



Operativización de la estrategia de Atención Médica Domiciliaria por el Centro Regulator de Urgencias y Emergencias de Bogotá ante el COVID-19

## Contenido

Editorial	3
Artículo central	4
Noticia epidemiológica	19
Comportamiento de eventos a nivel Distrital	22



Alcaldesa Mayor de Bogotá  
Claudia Nayibe López Hernández

Secretario Distrital de Salud  
Alejandro Gómez López

Subsecretaria de Salud Pública  
María Clemencia Mayorga Ramírez

#### Coordinación general del documento

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de  
Políticas de Salud Colectiva (E)  
Diane Moyano Romero

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública  
Inés María Galindo Henríquez

#### Comité editorial

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga  
Libia Janet Ramírez Garzón  
Diane Moyano Romero  
Luz Mery Vargas Gómez  
Sandra Liliana Gómez Bautista  
Leonardo Salas Zapata

Reporte de eventos de interés en salud pública  
Ruben Darío Rodríguez Camargo

#### Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud  
Karen Cárdenas Santana

Corrección de estilo  
José Aldemar Garzón González

Diseño y diagramación  
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada  
<https://bogota.gov.co>

Secretaría Distrital de Salud  
Carrera 32 # 12-81  
Conmutador: 364 9090  
Bogotá, D. C. - 2021  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)

## Contenido

Editorial .....	3
Operativización de la estrategia de Atención Médica Domiciliaria por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de Bogotá ante el COVID-19 .....	4
Aproximación a las pruebas para diagnóstico de SARS-CoV-2 .....	19
Comportamiento de la notificación de casos confirmados, para los eventos trazadores, en Bogotá .....	22

## Editorial

Desde que se reportó el primer caso de SARS-COV-2 el 06 de marzo de 2020 en la ciudad, Bogotá se enfrentó a diversos e inesperados retos para controlar la pandemia y mitigar la afectación social, económica y en salud de las personas, familias y comunidades. Mantener la suficiencia de la red prestadora de servicios de salud para las atenciones específicas relacionadas con la COVID-19 y las demás necesidades en salud que tenía su población.

Con fundamento en la Atención Primaria en Salud, a la que se le reconoce como una estrategia costo/efectiva que favorece la suficiencia, equidad, eficiencia y sostenibilidad, se puso a disposición de la ciudadanía un modelo de atención domiciliaria que acercara los servicios a la población, hiciera más fácil y eficiente el tránsito de los usuarios a través de los distintos niveles de servicio e integrara las intervenciones individuales, colectivas y de vigilancia en salud pública en un entorno familiar y comunitario; el modelo debía propender por la calidez, calidad, oportunidad, efectividad y equidad de las intervenciones al mismo tiempo que concurriera con la contención de la propagación del virus en la comunidad.

Partió de lo ya construido y acordado socialmente en el plan de desarrollo, Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI, que concibe la Atención Primaria en Salud como una estrategia integral en la que cooperan el gobierno, las instituciones y la población en la materialización del derecho fundamental a la salud; para este caso se concretó, en un componente ambulatorio de la atención integral de las personas, familias y comunidades afectados y expuestos a la infección. Participaron varios agentes del sistema de salud de la ciudad bajo el liderazgo de la Autoridad Sanitaria Territorial.

La estrategia de Atención Médica Domiciliaria hace parte del convenio marco en salud que tiene por objeto "Aunar esfuerzos, adelantar acciones de coadyuvancia y colaboración, así como orientar actividades institucionales técnicas, administrativas, financieras, propias del que hacer misional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., las Empresas Promotoras de Salud -EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS, en el marco de la Subsidiariedad, Complementariedad, Concurrencia, Articulación y Cooperación, con el fin de prevenir, contener, atender y mitigar los efectos de la calamidad pública causada por el Coronavirus - Covid-19, y aquellas acciones que fortalezcan la capacidad de respuesta del Sector ante la demanda de servicios de salud para la población de Bogotá D.C".

La estrategia de Atención médica domiciliaria (AMED), objeto de revisión en esta edición del Boletín Epidemiológico Distrital, es el resultado de un acuerdo solidario, eficiente y efectivo que responde a la necesidad mantener la vida y la salud de los ciudadanos en un momento crítico de la humanidad.

## Operativización de la estrategia de Atención Médica Domiciliaria por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de Bogotá ante el COVID-19

**Diana Constanza Rodríguez Posso**

Dirección de correo electrónico:  
dcrodriguez@saludcapital.gov.co.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0234-3010>

**Lina María Pineda Pulgarín**

Dirección de correo electrónico:  
lmpineda@saludcapital.gov.co.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0771-851X>.

**Jhohan Andrés Sánchez Moreno**

Dirección de correo electrónico:  
ja2sanchez@saludcapital.gov.co.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1704-1880>

**Edizabett Ramírez Rodríguez**

Dirección de correo electrónico:  
E2Ramirez@saludcapital.gov.co.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8662-820X>.

**Ángela María Roa Saldaña**

Dirección de correo electrónico:  
AMRoa@saludcapital.gov.co.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8919-9487>.

**Rigoberto Moreno Zamora**

Dirección de correo electrónico:  
r1moreno@saludcapital.gov.co

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7477-8307>

### Resumen

Debido a la emergencia sanitaria ocasionada por Covid-19, en la ciudad de Bogotá se hizo necesario establecer estrategias que permitieran la identificación, control y seguimiento de los casos sospechosos o confirmados de la enfermedad con el fin de

reducir las cadenas de contagios y optimizar la red prestadora de servicios de salud y el uso de los vehículos de emergencia (ambulancias).

Una de las estrategias adoptadas fue la Atención Médica Domiciliaria (AMED), la cual surgió como un acuerdo de gestión compartida del riesgo entre la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas del Distrito, con el fin de atender de forma integral, en los hogares, a las personas y contactos con sospecha de infección leve o moderada por el SARS-CoV-2 y reducir los riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad.

Se realizó un estudio de caso para describir dicha estrategia y presentar los datos resultantes de su implementación, registrados en las bases de datos de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud.

Se presenta la descripción de la estrategia, junto con los criterios más representativos para su operación y los principales resultados de la coordinación de la estrategia por parte del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) como caracterización demográfica y distribución en la ciudad. En conclusión, la estrategia Atención Domiciliaria AMED aportó para dar respuesta a la pandemia por SARS-CoV-2 con un enfoque de Atención Primaria en Salud en el Distrito Capital.

### Palabras clave

*Infecciones por Coronavirus*  
*Atención Domiciliaria de Salud*  
*Atención Primaria de Salud*  
*Gestión de Riesgos*  
*Telemedicina*

## Introducción

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, como agente causante del brote, que fue denominado “nuevo coronavirus” y posteriormente, SARS-CoV-2. La vía de transmisión del SARS-CoV-2 es principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones que contienen el virus, aunque la vía de transmisión aérea por núcleos goticulares de menos de 5 micras también se ha descrito en procedimientos que generan aerosoles. En la enfermedad confirmada por SARS-CoV-2, denominada por la OMS como Covid-19, la presentación clínica ha variado desde personas infectadas con pocos síntomas o asintomáticas (80 %), hasta personas con cuadros clínicos moderados o graves que pueden llevar a la muerte. Los síntomas pueden incluir: fiebre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), tos y dificultad para respirar (1).

Al inicio de la pandemia, a nivel global y en la región de las Américas se establecieron diversas estrategias encaminadas a la reorganización y la ampliación progresiva de la capacidad de respuesta de los servicios de salud, destacándose la reorganización y el reforzamiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y el fortalecimiento de la atención domiciliaria con o sin telesalud (2).

Estas dos estrategias pueden reforzarse a través de la Atención Primaria en Salud (APS) la cual, de acuerdo con experiencias en países como China y Cuba puede contribuir a la detección temprana de casos, su aislamiento, seguimiento y testeo; el tratamiento temprano de casos leves y moderados confirmados; la gestión de la atención de contactos estrechos; la identificación y manejo de pacientes asintomáticos; el cerco sanitario de brotes y la comunicación de riesgos en instituciones de atención de salud, barrios, veredas o centros

poblados, espacios públicos, instituciones educativas, residencias de personas ancianas y sitios de trabajo y de reclusión; la referencia a otros niveles de complejidad de los pacientes graves y en riesgo de pasar a estado crítico; la educación en las medidas de higiene, uso de materiales de protección personal y en la preservación de la distancia social entre personas, familias y comunidades; y la promoción y despliegue de la solidaridad y asistencia social a núcleos de personas vulneradas, a través de la participación voluntaria y la acción intersectorial / transectorial (3).

Una de las estrategias utilizadas en la Atención Primaria en Salud (APS) es la Atención Domiciliaria, que corresponde a un conjunto de intervenciones que aportan gran valor en el aspecto preventivo y de promoción de la salud de las personas; tradicionalmente ha tenido un enfoque biomédico, centrado en la enfermedad y sus factores de riesgo con el fin de disminuir el consumo de recursos del sistema de salud (4). En el contexto de la emergencia sanitaria por Covid-19 la Atención Médica Domiciliaria se configura como un elemento clave en la identificación, el control y seguimiento de las personas contagiadas o sospechosas y en el de sus familias con base en la Atención Primaria en Salud (APS) (4), además de facilitar un mejor uso de las camas hospitalarias para pacientes cuya condición clínica requiera manejo en una institución de salud y la optimización del uso de los vehículos de emergencia (ambulancias) de la ciudad.

Dos de los grandes retos a los que se enfrentaba la ciudad de Bogotá ante la llegada del primer caso el 06 de marzo de 2020, correspondían en primer lugar a mantener la suficiencia de la red prestadora de servicios de salud para la atención de los casos Covid-19 como para las demás necesidades en salud de la población, y adicionalmente restringir la movilidad de casos sospechosos o confirmados

que pudieran generar amplias cadenas de contagio. En este sentido y con fundamento en la Atención Primaria en Salud como una estrategia costo/efectiva que favorece la suficiencia, equidad, eficiencia y sostenibilidad, se pone a disposición de la ciudadanía una estrategia de atención médica domiciliaria como un componente ambulatorio de la atención integral de las personas, familias y comunidades afectados y expuestos a la infección (5).

De acuerdo con lo anterior, es claro que la estrategia de atención médica domiciliaria surge como una de las acciones de gestión de riesgo individual para apoyar el autocuidado de los individuos y sus familias, la realización de acciones para la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad por Covid-19 (6), y el rastreo e identificación rápida de los pacientes confirmados y sus contactos que fortalece el éxito de las estrategias de cuarentena o restricción de movilidad (7). Así mismo, es el resultado de la articulación entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, propendiendo por la integralidad y continuidad de la atención de las personas, y la realización de actividades complementarias

## Materiales y métodos

Se realiza un estudio de caso sobre la estrategia de Atención Médica Domiciliaria (AMED), implementada en la ciudad de Bogotá durante el año 2020 en el marco de la emergencia sanitaria por Covid-19. En el que se busca describir las variables de persona, tiempo y lugar en los casos de atenciones realizadas por los equipos de Atención Médica Domiciliaria de Bogotá D. C.

Para la descripción de la estrategia AMED se hace uso de los anexos técnicos definidos para el convenio Tripartita establecido entre la Secre-

taría Distrital de Salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas. La información analizada corresponde a la registrada en la base de datos de AMED de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá para el periodo marzo a octubre de 2020.

Para la obtención de los datos de la operación de la estrategia AMED se tuvieron en cuenta las variables categóricas: Tipo de cierre del caso (Efectivo, Fallido, Reprogramado), Tipo de riesgo del paciente (Alto, Bajo), Régimen o responsable de pago (Contributivo, Subsidiado, Entidades territoriales, Especial o excepción, Solidario, Adaptado, Indígena, No afiliado), Tipo de desenlace de caso (Paciente Fallecido, Paciente Hospitalizado, Paciente alto riesgo se traslada a EPS, Información errada creación caso nuevo, Devuelto EPS, Validación prestador, Seguimiento por ARL u otro prestador, Negativa del paciente, Fallido, No cumple criterio de Caso, Paciente recuperado, Paciente descartado prueba negativa); y las variables cuantitativas: Grupo de edad (grupos quinquenales), Número de muestras realizadas (Número entero), Número de consultas realizadas (Número entero).

Los resultados de la operación corresponden a la información de los casos probables o confirmados de Covid-19 derivados por las EPS, los equipos de Vigilancia en Salud Pública de las Subredes Integradas de Servicios de Salud y la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud al Centro Operativo del Centro Regulador de Urgencias de Bogotá D. C., así como, los casos que ingresaron a través de la Línea de emergencias de la ciudad, Línea 123.

## Resultados

La Atención Médica Domiciliaria para Covid-19 es una estrategia implementada en Bogotá por la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de llegar a los hogares y atender integralmente a las personas, familias y contactos de las personas con sospecha, infección leve o moderada por el SARS-CoV-2 para prevenir las complicaciones, reducir el riesgo de transmisión autóctona y comunitaria, así como aportar a la descongestión de los servicios de salud y los vehículos de emergencias (ambulancias) del Programa de Atención Prehospitalaria en Bogotá D. C.

La situación derivada de la pandemia por Covid-19 ha sido uno de los grandes retos que ha enfrentado la ciudad, este también se ha convertido en una oportunidad para construir estrategias novedosas que en el marco de la

Subsidiariedad, Complementariedad, Concurrencia, Articulación y Cooperación entre los diferentes actores del sistema de salud pero especialmente entre la Secretaría Distrital de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), aportan a la eliminación de barreras en la atención y la equidad en salud como la base para el goce pleno del derecho a la salud.

Para fortalecer la respuesta en el Distrito, la Alcaldía Mayor de Bogotá, la Secretaría de Salud y las EPS que prestan sus servicios en la capital, firmaron el convenio marco en salud *Unidos para seguir cuidándose*, con un modelo de atención en salud innovador, equitativo y eficiente para los habitantes de la ciudad, respecto a la estrategia AMED se encuentran vinculados 5 EPS y 11 prestadores de servicios de salud (tabla 1)

**Tabla 1. EPS e IPS participantes estrategia AMED, Bogotá D. C., abril octubre de 2020**

Entidad Promotora de Salud (EPS)	Prestadores Privados	Prestadores Públicos	Secretaría Distrital de Salud
Compensar EPS	Best Home Care	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.	Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias-CRUE.
EPS Famisanar	Cuidarte tu salud	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.	
EPS Sanitas	Forja Empresas S.A.S	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	
EPS Sura (Vinculada desde Julio hasta agosto)	Home Salud	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.	
Nueva EPS	Innovar Salud		
Salud total EPS (Vinculada desde abril hasta agosto)	Proyectar Salud S.A.S		
Servicios Occidentales de Salud EPS-S.O.S (Vinculada a partir de Julio)	Vital Health Servicios Médicos		

Fuente: Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, Sistema de información AMED COVID-Atenciones.

En un trabajo articulado la Secretaría Distrital de Salud con las EPS e IPS y, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social que orientan en la detección, atención y manejo de casos sospechosos de infección causada por SARS-CoV-2 y establece las responsabilidades de los actores del sistema frente a toma de muestras y entrega de resultados se define el flujograma de atención para la prestación del servicio de la estrategia AMED COVID (8).

El modelo de operación de dicha estrategia es coordinado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) de Bogotá, articulando la respuesta por medio de siete prestadores domiciliarios privados y las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito, apoyados en el Sistema de Información SIDCRUE AMED COVID, que permite el registro de las solicitudes y las atenciones realizadas a cada uno de los pacientes, este sistema fue diseñado e implementado desde la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, permitiendo la captura de la información, el procesamiento de los datos registrados y la toma de decisiones de acuerdo con el comportamiento de la pandemia.

La operación de la estrategia inicia con el ingreso de las solicitudes para la prestación del servicio de atención domiciliaria, estas son generadas por las EPS vinculadas en el convenio tripartita, la Línea de Emergencias 123 posterior a un proceso de regulación médica, los equipos de vigilancia en salud pública de las Subredes Integradas de Servicios de Salud y la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, entre otros. Una vez se registra la solicitud en el sistema de información, incluyendo datos personales, datos de residencia y antecedentes de salud del paciente, el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias consolida y organiza la

base de datos para ser asignada a los once prestadores pertenecientes a la estrategia, los cuales se encuentran georreferenciados en la ciudad. La georreferenciación de los prestadores permite que cada uno de ellos este asignado a localidades específicas, de esta forma se reduce el tiempo de desplazamiento de los vehículos, se optimiza el tiempo de respuesta de la estrategia y se evita la duplicidad de la atención de los pacientes por diferentes prestadores.

El prestador realiza a partir de la teleconsulta médica o por enfermería, una valoración integral con enfoque en la persona y la familia donde se identifican los factores de riesgo asociados a sospecha o infección por SARS-Cov- 2/ Covid-19 y los criterios de casos de la enfermedad (9), se orienta la práctica de prueba y el diagnóstico según el protocolo con equipos multidisciplinarios según sea el caso (9), se define la valoración médica en el domicilio o en el ámbito hospitalario según la severidad de los síntomas y factores de riesgo, se realiza la identificación de contactos estrechos, se indica y orientan las medidas de aislamiento a las personas sintomáticas al igual que sus contactos hasta obtener el resultado de la prueba donde se establece: la conducta a seguir de acuerdo a persona atendida, ámbito y se define la continuidad del aislamiento para casos sintomáticos o asintomáticos y contactos estrechos de un caso confirmado, independientemente del tipo de aseguramiento (10).

La activación de la valoración presencial con médico busca definir el diagnóstico y la definición del manejo clínico en el domicilio o la remisión al nivel hospitalario según la severidad, la formulación de medicamentos, exámenes, pruebas de laboratorio, la necesidad de hospitalización en el domicilio o realizar la toma de la muestra de acuerdo con los criterios técnicos y procedimientos definidos en los lineamientos del Ministerio de Salud. Por otra parte, la aten-

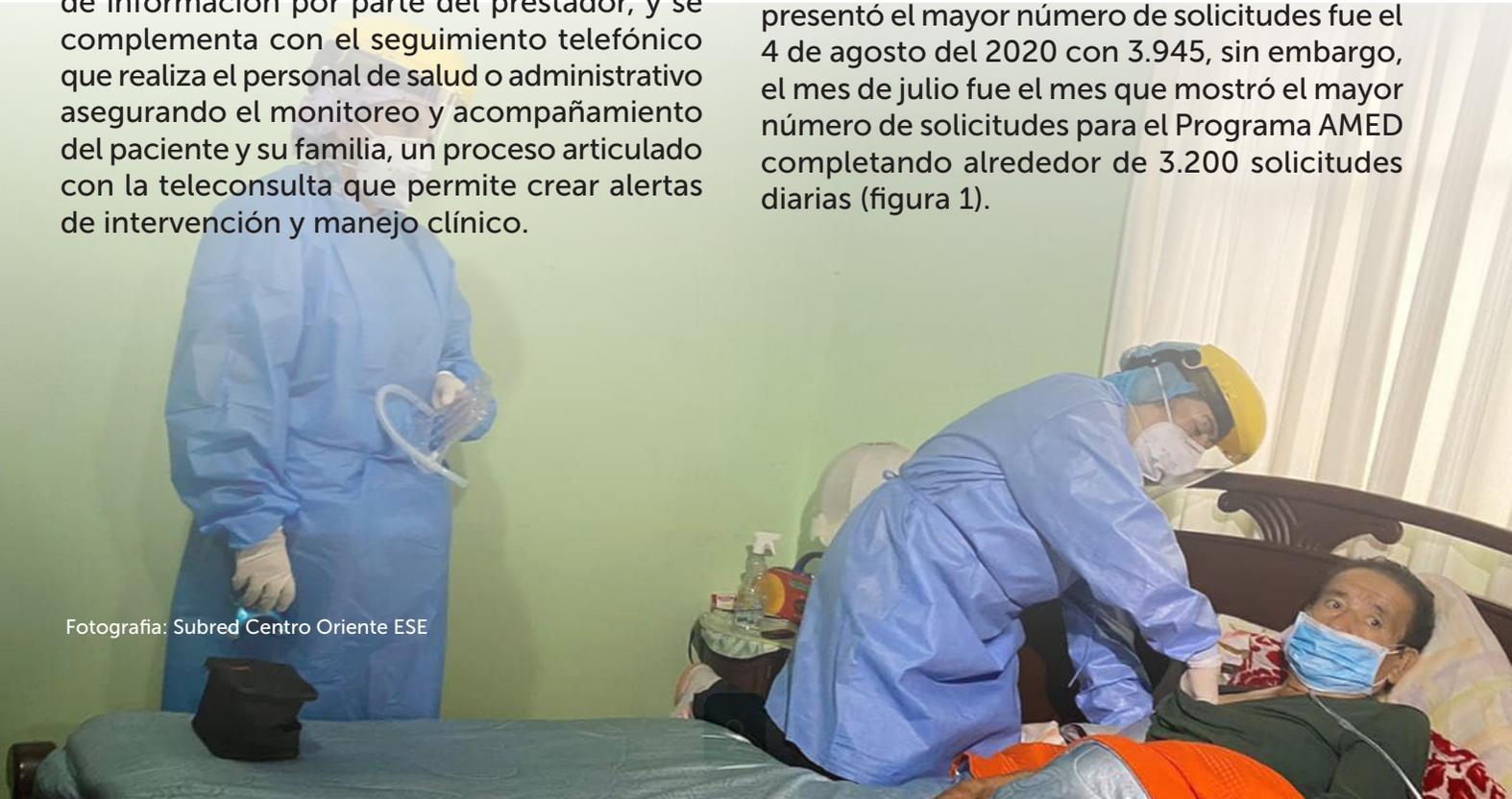
ción presencial con auxiliar de enfermería está dirigido a casos tipificados como paciente de bajo riesgo para la valoración básica y la toma de muestra. Respecto a la toma de muestra la prueba diagnóstica confirmatoria definida en la estrategia AMED corresponde a la prueba molecular por PCR por su alta sensibilidad, especificidad y no reactividad cruzada con otros coronavirus ni virus respiratorios (11).

Desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencia (CRUE) se coordina la atención presencial de estos pacientes, por medio del sistema de radiocomunicaciones se recibe la información para el cierre de los casos, en los cuales se establece si la visita es fallida, efectiva con consulta y muestras o si el caso queda reprogramado para días posteriores, adicionalmente, desde el CRUE se apoya a los equipos de atención presencial de la estrategia AMED con el envío de vehículos de emergencias (ambulancia) cuando estos son requeridos y posterior a un proceso de regulación médica, de esta forma, el programa de Atención Prehospitalaria-APH fortalece la atención integral de los pacientes por medio de la atención medica domiciliaria. Posterior a la atención presencial la información correspondiente es registrada en el sistema de información por parte del prestador, y se complementa con el seguimiento telefónico que realiza el personal de salud o administrativo asegurando el monitoreo y acompañamiento del paciente y su familia, un proceso articulado con la teleconsulta que permite crear alertas de intervención y manejo clínico.

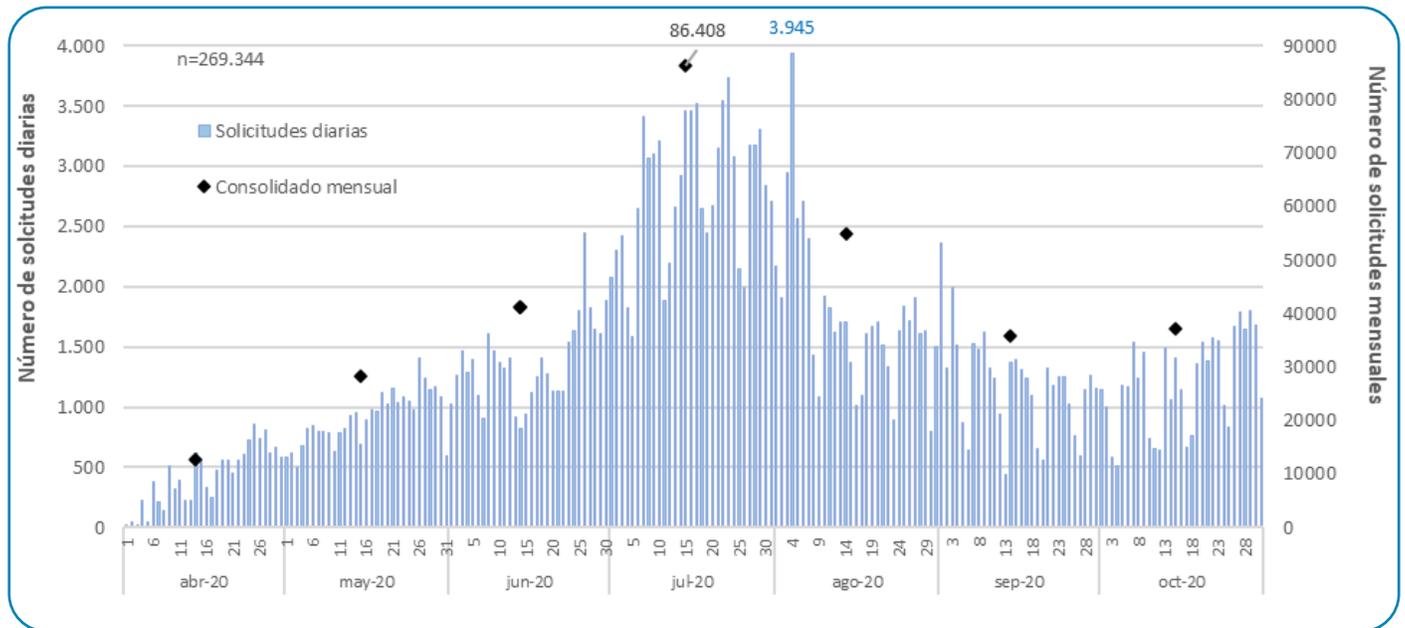
Con la información registrada y de acuerdo con el comportamiento de las atenciones realizadas, se ejecuta un proceso de evaluación permanente con el fin de determinar las acciones de mejora en el proceso, entre las que se cuales se contemplan, la variación en la cantidad de los equipos de atención presencial, la teleconsulta, el personal de apoyo operativo, las mejoras en los sistemas de información o los cambios en las actividades a realizar con el fin de brindar una atención idónea y eficaz de la población de Bogotá D. C. frente al Covid-19.

### **Coordinación por parte del CRUE de la estrategia AMED**

En el periodo 01 de abril a 31 de octubre de 2020 se han recibido 296.344 solicitudes, de las cuales, el 88 % (n=260.783) corresponden a las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud - EPS del Convenio y el 12 % (n=35.561) a otras EPS no vinculadas al Convenio o población Pobre No Asegurada a cargo del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS). Mediante la Línea de emergencias 123, canal de acceso directo al ciudadano, se ha dado respuesta a 23.707 solicitudes que corresponden al 8 % de las solicitudes del programa. El día en el que se presentó el mayor número de solicitudes fue el 4 de agosto del 2020 con 3.945, sin embargo, el mes de julio fue el mes que mostró el mayor número de solicitudes para el Programa AMED completando alrededor de 3.200 solicitudes diarias (figura 1).



**Figura 1. Solicitudes Estrategia AMED, Bogotá D. C., abril a octubre de 2020**



Fuente: Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, Sistema de información AMED COVID-Atenciones.

De las solicitudes que ingresan a la estrategia AMED COVID, se genera posterior al proceso de teleconsulta o atención presencial solicitudes adicionales por identificación de contactos del paciente programado inicialmente, esto genera que la cantidad de solicitudes sea mayor a las capturadas por los mecanismos establecidos con un total de 402.461. Respecto a las solicitudes que ingresaron a la estrategia AMED COVID, el 27 % (n= 6.401) corresponden a solicitudes de población con riesgo alto y el 73 % (n=17.306) a solicitudes de población con riesgo bajo. Por otra parte, cinco localidades (Kennedy, Suba, Engativá, Bosa, Chapinero y Ciudad Bolívar) concentraron el 60,1 % de las solicitudes. (figura 2).

La evaluación permanente del comportamiento de la pandemia generó modificaciones en el número de equipos de atención domiciliaria, el programa inició con la participación de 24 vehículos públicos y a partir del mes de abril de 2020, mediante el convenio tripartito se logró incrementar

la disponibilidad de vehículos, llegando en el mes de agosto a 154. En el mes de julio de 2020 se implementa la teleconsulta médica y de enfermería ampliando el alcance y contacto de los equipos de salud con la comunidad. Para los meses de septiembre y octubre se realiza un ajuste del número de equipos basado en el comportamiento de la pandemia por lo que se presenta una disminución (figura 3 página 12).

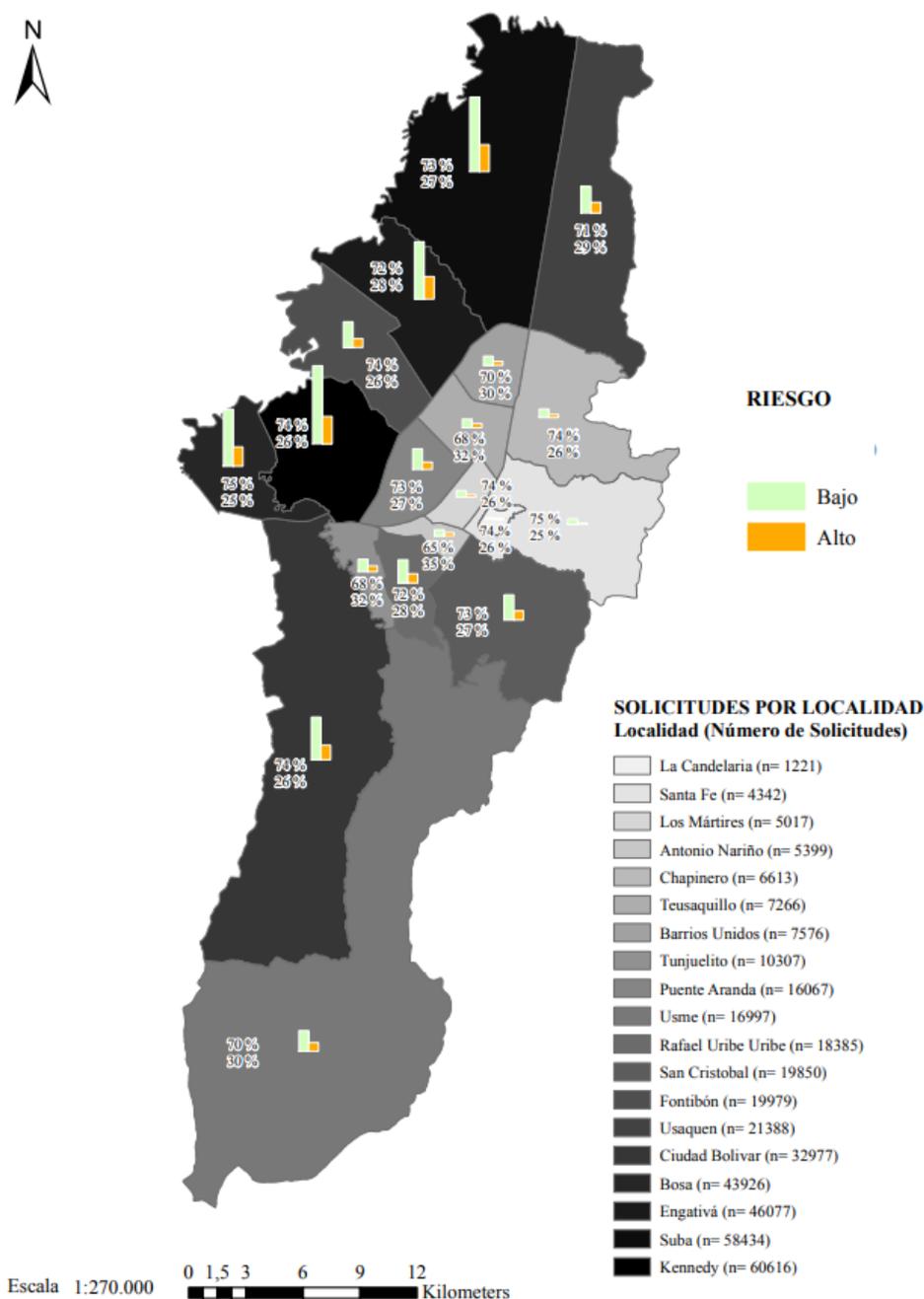
Respecto al perfil demográfico de la población atendida en la estrategia AMED COVID, con relación al género, el 55 % corresponde a sexo femenino y el 45 % a sexo masculino. Por grupo de edad se evidencia una mayor proporción de la población entre 25-29 años, 20 a 24 años y 30 a 34 años correspondiendo estos tres grupos al 34 %, y la población mayor de 60 corresponde a 46.690 personas, equivalente al 11 % de la población atendida.

La estrategia AMED ha logrado durante el periodo marzo 01 a 31 de octubre la atención

efectiva de 354.168 personas de una manera integral con sospecha o confirmación para el diagnóstico de COVID 19, adicionalmente, durante la atención de la solicitud se realiza

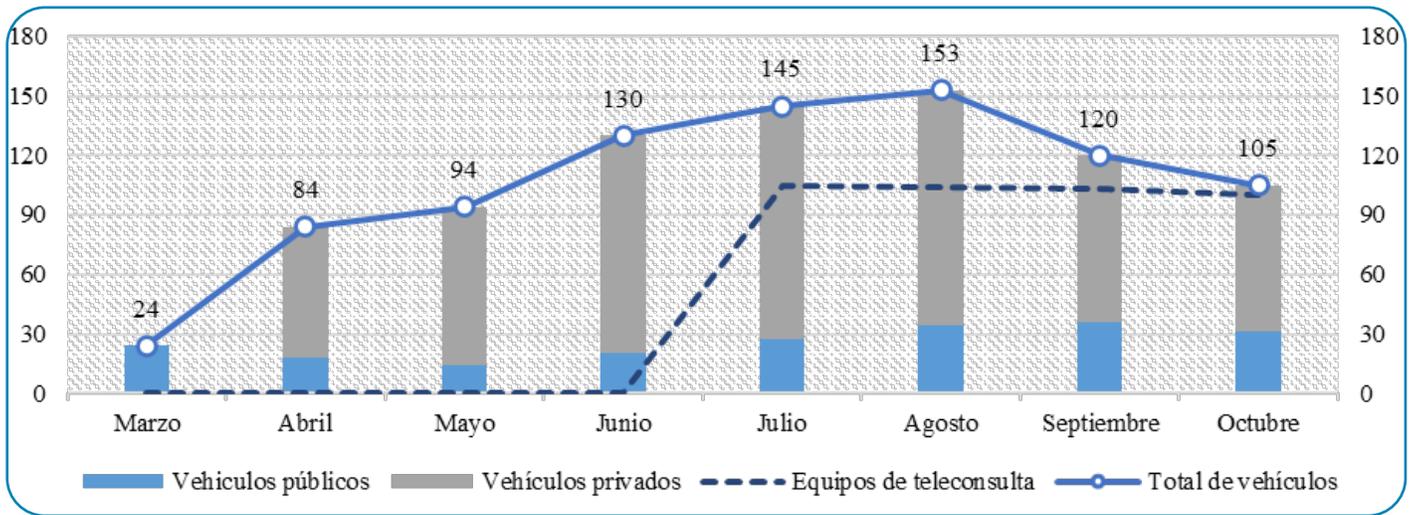
la identificación de los contactos estrechos, equivalentes a un 34 % de la población atendida en el programa (figura 4 página 12).

**Figura 2. Número de solicitudes de pacientes con alto y bajo riesgo por localidad, Estrategia AMED, Bogotá, 1 de abril a 31 de octubre del 2020**



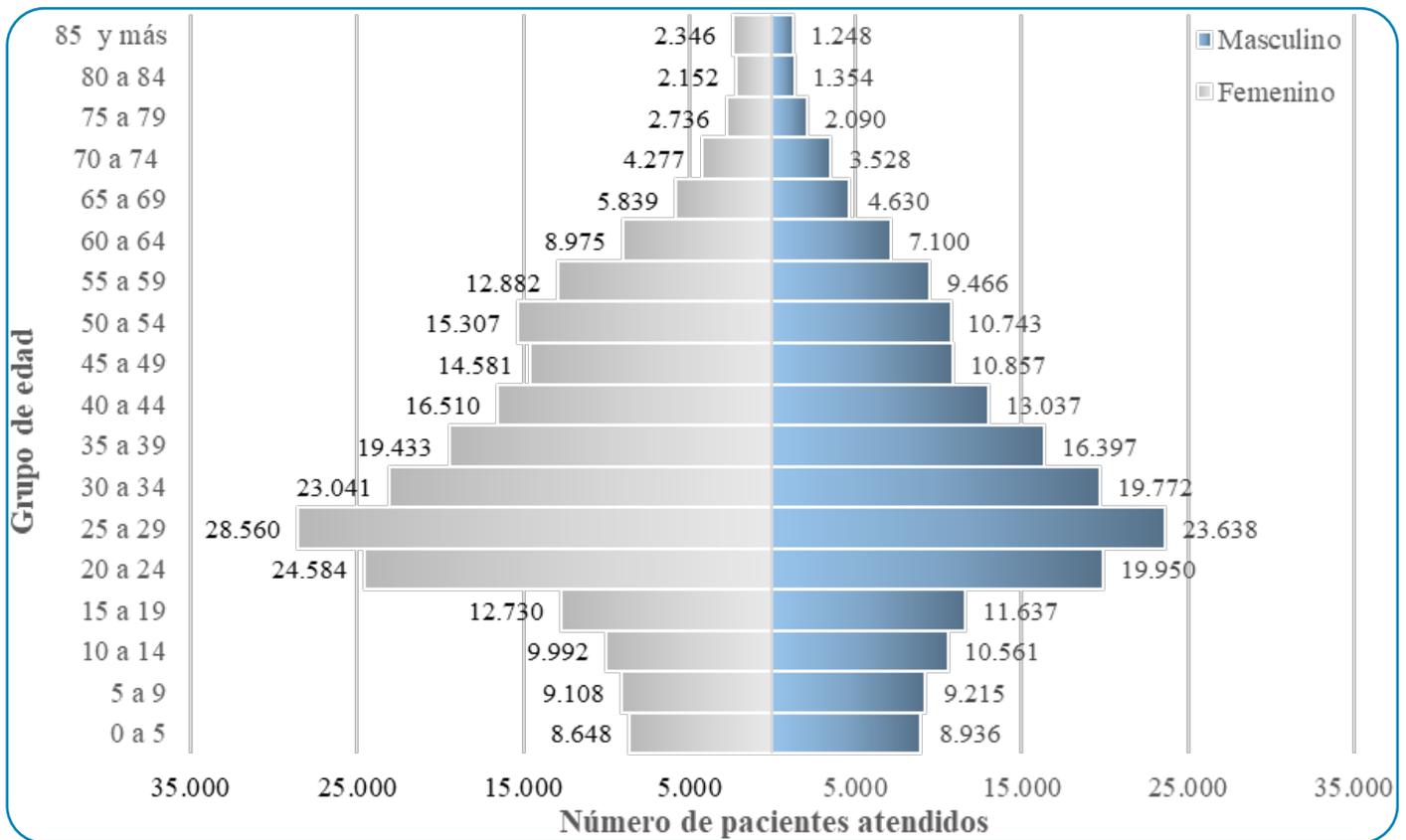
Fuente: Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, Sistema de información AMED COVID-Atenciones. \*En la localidad de Sumapaz se presentaron 24 solicitudes siendo de estas el 79% de bajo riesgo y el 21 de alto riesgo.

**Figura 3. Equipos estrategia AMED COVID, Bogotá D.C., marzo a octubre de 2020**



Fuente: Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, Sistema de información AMED COVID-Despacho.

**Figura 4. Distribución de la población atendida en la estrategia AMED por género y grupo de edad. Bogotá D. C., marzo a octubre de 2020**



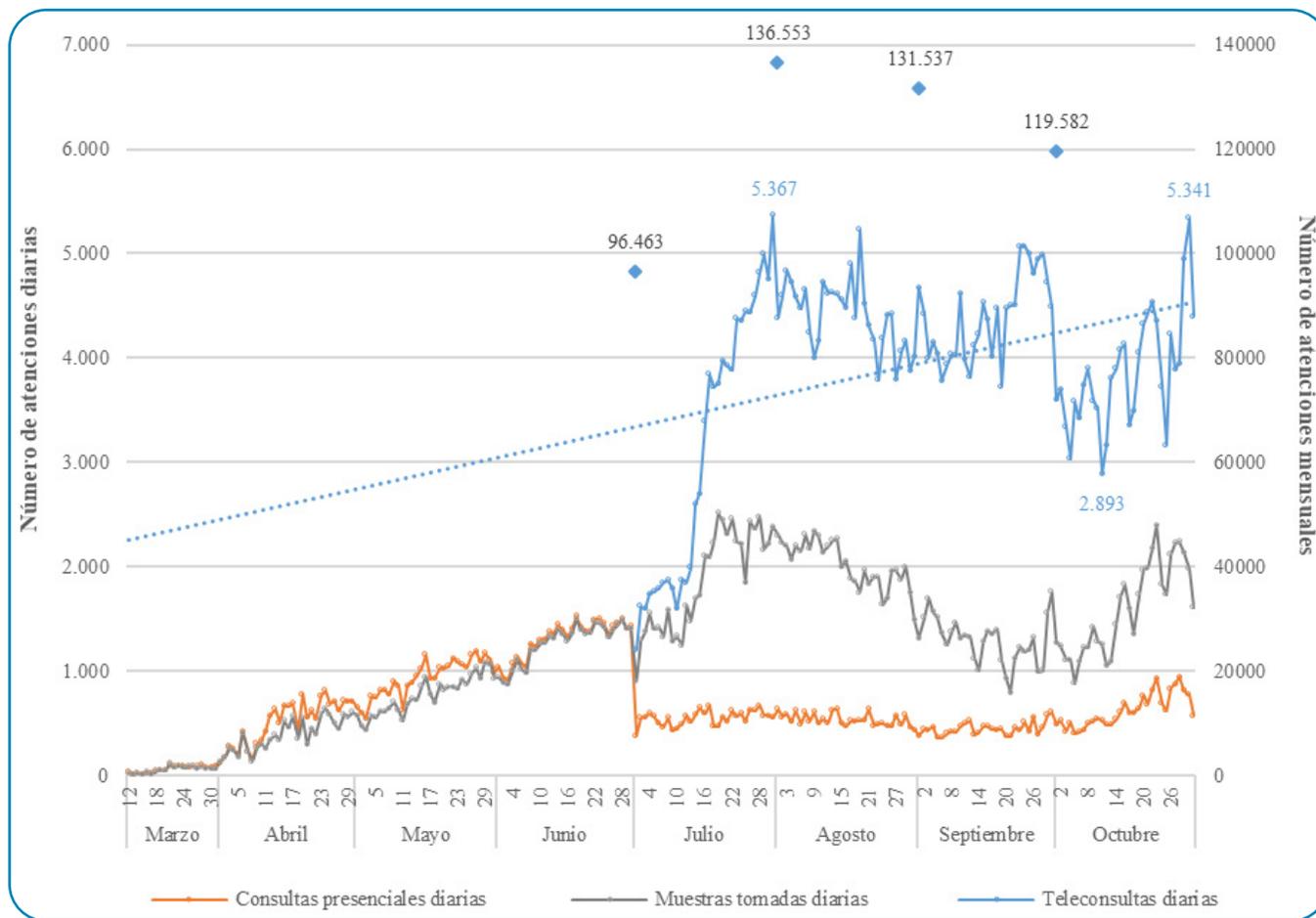
Fuente: Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, Sistema de información AMED COVID-Atenciones.

Respecto a la resolución de los casos se han logrado atender 200.406 casos efectivos presenciales, a través de 150.888 consultas realizadas por el médico y 283.083 tomas de muestra de hisopado nasofaríngeo y/o aspirado nasofaríngeo; por otro lado, a partir del primero de julio, se implementó la opción de teleconsulta las cuales a 31 de octubre alcanzaron las 484.135 atenciones.

En cuanto al comportamiento diario de las consultas presenciales, estas presentaron una tendencia al aumento desde su inicio hasta el día 31 de junio, fecha en la cual alcanzó un pico máximo 1.429 consultas el día, a partir del

1 de julio al 31 de octubre ha mantenido un comportamiento estable con un rango de entre 361 y 957 consultas, lo cual está directamente relacionado con la implementación de la atención por teleconsulta, puesto que la necesidad de consulta presencial del paciente se validaba mediante teleconsulta antes de realizar la visita médica mejorando la clasificación de la atención y disminuyendo el número de desplazamientos médicos para casos que no lo ameritaban. Con respecto al comportamiento de las teleconsultas desde su inicio, estas presentaron un comportamiento inestable con una tendencia al aumento mostrando picos de hasta 5.367 y bajas de hasta 2.839 consultas (figura 5).

**Figura 5. Atenciones diarias realizadas en la estrategia AMED - COVID, por tipo de atención, Bogotá D. C., marzo a octubre de 2020**



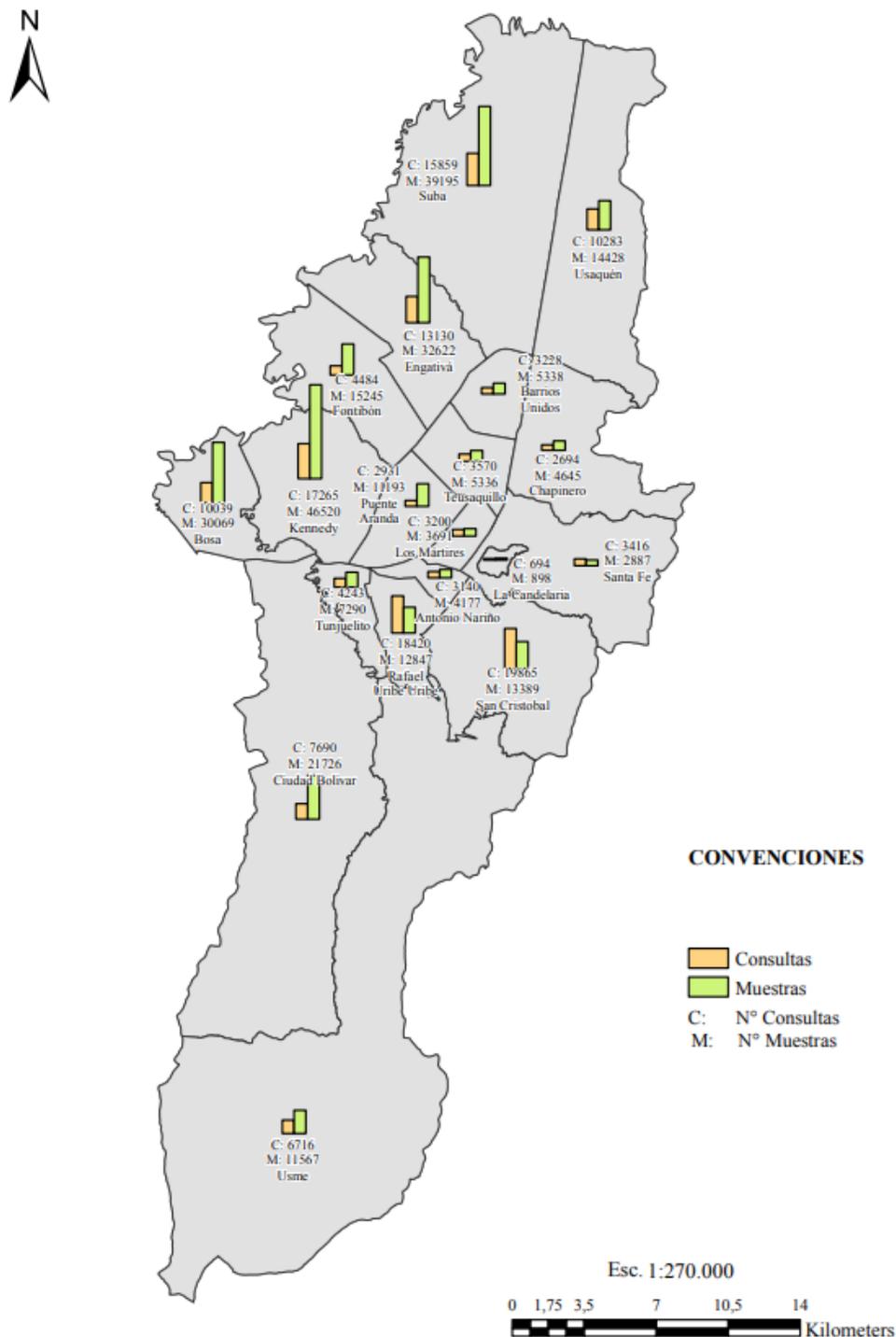
Fuente: Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, Sistema de información AMED COVID-Despacho.

A pesar de que se realizaron atenciones médicas domiciliarias en toda la ciudad, de las 150.888 consultas presenciales realizadas, nueve de las veinte localidades concentraron el 79,0 % (n=119.267); las localidades con mayor frecuencia de consultas presenciales fueron: San Cristóbal con 13,2 % (n=19.865) de consultas, seguida de Rafael Uribe con 12,2 % (n=18.420), Kennedy con 11,4 % (n=17.265), Suba con 10,5% (n=15.859), Engativá con 8,7 % (n=13.130), Usaquén con 6,8 % (n=10.283), Bosa con 6,7 % (n=10.039), Ciudad Bolívar con 5,1 % (n=7.690) y Usme con 4,5 % (n=6.716). En cuanto a la distribución de las 283.083 tomas de muestra para el diagnóstico de Covid-19 realizadas durante las atenciones médicas domiciliarias por localidad, solo nueve localidades concentraron el 79,8 % del procedimiento, siendo Kennedy la localidad con mayor número de muestras tomadas con n=46.520 muestras (16,4 %) seguido de las localidades de Suba con n=39.195 (13,8 %), Engativá n=32.622 (11,5 %), Bosa n=30.069 (10,6 %), Ciudad Bolívar n=21.726 (7,7 %), Fontibón n=15.245 (5,4 %), Usaquén n=14.428 (5,1 %), San Cristóbal n=13.389 (4,7 %) y Rafael Uribe n=12.847 (4,5 %) (figura 6).

En relación con el desenlace de casos finalizados en la estrategia de Atención Médica Domiciliaria (AMED), con corte al 31 de octubre de 2020, de los 341.452 casos programados, el 37,89 % (n=129.375) de los casos finalizó debido a que los pacientes fueron descartados por presentar un resultado negativo en la prueba, un 22,98 % (n=78.450) finalizó a causa de que el paciente se encontraba recuperado, un 15,33 % (n=52.339) de los casos resultaron ser atenciones fallidas, un 13,30 % (n= 45.408) finalizó por tratarse de pacientes que no cumplían el criterio para la toma de muestra, un 4,84% (n=16.542) de los casos terminó debido a que los pacientes se negaron a recibir atención, un 3,29 % (n=11.241) de los casos finalizó en razón a que los pacientes tenían seguimiento por su Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y un 1,23 % (n=4.186) de los casos se cerró porque se trataba de pacientes trasladados por su Entidad prestadora de servicios de salud- EPS. Con un porcentaje inferior al 1 % se encuentran, 2023 casos de pacientes de alto riesgo trasladados a la EPS por el prestador de AMED, 1.197 casos de pacientes hospitalizados y 691 casos de pacientes fallecidos (figura 7).

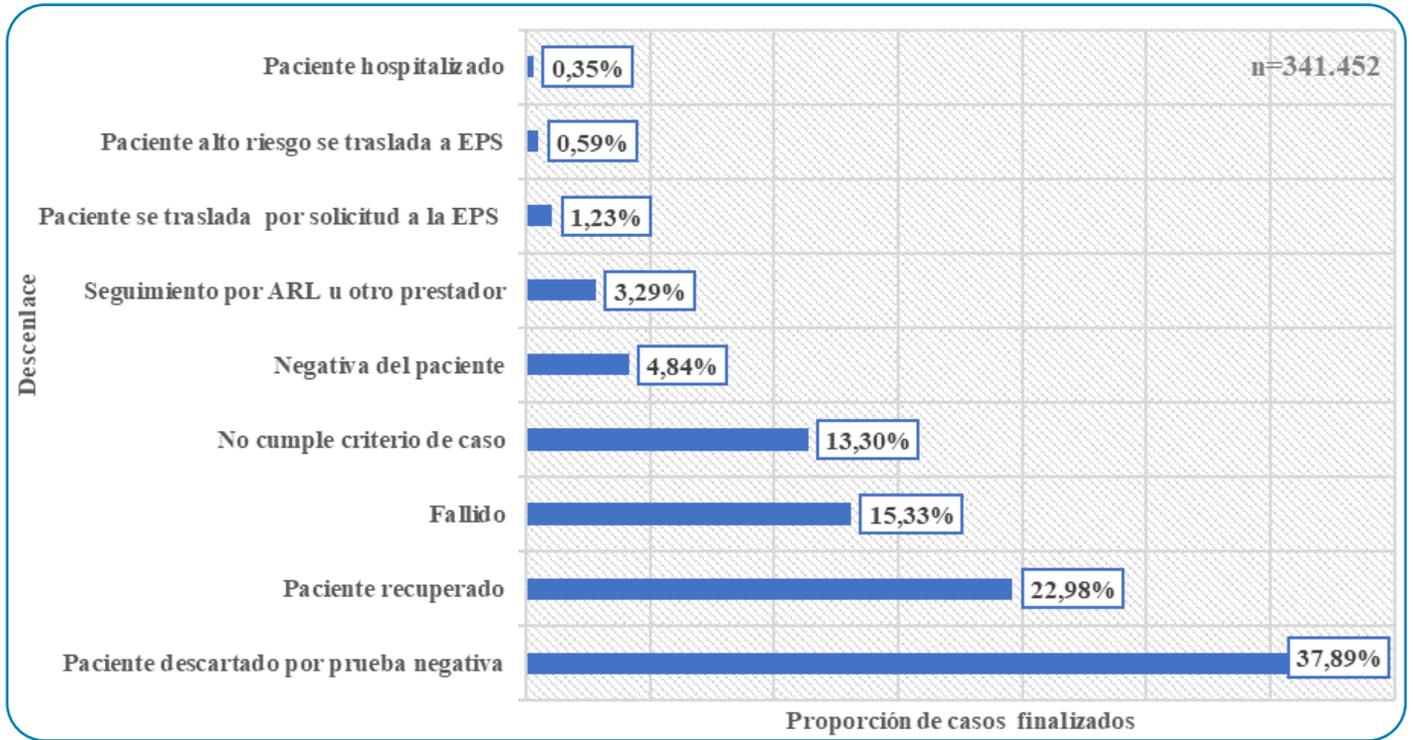


**Figura 6. Número de consultas presenciales y muestras tomadas para el diagnóstico de Covid-19 por localidad, Estrategia AMED, Bogotá, marzo 12 a octubre 31 del 2020**



Fuente: Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, Sistema de información AMED COVID-Despacho. \*En la localidad de Sumapaz se realizar 21 consultas presenciales y 20 tomas de muestra.

**Figura 7. Desenlace de los casos finalizados en la estrategia AMED- COVID, Bogotá D. C., abril octubre de 2020**



Fuente: Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, Sistema de información AMED COVID-Atenciones.

## Conclusiones

- » La estrategia de Atención Domiciliaria (AMED) permitió en el Distrito Capital dar respuesta a la pandemia por SARS-CoV-2 con enfoque de Atención Primaria en Salud, favoreciendo la cercanía de los equipos de salud en los domicilios para la valoración, toma de muestra y seguimiento de las personas con sospecha o infección, leve o moderada.
- » La estrategia AMED dio respuesta a la fase de la pandemia donde las autoridades distritales y nacionales declararon la movilidad restrictiva para las actividades productivas no esenciales, brindando atención a las personas sin necesidad de que estas realizaran desplazamientos que pudieran generar mayor propagación del virus.
- » La articulación realizada desde la Alcaldía Mayor de Bogotá a través del Convenio Tripartito celebrado entre la Secretaría Distrital de Salud, las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) y las IPS públicas y privadas, generó la eliminación de barreras en la atención en el marco de la subsidiaridad, complementariedad, concurrencia, articulación y cooperación entre los diferentes actores del Sistema de Salud, y fortaleció la gestión compartida del riesgo para la respuesta en la atención de la pandemia desde la atención domiciliaria.
- » La estrategia logró generar un uso adecuado de los vehículos de emergencia (ambulancias) ya que los despachos de estos se realizaron para los pacientes que requirieron el servicio y que tuvieron una valoración previa por parte de los equipos de atención presencial de AMED.

## Referencias citadas

1. Instituto Nacional de Salud. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda y la enfermedad asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 27. Available from: HYPERLINK "[https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Anexo\\_%20Instructivo%20Vigilancia%20COVID%20v12%2024072020.pdf](https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Anexo_%20Instructivo%20Vigilancia%20COVID%20v12%2024072020.pdf)" [https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Anexo\\_%20Instructivo%20Vigilancia%20COVID%20v12%2024072020.pdf](https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Anexo_%20Instructivo%20Vigilancia%20COVID%20v12%2024072020.pdf) .
2. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud para la respuesta a la Pandemia de COVID-19. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 15. Available from: HYPERLINK "[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52214/OPSHSSHSCOVID-19200018\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52214/OPSHSSHSCOVID-19200018_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)" [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52214/OPSHSSHSCOVID-19200018\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52214/OPSHSSHSCOVID-19200018_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y) .
3. Vega Romero R. Atención Primaria en Salud y COVID-19. Hacia la Promoción de la Salud. 2020 Julio - diciembre; 25(2).
4. Martínez Riera JR, Gras Nieto E. Home Care and COVID-19. Before, in and after the state of alarm. Enfermería Clínica. 2020 Mayo; 30.
5. Secretaría Distrital de Salud. Lineamiento para la implementación de la estrategia de atención y seguimiento médico domiciliario ante COVID-19. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 23. Available from: HYPERLINK "[http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Covid\\_S/LINEAMIENTO\\_AMED.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Covid_S/LINEAMIENTO_AMED.pdf)" [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Covid\\_S/LINEAMIENTO\\_AMED.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Covid_S/LINEAMIENTO_AMED.pdf) .
6. Superintendencia Nacional de Salud. Evaluación de la Gestión del Riesgo en Salud. [Online].; 2019 [cited 2020 Octubre 26. Available from: HYPERLINK "<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/AdministracionSIG/RIPD03.docx>" <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/AdministracionSIG/RIPD03.docx> .
7. Asociación Colombiana de Infectología - Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Consenso Colombiano de Atención, Diagnóstico y Manejo de la Infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en Establecimientos de la Atención de la Salud. Revista de la Asociación Colombiana de Infectología. 2020 Marzo; 24(3).
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para al Detección y Manejo de Casos de COVID-19 por los Prestadores de Servicios de Salud en Colombia. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 15. Available from: HYPERLINK "<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS05.pdf>" <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS05.pdf>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la Evaluación del Riesgo y el Tratamiento Domiciliario, Según la Valoración Médica Así lo Determine, en Pacientes con Sospecha o Conformación de Infección por SARS- COV-2/COVID-19. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 15. Available from: HYPERLINK "<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/gmtl01-lineamiento-evaluacion-riesgo-valoracion-med-covid-19.pdf>" <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/gmtl01-lineamiento-evaluacion-riesgo-valoracion-med-covid-19.pdf>.

10. Secretaría Distrital de Salud - Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E. Anexo Técnico Convenio Tripartita versión 3. [Online].; 2020 [cited 2020 Noviembre 15]. Available from: HYPERLINK "<http://www.saludcapital.gov.co>" <http://www.saludcapital.gov.co>.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el Uso de Pruebas Moleculares RT-PCR, Pruebas de Antígeno y Pruebas Serológicas para SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 17]. Available from: HYPERLINK "<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf>" <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf>
12. Martínez Riera, José Ramón; Gras Nieto, Elvira. Revista de Enfermería Clínica. 2020 Mayo; Artículo Especial.
13. Wander Berghe C, Sanz Valero J. La Hospitalización a Domicilio en la enfermedad del COVID-19. Hosp Domic. 2020 Abril - junio 2020; 4(2).
14. Tinoca Huaroto C, Espinoza Silva M, Tinoca Chávez E. COVID-19. El Manejo Ambulatorio Durante la Transmisión Comunitaria Intensa. Anales de la Facultad de Medicina. 2020 Junio; 81(2).
15. Organización Mundial de la Salud. Atención en el domicilio a casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y manejo de sus contactos. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 17]. Available from: HYPERLINK "<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333967/WHO-2019-nCoV-IPC-HomeCare-2020.4-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>" <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333967/WHO-2019-nCoV-IPC-HomeCare-2020.4-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> .
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el Manejo del Aislamiento Domiciliario, frente a la Introducción del SRS-CoV-2 (COVID-19) a Colombia. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 19]. Available from: HYPERLINK "<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS06.pdf>" <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS06.pdf>.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos, Orientaciones y Protocolos. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 19]. Available from: HYPERLINK "<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/lineamientos-orientaciones-protocolos-covid19-compr>" <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/lineamientos-orientaciones-protocolos-covid19-compr> .

## Aproximación a las pruebas para diagnóstico de SARS-CoV-2

**Sandra Liliana Gómez**

Microbióloga. Profesional especializada.  
Subdirección Laboratorio de Salud Pública

La evidencia científica demuestra que el 80 % de los pacientes con Covid-19 son asintomáticos, y existe la posibilidad de que este grupo de personas infectadas con SARS-CoV-2 eliminen y transmitan el virus, lo que indica que el diagnóstico temprano para el tratamiento y control de la infección por coronavirus es crucial. Entre los síntomas clínicos más frecuentes están la fiebre, tos, mialgia; sin embargo, no son características únicas de Covid-19 ya que pueden ser similares a las observadas en otras enfermedades virales (1).

En la actualidad existe mucha información alrededor de métodos diagnósticos para Covid-19, entre los que se destacan los RT-PCR en tiempo real, las pruebas de anticuerpos y las pruebas de antígenos del Covid-19.

Es así que el Ministerio de Salud y Protección Social (2) publicó en el mes de julio 2020 el lineamiento para el uso de pruebas moleculares RT-PCR y pruebas serológicas de anticuerpos para SARS-CoV-2 (Covid-19) en Colombia, en el cual se establecen las definiciones y los criterios de uso para pruebas diagnósticas y pruebas rápidas.

La detección de ácidos nucleicos virales por RT-PCR es el principal método utilizado para confirmar un caso sospechoso de Covid-19, desde que China liberó las secuencias del virus y se publicaron las bases de datos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado desde entonces siete protocolos para el diagnóstico basado en la RT-PCR (3).

Las pruebas de RT-PCR detectan la presencia directa del virus, fundamentada en la

amplificación del genoma de éste y han demostrado una alta sensibilidad y especificidad, por lo que se consideran la prueba estándar tanto para el seguimiento epidemiológico, como para la evaluación de pacientes en los ensayos de diagnóstico y de evaluación de intervenciones. Sin embargo, las pruebas basadas en la RT-PCR son costosas y llevan más tiempo, ya que requieren hasta 4 días con la utilización de equipos especiales y personal cualificado; además, los problemas de la cadena de suministro mundial han dado lugar a una importante escasez de reactivos esenciales; también pueden darse resultados de falsos negativos debido al bajo volumen de muestra que se utiliza, a las técnicas de muestreo, a la degradación de la muestra durante el transporte, y/o la extracción inadecuada de ácido nucleico. Así mismo, es necesario resaltar que las muestras de hisopado nasofaríngeo presentan menos sensibilidad que las muestras traqueo-bronquiales. (4)

Otras de las pruebas utilizadas son las pruebas serológicas, que analizan el componente sérico de la sangre e incluye anticuerpos contra componentes específicos del virus, la producción de anticuerpos IgG/IgM ocurre a partir del día 10 al 12, después del inicio de los síntomas). Los anticuerpos IgG e IgM se pueden detectar únicamente después de la seroconversión, durante toda la fase humoral, y después de la recuperación en pacientes que sobreviven.

En el mercado se encuentra una amplia variedad de pruebas, entre las que se destacan las pruebas de neutralización, de inmunofluorescencia y Elisa, Wester blot, cromatografía (test rápido). Sin embargo, estas presentan muy baja especificidad y baja sensibilidad, problemas de reproducibilidad, aumento de la probabilidad de falsos negativos y falsos positivos por el potencial de reactividad cruzada con otros coronavirus y no aportan información sobre la cantidad de virus presente. (3,6)

Por tanto, es prematuro usar estas pruebas para determinar estándares de rendimiento. Estas pruebas basadas en la detección de anticuerpos IgM/IgG pueden ayudar a investigar un brote en curso o a realizar una evaluación retrospectiva de la tasa de infección.

Las Pruebas de detección de Antígenos presentan como ventajas la rapidez en la obtención de los resultados, que es más económica y se facilita su realización para grandes volúmenes de muestras, se puede realizar dentro o fuera del laboratorio, según las especificaciones del fabricante. Como desventajas se encuentra que presentan una menor especificidad y sensibilidad que las pruebas de PCR lo que aumenta la probabilidad de falsos negativos y falsos positivos.

Además de las pruebas para detección del virus, otras opciones como la Tomografía Axial computarizada de tórax (TAC) es otro método diagnóstico prometedor, especialmente en países con bajos recursos económicos, una investigación resaltó que la sensibilidad de la TAC para la infección por Covid-19 era del 98 %, en comparación con la sensibilidad de la PCR del 71 %. En los pacientes con resultados negativos de PCR, el 75 % tuvieron resultados positivos en la TAC de tórax. De estos, el 48% se consideraron casos altamente probables y el 33 % como probables. (7,8)

Como se ha mostrado, cada prueba tiene su valor en el diagnóstico; sin embargo, diferentes autores mencionan que deberían combinarse las características clínicas, las imágenes de tórax, las pruebas tanto de RT-PCR como las serológicas, para tener una mayor certeza a la hora de confirmar los casos. (1,3)

## Referencias

1. Calvache, Johanna Mercedes Meza, Alex Daniel Estrada Rodríguez, Carlos Bismark Chabusa Martínez, y Victor Alfonso Velasco Paucar. «Utilidad de Pruebas de cadena de polimerasa, pruebas rápidas y Tomografías en pacientes con Covid-19». *Journal of America health* 3, n.º 2 (17 de julio de 2020): 32-39. <https://doi.org/10.37958/jah.v3i2.28>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el uso de pruebas moleculares RT-PCR y pruebas serológicas de anticuerpos para SARS-COV-2 (COVID-19) en Colombia. Julio 2020.
3. Tan, An Sen, Sanjna Nilesh Nerurkar, Wei Chang Colin Tan, Denise Goh, Chi Peng Timothy Lai, y Joe Poh Sheng Yeong. «The Virological, Immunological, and Imaging Approaches for COVID-19 Diagnosis and Research». *Slas Technology*, 18 de agosto de 2020. <https://doi.org/10.1177/2472630320950248>.
4. Lu, Hongzhou, Charles W. Stratton, y Yi-Wei Tang. «An Evolving Approach to the Laboratory Assessment of COVID-19». *Journal of Medical Virology*, 29 de abril de 2020. <https://doi.org/10.1002/jmv.25954>.
5. Guo, Li, Lili Ren, Siyuan Yang, Meng Xiao, De Chang, Fan Yang, Charles S Dela Cruz, et al. «Profiling Early Humoral Response to Diagnose Novel Coronavirus Disease (COVID-19)». *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 21 de marzo de 2020. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa310>.
6. Priscilia Aguilar Ramírez, Yanina Enriquez Valencia; Carlos Quiroz Carrillo; Edward Valencia Ayala; Joel de León Delgado; Arturo Pareja Cruz. Pruebas diagnósticas para la COVID-19: la importancia del antes y el después. *Horiz Med (Lima)* 2020; 20(2): e1231.

<https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n2.14>

7. Pascarella, Giuseppe, Alessandro Strumia, Chiara Piliago, Federica Bruno, Romualdo Del Buono, Fabio Costa, Simone Scarlata, y Felice Eugenio Agrò. «COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review». *Journal of Internal Medicine*, 13 de mayo de 2020. <https://doi.org/10.1111/joim.13091>.
8. Press, Europa. «La tomografía de tórax es la mejor prueba para diagnosticar el coronavirus, según estudio». Europa Press, 27 de febrero de 2020. <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-tomografia-torax-mejor-prueba-diagnosticar-coronavirus-estudio-20200227171650.html>.



**Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en BOGOTÁ,  
con corte a periodo 7 de 2020 (Periodo epidemiológico 7 del 14 de junio al 11 de julio de 2020 - Información Preliminar)**

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engativá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	639	77	212	29	916	100	1.413	165	181	22	189	20	10.354	1.164
Bajo peso al nacer	110	117	12	42	6	213	35	323	32	38	4	37	3	2.655	337
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	124	17	29	2	210	21	232	20	27	2	37	4	1.823	181
Cáncer en menores de 18 años	115	11	0	3	0	22	3	34	0	5	0	4	0	365	39
Chagas agudo	205	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	12	1
Chagas crónico	205	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	12	1
Chikungunya	217	17	0	1	0	4	0	13	0	0	0	1	0	52	1
Defectos congénitos	215	33	4	16	1	61	6	85	6	14	0	7	0	875	100
Dengue	210	73	3	24	0	114	1	139	2	19	0	35	0	1.424	36
Dengue grave	220	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	14	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	23	3	8	0	40	1	117	7	8	0	8	1	1.075	74
Endometritis Puerperal **	351	3	0	7	1	4	0	9	0	4	0	13	1	94	8
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	2
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	537	393	91	67	496	374	883	647	100	73	113	78	8.360	5.500
Enfermedades huérfanas-raras	342	92	13	33	2	124	13	137	11	19	3	25	3	2.255	151
Evento adverso seguido a la vacunación	298	5	3	1	0	4	0	5	2	0	0	0	0	50	14
Exposición a flúor	228	0	0	2	0	7	0	1	0	0	0	1	0	397	3
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Hepatitis A	330	6	0	4	0	12	1	13	0	3	0	1	1	85	4
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	16	0	12	2	12	2	29	5	5	1	9	1	239	26
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	80	29	56	18	9	2	43	12	15	2	56	19	528	141
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	73	48	29	11	153	90	184	91	32	22	43	20	2.250	1.182
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	18	1	21	3	11	0	20	1	10	1	49	4	259	19

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engativá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Intento de suicidio	356	5	0	1	0	7	0	8	0	2	0	1	0	1.548	200
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	93	10	47	5	112	6	188	27	32	1	30	3	1.319	122
IRA Virus Nuevo (2020)	346	2.126	1.525	808	536	3.066	2.122	4.888	3.679	580	421	587	403	51.107	34.161
Leishmaniasis Cutánea	420	2	0	2	0	7	2	9	0	0	0	0	0	150	6
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Lepra	450	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	10	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	14	0
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	19	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	35	1
Malaria	465	4	0	1	0	2	0	6	0	3	0	1	0	93	5
Meningitis	535	2	0	1	0	5	0	5	1	1	0	1	0	46	2
Morbilidad materna extrema	549	123	20	28	8	239	28	384	53	49	9	39	5	3.553	471
Mortalidad materna datos básicos	551	1	0	0	0	3	0	4	2	0	0	0	0	33	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	27	4	10	0	54	10	75	5	11	1	9	2	814	110
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Parotiditis	620	135	5	44	2	131	6	260	14	27	2	35	2	1.486	60
Sarampión	730	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Sífilis congénita	740	6	1	3	0	8	2	22	3	5	1	2	0	215	26
Sífilis gestacional	750	17	2	5	1	51	8	82	14	8	2	5	0	718	112
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tos ferina	800	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	12	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacorresistente)	813	29	5	6	1	42	6	62	1	7	0	11	0	710	77
Varicela Individual	831	201	4	44	3	238	10	442	25	54	2	46	1	2.730	125
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	83	15	12	0	122	5	170	12	24	2	28	6	8.735	1.116
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	13	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	138	11	74	12	216	21	333	51	61	3	69	9	2.340	249
Zika	895	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	16	1
<b>Total por localidad</b>		<b>4.864</b>	<b>2.205</b>	<b>1.679</b>	<b>710</b>	<b>6.721</b>	<b>2.875</b>	<b>10.633</b>	<b>4.889</b>	<b>1.344</b>	<b>574</b>	<b>1.492</b>	<b>586</b>	<b>10.8919</b>	<b>45.836</b>

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santafé		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	243	27	618	74	104	17	123	17	41	0	568	76	10.354	1.164
Bajo peso al nacer	110	60	5	120	12	34	3	12	2	7	1	125	13	2.655	337
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	30	2	77	8	28	1	25	4	2	0	68	4	1.823	181
Cáncer en menores de 18 años	115	4	1	10	0	3	0	4	1	2	0	9	0	365	39
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1
Chikungunya	217	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	52	1
Defectos congénitos	215	19	1	47	7	12	1	13	2	4	1	37	1	875	100
Dengue	210	5	0	30	0	12	0	8	0	3	0	31	0	1.424	36
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	17	2	63	5	9	1	10	0	4	0	70	7	1.075	74
Endometritis Puerperal **	351	0	0	11	1	16	3	0	0	0	0	4	0	94	8
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	185	114	526	334	143	80	122	85	46	24	551	364	8.360	5.500
Enfermedades huérfanas-raras	342	21	1	34	3	20	2	10	1	5	0	45	6	2.255	151
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	4	2	1	0	2	1	0	0	3	1	50	14
Exposición a flúor	228	38	0	54	0	4	0	12	0	3	0	24	0	397	3
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Hepatitis A	330	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	0	85	4
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	10	1	6	1	3	0	3	0	3	0	5	1	239	26
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	6	0	54	6	80	16	20	1	0	0	10	3	528	141
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	65	44	152	85	72	37	40	19	16	9	148	86	2.250	1.182
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	33	2	37	4	2	0	0	0	6	0	259	19
Intento de suicidio	356	3	1	5	0	0	0	2	0	0	0	2	0	1.548	200
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	19	5	55	6	16	1	19	2	3	0	62	5	1.319	122

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santafé		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
IRA Virus Nuevo (2020)	346	794	602	2.169	1.502	884	471	785	513	265	170	2.310	1.624	51.107	34.161
Leishmaniasis Cutánea	420	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	150	6
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Lepra	450	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	1
Malaria	465	6	1	3	0	0	0	2	0	0	0	2	1	93	5
Meningitis	535	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	46	2
Morbilidad materna extrema	549	79	9	158	21	48	4	36	5	22	2	176	19	3.553	471
Mortalidad materna datos básicos	551	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	33	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	9	0	28	6	9	0	6	2	5	1	35	5	814	110
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Parotiditis	620	17	1	61	1	15	1	17	1	2	0	99	3	1.486	60
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Sífilis congénita	740	4	0	6	1	13	2	5	0	4	0	15	2	215	26
Sífilis gestacional	750	18	3	35	8	39	5	12	1	7	0	49	6	718	112
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	12	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacorresistente)	813	24	0	37	11	21	1	6	1	6	1	45	4	710	77
Varicela Individual	831	52	2	118	4	39	4	32	1	2	0	119	3	2.730	125
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	118	13	451	50	76	7	64	7	21	4	321	27	8.735	1.116
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	13	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	73	9	112	12	54	8	32	2	15	0	78	12	2.340	249
Zika	895	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	16	1
<b>Total por localidad</b>		<b>1.928</b>	<b>844</b>	<b>5.084</b>	<b>2.163</b>	<b>1.798</b>	<b>669</b>	<b>1.428</b>	<b>668</b>	<b>490</b>	<b>213</b>	<b>5.030</b>	<b>2.273</b>	<b>10.8919</b>	<b>45.836</b>

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur Occidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	792	84	1.055	115	366	45	331	44	10.354	1.164
Bajo peso al nacer	110	201	27	277	45	90	10	55	7	2.655	337
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	127	17	217	13	83	9	55	6	1.823	181
Cáncer en menores de 18 años	115	19	3	20	3	11	2	7	2	365	39
Chagas agudo	205	0	0	2	0	1	0	0	0	12	1
Chagas crónico	205	0	0	2	0	1	0	0	0	12	1
Chikungunya	217	3	0	2	0	1	0	0	0	52	1
Defectos congénitos	215	57	9	102	12	25	5	27	0	875	100
Dengue	210	72	0	157	0	53	0	49	0	1.424	36
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	14	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	108	7	152	8	38	2	30	1	1.075	74
Endometritis Puerperal **	351	12	2	0	0	0	0	0	0	94	8
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	1	1	0	0	0	0	4	2
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	562	339	1034	540	279	187	248	165	8.360	5.500
Enfermedades huérfanas-raras	342	75	10	131	11	38	3	34	3	2.255	151
Evento adverso seguido a la vacunación	298	8	1	10	3	2	0	3	1	50	14
Exposición a flúor	228	72	2	38	0	36	0	16	0	397	3
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Hepatitis A	330	3	0	11	0	1	0	5	1	85	4
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	18	1	29	4	9	0	7	1	239	26
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	44	13	0	0	0	0	528	141
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	150	75	291	124	80	44	79	45	2.250	1.182
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	12	2	6	0	2	0	0	0	259	19
Intento de suicidio	356	9	4	10	1	1	0	3	1	1.548	200
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	76	7	153	15	54	3	29	1	1.319	122

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur Occidente								TOTAL POR EVENTO	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
IRA Virus Nuevo (2020)	346	3.199	1.936	5.995	3.094	1.432	846	1.383	939	51.107	34.161
Leishmaniasis Cutánea	420	11	0	11	0	5	0	43	1	150	6
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Lepra	450	1	0	2	0	0	0	0	0	10	1
Leptospirosis	455	1	0	2	0	3	0	1	0	14	0
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	2	0	0	0	2	0	19	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	2	1	0	0	1	0	35	1
Malaria	465	10	2	6	1	3	0	1	0	93	5
Meningitis	535	3	0	7	0	0	0	1	0	46	2
Morbilidad materna extrema	549	335	57	426	46	131	17	66	4	3.553	471
Mortalidad materna datos básicos	551	4	1	1	0	1	0	0	0	33	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	63	10	102	15	24	2	12	1	814	110
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Parotiditis	620	104	1	186	9	53	3	56	3	1.486	60
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Sífilis congénita	740	22	4	22	5	7	1	5	0	215	26
Sífilis gestacional	750	70	15	90	12	23	4	7	0	718	112
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacorresistente)	813	44	5	67	6	21	3	23	4	710	77
Varicela Individual	831	169	12	357	16	107	8	82	2	2.730	125
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	674	45	713	61	117	13	120	14	8.735	1.116
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	1	0	1	0	1	0	0	0	13	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	168	16	266	25	82	8	71	6	2.340	249
Zika	895	0	0	2	0	1	0	1	0	16	1
<b>Total por localidad</b>		<b>7.256</b>	<b>2.694</b>	<b>12.005</b>	<b>4.199</b>	<b>31.82</b>	<b>1.215</b>	<b>2.853</b>	<b>1.252</b>	<b>10.8919</b>	<b>45.836</b>

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur								Total por evento	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	2	0	0	0	0	0	0	0	7	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	550	50	193	20	855	91	1	0	10.354	1.164
Bajo peso al nacer	110	147	16	79	14	267	34	3	0	2.655	337
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	55	5	25	1	86	8	0	0	1.823	181
Cáncer en menores de 18 años	115	9	2	6	0	21	2	0	0	365	39
Chagas agudo	205	0	0	0	0	1	1	0	0	12	1
Chagas crónico	205	0	0	0	0	1	1	0	0	12	1
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	52	1
Defectos congénitos	215	25	5	17	3	73	11	3	0	875	100
Dengue	210	27	0	20	0	47	1	0	0	1.424	36
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	14	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	67	8	16	1	147	11	1	0	1.075	74
Endometritis Puerperal **	351	0	0	0	0	10	0	0	0	94	8
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	387	250	237	168	740	502	3	2	8.360	5.500
Enfermedades huérfanas-raras	342	44	2	24	5	40	5	1	0	2.255	151
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	1	0	0	0	50	14
Exposición a flúor	228	9	0	20	0	45	1	3	0	397	3
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Hepatitis A	330	0	0	0	0	2	0	0	0	85	4
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	12	1	3	1	6	0	0	0	239	26
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	30	15	25	5	0	0	528	141
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	90	54	66	41	212	134	0	0	2.250	1.182
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	2	1	28	0	0	0	259	19
Intento de suicidio	356	1	0	3	0	3	1	0	0	1.548	200
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	77	2	27	1	86	9	0	0	1.319	122
IRA Virus Nuevo (2020)	346	1.654	1.132	1.117	825	2.749	1.796	9	6	51.107	34.161
Leishmaniasis Cutánea	420	3	0	11	3	5	0	0	0	150	6
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur								Total por evento	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	2	0	0	0	14	0
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	6	0	2	0	0	0	19	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	1	0	1	0	1	0	0	0	35	1
Malaria	465	3	0	4	0	3	0	2	0	93	5
Meningitis	535	1	0	3	0	2	0	0	0	46	2
Morbilidad materna extrema	549	195	24	78	13	319	48	3	0	3.553	471
Mortalidad materna datos básicos	551	2	1	0	0	2	0	0	0	33	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	54	9	18	3	81	8	1	0	814	110
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Parotiditis	620	48	0	32	1	72	2	1	0	1.486	60
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Sífilis congénita	740	7	0	5	0	24	3	0	0	215	26
Sífilis gestacional	750	39	5	17	3	82	16	1	0	718	112
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tos ferina	800	1	0	0	0	2	0	0	0	12	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacorresistente)	813	31	5	22	4	50	6	0	0	710	77
Varicela Individual	831	136	7	65	1	255	9	4	0	2.730	125
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	231	18	85	6	379	30	4	0	8.735	1.116
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	1	0	3	1	0	0	13	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	63	4	44	9	160	12	0	0	2.340	249
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	16	1
<b>Total por localidad</b>		<b>3.971</b>	<b>1.600</b>	<b>2.277</b>	<b>1.139</b>	<b>6.890</b>	<b>2.748</b>	<b>40</b>	<b>8</b>	<b>10.8919</b>	<b>45.836</b>

\* ac - acumulado (Del 29 de diciembre de 2019 al 11 de julio de 2020) - \* pe - periodo (Del 14 de junio al 11 de julio de 2020) - \*\* Eventos reportados según localidad de notificación. - \*\*\* Eventos que por definición de caso, quedan en estudio (sospechosos o probables). NOTA: Por la dinámica del análisis de la información, los casos pueden presentar procesos de ajuste y clasificación. Para el periodo se reporta 3 casos de Síndrome Rubeola Congénita los cuales se encuentran en estudio y dos casos de Sarampión, los cuales uno es importado y el segundo se encuentra en estudio. Los siguientes eventos no se reportaron en el periodo: Carhunco, Cólera, Difteria, Ébola, Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos, Encefalitis Equina del Este en Humanos, Encefalitis Equina del Oeste en Humanos, Encefalitis Equina Venezolana en Humanos, Enfermedades de Origen Priónico, Fiebre Amarilla, Leishmaniasis Visceral, Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años), Peste (Bubónica / Neumónica), Rabia animal en perros y gatos, Rabia humana, Rubéola, Tétanos neonatal, Tifus endémico transmitido por pulgas, Tifus epidémico transmitido por piojos, Vigilancia de la Rabia por laboratorio. Elaborado: Ing. Rubén Rodríguez, Epidemiólogo SIVIGILA.

Fuente: Base SIVIGILA Nacional ver 2018 - 2020 - Información preliminar 2020



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
**SALUD**

