salud pública. El análisis tendrá un alcance descriptivo, que incluirá análisis de la tendencia, de las variables persona (grupos de edad en quinquenios), lugar y tiempo, así como canales endémicos (cuando aplique), indicadores y demás análisis que permiten explicar el comportamiento de los eventos, de igual forma, incluirá información de las intervenciones, estrategias de vigilancia epidemiológica y mecanismos de prevención y promoción implementadas en la localidad, entre otras acciones para responder a los

problemas de salud de la comunidad. Su contenido será temático según las necesidades locales más sentidas de la población, articuladas con el seguimiento a las metas del Plan Distrital de Salud.

**1.1. Periodicidad:** Quincenal para el mes de febrero del año 2012 (Contiene información de 2 semanas epidemiológicas) y mensual para el periodo marzo a julio del año 2012 (Contiene información de 4 semanas epidemiológicas).

Total: 7 boletines epidemiológicos: 2 quincenales (Correspondientes al mes de febrero de 2012) y 5 mensuales (Correspondientes al periodo comprendido entre marzo y julio de 2012)

**1.2. Grupo Objetivo:** Gobierno Local, Comunidad, Instituciones prestadoras de Salud, Empresas Sociales del Estado, Empresas promotoras de Salud, Instituciones Educativas, comunidad, otros actores.

### 1.3. Estructura de Contenido

#### 1.3.1. Introducción

Expresa brevemente el propósito, objetivos del boletín y su importancia para los entes locales y la comunidad, resumir brevemente el contexto y las razones por las cuales se presenta la temática del boletín. No repita en cada boletín la misma introducción; en este espacio se puede enfatizar sobre momentos epidemiológicos específicos tales como, brotes, jornadas de vacunación, presentación estacional de ERA, etc.

#### 1.3.2. Tema central

Para el fortalecimiento del boletín epidemiológico quincenal de la localidad se sugiere incorporar el desarrollo de un evento o tema de interés en salud pública desde la mirada profunda de los Determinantes Sociales en Salud. Para esto, se plantea realizar un análisis de **una** temática de salud relevante para la localidad como: Salud sexual y reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud oral entre otras con el concurso de todo el grupo de vigilancia en salud pública junto a los aportes que se generen desde los diferentes procesos del PIC.

#### 1.3.3. Seguimiento a la vigilancia en salud pública

Relacionar el número de unidades primarias generadoras de información (UPGD), clasificadas según sean informadoras o notificadoras y presentar el porcentaje de cumplimiento en la notificación para el periodo analizado, mencionando si la notificación fue positiva, negativa o se presentó silencio epidemiológico. Comparar con el comportamiento de la notificación para el periodo anterior y en caso de presentar reiteradamente problemas en la notificación, realizar seguimiento y generar soluciones o intervenciones.

#### 1.3.4. Comportamiento de los eventos de interés en salud pública

- 2 boletines epidemiológicos quincenales para el mes de febrero (presentan el análisis de 2 semanas epidemiológicas) y 5 boletines epidemiológicos, cada uno de los cuales debe contener 4 semanas epidemiológicas, dando continuidad a las semanas abordadas en los boletines quincenales publicados en febrero. Este documento consolida y analiza la información de los eventos prioritarios en Salud Pública a nivel local mediante la información recopilada por el sistema integrado de vigilancia SIVIGILA Nacional. Debe presentar un análisis comparativo del mismo periodo de los años 2011-2012. En los boletines se debe profundizar en **un** tema de interés para la salud pública como por ejemplo: Salud sexual y reproductiva, enfermedades transmisibles,

enfermedades crónicas, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud oral y vigilancia poblacional y comunitaria entre otras. Los boletines deben estar dispuestos en la página Web del hospital por localidad a más tardar quince días calendario posterior al cierre de la información presentada.

**Total boletines epidemiológicos: siete (7).**

#### **1.4. Fases para la elaboración y publicación de los boletines epidemiológicos**

##### **1.4.1. Fase 1: Preparación**

- Realice un inventario de las fuentes que requiere para la elaboración del boletín epidemiológico
- Identifique las personas responsables de la información que necesita para la elaboración del boletín
- Realice un cronograma de las actividades y tiempos empleados para la elaboración del boletín
- Seleccione los temas de particular interés en su localidad
- Cree un directorio de usuarios y posibles receptores del boletín epidemiológico a nivel local
- Identifique espacios de difusión boletín del boletín epidemiológico

##### **1.4.2. Fase 2: Búsqueda y uso de la información**

- Solicite las bases de datos del Sistema integrado de Vigilancia - SIVIGILA y Estadística Vitales al Área de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), de acuerdo a los tiempos establecidos.
- Revise la información consignada en las bases de datos,
- Aplique los criterios de validación de la información entre variables
- Valide la consistencia de la información local publicada desde nivel central, en caso de identificar inconsistencias solicitar aclaración con los referentes técnicos del nivel central y realizar los ajustes pertinentes.
- Organice y seleccione la información que va a utilizar para elaborar el boletín

##### **1.4.3. Fase 3: Análisis de la información**

- Realice el análisis de los eventos de interés en salud pública, teniendo en cuenta el plan de análisis propuesto
- Profundice en los tres eventos que presenten mayor frecuencia
- Consolide el Boletín epidemiológico quincenal

##### **1.4.4. Fase 4 Publicación y Divulgación**

- Publicación del Boletín epidemiológico en formato pdf.
- Los boletines deben estar dispuestos en la página Web del hospital por localidad a más tardar 15 días calendario posteriores al cierre de la información presentada
- Difunda el boletín epidemiológico con los usuarios y en los espacios identificados

### 1.5. Plan de Análisis

Realizar análisis descriptivo de cada uno de los eventos de interés en salud pública y profundizar en los tres eventos con mayor frecuencia, para este análisis se sugiere apoyarse en tablas, gráficos y mapas y además incluir lo siguiente:

- Descripción de frecuencias absolutas y relativas de los casos de los eventos de interés en salud pública.
- Describa los patrones de ocurrencia de los eventos
- Descripción de los eventos a partir de las variables de persona, tiempo y lugar, identifique los grupos más susceptibles
- Descripción de los eventos según Régimen de Aseguramiento
- Descripción de los eventos por UPZ y territorio GSI
- Análisis de tendencia de los casos por periodo epidemiológico (Realice canales endémicos, cuando sea posible), identifique cambios en la tendencia o distribución de los eventos
- Comparación del comportamiento del evento en el año anterior durante el mismo periodo de tiempo.
- Análisis de tendencia de los indicadores de los eventos trazadores y compararlos con los indicadores a nivel Distrital y Nacional.
- Describir el tema central del boletín

### 1.6. Formato y Diseño Gráfico

- El diseño gráfico del boletín debe ser agradable en presentación, claro y ameno para la comunidad.
- El boletín debe ser accesible desde la página Web del hospital, debe encontrarse en formato PDF, acorde a la política de comunicación de la ESE.
- Párrafos a un espacio.
- Mínimo 10 hojas - Máximo 25 hojas.
- Lenguaje claro, concreto, sin tecnicismos.
- Presentación de las tablas: No presente las tablas en formato de fotografías, enumere las tablas consecutivamente, incluya título y fuente (Arial 8) a todas las tablas, ordene los valores en forma descendente o ascendente para resaltar la importancia del dato.
- Tipo de Letra para texto de párrafo (Arial 12)
- Las explicaciones precisas se colocan en notas a pie de página, no en la cabecera de la tabla. En estas notas se especificarán las abreviaturas no usuales empleadas en cada tabla.

### Meta

Elaborar y publicar en la página Web del hospital por localidad 7 boletines epidemiológicos según guía ASIS: 2 con periodicidad quincenal para el mes de febrero de 2012 y 5 con periodicidad mensual para el periodo marzo a julio.

Los boletines deben estar dispuestos en la página Web del hospital por localidad a más tardar 15 días calendario posteriores al cierre de la información presentada

### Indicador:

Número de boletines epidemiológicos elaborados y publicados en la página Web del hospital por localidad según guía ASIS en la vigencia 2012 (Febrero a julio) / Número total de boletines epidemiológicos solicitados por localidad según guía ASIS en la vigencia 2012 (Febrero a julio)\*100

2. **Documentos de Sala Situacional:** Este documento deberá ser publicado en la página web del hospital el 30 de Julio de 2012. (Ver Anexo 2: Sala Situacional )

### 3. Actualización Diagnóstico Local

La Secretaria Distrital de Salud (SDS) ha ido incrementando sus esfuerzos para realizar análisis de salud integrales; el diagnóstico de salud ha concentrado muchos de esos esfuerzos. Para el año 2011 el proceso de elaboración del diagnóstico local con participación social y del diagnóstico de salud distrital se ha ido desarrollando dentro del marco del proceso de análisis de situación de salud haciendo parte de una serie de producciones elaboradas desde los niveles local y central, que objetivan proveer análisis del estado de salud de la población que informen a los gobernantes, líderes locales y comunitarios, profesionales y a toda la población en general sobre los asuntos que afectan su salud.

#### 3.1 Definición y alcance

El Diagnóstico Local es un proceso participativo mediante el cual se identifican los determinantes estructurales intermedios y proximales del proceso salud-enfermedad y de calidad de vida con un enfoque territorial y poblacional. Esta identificación incluye una problematización de los posibles factores o determinantes asociados y de la respuesta institucional y social a los problemas y necesidades en salud y calidad de vida. El producto de este proceso es un documento práctico, ameno, potente y robusto en sus análisis cuyo objetivo principal es convertirse en herramienta útil para la toma de decisiones.

Este documento de diagnóstico de salud con participación social no pretende recoger todos los indicadores de los eventos de interés en salud pública de manera exhaustiva pero si recoger los más importantes de acuerdo a la dinámica de la localidad.

La actualización del diagnóstico local incluye la revisión y actualización de la lectura de necesidades (cuantitativa y cualitativa y la problematización según determinantes estructurales, intermedios y proximales que incluye los núcleos problemáticos) así como los temas generadores y una actualización de la información y análisis de los datos epidemiológicos y de los sistemas de información.

#### 3.2 Periodicidad de entrega

Durante la elaboración del diagnóstico local con participación social se solicitaron cuatro entregas (tres corresponden a documentos preliminares y una al documento final), las dos primeras tuvieron lugar durante el año 2011 quedando pendiente dos para el periodo febrero a julio de 2012.

Por lo anterior, para el periodo febrero a julio del año 2012 se esperan dos entregas; la primera corresponde a un documento preliminar que debe contar con toda la información actualizada y ser de suficiente calidad para que pueda ser usado como herramienta que posicione las necesidades de la localidad en la formulación del plan local, definición de planes participativos y demás espacios de análisis en que convenga; este documento debe estar publicado en la página Web del hospital por localidad el día 30 de abril del año 2012,

La segunda entrega corresponde al documento final del diagnóstico que debe estar publicado en la página Web del hospital el día 30 de julio de 2012. Adicionalmente para este mismo día, se debe radicar en la SDS en medio magnético (CD): el documento en formato Word, las tablas, figuras y

gráficas en formato Excel y los mapas y fotos en formato de imagen de alta resolución; con el fin de que facilitar la corrección de estilo y diagramación del documento para publicación física.

### 3.3 Grupo objetivo

Gobierno Distrital, Gobierno Local, Comunidad, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Sociales del Estado (ESE), Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Educativas, Otros actores.

### 3.4 Metodología para la actualización del diagnóstico

Obedeciendo a que el producto para el periodo febrero a julio del año 2012, corresponde a una actualización del diagnóstico local con participación social 2011 basada en los diagnósticos locales con participación social 2010; vale la pena aclarar que se mantendrá la misma estructura que de acuerdo con la directriz metodológica previamente emitida desde el grupo de gestión local, el documento debe consolidar dos partes en las que se considerarán cinco capítulos para abordar los siguientes aspectos:

Parte 1: Consta de tres capítulos

- ✓ Primer capítulo: Análisis de la determinación social de la relación territorio–población–ambiente
  - Territorio-ambiente
  - Territorio-población-ambiente
- ✓ Segundo capítulo: Análisis de la determinación social desde la relación producción–consumo
  - Territorio-ambiente–población–consumo
  - Territorio-ambiente–población–producción
- ✓ Tercer capítulo: Profundización del análisis territorial y poblacional

Segunda parte: Compuesta por dos capítulos

- ✓ Cuarto capítulo: Análisis de la respuesta social, institucional y comunitaria
- ✓ Quinto capítulo: Temas generadores y propuesta de respuesta

Según lo anterior y basados en los hallazgos evidenciados en las revisiones elaboradas por el equipo ASIS central a la segunda entrega de los documentos de diagnóstico local con participación social 2011 y acorde con las conclusiones a las que se llegaron después de los talleres realizados con los equipos ASIS de todas las localidades; se propone tener en cuenta los siguientes aspectos para la actualización de los datos, información y análisis contenidos en los documentos para el periodo comprendido entre enero y julio de 2012.

#### 3.4.1 Ajustes generales

En cada uno de los temas y capítulos se debe analizar cómo las situaciones presentadas inciden en los procesos de salud-enfermedad de las personas, en cada ítem se debe buscar responder: *¿Cómo este tema o situación afecta la salud de las personas en la localidad?*

Toda la información que hace parte del diagnóstico debe ser concreta y sólo debe incluirse aquella que permita entender los procesos de salud y enfermedad de las poblaciones en las localidades y territorios específicos. Los equipos ASIS deben tener presente que más información no quiere decir mejor información.

La información presentada en cada capítulo no se debe duplicar en el documento, si alguna situación se relaciona con información presentada en otros capítulos use expresiones tales como “*cómo ya había sido mencionado en el aparte x...*” y proceda a hacer una síntesis de la información, recuerde que el lector ya conoce esta información y será suficiente con su referenciación.

Se debe especificar claramente cuáles son las fuentes de donde procede la información, los datos deben tener fecha de corte y fecha de consulta; las afirmaciones e hipótesis deben tener algún sustento teórico por lo cual los artículos, investigaciones y demás deben estar correctamente referenciados. Si la información presentada fue obtenida de alguna página de internet se debe referenciar el sitio web donde se encuentra disponible y la fecha de consulta. En el caso de la información cualitativa recolectada en comunidad, se deben usar los pies de página para explicar de manera breve la metodología por la cual fue recolectada y analizada la información.

Para la referenciación de la bibliografía se deben usar las normas Vancouver<sup>1</sup>

El uso de gráficas, tablas y mapas es útil siempre y cuando se empleen adecuadamente de acuerdo al tipo de datos e información que se quiere mostrar. Cada gráfica, tabla y mapa debe seguir una numeración lógica en el documento, al finalizar el párrafo en el que se está haciendo alusión a la herramienta gráfica se debe remitir así: (*Figura 1*). Es importante que el título esté acorde con la información que se está presentando, se recomienda tener cuidado de corregir al copiar y pegar varias veces el mismo título; la estructura del título debe contener: Qué se está presentando, a qué lugar corresponde la información (Espacio) y el periodo de tiempo (Temporalidad), se sugiere usar la siguiente estructura:

*“Tendencia de la mortalidad materna. Bogotá, 2005-2011”*

En las figuras, resulta muy importante colocar los títulos a los ejes indicando que información se presenta en cada eje, el tamaño debe ser adecuado para que se pueda leer claramente.

Adicionalmente, en la parte inferior de la gráfica, tabla y mapa se debe colocar la fuente de la información de los datos y especificar si corresponde a datos preliminares o definitivos.

También es importante aclarar que la información de las tablas no debe ser completamente replicada en el texto, se debe evitar repetir información en los análisis y en general en todo el documento.

Los equipos ASIS también deben tener presente que el diagnóstico local es un documento que no solo es consultado por personas del sector salud en Bogotá, por tanto el lenguaje en el diagnóstico debe ser claro y conciso, debe incluir un glosario de términos y si se incluyen siglas se debe explicar su significado la primera vez que son introducidas al documento. De igual manera,

---

<sup>1</sup> Comité internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se presentan a las revistas biomédicas: redacción y edición de las publicaciones biomédicas. Rev Panam Salud Pública 15(1),2004.



como se busca que las personas puedan leer el documento éste no debe tener más de 200 páginas, como ya había sido mencionado cantidad no significa calidad.

Los determinantes sociales permiten reconocer cómo los procesos de salud-enfermedad tienen relación con procesos estructurales (Contextos socioeconómicos y políticos, políticas públicas, relaciones de poder, ejes de desigualdad), con procesos intermedios (Recursos materiales, condiciones de trabajo y empleo, ingresos y situación económica, acceso a bienes y servicios, etcétera) y procesos particulares (estilos de vida). Es por lo anterior que a partir de los determinantes sociales se puede llevar a cabo una síntesis analítica de los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones relacionadas con su contexto. Este análisis debe ser incluido como parte de la explicación de los procesos de salud-enfermedad en los territorios.

Es fundamental que se vea una articulación entre los capítulos. Esta articulación puede darse en la medida en que se tenga en cuenta que el objetivo del diagnóstico es reconocer los procesos de salud-enfermedad que ocurren en la localidad. Es pertinente que los equipos ASIS recuerden y tengan claro que el diagnóstico de situación de salud debe ser un insumo para la toma de decisiones y por tanto debe ser un documento claro que permita evidenciar qué está pasando con los procesos de salud-enfermedad y la calidad de vida de la población, cuáles son las situaciones relacionadas con dichos procesos, cuál ha sido la respuesta y qué se requiere para mejorar estas condiciones.

El documento debe usar letra Arial 12 para el texto, Arial 9 para las fuentes y pies de página, interlineado a 1,15 espacios

### **3.4.2 Ajustes por capítulo**

Actualmente, la mayor parte de los diagnósticos se contienen 4 de 5 capítulos. Los temas desarrollados al interior de cada capítulo no son iguales en todas las localidades. A continuación se hacen algunas observaciones generales para orientar el ajuste de los documentos, sin embargo, cada equipo ASIS deberá evaluar cuáles de estas observaciones les aplica y además qué otros ajustes son necesarios en su propio diagnóstico.

#### **3.4.2.1 Capítulo 1. Análisis de la determinación social de las relaciones territorio población-ambiente.**

Este capítulo debe permitir al lector tener el contexto general de la localidad y las situaciones relacionadas con

- La salud y el territorio
- La salud y el medio ambiente
- La salud y las poblaciones

Por lo anterior se debe dar mayor relevancia a la información que permita entender como el territorio y el ambiente interactúan con los procesos salud-enfermedad de las personas, como son los procesos de salud-enfermedad en el territorio y cuál es su incidencia por poblaciones.

En la mayor parte de los diagnósticos la información es sobre todo descriptiva y por tanto se debe buscar profundizar en los análisis explicativos relacionando las características del territorio, ambientales y de la población con el estado de salud actual de la localidad. Adicionalmente la

información de este capítulo es bastante extensa y por tanto se hace necesario hacer una síntesis de sus componentes.

#### **3.4.2.1.1 Características geográficas-ambientales**

Estas características deben ser mencionadas de una manera más general y enfocada al análisis de situación de salud; se recomienda que este aparte sea de prudente extensión para que el capítulo no se extienda demasiado haciendo que la información no sea leída.

##### **3.4.2.1.1.1 Reseña histórica**

Se recomienda evaluar la pertinencia de este ítem o reducirlo para dejar solamente los elementos necesarios que contextualicen al lector en los procesos de conformación de las localidades, si es posible se debe presentar cómo ésta conformación histórica ha incidido en los procesos de salud-enfermedad de la localidad. Extensión máxima 1 página.

##### **3.4.2.1.2 Dinámica territorial**

Se debe separar la información que responde a la división administrativa del territorio de aquella información en la que se presentan las divisiones del territorio por dinámicas sociales.

✓ División y procesos administrativos del territorio:

- Territorios de gestión integral GSI
- División político administrativa
- Características político administrativas
- Administración
- junta administradora local
- Acción institucional

Esta información permite reconocer administrativamente el funcionamiento de la localidad; sin embargo, se debe procurar ser muy puntual e incluir solo la información necesaria, en algunos casos será suficiente con mencionar cómo son y cuáles son estas divisiones, un solo mapa con una breve descripción puede ser suficiente. Sólo se debe incluir aquella información que permita entender como estas divisiones, instituciones y situaciones relacionadas con la gestión administrativa de la localidad se relacionan con las dinámicas de salud-enfermedad de la población, por tanto **NO** es necesario realizar una descripción detallada de las divisiones administrativas, las instituciones, ni de la acción interinstitucional (consejos, comités, mesas, etcétera).

✓ División ocurrida en el territorio por dinámicas sociales:

- Zonas según condiciones de vida y salud
- Zonas de concentración de problemas sociales
- Zonas con perfil de protección

Se debe buscar profundizar en el análisis de esta información dado que estas divisiones ayudan a entender las dinámicas y los procesos de salud enfermedad en la localidad. Si esta

información es analizada a profundidad en este capítulo puede ser retomada a lo largo del documento para explicar y entender los procesos de salud-enfermedad que ocurren en la localidad. Cabe aclarar que retomar la información no quiere decir copiar y pegar en cada lugar donde puede ser pertinente sino retomar las ideas claves para explicar algunas situaciones.

Los equipos ASIS deben evaluar la pertinencia de incluir en este aparte información como:

zona agroindustrial y de urbanización reciente  
zona de reserva ambiental y forestal

### **3.4.2.1.3 Dinámica poblacional / Dinámica sociodemográfica**

#### **3.4.2.1.3.1 Dinámica poblacional**

El análisis de la dinámica poblacional debe considerar los procesos de transición demográfica: Primera transición, transición avanzada, segunda transición y bono demográfico, esta información es útil porque explica la transición epidemiológica o la contra-transición.

La información contenida en la dinámica poblacional debe permitir reconocer cuales son las poblaciones de la localidad y cómo están distribuidas por sexo y edad, se debe procurar que la información sea clara y esté redactada de tal forma que su lectura sea amena y que quien lea pueda identificar claramente las poblaciones en la localidad.

Los equipos ASIS deben recordar que esta información se debe relacionar con los procesos de salud enfermedad que ocurren en la localidad, por ejemplo: Si en la localidad hay población indígena, población en condición de desplazamiento, población en situación de prostitución, entre otras, es importante analizar como son los procesos de salud-enfermedad de estas poblaciones y como inciden en las dinámicas de salud-enfermedad de toda la localidad. Si en la localidad existe diversidad de poblaciones pero no se cuenta con datos suficientes para incluir en este aparte, no es necesario realizar un levantamiento de información nueva en este momento para esta actualización del documento, pero si se debe hacer el reconocimiento de la limitación teniendo en cuenta que el diagnóstico de salud con participación social debe reflejar las condiciones de toda la población que habita la localidad.

Este aparte debe considerar en su análisis:

- Pirámide poblacional
- Densidad Poblacional
- Distribución poblacional por Unidad de Planeación Zonal (UPZ) (Elaborar un mapa donde se presente esta información)
- Distribución poblacional por territorio de Gestión Social Integral (GSI)
- Distribución de la población por edad (Presentar frecuencias absolutas y relativas (%))
- Comportamiento del crecimiento poblacional por localidad
- Otra información relacionada que tenga relevancia

Adicionalmente, es importante incluir los siguientes indicadores demográficos: (Para estos indicadores se sugiere usar cuadros resumen y/o mapas)

- Tasa general de fecundidad

- Tasa global de fecundidad
- Tasa de natalidad
- Esperanza de vida al nacer (Hacer comparaciones por sexo y entre la localidad y el Distrito)

Esta información debe permitir reconocer el comportamiento de los principales indicadores de transformación demográfica, por tanto se debe procurar que la información sea clara y este redactada de tal forma que su lectura sea amena.

#### **3.4.2.1.3.2 Características sociodemográficas**

En este aparte se deben abordar características sociodemográficas como:

- Estado conyugal: Se recomienda presentar frecuencias relativas y absolutas, analizar por sexo y edad
- Zona de residencia: Describir la proporción de personas que viven en las zonas urbanas y rurales
- Participación en la actividad económica
- Grupos poblacionales: Se debe reconocer la diversidad de las condiciones poblacionales realizando una descripción de las características sociodemográficas de poblaciones como: indígenas y afrodescendientes, población LGBTI, personas en situación de prostitución, personas en situación de desplazamiento, personas en condición de discapacidad, población reinsertada-desmovilizada, población habitante de calle, etcétera. Se recuerda que si en la localidad existe diversidad de poblaciones pero no se cuenta con datos suficientes para realizar la caracterización sociodemográfica, no es necesario efectuar un levantamiento de información nueva en este momento para esta actualización del documento, pero si se debe hacer el reconocimiento de la limitación teniendo en cuenta que el diagnóstico de salud con participación social debe reflejar las condiciones de toda la población que habita la localidad.
- Nivel educativo

#### **3.4.2.1.4 Perfil epidemiológico**

Actualmente el perfil epidemiológico necesita ser fortalecido en todos los documentos de diagnóstico local; por lo cual, es importante aclarar que el análisis cuantitativo tiene un alcance limitado para explicar completamente la situación de salud de las poblaciones; por lo tanto, es necesario fortalecer los análisis con estrategias cuantitativas que ayuden a explicar y a entender la ocurrencia de eventos.

También es importante aclarar que las fuentes de información para realizar los análisis sobretodo en la parte explicativa, no se deben limitar a las bases de datos que se entregan desde la SDS, también se pueden utilizar las fuentes de datos locales que contengan la información necesaria y de buena calidad para completar los análisis. Adicionalmente, es muy útil consultar otras fuentes donde se analizan variables relacionadas con el estado de salud como por ejemplo: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Secretaría Distrital de Planeación (SDP) entre otras. Cuando se haga uso de estas fuentes de información es importante incluir la fuente, y la fecha de corte de la información.

#### **3.4.2.1.4.1 Morbilidad y deterioro de la salud**

En este aparte se presentará como primera medida la morbilidad general describiendo los primeros diez diagnósticos de consultas, urgencias y hospitalizaciones consignados en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y/o en las bases de datos locales del Sistema Alerta Acción (SAA). De manera general y luego si es posible discriminados por grupos de edad o por etapa de ciclo vital y sexo. Para este análisis se sugiere (Presentar cuadros resumen con frecuencias absolutas y relativas)

Se abordarán los eventos objeto de vigilancia de los grupos Salud Alimentaria y Nutricional (SAN), salud mental, salud oral, discapacidad, salud sexual y reproductiva, etcétera. Elaborando un análisis de tendencias que describa el comportamiento de los eventos en los últimos años (mínimo cinco años) según disponibilidad de datos; adicionalmente, se debe avanzar en la elaboración de análisis explicativos estableciendo hipótesis fundamentadas y correctamente referenciadas acerca de porque los indicadores se comportan de cierta manera en la localidad.

Siempre que la información este disponible y cuente con los criterios de calidad, el análisis se debe realizar de manera integral considerando variables poblacionales como por ejemplo: sexo, edad, estrato, nivel educativo, régimen de afiliación entre otras.

Este momento se debe aprovechar para hacer uso de la información que se ha obtenido en las unidades de análisis, procesos de sala situacional y demás espacios de análisis donde se hayan empleado estrategias cuantitativas y/o cualitativas; esto permitirá fortalecer el carácter explicativo del análisis.

Específicamente para el abordaje de la discapacidad se debe presentar muy puntualmente lo referido al estado de salud de la población en condición de discapacidad; como las características sociodemográficas ya fueron descritas anteriormente, aquí no es necesario repetir esta información. El análisis en este aparte se debe dirigir a describir las deficiencias o alteraciones que prevalecen en esta población y a explicar como el estado de salud de estas personas se relaciona con el proceso salud-enfermedad de la localidad.

Para dar mayor impacto a los análisis se recomienda hacer uso de medidas de carga de la enfermedad como: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) o (DALY por su sigla en ingles), entre otros. Adicionalmente vale la pena considerar las posibilidades para elaborar análisis de la calidad de vida de la población.

#### **3.4.2.1.4.2 Mortalidad**

##### *Mortalidad general*

En este aparte se debe hacer un análisis de la mortalidad general según grupos de edad basado en la agrupación de las 105 causas para el año 2009 realizada por el DANE ya que es la información más reciente disponible<sup>2</sup>; se deben establecer comparaciones con los datos distritales. Adicionalmente, si existe información disponible en el análisis se debe establecer comparación con los hallazgos del año 2010 para identificar cambios en la dinámica de los eventos en la localidad.

Se recomienda hacer uso de medidas de carga de la enfermedad como Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP), etcétera, para cada grupo de

---

<sup>2</sup> Esta información esta disponible en la página web de la SDS en el siguiente link:

<http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Cuadros%20de%20Salida%20Estadisticas%20Vitales/Defunciones/10P%20CAUSAS%20LOCALIDADES-2009%20PRELIMINARES.pdf>

causas de mortalidad de la lista 6/67 haciendo uso de la información más reciente que en este caso tiene corte al año 2009, por favor no olvidar poner la fuente con fecha de corte de la información. Se debe elaborar un análisis que describa de manera general los hallazgos (Se recomienda apoyarse en una gráfica que detalle los resultados) y un análisis explicativo haciendo uso de información cuantitativa y cualitativa disponible.

#### *Mortalidad evitable*

Se deben abordar las diferentes causas de mortalidad evitable enmarcadas en el plan de desarrollo de Bogotá, elaborando un análisis de tendencias que describa el comportamiento de los eventos durante los últimos diez años, esta información se encuentra disponible para cada localidad desde el año 1999 hasta el 2011, y las tablas de salida se encuentran publicadas en la página web de la SDS<sup>3</sup>

Se recomienda establecer comparaciones entre el indicador de la localidad y el indicador distrital calculando razones de tasas (razones) para general una aproximación al riesgo mayor o menor de que se presenten los eventos en la localidad comparada con el distrito. Para que este análisis tenga sustento de significancia estadística se deben calcular los intervalos de confianza 95% de las razones de tasas (razones)<sup>4</sup>.

Si es posible se deben establecer estas comparaciones por UPZ o por territorio GSI de acuerdo a la disponibilidad de datos.

Se recomienda elaborar análisis robustos donde se consideren variables poblacionales como: sexo, edad, etnia, grupo poblacional, régimen de aseguramiento, etcétera; haciendo uso de: Bases de datos entregadas a las localidades desde la SDS, fuentes externas donde se analicen las variables de interés y hallazgos de los espacios de análisis.

#### **3.4.2.1.4.3 Relación salud-ambiente**

Este aparte debe contener un análisis puntual pero muy claro sobre la incidencia de las condiciones ambientales sobre el estado de salud de las personas en la localidad (Calidad del agua, calidad del aire, contaminación auditiva, zoonosis, etcétera)

#### **3.4.2.2 Capítulo 2. Análisis de la determinación social de las relaciones producción-consumo.**

##### **3.4.2.2.1 Relaciones de producción**

---

<sup>3</sup> Las tablas de salida de la mortalidad evitable se encuentran publicadas en la página web de la SDS, en el siguiente link se encuentran las tablas por localidad y para el distrito:  
<http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Cuadros%20de%20Salida%20Estadisticas%20Vitales/Defunciones/EVITABLES%20PLAN%20DE%20DESARROLLO%20POR%20LOCALIDAD%201999-2011.pdf>

<sup>4</sup> Para facilitar el cálculo de los intervalos de confianza de las razones de tasas (razones) se recomienda hacer uso de la herramienta disponible en: Open Source Epidemiologic Statistics for public health. Página web:  
<http://www.openepi.com/OE2.3/Menu/OpenEpiMenu.htm>

En este ítem aparece información sobre el trabajo, la organización social y productiva del trabajo en la localidad, situación del trabajo en la localidad, sector formal, cadenas productivas, trabajo formal, trabajo informal. En algunos diagnósticos la información que aparece en estos ítems es bastante descriptiva y desagregada, en algunos diagnósticos por ejemplo, aparece información por actividad económica describiendo: cuantas unidades de trabajo informal han sido intervenidas, el número de trabajadores intervenidos, se describen los hallazgos frente a las áreas de trabajo, uso de elementos de protección, uso de herramientas acordes al trabajo, extintores, ventilación, señalización, condiciones eléctricas, sustancias químicas, manipulación de cargas, almacenamiento, posiciones, estabilidad laboral, y las percepciones de los trabajadores en cuanto a estado de salud, afectación del trabajo en la localidad y síntomas.

La información presentada de esta manera no permite tener una visión integral y clara de cómo las condiciones y dinámicas laborales presentadas en la localidad inciden en la calidad de vida y en la salud de las personas. Es por lo anterior que se hace necesario sintetizar la información teniendo siempre presente cuál es la información que se requiere para reconocer las dinámicas frente al trabajo y su incidencia en la salud de la población. Se sugiere no detallar tanto la información por actividad económica y procurar hacer análisis consolidados sobre las diferentes actividades que se dan en la localidad y los hallazgos más relevantes encontrados frente al trabajo.

Frente a los hallazgos en grupos poblacionales específicos como las personas en condición de desplazamiento y frente al trabajo infantil, se debe sintetizar también la información procurando que sea menos descriptiva y más analítica.

#### **3.4.2.2.2 Relaciones de consumo**

Se recomienda que se inicie este aparte con la información relacionada con indicadores como el indicador sobre necesidades básicas insatisfechas (NBI), índice de calidad de vida (ICV) entre otros, dado que esta información permite tener un visión panorámica de las condiciones sociales y económicas de la localidad.

#### **3.4.2.2.3 Caracterización de las viviendas**

En este ítem aparte de las características de la vivienda se debe buscar presentar cómo las características de las viviendas en la localidad evidencian las condiciones de vida y se relacionan con los procesos de salud-enfermedad de la población.

#### **3.4.2.2.4 Estratificación**

En este ítem aparte de presentar cómo es la división por estratos en la localidad se debe también mostrar cómo esta división por estratos evidencian las condiciones de vida y se relacionan con los procesos de salud-enfermedad de la población.

#### **3.4.2.2.5 Acceso a servicios públicos**

En este se debe identificar cómo es el acceso a servicios públicos en la localidad, y su relación con las condiciones de vida y se relacionan con los procesos de salud-enfermedad de la población.

#### **3.4.2.2.6 Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Se sugiere profundizar en el análisis sobre el SGSSS en la localidad, analizando variables como el aseguramiento, el acceso, población por regímenes de atención.

#### **3.4.2.2.7 Caracterización de la educación**

En algunos diagnósticos este ítem es muy extenso, aparecen mencionadas toda la oferta educativa oficial de la localidad, desagregando por tipo de colegio, matrícula, matrícula por sexo, matrícula por sexo y nivel de escolaridad, matrícula según estrato, por nivel de SISBEN, por condiciones de discapacidad, matrícula por víctimas del conflicto armado.

Así mismo, aparece información sobre el personal directivo y docente de la localidad, tipo de personal por jornada y localidad. Sin embargo esta información es descriptiva y su análisis es muy incipiente. Los equipos ASIS deben evaluar cuál de esta información es realmente útil para reconocer las dinámicas sobre la educación en la localidad, su relación con el acceso de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes a la educación y sus implicaciones en la calidad de vida y la salud de la población.

#### **3.4.2.2.8 Transporte y movilidad**

La información en este aparte debe ser concreta y debe permitir entender como el acceso o no acceso al transporte incide en la movilización y en la calidad de vida y salud de la población.

#### **3.4.2.2.9 Equipamientos**

Este es un ítem que en varios diagnósticos incluye información descriptiva extensa sobre equipamientos colectivos (salud, bienestar social, educación, cultura, culto, abastecimiento de alimentos, administración, seguridad, defensa, justicia, recintos feriales, recreación, deportes, zonas verdes y parques) sin que se haga un análisis de cómo la oferta y el acceso a estos equipamientos inciden en la calidad de vida y la salud de la población. Los equipos ASIS deben evaluar la pertinencia de cuál información incluir y deben asegurarse de desarrollar el análisis de esta información.

#### **3.4.2.2.10 Acceso y disponibilidad de alimentos**

Este es un tema que permite evidenciar relaciones entre los contextos sociales, la oferta desde las instituciones y los procesos de salud-enfermedad. En algunos diagnósticos la información es sobre todo descriptiva, mostrándose la oferta que a nivel de programas alimentarios ofrecen las diferentes instituciones sin que se haga un análisis. Por tanto se recomienda a los equipos ASIS evaluar cuál es la información pertinente y necesaria para entender como es el acceso y la disponibilidad de alimentos en la localidad y cómo lo anterior incide en la salud y la calidad de vida de la población.

**Es importante mencionar que el avance en el componente analítico de este capítulo permitirá tener información útil para desarrollar análisis de los determinantes sociales asociados a los procesos de salud enfermedad de la localidad.**

#### **3.4.2.3 Capítulo 3. Profundización del análisis territorial**

En términos generales este capítulo debe permitir entender qué está pasando con los procesos de salud enfermedad en los diferentes territorios y cómo esto se refleja en los procesos de salud-



enfermedad de la localidad, los equipos ASIS deben organizar la información para que se entienda. Al respecto se debe evaluar que información incluir sobre los núcleos problemáticos y las mesas territoriales y la manera cómo se presenta.

De acuerdo con la guía para la elaboración del diagnóstico local con participación social generada desde el grupo de gestión local, este capítulo se basa en la caracterización general de la localidad ya elaborada (Cap. 1 y 2) para definir cómo se **configuran los territorios sociales** en la localidad (Armonizar la lectura de UPZ, ZCVS, GSI )<sup>i</sup>. Cabe resaltar que si es necesario se puede hacer una síntesis de información ya expuesta anteriormente pero se debe ser cuidadoso en **NO REPETIR** la información histórica ni geográfica incluida en el capítulo 1.

En este capítulo se deben integrar y poner en diálogo las categorías analíticas (territorio, población, producción, consumo y respuesta social).

Para cada territorio social se deben analizar las condiciones de calidad de vida abordando los grupos poblacionales (Etnia, desplazamiento, LGTBI, discapacidad, etc) y las familias, profundizando en el análisis de la determinación social de la realidad y visibilizando las exposiciones y factores protectores o deteriorantes sobre los cuales emergen núcleos problemáticos.

El análisis debe hacer visibles los **núcleos problemáticos** presentes en cada uno de los territorios y de acuerdo a los hallazgos hacer un análisis del tipo de respuesta que se ha dado desde la salud pública a las problemáticas identificadas.

#### **3.4.2.4 Capítulo 4. Análisis de la respuesta**

A lo largo de los capítulos anteriores se han expuesto las situaciones y problemáticas relacionadas con los procesos de salud-enfermedad en la localidad y en los territorios, por tanto se espera que en el capítulo 4 se analice que tanto la respuesta dada desde el sector salud y desde otros sectores responde a las necesidades y problemáticas evidenciadas.

Respecto a la información de la respuesta dada desde el PIC se debe buscar hacer una síntesis que permita evidenciar no las acciones individuales de cada componente sino la respuesta integral del PIC entendida como una respuesta desde la salud pública.

En este capítulo se espera que se desarrolle la problematización de la respuesta, exponiendo las debilidades en términos de suficiencia, pertinencia e integralidad de las acciones, el déficit de cobertura, las dificultades en los métodos y metodologías de abordaje, los problemas de coherencia y continuidad de las acciones y las limitaciones para lograr impacto. En este momento deben quedar explícitos los *núcleos problematizadores*.

#### **3.4.2.5 Capítulo 5. Temas generadores y propuesta de respuesta**

Finalmente en este capítulo se deben dar recomendaciones hacia donde orientar las acciones y el trabajo sectorial e intersectorial para que se pueda dar respuesta a las necesidades evidenciadas sobre los procesos de salud-enfermedad de la población en la localidad.

En este capítulo se deben incluir ejercicios de priorización de los problemas

### 3.5 Publicación del documento

Como ya se mencionó anteriormente, el 30 de abril debe estar publicado en la página web del hospital por localidad el tercer avance del diagnóstico local que corresponde a la primera entrega para el periodo marzo a julio de 2012; este debe responder a los criterios de calidad para que el documento pueda ser usado como herramienta para la toma de decisiones en la definición del plan local de salud.

El cuarto avance que corresponde al documento final del diagnóstico debe estar publicado en la página web del hospital por localidad el día 30 de julio de 2012. Adicionalmente para este mismo día, se debe radicar en la SDS en medio magnético (CD): el documento en formato Word, las tablas, figuras, gráficas en formato Excel y los mapas en formato de imagen de alta resolución para diagramación y posterior publicación física.

### 3.6 Meta

A 30 de julio de 2012 disponer de un documento de diagnóstico local según guía ASIS.

### 3.7 Indicadores

- Número de documentos preliminares diagnósticos locales publicados en la página WEB del hospital por localidad según guía ASIS en la vigencia 2012 febrero-julio /Número Total de documentos preliminares diagnósticos locales solicitados según guía ASIS en la vigencia 2012 febrero-julio\*100
- Número de documentos definitivos de diagnósticos locales actualizados y publicados en la página WEB del Hospital por localidad según guía ASIS en la vigencia 2012 febrero-julio / Total de documentos definitivos de diagnósticos locales actualizados y publicados solicitados según guía ASIS en la vigencia 2012 febrero-julio\*100

## 4. Informes consolidados de análisis territorial

En el marco de la Estructura territorial de la Red Integrada de Servicios de Salud se vincula un “epidemiólogo territorial” a los equipos locales del ASIS (el número de epidemiólogos territoriales asignados a las localidades dependerá del número de territorios asignados a la localidad). El epidemiólogo territorial se constituye en un perfil fundamental que ayudará en la recolección, procesamiento y análisis de información territorial, siendo un enlace entre el nivel local y el nivel territorial. El epidemiólogo en conjunto con el profesional social de Vigilancia en salud poblacional y comunitaria deberán desarrollar el proceso de análisis a nivel territorial que será consolidado en dos documentos trimestrales de análisis territorial. Estos documentos deberán contener:

#### 1. Primer documento de análisis territorial trimestral por localidad:

Este documento debe contener el avance del análisis de la información de los procesos de identificación y caracterización, así como la información recolectada a través de las unidades de análisis territorial y de otros espacios de análisis. También debe incluir el avance sobre las redes y organizaciones del territorio así como un balance de la participación de la población en el mismo. Finalmente en este documento se deben incluir los procesos de indagación territorial como insumo para el taller de cartografía participativa donde se definirán los límites de los territorios y microterritorios, para ello se sugiere incorporar los mapas por territorio con cartografía actualizada según identificación poblacional y territorial realizada).

La fecha de publicación del primer documento de análisis territorial trimestral, en la página Web de los hospitales es: 15 de mayo de 2012.

2. Segundo documento de análisis territorial trimestral por localidad: Este documento debe contener la consolidación del análisis de la información de identificación y caracterización, de las unidades de análisis territorial y de otros espacios de análisis. También debe incluir la consolidación de la información y análisis de las redes y organizaciones del territorio y el balance de la participación de la población en el territorio, así como los resultados definitivos de la delimitación de los territorios y microterritorios reflejados en la cartografía oficial generada desde la secretaría. Este documento debe incluir la evaluación del proceso de territorialización con propuestas de ajuste a la metodología empleada.

La fecha de publicación del segundo documento de análisis territorial trimestral, en la página Web de los hospitales es: 30 de Julio de 2012

El grupo ASIS de la Secretaría en conjunto con los referentes de Vigilancia en salud poblacional y comunitaria desarrollarán el anexo técnico que orientará la elaboración de los documentos de territorial trimestral.

#### **4.1 Meta**

A julio de 2012 contar con 2 documentos de análisis territorial trimestral por localidad publicados en la página web de cada hospital según guía ASIS.

#### **4.2 Indicadores de análisis de situación de salud con enfoque territorial y poblacional**

- Número de documentos de análisis territorial trimestral por localidad dando cuenta de cada territorio, publicado en la página Web del hospital / Número total de documentos de análisis territorial trimestral por localidad dando cuenta de cada territorio de cada localidad solicitados\*100

### **5. Un Anuario con información a 2011.**

Este documento busca documentar el comportamiento de los eventos de interés en salud pública que se presentaron durante el año 2011. Este documento debe estar publicado en la página Web del hospital por localidad **el día 30 de julio de 2012**.

#### **5.1 Definición y alcance**

El Anuario Epidemiológico local, es un documento que consolida y sintetiza de manera ágil y gráfica el comportamiento de la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de la localidad ocurrida durante el año 2011; brinda un panorama general del perfil epidemiológico de la población localidad y es un insumo valioso para la planeación, intervención y toma de decisiones en salud de la localidad.

Consta de tres capítulos principales: en el primero se incluyen los principales indicadores poblacionales de la localidad, en el segundo capítulo se presenta el comportamiento de la mortalidad en la localidad, para lo cual se presentan las mortalidades evitables y las primeras causas de mortalidad; en el tercer capítulo debe presentarse el comportamiento de los eventos objeto de vigilancia (todos los subsistemas de vigilancia) durante el año 2011 comparado como mínimo con el año anterior.

En la medida de la disponibilidad de los datos se presenta la información de la localidad, desagregada por las variables que permitan un análisis con enfoque poblacional y de equidad, estas son: sexo, edad, ciclos vitales, etnias, poblaciones especiales, nivel de aseguramiento. (Ver Anexo 1)

Como el énfasis del Anuario Epidemiológico Local es gráfico se incluyen tablas, gráficos y mapas que permitan comprender el comportamiento de los eventos y faciliten el análisis.

## 5.2 Fuentes

Las principales fuentes del Anuario Epidemiológico Local 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.

## 5.3 Objetivo General

Su objetivo es ser una publicación que sintetiza el comportamiento de la morbilidad, mortalidad y calidad de vida del Distrito Capital, ocurrida en el año 2011, con el fin de contribuir al conocimiento y 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.

## 5.4 Periodicidad

El anuario epidemiológico Local es una publicación anual.

## 5.5 Población Objeto

Gobierno Local, Comunidad, Instituciones prestadoras de Salud, Empresas Sociales del Estado, Empresas promotoras de Salud, Instituciones Educativas, Otros sectores

## 5.6 Contenido Anuario

### 5.6.1 Capítulo Uno: Demografía

Estructura de la población  
Pirámide poblacional de la localidad  
Población de la localidad por sexo y grupos de edad  
Población de la localidad por ciclo vital, nivel de aseguramiento y de acuerdo a disponibilidad de información (etnias, poblaciones especiales)  
Indicadores demográficos  
Tasa bruta de natalidad local  
Tasa global de fecundidad local y por grupos de edad  
Tasa general de fecundidad local  
Edad media a la maternidad para la localidad  
Esperanza de vida al nacer local por sexo  
Razón de masculinidad local por grupos de edad  
Razón de dependencia de la localidad

### 5.6.2. Capítulo Dos: Mortalidad

Mortalidad General  
Tasa bruta de mortalidad de la localidad por sexo y edad  
Años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en la localidad  
Razón de los años de vida potencialmente perdidos (RAVPP) en la localidad  
Primeras Causas de Mortalidad General en la localidad (Según lista 6/67 de la OPS) (Ver Anexo 2)  
Mortalidad Evitable en la localidad  
Mortalidad materna  
Mortalidad perinatal  
Mortalidad infantil  
Mortalidad en menores de 5 años  
Mortalidad por EDA  
Mortalidad por Neumonía

### 5.6.3 Capítulo Tres: Sistemas De Vigilancia Epidemiológica

Debe contemplar todos los sistemas de vigilancia y su comportamiento analizado en forma comparada mínimo con el año inmediatamente anterior

## 5.7 Plan De Análisis

### 5.7.1 Demografía

Estructura de la población

Elaborar una pirámide poblacional de la población de la localidad para el año 2011

Elaborar tablas de la Población de la localidad (Presentar frecuencias absolutas y relativas % en cada tabla), para las siguientes variables: (ver Anexo 1)

por sexo y grupos quinquenales

por ciclos vitales

por etnias ( de acuerdo a disponibilidad de información)

por poblaciones especiales ( de acuerdo a disponibilidad de información)

por niveles de aseguramiento

Elaborar un mapa que muestre la distribución poblacional de la localidad por sexo y ciclos vitales

En un párrafo destacar las características más relevantes de la estructura poblacional de la localidad.

#### 5.7.1.1 Fuentes

DANE Proyecciones de Población de Bogotá D.C., por sexo y grupos quinquenales 2000 -2020.

Secretaría Distrital de Planeación. Dirección de información, cartografía y estadística. Proyecciones Municipales de Población 2005-2011.

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Sistema de Estadísticas Vitales,2011.

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad, 2011.

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Aseguramiento. Base de Datos de Afiliados al Régimen Subsidiado, 2011.

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Planeación y Sistemas. Proyecciones Estadísticas de la población de Bogotá D.C., 2011.

#### 5.7.2 Indicadores Demográficos

Realizar una tabla resumen para los siguientes indicadores demográficos de la localidad (Ver Anexo 3)

Tasa de crecimiento anual

Tasa bruta de natalidad

Tasa global de fecundidad

Tasa general de fecundidad

Edad media a la maternidad

Esperanza de vida al nacer por sexo

Razón de masculinidad por grupos de edad

Razón de dependencia

Realice un mapa de la localidad con los principales indicadores demográficos

Resuma en un párrafo las características más relevantes de los indicadores demográficos de la localidad.

#### 5.7.2.1 Fuentes

DANE Proyecciones de Población de Bogotá D.C., por sexo y grupos quinquenales 2000 -2020.

Secretaría Distrital de Planeación. Dirección de información, cartografía y estadística. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá 2005-2015.

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Sistema de Estadísticas Vitales, Bases de datos DANE y RUAF.

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad, 2011.

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Planeación y Sistemas. Proyecciones Estadísticas de la población de Bogotá D.C., 2011.

### **5.7.3 Mortalidad**

#### **5.7.3.1 Análisis de la Mortalidad General**

Magnitud de la Mortalidad

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de mortalidad en la localidad

Ritmo o velocidad de ocurrencia de las defunciones en la localidad

Calcule la tasa de incidencia o tasa cruda de mortalidad general para la localidad (Ver Anexo 4)

Realizar un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos y tasas crudas de mortalidad en la localidad, incluya información del año 2011 y de los años anteriores para los que disponga de información.

Riesgo de morir en la localidad

Calcule la incidencia acumulada de mortalidad (riesgo promedio de fallecer en el año) en la localidad (Ver Anexo 5)

Realice una tabla resumen de las incidencias acumuladas de mortalidad en la localidad, para el año 2011 y de los años anteriores para los que disponga de información.

Comportamiento del proceso de muerte en la localidad (Ver Anexo 6)

Consulte la Expectativa de vida de la localidad y compárela con la del Distrito

Calcule el % total de defunciones que se presentan en la localidad antes de alcanzarse la expectativa de vida.

Calcule los Años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en la localidad

Calcule la Razón de los años de vida potencialmente perdidos (RAVPP) en la localidad

Resuma en un párrafo las características más relevantes del comportamiento de la Mortalidad General en la localidad.

Primeras Causas de Mortalidad General en la localidad (Según lista 6/67 de la OPS) (Ver Anexo 2)

Realice una tabla de distribución de frecuencias absolutas y relativas de las defunciones por causa de muerte según la lista 6/67 de OPS para la localidad

Realice un gráfico de las 10 primeras causas de muerte en la localidad

Resuma en un párrafo los aspectos más relevantes de la mortalidad por causas en la localidad

Mortalidad Evitable

Mortalidad materna

Realice un gráfico de la serie de mortalidad materna en la localidad, incluya casos y la razón por 100.000 nacidos vivos, incluya información de los años disponibles

Realice una tabla con los casos de mortalidad materna ocurridos durante el año 2011 en la localidad, desagregado por causas según agrupación de causas 6/67

Realice una tabla resumen con los casos de mortalidad materna ocurridos en el año 2011 desagregados por edad de la madre, nivel educativo de la madre y régimen de afiliación al SGSSS de la madre

En un párrafo resuma los aspectos más relevantes del comportamiento de la mortalidad materna en la localidad durante el año 2011

#### **5.7.3.2 Mortalidad Perinatal**

Realice un gráfico de la serie de mortalidad perinatal en el que incluya casos y tasas por 1000 nacidos vivos de la localidad, incluya información de los años disponibles

Realice una tabla de frecuencias absolutas y relativas de los casos de mortalidad perinatal ocurridos durante el año 2011, desagregados por: muerte fetal temprana, neonatal temprana y neonatal tardía

Realice una tabla con los casos de mortalidad perinatal ocurridos en la localidad durante el año 2011, desagregado por causas según agrupación de causas 6/67

Realice una tabla resumen con los casos de mortalidad perinatal ocurridos en la localidad durante el año 2011, desagregados por edad de la madre, tiempo gestacional, peso fetal, y régimen de afiliación al SGSSS de la madre

En un párrafo resuma los aspectos más relevantes del comportamiento de la mortalidad perinatal en la localidad durante el año 2011.

### **5.7.3.3 Mortalidad Infantil**

Realice un gráfico de la serie de mortalidad infantil en el que incluya casos y tasas por 1000 nacidos vivos para la localidad, incluya información de los años disponibles

Realice una tabla con los casos de mortalidad infantil ocurridos en la localidad durante el año 2011, desagregado por causas según agrupación de causas 6/67

Realice una tabla con los casos de mortalidad infantil ocurridos durante el año 2011, desagregado por causas según criterios de reductibilidad

Realice una tabla resumen de los casos de mortalidad infantil ocurridos durante el año 2011, desagregados por edad de la madre, tiempo gestacional, peso al nacer y régimen de afiliación al SGSSS de la madre

En un párrafo resuma los aspectos más relevantes del comportamiento de la mortalidad infantil en la localidad durante el año 2011.

### **5.7.3.4 Mortalidad en menores de 5 años**

Realice un gráfico de la serie de mortalidad en menores de 5 años en el que incluya casos y tasas por 10.000 menores de 5 años, en la localidad, incluya información de los años disponibles

Realice una tabla con los casos de mortalidad en menores de 5 años ocurridos en el año 2011, desagregado por causas según agrupación de causas 6/67

Realice una tabla de los casos y porcentajes de las mortalidad en menores de 5 años ocurridas en la localidad durante el año 2011, desagregados por edades simples y sexo

Realice una tabla con los casos de mortalidad en menores de 5 años ocurridos durante el año 2011, desagregados por etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS

En un párrafo resuma los aspectos más relevantes del comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años, en la localidad durante el año 2011

### **5.7.3.5 Mortalidad por EDA**

Realice un gráfico de la serie de mortalidad por EDA en menores de 5 años en el que incluya casos y tasas por 100.000 menores de 5 años, para la localidad, incluya información de los años disponibles

Realice una tabla resumen de los casos y porcentajes de las mortalidad por EDA en menores de 5 años ocurridos en la localidad durante el año 2011, incluya edades simples, sexo, etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS

En un párrafo resuma los aspectos más relevantes del comportamiento de la mortalidad por EDA en menores de 5 años, en la localidad durante el año 2011

### **5.7.3.6 Mortalidad por Neumonía**

Realice un gráfico de la serie de mortalidad por neumonía en menores de 5 años en el que incluya casos y tasas por 100.000 menores de 5 años, para la localidad, incluya información de los años disponibles.

Realice una tabla resumen de los casos y porcentajes de las mortalidad por neumonía en menores de 5 años ocurridos en la localidad durante el año 2011, incluya edades simples, sexo, etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS  
En un párrafo resuma los aspectos más relevantes del comportamiento de la mortalidad por neumonía en menores de 5 años, en la localidad durante el año 2011

#### **5.7.3.7 Fuentes**

DANE Proyecciones de Población de Bogotá D.C., por sexo y grupos quinquenales 2000 -2020.  
DANE Estadísticas Vitales. Defunciones Fetales y No Fetales por área y sexo, según departamento de ocurrencia. 1998-2011preliminares.  
Secretaría Distrital de Planeación. Dirección de información, cartografía y estadística. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá 2005-2015.  
Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Sistema de Estadísticas Vitales, Bases de datos DANE y RUAF.  
Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Planeación y Sistemas. Proyecciones Estadísticas de la población de Bogotá D.C., 2011.

#### **5.7.4 Sistemas De Vigilancia En Salud Pública**

Debe contemplar todos los sistemas de vigilancia y su comportamiento analizado en forma comparada mínimo con el año inmediatamente anterior

Realice una tabla en la que incluya el total de eventos notificados por la localidad al SIVIGILA durante el año 2011, desagregúelos por tipo de evento (control nacional, erradicación, eliminación, crónicas y no transmisibles, etc.) incluya la información del año anterior.

Realice un gráfico de los eventos objeto de la vigilancia en salud pública notificados por la localidad al SIVIGILA, durante el año 2011, desagregúelos por ciclo vital.

Resuma en un párrafo la distribución de los principales eventos notificados por la localidad al SIVIGILA durante el año 2011.

A continuación se presentan propuestas (ejemplos) de planes de análisis para algunos eventos y subsistemas de vigilancia:

### **Propuestas De Plan De Análisis Para Algunos Eventos Y Subsistemas De Vigilancia**

#### **Meningitis por Haemophilus influenzae**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos notificados de Meningitis por Haemophilus influenzae, por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de meningitis por Haemophilus influenzae notificados al SIVIGILA durante el año 2011, según definición de caso (probables, confirmados, descartados)

Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae por 100.000 habitantes, incluya la cobertura de vacunación contra el Haemophilus, para el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de meningitis por Haemophilus influenzae notificados al SIVIGILA, por grupos de edad, sexo, etnia y Régimen de afiliación al SGSS

#### **Meningitis meningocócica**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos confirmados de meningitis meningocócica por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior



Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de meningitis meningocócica notificados por la localidad durante el año 2011 al SIVIGILA, según definición de caso (probables, confirmados, descartados)

Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de meningitis meningocócica por 100.000 habitantes, en la localidad para el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de meningitis meningocócica notificados por la localidad al SIVIGILA durante el año 2011, por grupos de edad, sexo, etnia, poblaciones especiales y Régimen de afiliación al SGSS

### **Meningitis por neumococo**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos confirmados de meningitis por neumococo por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de meningitis por neumococo notificados al SIVIGILA por la localidad durante el año 2011, según definición de caso (probables, confirmados, descartados)

Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de meningitis por neumococo por 100.000 habitantes, para la localidad durante el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice un gráfico en el que compare la incidencia de meningitis meningocócica y la cobertura de vacunación contra el neumococo en la localidad, para el año 2011 y compare con los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de meningitis por neumococo notificados al SIVIGILA, por la localidad durante el año 2011, incluya las variables: grupos de edad, etnia, poblaciones especiales, sexo y régimen de afiliación al SGSS

### **Parotiditis**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos confirmados de parotiditis por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de parotiditis notificados al SIVIGILA, según definición de caso (probables, confirmados, descartados)

Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de parotiditis por 100.000 habitantes, para la localidad durante el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice un gráfico en el que compare la incidencia de parotiditis y la cobertura de vacunación con triple viral, en la localidad para el año 2011 y compare con los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de parotiditis notificados al SIVIGILA, por la localidad durante el año 2011, incluya las variables: grupos de edad, ciclo vital, etnia, poblaciones especiales, sexo y régimen de afiliación al SGSS.

### **Parálisis Flácida aguda (Poliomielitis, Evento en Erradicación)**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos notificados de PFA por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de PFA notificados al SIVIGILA, según definición de caso (probables, confirmados, descartados)

Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de PFA por 100.000 habitantes, incluya la cobertura vacunación con Antipolio para la localidad durante el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de PFA notificados al SIVIGILA, por grupos de edad, sexo, etnia, poblaciones especiales, régimen de afiliación

### **Sarampión y Rubéola (Eventos en Erradicación)**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos notificados de Sarampión y Rubéola por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de Sarampión y Rubeola notificados al SIVIGILA, según definición de caso (probables, confirmados, descartados)  
Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de Sarampión y Rubeola por 100.000 habitantes, para el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice un gráfico en el que compare la incidencia de Sarampión y Rubeola y la cobertura de vacunación con Triple Viral, en la localidad para el año 2011 y compare con los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de Sarampión y Rubeola notificados al SIVIGILA, en la localidad durante el año 2011, incluya las variables: grupos de edad, ciclo vital, sexo, etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS

### **Síndrome de Rubéola Congénita**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos notificados de Síndrome de Rubéola Congénita por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior  
Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de Síndrome de Rubéola Congénita notificados al SIVIGILA, según definición de caso (probables, confirmados, descartados)

Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de Síndrome de Rubéola Congénita por 100.000 habitantes, incluya la cobertura de vacunación con Triple Viral, para la localidad en el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de Síndrome de Rubéola Congénita notificados al SIVIGILA, por grupos de edad, sexo, etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS.

### **Tétanos Neonatal (Evento en Eliminación)**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos de Tétanos neonatal por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de Tétanos neonatal notificados al SIVIGILA, según definición de caso (probables, confirmados, descartados)

Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de Tétanos neonatal por 100.000 habitantes, incluya la cobertura de vacunación con DPT para la localidad durante el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de Tétanos neonatal notificados al SIVIGILA, por sexo, etnia, poblaciones especiales y régimen de aseguramiento al SGSSS.

### **Tétanos Accidental**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos notificados de tétanos accidental por semana epidemiológica.

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de tétanos accidental notificados al SIVIGILA, según definición de caso (probables, confirmados, descartados)

Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de tétanos accidental por 100.000 habitantes, para el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de tétanos accidental notificados al SIVIGILA, por grupos de edad, sexo, ciclo vital, etnia, poblaciones especiales, ocupación y régimen de afiliación al SGSSS.

### **Difteria**

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de difteria notificados al SIVIGILA, según definición de caso (probables, confirmados, descartados)

Realice un gráfico en el que compare la incidencia de Tétanos neonatal y la cobertura de vacunación con DPT, para el año 2011 y compare con los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de Difteria notificados al SIVIGILA, por etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS

### **Tosferina**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos notificados de tosferina por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior  
Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de tosferina notificados al SIVIGILA, según definición de caso (confirmados, descartados)  
Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de tosferina por 100.000 habitantes, incluya cobertura de vacunación, de la localidad para el año 2011 y los anteriores disponibles  
Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de tosferina notificados al SIVIGILA, por grupos de edad, sexo, etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS.

### **Varicela**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos notificados de varicela por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior  
Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de varicela notificados al SIVIGILA, según definición de caso (confirmados, descartados)  
Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de varicela por 100.000 habitantes, para el año 2011 y los anteriores disponibles  
Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de varicela notificados al SIVIGILA, por grupos de edad, sexo, ciclo vital, etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS

### **Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos confirmados de TB pulmonar y TB extrapulmonar por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior  
Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de TB pulmonar y TB extrapulmonar por 100.000 habitantes, para el año 2011 y los anteriores disponibles  
Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de TB pulmonar y TB extrapulmonar confirmados, por grupos de edad, sexo, etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS

### **Lepra**

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de lepra notificados al SIVIGILA, según definición de caso (sospechoso, confirmados, descartados), compare con el año anterior  
Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de lepra notificados al SIVIGILA, por Régimen de afiliación al SGSS

Resuma en un párrafo los aspectos más relevantes del comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles en la localidad durante el año 2011 e incluya las recomendaciones.

### **Fuentes**

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SIVIGILA. Bases de datos y cuadros de salida.  
Instituto Nacional de Salud. Dirección de Vigilancia en Salud Pública. Informes de Vigilancia Epidemiológica.

## **Plan De Análisis Sugerido Para Enfermedades Transmitidas Por Vectores**

Eventos: Dengue, Malaria, Fiebre amarilla y leishmaniasis.

Para cada uno de los eventos realice lo siguiente:

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos notificados al SIVIGILA por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de notificados al SIVIGILA, según definición de caso (probables, confirmados, descartados)

Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de cada evento por 100.000 habitantes, para el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos notificados al SIVIGILA, en la localidad durante el año 2011, incluya las variables: grupos de edad, ciclo vital, sexo, etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS

Resuma en un párrafo los aspectos más relevantes del comportamiento de las enfermedades transmitidas por vectores en la localidad durante el año 2011 e incluya las recomendaciones.

### **Fuentes**

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SIVIGILA. Bases de datos y cuadros de salida.

Instituto Nacional de Salud. Dirección de Vigilancia en Salud Pública. Informes de Vigilancia Epidemiológica.

## **Plan de Análisis Sugerido Para SIVIM – VESPA - SISVAN**

Para cada uno de los subsistemas de vigilancia epidemiológica:

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos o eventos notificados por la localidad al subsistema en el año 2011, compare con los años anteriores disponibles

Calcule indicadores de frecuencia (razones, tasas, proporciones) de los eventos notificados por la localidad al subsistema en el año 2011, compare con los años anteriores disponibles y con los datos correspondientes para el Distrito (cuando aplique)

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos y /o eventos notificados por la localidad al subsistema, durante el año 2011, incluya las variables: grupos de edad, ciclo vital, sexo, etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS

Resuma en un párrafo los aspectos más relevantes del comportamiento de los eventos notificados por la localidad al subsistema, durante el año 2011 e incluya las recomendaciones.

### **Fuentes**

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SIVIM. VESPA.SISVAN

## **Plan de Análisis Sugerido Para eventos de Salud Sexual y Reproductiva, VIH e ITS VIH/SIDA**

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos de VIH/SIDA notificados al SIVIGILA por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior

Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia de VIH/SIDA total por 100.000 habitantes, y específica por sexo y grupos de edad, para la localidad en el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos de VIH/SIDA notificados al SIVIGILA, en la localidad durante el año 2011, incluya las variables: grupos de edad, ciclo vital, sexo, etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS

### **Infecciones de Transmisión Sexual –ITS**

Eventos: sífilis gestacional, sífilis congénita, hepatitis B

Para cada uno de los eventos realice lo siguiente:

Realice un gráfico de tendencia en el que incluya la tabla de datos con los casos notificados al SIVIGILA por semana epidemiológica, compare el año 2011 con el anterior

Realice una tabla resumen con las tasas de incidencia por 100.000 habitantes, para la localidad en el año 2011 y los anteriores disponibles

Realice una tabla resumen de frecuencias absolutas y relativas de los casos notificados al SIVIGILA, en la localidad durante el año 2011, incluya las variables: grupos de edad, ciclo vital, sexo, etnia, poblaciones especiales y régimen de afiliación al SGSSS

Resuma en un párrafo los aspectos más relevantes del comportamiento de los casos de VIH/SIDA y las ITS en la localidad durante el año 2011 e incluya las recomendaciones.

### **Fuentes**

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. SIVIGILA. Bases de datos y cuadros de salida.

Instituto Nacional de Salud. Dirección de Vigilancia en Salud Pública. Informes de Vigilancia Epidemiológica.

### Anexo 1: Variables y categorías para análisis con enfoque poblacional

Variable	Categoría																				
Sexo	Femenino Masculino																				
Etnias	Indígena ROM (Gitanos) Raizal (Población del Archipiélago de San Andrés y Providencia) Palenquero de San Basilio (población de Mahates - Bolívar) Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente																				
Grupos Poblacionales	Población en condición de discapacidad Desplazados Población LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgeneristas)																				
Régimen de Aseguramiento	Contributivo Subsidiado Excepción o Especial No Afiliado																				
Ciclos Vitales	Infancia (Gestación, Recién nacido, Menor de 1 año) Preescolar (De 1 a 4 años) Escolar (De 5 a 9 años) Adolescencia Inicial (De 10 a 14 años) Adolescencia Media (De 15 a 19 años) Juventud (De 20 a 26 años) Adulto Joven (De 27 a 44 años) Adulto Maduro (De 45 a 59 años) Persona Mayor (60 años y más)																				
Localidad	<table border="1"> <tr> <td>1. Usaquén</td> <td>11. Suba</td> </tr> <tr> <td>2. Chapinero</td> <td>12. Barrios Unidos</td> </tr> <tr> <td>3. Santa Fe</td> <td>13. Teusaquillo</td> </tr> <tr> <td>4. San Cristóbal</td> <td>14. Los Mártires</td> </tr> <tr> <td>5. Usme</td> <td>15. Antonio Nariño</td> </tr> <tr> <td>6. Tunjuelito</td> <td>16. Puente Aranda</td> </tr> <tr> <td>7. Bosa</td> <td>17. La Candelaria</td> </tr> <tr> <td>8. Kennedy</td> <td>18. Rafael Uribe Uribe</td> </tr> <tr> <td>9. Fontibón</td> <td>19. Ciudad Bolívar</td> </tr> <tr> <td>10. Engativá</td> <td>20. Sumapaz</td> </tr> </table>	1. Usaquén	11. Suba	2. Chapinero	12. Barrios Unidos	3. Santa Fe	13. Teusaquillo	4. San Cristóbal	14. Los Mártires	5. Usme	15. Antonio Nariño	6. Tunjuelito	16. Puente Aranda	7. Bosa	17. La Candelaria	8. Kennedy	18. Rafael Uribe Uribe	9. Fontibón	19. Ciudad Bolívar	10. Engativá	20. Sumapaz
1. Usaquén	11. Suba																				
2. Chapinero	12. Barrios Unidos																				
3. Santa Fe	13. Teusaquillo																				
4. San Cristóbal	14. Los Mártires																				
5. Usme	15. Antonio Nariño																				
6. Tunjuelito	16. Puente Aranda																				
7. Bosa	17. La Candelaria																				
8. Kennedy	18. Rafael Uribe Uribe																				
9. Fontibón	19. Ciudad Bolívar																				
10. Engativá	20. Sumapaz																				

Fuentes: Ministerio de la Protección Social. Resolución 0812 de 2007.  
Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas PIC. 2009.

## Anexo 2: Lista OPS 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad (CIE-10)

Cuadro 1: Lista OPS 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad (CIE-10)

- 0.00 Signos, síntomas y afecciones mal definidas (R00-R99)
- 1.00 Enfermedades transmisibles (A00-B99, G00-G03, J00-J22)
  - 1.01 Enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)
  - 1.02 Tuberculosis (A15-A19)
  - 1.03 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia (A20, A44, A75-A79, A82-A84, A85.2, A90-A98, B50-57)
  - 1.04 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles (A33-A37, A80, B05, B06, B16, B17.0, B18.0-B18.1, B26)
  - 1.05 Meningitis (A39, A87, G00-G03)
  - 1.06 Septicemia, excepto neonatal (A40-A41)
  - 1.07 Enfermedad por el VIH (SIDA) (B20-B24)
  - 1.08 Infecciones respiratorias agudas (J00-J22)
  - 1.09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (residuo de A00-B99, i.e. A21-A32, A38, A42-A43, A46-A74, A81, A85.0-A85.1, A85.8, A86, A88-A89, A99-B04, B07-B15, B17.1-B17.8, B18.2-B19.9, B25, B27-B49, B58-B99)
- 2.00 Neoplasias (Tumores) (C00-D48)
  - 2.01 Tumor maligno del estómago (C16)
  - 2.02 Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea (C18-C19)
  - 2.03 Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (C15, C17, C20-C26, C48)
  - 2.04 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón (C33-C34)
  - 2.05 Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón (C30-C32, C37-C39)
  - 2.06 Tumor maligno de la mama de la mujer (C50 en mujeres)
  - 2.07 Tumor maligno del cuello del útero (C53)
  - 2.08 Tumor maligno del cuerpo del útero (C54)
  - 2.09 Tumor maligno del útero, parte no especificada (C55)
  - 2.10 Tumor maligno de la próstata (C61)
  - 2.11 Tumor maligno de otros órganos genitourinarios (C51-C52, C56-C57, C60, C62-C68)
  - 2.12 Leucemia (C91-C95)
  - 2.13 Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (C81-C90, C96)
  - 2.14 Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas (residuo de C00-C97, i.e. C00-C14, C40-C47, C49, C50 en hombres, C58, C69-C80, C97)
  - 2.15 Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (D00-D48)
- 3.00 Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)
  - 3.01 Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas (I00-I09)
  - 3.02 Enfermedades hipertensivas (I10-I15)
  - 3.03 Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)
  - 3.04 Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón (I26- I45, I47-I49, I51)
  - 3.05 Paro cardíaco (I46)
  - 3.06 Insuficiencia cardíaca (I50)
  - 3.07 Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)
  - 3.08 Aterosclerosis (I70)
  - 3.09 Las demás enfermedades del sistema circulatorio (I71-I99)
- 4.00 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)
  - 4.01 Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas (P00, P04)

- 4.02 Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento (P01-P03, P10-P15)
- 4.03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (P05, P07)
- 4.04 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal (P20-P28)
- 4.05 Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)
- 4.06 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal (residuo de P00-P96, i.e. P08, P29, P35, P37-P96)
  
- 5.00 Causas externas (V01-Y89)
  - 5.01 Accidentes de transporte terrestre (V01-V89)
  - 5.02 Los demás accidentes de transporte y los no especificados (V90-V99)
  - 5.03 Caídas (W00-W19)
  - 5.04 Accidentes por disparo de arma de fuego (W32-W34)
  - 5.05 Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)
  - 5.06 Accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84)
  - 5.07 Exposición a la corriente eléctrica (W85-W87)
  - 5.08 Exposición al humo, fuego y llamas (X00-X09)
  - 5.09 Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas (X40-X49)
  - 5.10 Los demás accidentes (W20-W31, W35-W64, W88-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y84)
  - 5.11 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) (X60-X84)
  - 5.12 Agresiones (homicidios) (X85-Y09)
  - 5.13 Eventos de intención no determinada (Y10-Y34)
  - 5.14 Las demás causas externas (Y35-Y36, Y85-Y89)
  
- 6.00 Todas las demás enfermedades (D50-D89, E00-E90, F00-F99, G04-G98, H00-H59, H60-H95, J30-J98, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Q00-Q99)
  - 6.01 Diabetes mellitus (E10-E14)
  - 6.02 Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53)
  - 6.03 Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)
  - 6.04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis (G04-G99)
  - 6.05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)
  - 6.06 Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30-J39, J60-J98)
  - 6.07 Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal (K35-K46, K56)
  - 6.08 Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76)
  - 6.09 Resto de enfermedades del sistema digestivo (residuo de K00-K93, i.e. K00-K31, K50-K55, K57-K66, K71, K72, K75, K80-K93)
  - 6.10 Enfermedades del sistema urinario (N00-N39)
  - 6.11 Hiperplasia de la próstata (N40)
  - 6.12 Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)
  - 6.13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)
  - 6.14 Resto de las enfermedades (residuo de A00-Q99, i.e. D55-D89, E00-E07, E15-E34, E65-E90, H00-H59, H60-H95, L00-L99, M00-M99, N41-N99)

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Nueva lista 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad CIE-10. Boletín Epidemiológico 1999



### Anexo 3: Indicadores Demográficos

#### Anexo 3a: Formulas Indicadores Demográficos

Índice de Masculinidad.

$$IM = \frac{\text{Hombres}}{\text{Mujeres}} * 100$$

Razón de Dependencia por Edad.

$$RDE = \frac{\text{Población} < 15 \text{ años} + \text{Población de 65 años y más}}{\text{Población de 15 a 64}} * 100$$

Razón Niños-Mujeres.

$$RNM = \frac{\text{Menores de 5 años}}{\text{Población Femenina 15 a 49 años}} * 1000$$

Tasa Bruta de Natalidad

$$TBN = \frac{\text{Nacimientos}}{\text{Población total}} * 1000$$

Tasa de Fecundidad General.

$$TFG = \frac{\text{Nacimientos}}{\text{Población femenina de 15 a 49}} * 1000$$

Tasa Global o Total de Fecundidad.

$$TFT = 5 * \frac{\sum \text{Nacimientos en ese grupo de edad}}{\text{Población femenina en ese grupo de edad}} * 1000$$

Tasa Bruta de Mortalidad.

$$TBM = \frac{\text{Defunciones}}{\text{Población Total}} * 1000$$

Tasa de Mortalidad Infantil.

$$TBM = \frac{\text{Defunciones menores de 1 año}}{\text{Total Nacidos Vivos}} * 1000$$

Tasas Específicas de Mortalidad por Edad.

$$TMEspecifica = \frac{\text{Defunciones en el grupo de edad } x}{\text{Total Personas en el grupo } x} * 1000$$

Tasas de Mortalidad por Causas.

$$TMEspecifica Causa = \frac{\text{Defunciones por enfermedad } x}{\text{Población Total}} * 100000$$

Fuente: DANE, Cartilla de Conceptos Básicos e indicadores demográficos. 2007.

### Anexo 3b: Definición conceptual, objetivo e interpretación de los indicadores demográficos

N°	Indicador Demográfico	Concepto	Objetivo	Interpretación
1	Estructura de la Población (por sexo y edad) (a)	Composición de la población por sexo en cada una de las categorías de edad, cuyo efecto tiene gran incidencia en el comportamiento demográfico y socio-económico de la Población.	Establecer si una población es "joven o vieja" y cuáles son las tendencias retrospectivas de sus variables demográficas, para conocer cuáles son las necesidades propias de su desarrollo.	A través de una pirámide de población, se puede visualizar cuál es el efecto de las tendencias demográficas sobre cada uno de los grupos de edad y la ponderación de cada sexo.
2	Distribución de la Población por Área	Forma de asentamiento y dispersión de la población por cabecera y resto.	Determinar el grado de urbanización o ruralización de la población y las condiciones de vida a las que se encuentra sometida, dada su ubicación geográfica.	Cómo se está distribuyendo la población con relación al efecto del crecimiento natural y los movimientos migratorios.
3	Índice de Masculinidad.	Número de hombres por cada 100 mujeres al nacer o en cada grupo de edad de una población.	Establecer el balance entre los sexos para determinar el carácter orgánico de una población capaz de asegurar su reproducción biológica.	Por cada 100 mujeres de la población nacieron o hay tantos varones.
4	Razón de Dependencia por Edad.	Relación entre la población considerada como dependiente (menores de 15 años y mayores de 65) y la que se define como económicamente productiva o "potencialmente activa" (15 a 64 años).	Medir cuántas personas dependen económicamente de las "potencialmente trabajadoras" o que se encuentran en edad de trabajar.	Carga económica que representa el número de personas "inactivas" por cada 100 personas "activas" de la población.
5	Razón Niños-Mujeres.	Número de niños menores de 5 años por cada 1000 mujeres en edad reproductiva.	Relacionar a los hijos con sus respectivas madres. Se utiliza como medida indirecta de la Fecundidad.	Por cada 1000 mujeres en edad reproductiva, hay X número de niños.

Fuente: DANE, Cartilla de Conceptos Básicos e indicadores demográficos. 2007.

N°	Indicador Demográfico	Concepto	Objetivo	Interpretación
6	Tasa Bruta de Natalidad.	Número de nacimientos vivos ocurridos durante un año, por cada 1000 habitantes de la población calculada a mitad de período.(30 de Junio)	Medir en forma más precisa el incremento de la población, a partir de la frecuencia con que ocurren los nacimientos en una población.	Por cada 1000 personas de la población, nacen en un área y año específico X niños.
7	Tasa de Fecundidad General.	Es el número de nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). Esta medida no se encuentra influenciada por la estructura ni la composición por sexo de la población objeto de estudio.	Eliminar las distorsiones de la distribución por edad y sexo que introduce el denominador de la tasa de natalidad, constituyéndose así en una medida más indicativa de los cambios de la Fecundidad.	Permite conocer cuántos nacimientos hubo por cada 1000 mujeres de edades entre 15 y 49 años.
8	Tasas Específicas de Fecundidad (por Edad).	Es el número de nacidos vivos a mujeres de un grupo de edad específico por cada 1000 mujeres de ese grupo de Fuente: DANE, Cartilla de Conceptos Básicos e indicadores demográficos. 2007. edad.	Conocer la estructura de la Fecundidad y la contribución de cada grupo de mujeres por edades quinquenales a la Fecundidad Total y al nivel de la Fecundidad. Establecer si la fecundidad de una población, es temprana, dilatada o tardía.	Permite conocer cuántos nacimientos hubo por cada 1000 mujeres de cada grupo quinquenal de edad reproductiva, en relación con la población total de ese mismo grupo.
9	Tasa Global o Total de Fecundidad.	Número promedio de niños nacidos vivos que habría tenido una mujer o cohorte (hipotética) de mujeres durante su vida reproductiva, si sus años de reproducción hubiesen transcurrido conforme a las tasas específicas de un determinado año y no hubiesen estado expuestas a riesgos de mortalidad hasta el final de su período fértil.	Medir el "nivel" de la Fecundidad.	Responde a la pregunta cuántos hijos están teniendo hoy en día las mujeres, o tuvieron en promedio en un momento dado?

Fuente: DANE, Cartilla de Conceptos Básicos e indicadores demográficos. 2007.

N°	Indicador Demográfico	Concepto	Objetivo	Interpretación
----	-----------------------	----------	----------	----------------

10	Edad Media de la Fecundidad	Es la edad media del patrón de la Fecundidad y corresponde sólo aproximadamente a la edad media de las madres al nacimiento de sus hijos.	Determinar a qué edad en promedio las madres tienen sus hijos; visualizando de esta manera, cómo se desplaza la cúspide de la Fecundidad en el tiempo.	En este territorio y período, la edad media de la Fecundidad a la cual las madres tienen sus hijos es de ..... años.
11	Tasa Bruta de Mortalidad.	Cociente entre el número de defunciones ocurridas en un determinado período y la población medida en ese mismo momento.	Medir la frecuencia relativa de las muertes de una población dada, en un intervalo de tiempo.	Por cada 1000 personas de la población, mueren en un área y año específico X número.
12	Tasa de Mortalidad Infantil.	Cociente entre el número de defunciones de niños menores de un año ocurridas en un determinado período y los nacidos vivos en ese mismo momento.	Medir el nivel de desarrollo (especialmente en el área de salud pública) de una población. Su disminución, es uno de los principales indicadores de dicho nivel.	Por cada 1000 niños nacidos vivos en la población, mueren X menores de un año en un área y momento específico.
13	Tasas Específicas de Mortalidad (por Edad).	Número de defunciones de personas de un determinado grupo de edad, sobre el número total de personas de ese mismo grupo.	Conocer el comportamiento de la Mortalidad por edad de una población y elaborar sus respectivas Tablas de Mortalidad	Por cada 1000 personas de determinado grupo de edad, mueren tantas de esas mismas edades..
14	Tasas de Mortalidad por Causas.	Defunciones debidas a una enfermedad específica, por 100.000 habitantes de la población total.	Resaltar la incidencia de una enfermedad y sus efectos sobre la Mortalidad	Por cada 100.000 habitantes de la población X murieron por....(enfermedad).
15	Esperanza de Vida	Número promedio de años que restan por vivir a una persona de edad X, siempre y cuando, se mantengan las tendencias de mortalidad existentes en un determinado período.	Medir el mejoramiento en las condiciones de vida (salud, educación, etc.) D27 de una población	A un hombre (o mujer) de tal edad, le restan en promedio ..... años por vivir.

Fuente: DANE, Cartilla de Conceptos Básicos e indicadores demográficos. 2007.

#### Anexo 4: Tasa de incidencia o Tasa cruda de mortalidad

La tasa de incidencia en principio es una medida que pretende medir el ritmo de ocurrencia de las defunciones en una población, por lo que el tiempo es un componente fundamental. En tanto el numerador es el número incidente de defunciones, al igual que en una proporción, el denominador se presenta en valores en el tiempo. Por lo anterior las tasas no son proporciones.

Hay dos tipos de tasas de incidencia de defunción

Tasa de incidencia basada en datos agregados: Se utiliza como denominador la población el promedio estimada para cierto lapso dado, estimada como la POBLACIÓN A MITAD DE PERIODO 5.

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{I}{\bar{P}}$$

Donde  $I$  = Número de casos nuevos en un periodo dado y  $\bar{P}$  = POBLACIÓN PROMEDIO en el mismo periodo, que es la diferencia entre las personas al inicio del periodo y al final del mismo, que corresponde al cambio del denominador en el tiempo de observación.

Tasa de incidencia basada en datos individuales, o densidad de incidencia: este tipo de incidencia, puede estimarse cuando se tienen datos relativamente precisos del momento en que se producen las defunciones para cada individuo de la cohorte definida. El denominador es el tiempo persona total para el periodo de estudio, que equivale a la suma de los tiempos persona con los que contribuyó cada individuo.

$$\text{Densidad de incidencia} = DI = \frac{I}{\text{Total de personas tiempo}}$$

Fuente: 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.

## Anexo 5: Incidencia acumulada de mortalidad

---

<sup>5</sup> Bajo el supuesto de que el periodo no es excesivamente largo y que la población del área de interés y su composición demográfica son relativamente estables.

En caso de poblaciones en que no hay inmigración o emigración, la población al inicio de periodo puede usarse como población en riesgo, para el denominador. Este indicador es la proporción de personas que se convierten en casos de aquellos en la población AL INICIO DEL INTERVALO. El indicador se denomina Incidencia Acumulada  $IA$ , o proporción de incidencia (aunque también se conoce como tasa de ataque) (Rothman et al., 2008).

Un riesgo se define como la probabilidad de que un evento, en este caso la muerte, se desarrolle en una persona dentro de un intervalo de tiempo específico. Entonces la proporción de incidencia es una medida o estimación del riesgo promedio, aplicable a las poblaciones, y por consiguiente se denomina frecuentemente como riesgo (Rothman et al., 2008).

Como cualquier proporción sus valores van de cero a uno (0 a 1) y no tiene dimensión. No es interpretable si no se especifica el periodo de tiempo en el que aplica.

La incidencia acumulada de mortalidad es el número de casos de defunción que ocurren en un año, sobre el número de personas en riesgo de morir, definidos como la población al principio del año.

$$\text{Incidencia Acumulada} = IA = \frac{I}{N}$$

Donde  $I$  = Número de casos nuevos en un periodo dado, y  $N$  = Número de personas en riesgo de morir (desarrollar la enfermedad o evento) AL PRINCIPIO del periodo.

Es frecuente que no se cuente de manera directa con este denominador, pues las cifra del DANE son proyecciones de población a mitad de año, calculadas por métodos demográficos. Es necesario hacer extrapolaciones usando las poblaciones medias de dos años sucesivos, para calcular el valor entre las dos, o trabajar con el supuesto de que la población se mantiene constante durante el año.

Como los datos provistos por el DANE para el denominador son las proyecciones de POBLACIÓN A MITAD DE PERIODO, y se necesita conocer la población al principio de periodo, se puede aplicar la siguiente fórmula:

$$P_{\text{estimado}} = P_1 + \frac{n}{N} (P_2 - P_1)$$

donde  $P_{\text{estimado}}$  = población estimada para n año dado,  $n$  = número de meses desde el censo  $P_1$  hasta la fecha,  $N$  = número de meses entre dos censos,  $P_2$  = resultado del último censo,  $P_1$  = resultado del último censo  
(tomado de <http://ns.ccp.ucr.ac.cr/~icamacho/planificacion/contenido/tema5.htm>)

De manera opcional por las similitudes entre las tasas y las probabilidades es posible convertir unas a otras, sin que su significado específico sea equivalente. El riesgo de enfermar y la tasa de incidencia están relacionados en base a la fórmula siguiente:

$$R = 1 - e^{(-DI * t)}$$

Esta fórmula se usa para calcular el riesgo de desarrollar una enfermedad durante un periodo de tiempo por el método de la densidad. Para ello se asume que la tasa de incidencia es constante en cada periodo de tiempo estudiado.

Si el producto  $DI * t$  es pequeño, es decir menos de 0,1 casos/1.000 habitantes (bien porque  $DI$  y/o el tiempo son de valor pequeño), entonces existe una relación aproximadamente lineal entre el riesgo y la tasa y la fórmula anterior quedaría como:

$$R \sim DI * t$$

Siendo el Riesgo  $R$ , aproximadamente igual al producto de la densidad de incidencia por el tiempo de observación.

Fuente: 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.

## Anexo 6: Expectativa de Vida, Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y Razón de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (RAVPP)

Muerte prematura: aquella que se produce antes de una edad de referencia, usualmente la expectativa de vida.

Expectativa de vida: Corresponde al promedio de las edades de defunción de una cohorte, es decir a una edad  $x$  es el número promedio de años que una persona con edad  $x$  vivirá si se encuentra sujeta a las tasas de mortalidad contenidas en la tabla de vida.

La expectativa de vida más comúnmente utilizada es la del nacimiento, que incorpora la experiencia de mortalidad completa de la cohorte o la población de la tabla de vida. Puede ser considerada como una medida estandarizada de la mortalidad, donde la distribución estándar de la edad se deriva del patrón de edad de mortalidad en sí mismo.

Los Años de vida potencialmente perdidos (AVPP), miden la brecha o diferencia entre la edad de defunción y la expectativa de vida. Entonces se estima el número de años perdidos en relación con el promedio del número de años que teóricamente falta por vivir. Constituyen un indicador que evalúa la mortalidad prematura midiendo los años de vida que se pierden a consecuencia de la muerte.

Método individual: Los AVPP debidos a defunción se calculan para todas las personas que murieron por debajo de la edad umbral (expectativa de vida). No se incluyen las defunciones de individuos en o por encima de la edad umbral. El índice de AVPP (IAVPP) corresponde a la suma de los APVP con que contribuye cada individuo, divididos por el total de la población menor de la edad umbral.

$$IAPVP = \frac{\sum_{i=1}^n e_0 - e_i}{P_{e_0}} \times 1000$$

Donde  $e_0$  es la expectativa de vida para la población de interés<sup>6</sup>, o la edad de referencia,  $e_i$  es la edad de cada individuo (en general o del grupo de interés) en el momento de la defunción, y  $P_{e_0}$  es la población de interés por debajo de la edad umbral o la expectativa de vida. El numerador corresponde a los APVP.

Método por grupo de edad: Los AVPP debidos a defunción se calculan para cada grupo (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49), multiplicando el total de defunciones de cada uno, por la diferencia entre la edad de referencia para ese grupo (expectativa de vida para el grupo etario, disponible en las tablas de vida presentadas por el DANE) y la edad media o central de defunción del mismo grupo de edad. Los APVP corresponden a la suma de los productos obtenidos para cada grupo de edad. La tasa se obtiene dividiendo los APVP totales por la población total bajo la edad de referencia.

$$APVP = \sum_{i=1}^n [(e_0 - e_{central_n}) \times d_n]$$

donde  $n$  denota cada grupo etario,  $e_0$  es la expectativa de vida para cada grupo etario,  $e_{central_n}$  es la edad media o central del grupo etario, y  $d_n$  es el número de defunciones dentro del grupo etario  $n$ .

con

$$IAPVP = \frac{APVP}{\sum_{i=1}^n P_n} \times 1000$$

<sup>6</sup> Que puede corresponder a cada subgrupo etario.



La razón de los años de vida potencialmente perdidos (RAVPP) indica los años de vida perdidos por cada mil habitantes. Indica los años de vida perdidos por cada mil habitantes.

Fuentes Anexos

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.

Whittembury V., Alvaro, El Perfil Epidemiológico y el análisis de situación del Perú.

### 5.8 Meta

A 30 de julio de 2012 se contará con un anuario con información 2011 por localidad publicado en la página web del hospital por localidad según guía ASIS

### 5.9 Indicador

Número de anuarios publicados en la página Web del hospital por localidad según Guía ASIS en la vigencia 2012 febrero-julio / Número total de anuarios solicitados por localidad según guía ASIS en la vigencia 2012 febrero-julio\*100

---

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Organización Panamericana de la Salud. Nueva lista 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad CIE-10. Boletín Epidemiológico 1999
- Ministerio de la Protección Social. Resolución 0812.2007.
- Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas PIC. 2009.
- Instituto Nacional de Salud. Informes de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública. 2010.
- Instituto Nacional de Salud. Informe Epidemiológico Nacional. 2010.
- Whittembury V., Alvaro, El Perfil Epidemiológico y el Análisis de Situación de Salud del Perú. 2006.
- UNFPA, Universidad Externado de Colombia, Guía para Análisis Demográfico Local. 2009.
- DANE. CANDANE. Cartilla de Conceptos Básicos e Indicadores Demográficos. 2007.
- 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.
- Secretaría Distrital de Salud. Boletín Epidemiológico Distrital. Volumen 12, del 1 al 4. 2005.
- Secretaría de Salud de México. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General Adjunta de Epidemiología. Anuario 2009.