



Gestión del riesgo colectivo: intervención de APS que permite dar continuidad en la atención en salud

Contenido

Editorial	3
Artículo central	4
Noticia epidemiológica	15
Comportamiento de eventos a escala internacional	23
Comportamiento de eventos a escala distrital	26

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretario de Salud Pública (E)
Manuel Alfredo González Mayorga

Coordinación general del documento

Director de Epidemiología, Análisis y Gestión
de Políticas de Salud Colectiva
Manuel Alfredo González Mayorga

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Comité editorial

Elkin Osorio Saldarriaga
Libia Janet Ramírez Garzón
Diane Moyano Romero
Sandra Liliana Gómez Bautista
Hernán Alexis Vargas Bustos
Leonardo Salas Zapata

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

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Ronald Ramírez López

Corrección de estilo
José Aldemar Garzón González

Diseño y diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada
www.bogota.gov.co

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2019
www.saludcapital.gov.co

Contenido

Editorial 3

Gestión del riesgo colectivo: intervención
de APS que permite dar continuidad en
la atención en salud 4

Urgencias y Emergencias en Salud
Pública Análisis de Brotes de Enfermedades
Transmisibles 2019 15

Vapeo: definición y riesgos a la salud
¿controversia?

El vapeo no está exento de riesgos a la
salud, será regulado 23

Comportamiento de la notificación de
casos confirmados, para los eventos
trazadores, en Bogotá 26

Editorial

Con la Política de Atención Integral en Salud, producto de lo ordenado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, emerge el concepto de gestión integral del riesgo en salud (GIRS) como una estrategia transversal que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, intervenir y hacer seguimiento a los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o mitigar su evolución y consecuencias en un continuo que abarca intervenciones poblacionales, colectivas e individuales desde la promoción hasta la paliación.

Se fundamenta en la Atención Primaria en Salud - (APS) y por tanto, promueve la participación social, coordinación e integración de agentes, usuarios y otros actores asegurando suficiencia, equidad, eficiencia y sostenibilidad de la respuesta sanitaria esencial con los medios aceptables para la población. El objetivo de la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios con el sistema y costos acordes a los resultados obtenidos.

Su implementación requiere una autoridad sanitaria fortalecida que lidere, dirija y coordine la agenda sectorial e intersectorial hacia la afectación positiva de los determinantes de la salud; el mejoramiento progresivo de las capacidades de gestión del riesgo por parte de todos los agentes del sistema de salud y la Participación Social efectiva, entendida como el derecho que tiene cada ciudadano, ciudadana y colectivo a afectar las decisiones que inciden en su bienestar. En este contexto y desde el punto de vista de las personas como centro y finalidad de los sistemas de salud, la GIRS se concreta en las “decisiones y acciones que los individuos toman para promover y proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea”, apoyados por los agentes del sistema de salud y de otros sectores quienes generan condiciones para involucrar a las personas en todos los niveles del Sistema con el fin de desarrollar capacidades para el cuidado de su salud de salud y la toma de decisiones.

Sistematizar experiencias relacionadas con el seguimiento, monitoreo, análisis y evaluación de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y bienestar de la población que genere conocimiento en un proceso virtuoso de implementación de la gestión integral del riesgo, es el propósito del presente Boletín Epidemiológico Distrital.

Gestión del riesgo colectivo: intervención de APS que permite dar continuidad en la atención en salud

Sofía Rios,
Leonardo Salas,
Edizabeth Ramirez,
Patricia Arce,
Juliana Damelines,
Kimberly Piñeros,
Diane Moyano,
Catherin Rodríguez

Resumen

La gestión del riesgo colectivo, abordada desde una perspectiva de articulación de las acciones individuales con las familias y colectivos, debe mostrar resultados diferenciados permitiendo ver la operacionalización del plan de acciones colectivas con el accionar de las EAPB. Para esto se retoma el concepto de Atención Primaria en Salud (APS) y se articula con los gestores comunitarios los cuales permiten evidenciar los resultados. Objetivo: analizar la gestión del riesgo colectivo en salud por medio de la afectación de los determinantes sociales intermedios en la ciudad de Bogotá entre el año 2017 y 2019. Metodología: estudio de caso sobre la estrategia de gestión del riesgo basada en APS. Para esto, se estructuraron tres fases el estudio; fase I (identificación de riesgos), fase II (análisis de riesgos colectivos) y fase III (intervención centrada en las personas). Resultados: se mencionan las acciones realizadas en una EAPB - Subsidiada que permiten mitigar y/o disminuir la externalidad que representa en los indicadores de morbilidad y mortalidad. Particularmente, la acción del gestor permitió evidenciar cuatro

grupos de cohortes: gestantes, niños y niñas menores de 5 años, detección temprana de cáncer cérvico-uterino y enfermedades crónicas. Conclusiones: los gestores de riesgo son un insumo útil como estrategia en APS en la ciudad de Bogotá, debido a que se identificó adecuadamente a la mayoría de la población en riesgo y se canalizó oportunamente a las entidades prestadoras de servicio pudiendo tener resultados beneficiosos para la población.

1. Introducción

La gestión del riesgo, desde la perspectiva de la administración, es concebida como un “proceso sistemático que permite la mejora continua en la toma de decisiones, la planificación y, en consecuencia, el desempeño de las organizaciones, en aras de lograr minimización de las pérdidas y maximización de ganancias”. (1,2) En salud pública, la gestión del riesgo es el resultado de un desarrollo histórico que busca integrar diferentes elementos (3) para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o, si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y consecuencias. (4) Específicamente, en lo que respecta a las entidades territoriales en Colombia, la gestión del riesgo se da por medio de la acción coordinada de actores sectoriales y extra sectoriales en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, esto se traduce en la “afectación positiva de los determinantes que inciden en los riesgos en salud de las comunidades o colectivos y que afectan sus condiciones de salud” (4,5)

En Colombia la gestión individual del riesgo en salud incluye el desarrollo de estrategias para apoyar el autocuidado de

los individuos y sus familias y la realización de acciones para la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad. Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) son responsables del seguimiento de cohortes de grupos de riesgo y de la ejecución del componente individual de los programas de salud pública. (6) Dichas empresas y las Entidades Territoriales deben articular las intervenciones colectivas e individuales propendiendo por la integralidad y continuidad de la atención de las personas, y la realización de actividades complementarias.

Para lograr esto, el país avanzó en la implementación del Modelo de Atención en Salud (MIAS), el cual considera entre otros, la organización de la atención de los afiliados según los riesgos identificados, la articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes del Sistema de Salud alrededor de las prioridades territoriales en salud. (7) En ese sentido, los entes territoriales tienen la responsabilidad de definir estrategias que modifiquen los determinantes sociales que se asocian a riesgos y condiciones de salud a nivel comunitario o colectivo; mientras que, la gestión del riesgo individual, a cargo de las EPS, tienen la responsabilidad de identificar y clasificar prioridades y grupos de riesgo para organizar la red de prestación de servicios según los riesgos.

Para su operación en Bogotá, se retomaron los planteamientos de la Atención Primaria en Salud (APS) la cual es definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsa-

bilidad y autodeterminación. La APS forma parte tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad...” (8)

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), por medio de la declaración de Astaná, reafirma la anterior definición y propone: “Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos”. (9,10) De igual forma, indica que para que la APS sea sostenible se deberá: “Reforzar la capacidad y las infraestructuras de la atención primaria —el primer contacto con los servicios de salud— dando prioridad a las funciones esenciales de salud pública” (9) Asimismo, el país le apostó al MIAS y por medio de las Rutas de Atención Integral en Salud – RIAS – busca complementar las acciones de gestión del riesgo colectivo en interacción con la gestión individual del riesgo.

Planes de Beneficios-EAPB-, Administradora

De acuerdo con lo anterior, es claro que, para un buen desarrollo de la gestión del riesgo en una ciudad como Bogotá, es necesario integrar las acciones familiares, colectivas y poblacionales con las individuales, para esto tal y como lo indica la normativa nacional deben garantizar y “definir previamente los mecanismos de gestión y coordinación con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Administradora de Riesgos Laborales (ARL) e Instituciones Prestadoras de Salud-IPS- que garanticen el acceso efectivo de la población canalizada” así como “el mecanismo para el modelo de evaluación” que se debe dar en la gestión del riesgo. (11,12)

Es así como para lograr dicha articulación, se propone una intervención a

través de los “gestores del riesgo”, los cuales son personas con un entrenamiento en salud (técnicos y auxiliares), que permiten un abordaje integral que parte del enfoque de riesgo hasta el abordaje del contexto, para de esta forma afectar determinantes sociales intermedios, generar alertas que promuevan un cambio en las condiciones de salud de las comunidades y, a su vez, dar un continuo en la atención, debido a que, al ser la puerta de entrada, permite garantizar que se realice una canalización a la gestión del riesgo individual y que en el seguimiento se evidencie una prestación de servicios diferenciada. (13–15)

La acción de los gestores del riesgo es conocida en la literatura como promotor o agente de salud; (16) sin embargo, el gestor del riesgo en la ciudad de Bogotá tiene una connotación diferenciada; esto dado que, el abordaje se hace a las personas identificadas bajo unos criterios de riesgo, que se basan en la priorización del plan territorial de salud, y que son consideradas como de alta externalidad, a partir del cual el gestor deberá realizar canalización a servicios sociales y de salud.

Si bien, la gestión del riesgo a nivel territorial se basa en la afectación positiva de los determinantes, para este caso, se abordará la afectación a los determinantes intermediarios de la salud. Específicamente, lo relacionado con el acceso a los servicios de salud, los factores conductuales, psicosociales y culturales que de allí se desprenden y que permiten visibilizar el accionar de salud pública. (11)

Para evaluar la gestión del riesgo en salud, se plantea la integración de las acciones de la promoción de la salud en la afectación de los determinantes sociales intermedios de la salud, siendo identificados

los individuos a intervenir por medio de las cohortes que hacen parte de la gestión del riesgo en Bogotá.

2. Metodología

Se realiza un estudio de caso sobre la estrategia de gestión del riesgo basada en APS, implementada en la ciudad de Bogotá durante los años 2017–2019. Se describe la estrategia de priorización de zonas vulnerables en la ciudad, y cómo opera la acción realizada por el gestor del riesgo desde la estrategia de cuidado familiar del plan de intervenciones colectivas (PIC), dentro de las acciones operativas del espacio vivienda¹.

Para la identificación de la población con mayor riesgo, se realizó un ejercicio de caracterización en la ciudad, a partir de los datos de afiliación por régimen, sumado al seguimiento a las actividades de detección temprana² o protección específica³ (PEDT) registrada desde las EAPB, para este caso se escogieron las EAPB que concentraban mayor población tanto para el régimen subsidiado como para el contributivo, es válido

1 El espacio vivienda hace referencia al “espacio donde transcurre la cotidianidad de la interacción de la familia. Desde la visión integrada el espacio vivienda, debe incluir el abordaje de familias e individuos en sus hogares o en instituciones de protección y restitución de derechos (centros de reclusión, instituciones de protección a menores, entre otros) que hacen sus veces y de la infraestructura para garantizar una vivienda saludable en el entorno barrial. Las acciones están mediadas por el fortalecimiento del cuidado”. (18,19) El alcance del Espacio Vivienda son las personas, las familias y cuidadores, que habitan en un contexto social compartido en la escuela, el trabajo y el espacio público.

2 Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. (19)

3 Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. (19)

indicar que para el régimen subsidiado se escogen dos EAPB, con la finalidad de conocer qué tanto se está garantizando el acceso a la prestación del servicio en esta población. Se utiliza la herramienta ArcGis 10.7.1 para realizar el ejercicio de georreferenciación de la población afiliada al régimen subsidiado, e identificar las zonas de Bogotá donde se concentra esta población.

A partir del reconocimiento de estas zonas, los gestores del riesgo focalizaron su accionar por medio de un proceso que puede ser explicado en tres fases:

- » **Fase I.** Identificación de riesgos: se define como personas en riesgo, aquellas que no hayan tenido en el último año acercamiento a los servicios de salud. Esta población se identifica de acuerdo con los registros de las consultas de PEDT.
- » **Fase II.** Análisis de riesgos colectivos: a partir de los datos disponibles de la población identificada en la fase I, tales como, los datos demográficos y el comportamiento de indicadores trazadores de mortalidad y morbilidad, se realiza una georreferenciación que permitirá identificar la concentración de personas en riesgo en la ciudad.
- » **Fase III.** Intervención centrada en las personas: cuando se planea la gestión del riesgo se usan dos criterios de inclusión: 1. Población que no haya asistido en el último año a una consulta de PEDT y 2. Que la información de residencia y contacto telefónico sea identificable. Para poder identificar de esta forma la población, se requiere de un proceso de articulación con las EAPB, el cual permitirá el continuo del cuidado y, por ende, evidenciar un beneficio en la población. El gestor del riesgo, una vez tiene la ruta, aborda a cada una

de las familias identificadas y les aplica el instrumento de "Identificación de necesidades de atención en acciones de PEDT y evaluación del riesgo", este instrumento arroja una clasificación de alerta de riesgo familiar y la necesidad de intervención de la siguiente manera:

- **Alta:** Necesidad imperante de consulta para el usuario o algún miembro de la familia "atención médica prioritaria". El gestor deberá asignar la cita vía telefónica para el mismo día, de manera coordinada con los profesionales a cargo, y realizar el seguimiento de cumplimiento.
- **Media:** Necesidad de cita médica para el usuario o algún miembro de la familia. El gestor del riesgo deberá coordinar el agendamiento de la cita para los 3 días siguiente a su visita y realizar seguimiento telefónico al cumplimiento de la misma.
- **Baja:** La familia o el individuo en el momento no tienen ningún riesgo potencial en su salud detectado y no requiere de citas médicas. El gestor brinda información en salud sobre signos de alarma y, si hay niños menores de 5 años o embarazadas en el entorno familiar, también se brinda información sobre la oferta institucional.

3. Resultados

Identificación de riesgos

A partir de la caracterización se identificó que del total de población afiliada ($n=7'567.287$) en Bogotá, el 17,1 % ($n=1.291.158$) estaba afiliada al régimen subsidiado y que, de éste, el 79 % ($n=981.505$) se encuentran afiliados a la EAPB subsidiado I, seguido del

8,24 % que corresponde a la EAPB subsidiado II (n=102.731).

Frente a las acciones de PEDT, se obtuvo como resultado que la proporción de coberturas en los principales indicadores de seguimiento por el MinSalud, están por debajo del 50 % en la mayoría de los indicadores para el año 2016, evidenciado

indicadores como: proporción de gestantes con captación temprana a control prenatal, proporción de gestantes con consejería en lactancia materna, proporción de gestantes con tamizaje para sífilis, proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina, proporción de niños menores de cinco años con control de crecimiento y desarrollo entre otros.

Tabla 1. Indicadores PEDT para las dos EAPB con mayor concentración de personas del régimen subsidiado, Bogotá 2016

Indicadores PEDT	EAPB_Contributivo	EAPB_Subsidiado I	EAPB_Subsidiado_II
Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	57,94	33,66	37,55
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	18,60	18,09	26,99
Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	55,19	19,60	27,69
Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B	59,07	28,66	42,43
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	73,87	38,70	56,37
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH	61,27	45,13	45,22
Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	64,30	45,61	30,02
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	54,61	46,83	20,99
Proporción de mujeres con toma de mamografía	44,75	19,26	9,59
Proporción de personas con consulta del adulto	4,94	8,32	5,93
Proporción de personas con consulta del joven	14,60	11,57	6,49

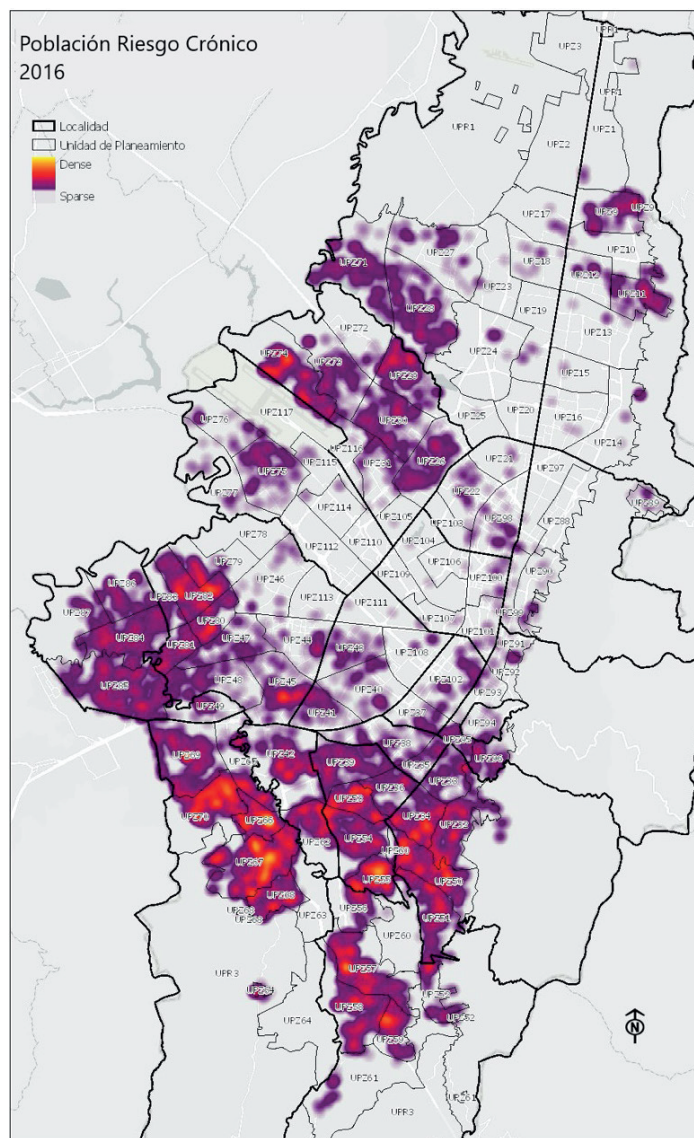
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Seguimiento de actividades de protección específica y detección temprana. Fecha de consulta: septiembre 2019.

4. Análisis de riesgos colectivos

Identificando que el mayor riesgo de enfermar o morir se encuentra en la población afiliada al régimen subsidiado, y que éste está mediado por las condiciones de vulnerabilidad social y económica, y de las relacionadas con el entorno donde se desarrollan sus vidas, el ejercicio de georreferenciación

de población afiliada al régimen subsidiado, tomando como referente la EAPB subsidiado I, ya que concentra el 79 % de la población del Distrito Capital, identificando que el asentamiento poblacional se encuentra en las localidades y Unidades de Planeación Zonal (UPZ) que históricamente son reconocidas en la ciudad por presentar indicadores elevados de mortalidad y morbilidad.

Figura 1. Población con riesgo de enfermedad crónica en la ciudad de Bogotá, perteneciente a la EAPB subsidiado 1 Salud en el año 2016



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad (ACCVSyE). Bogotá, 2016.

5. Intervención centrada en la persona

Esta intervención se hace a partir del análisis de riesgos colectivos, la cual permite gestionar la salud de la población con la intención de incidir en los indicadores de manera positiva. A partir de esto, la acción del gestor de riesgo recobra un valor no solo desde el punto de vista de su quehacer, sino social, debido a que son personas que se acercan a la comunidad con la finalidad de canalizar a los servicios sociales y de salud, este último guiado a la prestación del servicio. Específicamente, se logró identificar que la acción del gestor permitió un acercamiento con las familias y comunidades, lo que conlleva a que se obtengan datos a favor de la interacción con el sistema de salud. Para ilustrar, la acción del gestor permitió evidenciar cuatro cohortes de seguimiento: cohorte de gestantes, cohorte de niños y niñas menores de 5 años, cohorte de detección temprana de cáncer cérvico-uterino y cohorte de condiciones crónicas. Para los años de análisis, la ciudad ha avanzado en la gestión de riesgo con corte a julio 2019, evidenciando los siguientes resultados:

1. Cohorte de gestantes: el enfoque dado es mediante la identificación de mujeres gestantes que no hayan asistido a sus controles prenatales o que tengan algún riesgo. Del total caracterizado e intervenido por los gestores (3845 gestantes), se evidenció que el 66 % (n=2573) son mujeres de EAPB subsidiado I y 33 % (n=1272) fueron identificadas a partir del diálogo comunitario de los gestores. De las mujeres pertenecientes EAPB subsidiado I, se tiene que el 46,2 % (n=1189) cursaban por la gestación, 2,44 % (n=63) estaban en puerperio inmediato y el 51,3 % (n=1321) eran mujeres en edad fértil y en post parto tardío. Respecto a las mujeres en gestación, el 81 % (n=970) asistieron a control prenatal y el 5 % (n=51) tenían patologías asociadas.

Respecto a las mujeres en puerperio inmediato, el 100 % asistieron a control post parto. Respecto a las mujeres en post parto tardío, el 100 % se canalizaron a servicios de control de fecundidad y se adhirieron a un método de planificación familiar. Del total de nacidos vivos, el 14 % (n=182) tenían bajo peso al nacer, de los cuales, el 69,2 % (n=126) se canalizaron a plan canguro y se les hizo el respectivo seguimiento para la recuperación del peso con adecuadas técnicas de lactancia materna exclusiva y estrategias de promoción de la salud. Del total de gestantes identificadas por los gestores, el 64,1 % (n=816) sin control prenatal fueron canalizadas a su respectiva EAPB.

2. Cohorte de niños y niñas menores de 5 años:

los gestores de riesgo han identificado a 36.070 niños y niñas sin control de crecimiento y desarrollo. Al 99,8 % (n=36.000) se le asignó una cita de control de crecimiento y desarrollo, de los cuales, el 52,2 % (n=18.781) ingresa a la ruta de promoción y mantenimiento. Específicamente se encontró que el 5,1 % (n=966) de los niños presentaron alertas nutricionales, dado por: 11,2 % (n=108) tenía desnutrición aguda, 43,7 % (n=422) estaba en riesgo de desnutrición, 34,8 % (n=336) estaba en sobrepeso y el 10,4 % (n=100) estaba en obesidad. Particularmente, el 100 % de los niños con desnutrición se recuperó, debido a que el 52,7 % (n=57) se encuentra en peso adecuado, el 24,1 % (n=26) está actualmente en riesgo de desnutrición y el 23,1 % (n=25) pasó de desnutrición aguda severa a moderada.

3. Cohorte de detección temprana de cáncer cérvico uterino:

los gestores de riesgo han identificado a 61.051 mujeres con necesidad de toma de citología. El 95,1 % (n=58.060) de estas mujeres ha asignado citas, sin embargo, solo el 53,9 % (n=31.318) han asistido a la cita asignada por el gestor. Las razones de inasistencia fueron: motivos personales, olvido de la cita, demora en la atención, distancia del servicio, falta de dinero y falta de interés. Del total de pacientes que asistieron a la cita, el 5,6 % (n=1.768) han tenido un resultado positivo. Además, el 58,1 % (n=1.028) de las mujeres con resultado positivo en la

citología han requerido colposcopia, de las cuales, el 36,5 % (n=375) presentó un resultado confirmado. Por otro lado, se inició tratamiento al 50 % de estas mujeres.

4. Cohorte de condiciones crónicas: los gestores de riesgo han identificado a 26.996 usuarios con alguna enfermedad crónica no transmisible (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica). El 4,2 % (n=1.124) se encontraban en alerta alta (personas con enfermedad crónica sin tratamiento y sin adherencia al programa, sin control hace más de 6 meses), de los cuales el 100 % fue asignado a consulta de medicina interna. Además, el 47,1 % (n=12.722) se encontraban en alerta media⁴, de los cuales el 76 % quedó con cita asignada. Por último, el 48,7 % (n=13.150) se encontraban en alerta baja⁵, de los cuales el 100 % fue informado y educado.

Al revisar el seguimiento a los indicadores PEDT, se evidencia para la EAPB_Sub-sidiado _I un aumento en las proporciones, se muestra el cambio porcentual para cada una de las EAPB. Ver tabla 2 (página12).

6. Conclusiones

» Los gestores de riesgo como estrategia de APS permiten una vinculación más efectiva entre la comunidad y las redes prestadoras de servicio y, por ende, genera una afectación positiva en los determinantes sociales intermedios en la población a riesgo. Así mismo, permitió asegurar una coordinación y continuidad de la atención de los servicios individuales y colectivos del Distrito Capital.

⁴ Se discrimina por los usuarios que requieren cita control al programa de crónicos y por usuarios que requieren otras actividades de PYD

⁵ usuarios que durante la visita se encuentran adherentes al programa, es decir, asisten a controles, se realizan laboratorios, toman medicamentos según prescripción y no tienen signos de alarma

» Desde la concepción del modelo propuesto en la ciudad, las acciones colectivas deben estar articuladas con la gestión del riesgo individual, ésta última está mediada por las EAPB en las cuales la Secretaría Distrital de Salud ejerce su función rectora por medio de la orientación de las acciones hacia la salud de la población, el diseño de modelos de atención basados en promoción y prevención y la garantía de las funciones esenciales de la salud pública, entre otras.

» La implementación de las rutas de atención integral permite que se establezca un canal efectivo frente a esta articulación, la cual ha generado mayor resolutivez en el momento del abordaje. En esta articulación, los gestores del riesgo que actúan en los espacios de vida cotidiana, juegan un papel imperioso en la gestión de la salud de la población, dado que ellos son los que se encargan de abordar estos colectivos de manera asertiva, por medio de la acción de los gestores se ha logrado: 1. Identificar alertas tempranas, 2. Notificar y activar las RIAS, 3. Realizar seguimiento a los individuos y familias y 4. Reducir las barreras de acceso.

Como limitación al estudio se tendrá la evaluación de las acciones frente a la reducción de los costos per cápita. (17) Por lo que es necesario poder evaluar la reducción del costo per cápita obtenido del total de las personas a las que se les ha gestionado el riesgo de manera oportuna y eficaz, para esto la ciudad debe mantener estas estrategias, dado que no solo beneficia a la población abordada, sino que genera cohesión y capital social. Lo anterior por el valor comunitario que representan los gestores del riesgo y la posibilidad de llegar a las personas con mayor vulnerabilidad.

Tabla 2. Cambio porcentual de los indicadores de PEDT para las dos EAPB con mayor población subsidiada, comparación Bogotá 2016-2018

Indicadores PEDT	EAPB_Contributivo	EAPB_Subsidiado_I	EAPB_Subsidiado_II
Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	9,9	69,2	13,5
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	62,0	100,7	76,7
Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	-43,0	189,8	124,8
Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B	-7,4	79,2	-2,6
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	4,2	58,9	8,6
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH	13,7	45,5	40,8
Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	18,0	57,5	43,3
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	9,6	22,9	28,8
Proporción de mujeres con toma de mamografía	13,3	24,1	-23,0
Proporción de personas con consulta del adulto	1024,7	112,4	-24,7
Proporción de personas con consulta del joven	242,4	288,6	-5,9

Fuente: Cálculos propios grupo ACCVSyE Subsecretaría Salud Pública –SDS- a partir de reportes PEDT.

Finalmente, no es posible afirmar que la continuidad en la gestión del riesgo basado en la atención primaria en salud y mediado por gestores, incidió en la transformación de las coberturas de las acciones de PYD, ya que esto puede estar afectado por múltiples factores.

Agradecimientos: a la subdirección de acciones colectivas de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, por el suministro de información y claridades pertinentes.

Referencias

1. INCONTEC. Norma técnica Colombia NTC- ISO 31000. Bogotá (Colombia); 2011. p. 1–20.
2. Puerto Jiménez DN. La gestión del riesgo en salud en Colombia. Facultad de Ciencias Económicas [Internet]. 2011;1–107. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>
3. Krewski D, Hogan V, Turner MC, Zeman PL, McDowell I, Edwards N, et al. An integrated framework for risk management and population health. *Human and Ecological Risk Assessment*. 2007 Nov;13(6):1288–312.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. Lineamientos de Política para el Mercado de Aseguramiento en Salud en Colombia. Bogotá: MinSalud; 2018. p. 1–17.
5. Ministerio de salud y Protección Social de Colombia. Política Integral de Atención en Salud. Colombia; 2016.
6. Superintendencia Nacional de Salud. Evaluación de la gestión del riesgo en salud. 2019 [cited 2020 Sep 24];1–24. Available from: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/AdministracionSIG/RIPD03.docx>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Conclusiones jornadas. Cuéntanos tu experiencia en gestión del riesgo en salud. 2018 [cited 2020 Sep 24];1–5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/conclusiones-jornada-experiencia-gestion-riesgo-salud-2018.pdf>
8. OMS. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. 2012;8–10. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270
9. The Lancet. The Astana Declaration: the future of primary health care? *The Lancet*. 2018;
10. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Astaná [Internet]. 2018 p. 12. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015. Diario oficial N°49436 [Internet]. 2015;2015(49). Available from: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MSPS_0518_2015.pdf
12. Alzate MR, Angulo Espinosa SI, Segura Cardona AM, Trujillo Zea A. Elementos para la gestión de riesgos en las entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Colombia. *Revista CES Medicina*. 2010;24(1):19–35.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 3280. Bogotá; Colombia; 2018 p. 1–348.
14. Chomalí Garib M, Miranda Suarez F. Gestión de riesgos en la atención de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. *Rev Méd Clín Condes* [Internet]. 2003;14(4):180–5. Available from: <http://pesquisa.bvsa-lud.org/portal/resource/pt/lil-401318>
15. Struijs JN, Drewes HW, Heijink R, Baan CA. How to evaluate population management? *Transforming the Care*

- Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. Health Policy [Internet]. 2015;119(4):522–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.003>
16. Ferreira GR, Goede H, Silva HT, Giovanella L, Ramirez NA, Istúriz OF, et al. Atención Primaria de Salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Unasur Isags; 2015. 300.
 17. Hendriks RJP, Drewes HW, Spreeuwenberg M, Ruwaard D, Struijs JN, Baan CA. Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. Health Policy [Internet]. 2016;120(5):471–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.008>
 18. Secretaría Distrital de Salud. Guía técnica para la operación del plan de salud pública de intervenciones colectivas [Internet]. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá: SDS; 2016. p. 1–69. Available from: http://saludcapital.gov.co/Documents/Guia_Tecnica_Operacion_del_Plan_SP_IC.pdf
 19. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 [Internet]. Ministerio de Salud Colombia; 2000 p. 1–6. Available from: http://www.convergenciacoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion_412.pdf



Urgencias y Emergencias en Salud Pública

Análisis de Brotes de Enfermedades Transmisibles 2019

Nelly Yaneth Rueda
Epidemióloga, Subdirección Vigilancia
en Salud Pública

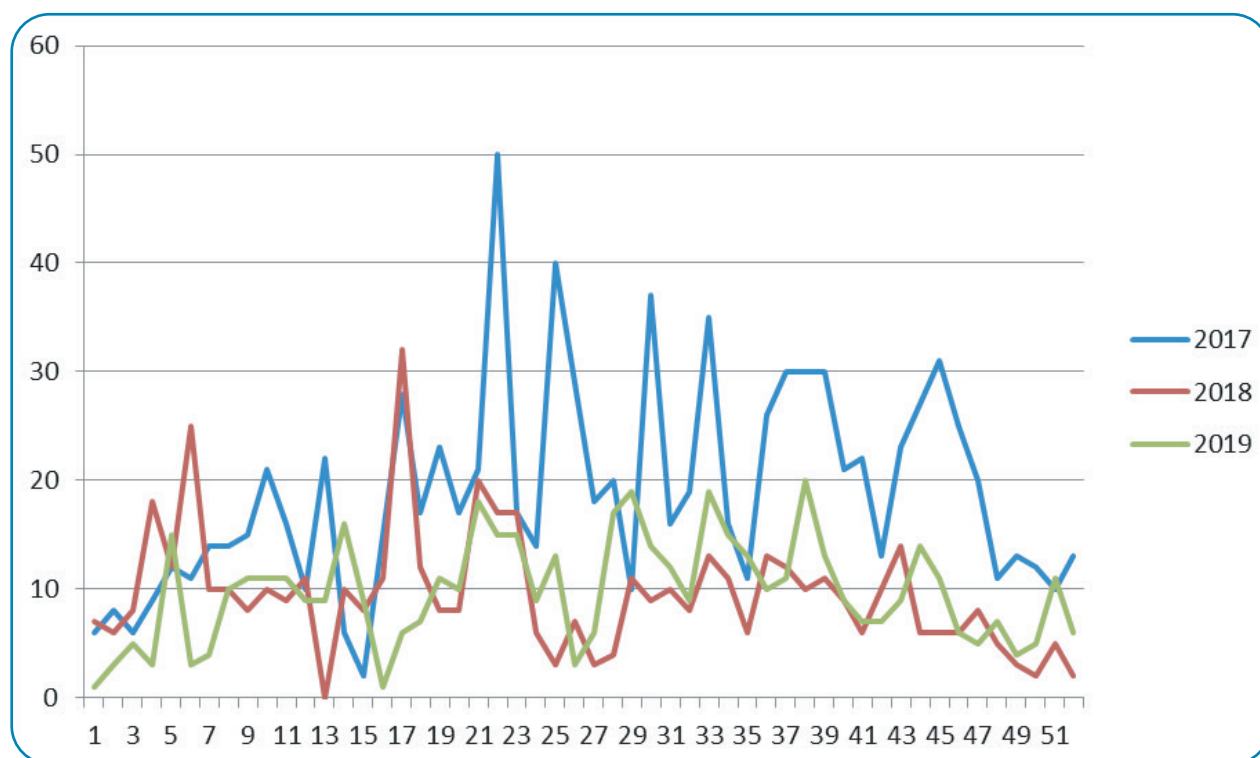
La Secretaría Distrital de Salud realiza la atención de los brotes de eventos transmisibles a través de Los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) de las cuatro Subredes. A continuación,

se presenta un análisis descriptivo de los brotes de varicela, parotiditis, Enfermedad Diarreica Aguda y Enfermedad Respiratoria Aguda usando como fuente de información la base de eventos y brotes 2019 de Urgencias y Emergencias en Salud Pública.

1. Brotes de Varicela

Durante el año 2019 se atendieron 456 brotes de varicela, presentando una disminución del 8 % respecto al año 2018 y del 53.7 % con respecto al año 2017.

Gráfica 1. Número de Brotes de varicela por semana epidemiológica, Bogotá D. C. 2017 a 2019



Fuente: Base Urgencias y emergencias en Salud Pública-2019

De acuerdo al tipo de establecimiento donde ocurrieron, el 66.4 % correspondieron a brotes institucionales (n=337), el 33 % a brotes familiares (n=167) y el 0.6 % a brotes

empresariales (n=3). Del total de los brotes institucionales de varicela intervenidos durante el 2019, el 89 % se presentaron en instituciones educativas (n= 299) y el 11 % (n= 38)

en instituciones como centros de reclusión, albergues, fundaciones, establecimientos militares y centros de protección. De los 299 brotes en instituciones educativas, 18 presentaron tasas de ataque superiores al 10 % en la población y fue necesario el cierre preventivo del plantel para el control del brote. En centros penitenciarios y carcelarios de Bogotá, se presentaron nueve (n=9) brotes: Cárcel La Modelo (n=3); Cárcel del Buen Pastor (n=3); Complejo Carcelario y Penitenciario de Bogotá - COMEB La Picota (n=1), URI de Kennedy (n=1) y Estación de policía Engativá (n=1). En todos, la mejor medida de control sanitario fue el aislamiento de los casos para evitar la propagación de la enfermedad a la población privada de la libertad.

En cuanto a los brotes en vivienda o familiares (n= 167), presentaron una disminución del 28 % frente al año inmediatamente anterior (n=232) y del 76 % frente al año 2017 (n= 594), probablemente se deba a la inclusión de la vacuna en el Plan Ampliado de Inmunizaciones para menores de 5 años.

El mayor número de brotes de varicela se presentó en las localidades de Ciudad Bolívar (n=56), Suba (n= 52), Kennedy (n= 44), San Cristóbal (n=43) y Rafael Uribe (n=41) y las localidades con las mayores incidencias por brotes de varicela fueron Santa Fe (5.3 casos por 10.000 habitantes), Rafael Uribe (5.2 casos por 10.000 habitantes) y Los Mártires (4.7 casos por 10.000 habitantes), mientras,

la incidencia total del Distrito capital con respecto a estos casos asociados a brotes es de 2.6 casos por 10.000 habitantes.

Al analizar el número de casos y su grupo etáreo, se presenta que el grupo de edad de 6 a 13 años, presentó el mayor número de casos de varicela (n=1021) equivalente al 47 %, seguido del grupo de edad de 1 a 5 años (n=352) es decir el 39 % de la población afectada. El principal factor de riesgo identificado en las Investigaciones epidemiológicas de campo es la asistencia al colegio o jardín durante el periodo de transmisibilidad lo que facilita la propagación de la enfermedad a personas susceptibles.

En el año 2019 se notificaron un total de 507 brotes de varicela de los cuales 51 fueron brotes fallidos y 456 brotes (90 %) tuvieron investigación epidemiológica de campo IEC, mientras en los años 2017 la efectividad fue del 97 % y en 2018 del 98 %.

Dentro de los motivos más frecuentes para que no se haga efectiva la IEC se encuentran: errores en las direcciones registradas, durante la etapa de verificación de brote se evidencia que se trata de casos individuales, no es posible hacer la visita por no encontrar personas en el domicilio a pesar de hacer varios intentos o en el caso de brotes en instituciones educativas se llega cuando han salido a periodo de vacaciones por lo que no es posible la investigación de campo.

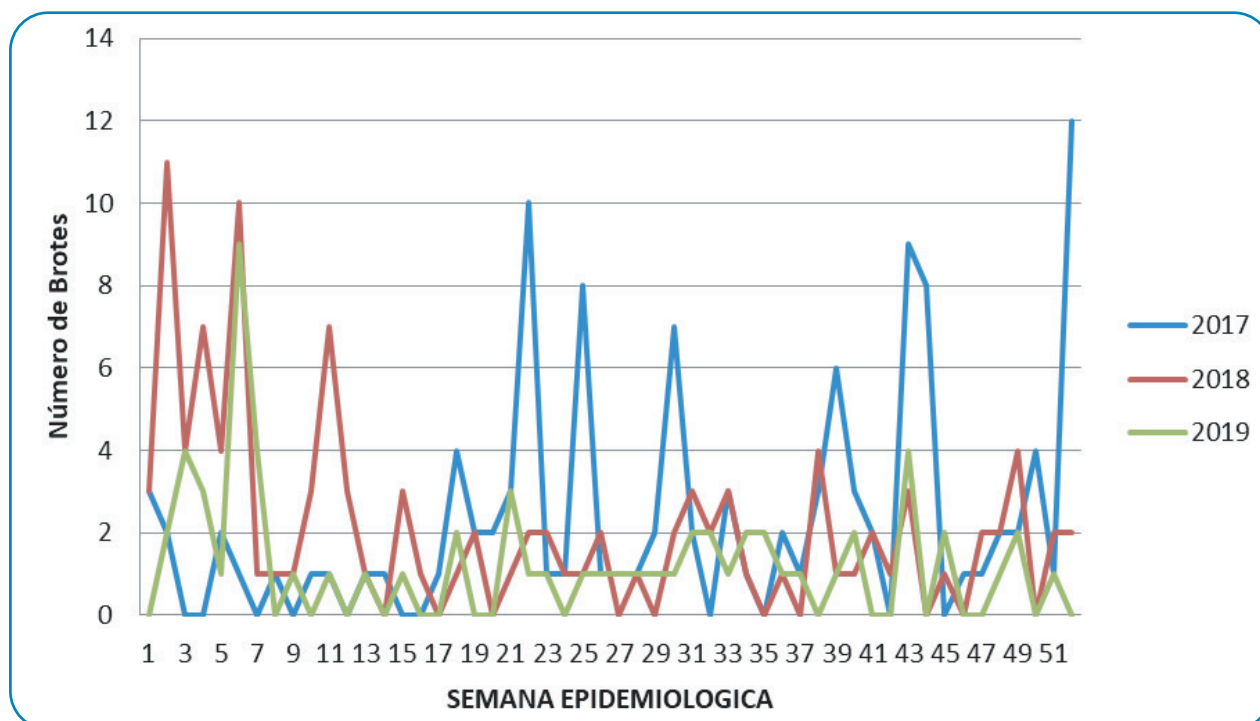
2. Brotes de parotiditis

Durante el año 2018, los ERI atendieron un total de 64 brotes de parotiditis, 42 % menos

con respecto al 2017 (n=110), y 47 % frente al años 2019 (n=120).

Según el tipo de establecimiento donde se presentaron, tenemos que el 42 % fueron

Gráfica 2. Número de Brotes de parotiditis por semana epidemiológica. Bogotá D.C. 2017 - 2019



Fuente: Base Urgencias y emergencias en Salud Pública-2019

brotes institucionales (n=27), el 36 % brotes familiares (n=23), el 17 % brotes empresariales (n=11) y 5 % brotes comunitarios (n=3).

Del total de los brotes institucionales de parotiditis notificados a las Subredes distritales durante el 2019 (n=27), el 52 % se presentaron en centros educativos (n= 14), el 22 % en centros de reclusión o en población privada de la libertad (n=6), en establecimientos militares el 15 % (n=4), el 7 % en albergues/ fundaciones (n=2) y 4 % en entidades de salud (n=1).

Con respecto a los brotes de parotiditis en establecimientos penitenciarios y carce-

larios de Bogotá, durante el año 2018 se presentaron 6 brotes en su mayoría concentrados en la localidad de Rafael Uribe donde se presentaron 3 brotes en el Complejo penitenciario y carcelario La Picota y tres brotes en la Cárcel de mujeres El Buen Pastor.

Durante el año 2019 se registraron un total de 11 brotes empresariales, distribuidos el 91 % en la Subred norte, especialmente en las localidades de Engativá, Teusaquillo y Chapinero.

Por grupo etáreo, las personas más afectadas durante estos brotes fueron en

edades entre 18 y 26 años de edad con un 42 % (n= 81) seguido de los adultos de 27 a 59 años en un 25 % (n= 48) y adolescentes en un 16% (n=32).

El número total de casos asociados a brotes de parotiditis en 2019 fue de 194 casos, de los cuales la localidad de Engativá presentó el mayor número de casos (n=38) seguido de Kennedy (n=26) y Barrios Unidos y Tunjuelito con (n= 13) respectivamente.

Al analizar las localidades que presentaron mayor número de brotes durante el 2019, la localidad de Engativá presentó el mayor número de brotes (n=15) seguido de Kennedy (n=7) y Barrios Unidos (n= 6), a diferencia del año 2018, donde los brotes se concentraron en las localidades de Rafael Uribe, San Cristóbal y Usaquén.

La Incidencia total de parotiditis en el año 2019 en el distrito fue de 3.3 casos /100.000 habitantes, sin embargo, en la localidad de Mártires se registra el mayor valor con 9.7 casos/ 100.000 habitantes, le siguen Chapinero con 9.5 casos/100.000 habitantes y Tunjuelito con 7 casos/100.000 habitantes. De acuerdo al número de casos que se presentaron durante estos brotes y su grupo etareo se encontró que el 59 % se encontraba entre los 18 a 26 años es decir la población laboralmente activa.

De los factores de riesgos evidenciados durante las investigaciones epidemiológicas de campo se encuentran principalmente: el hacinamiento en los lugares de trabajo, el compartir alimentos, diademas en call center, cigarrillos o elementos de higiene personal como cepillos de dientes, y la escasa adherencia a protocolos de limpieza y desinfección.

Durante el año 2019, los ERI recibieron la notificación de 68 brotes de parotiditis,

pero solo a 64 se les realizó investigación epidemiológica de campo ya que 4 de ellos fueron fallidos, con un porcentaje de efectividad del 94 %, mientras en 2018 fue del 98 %.

3. Brotes de enfermedad diarreica aguda - EDA

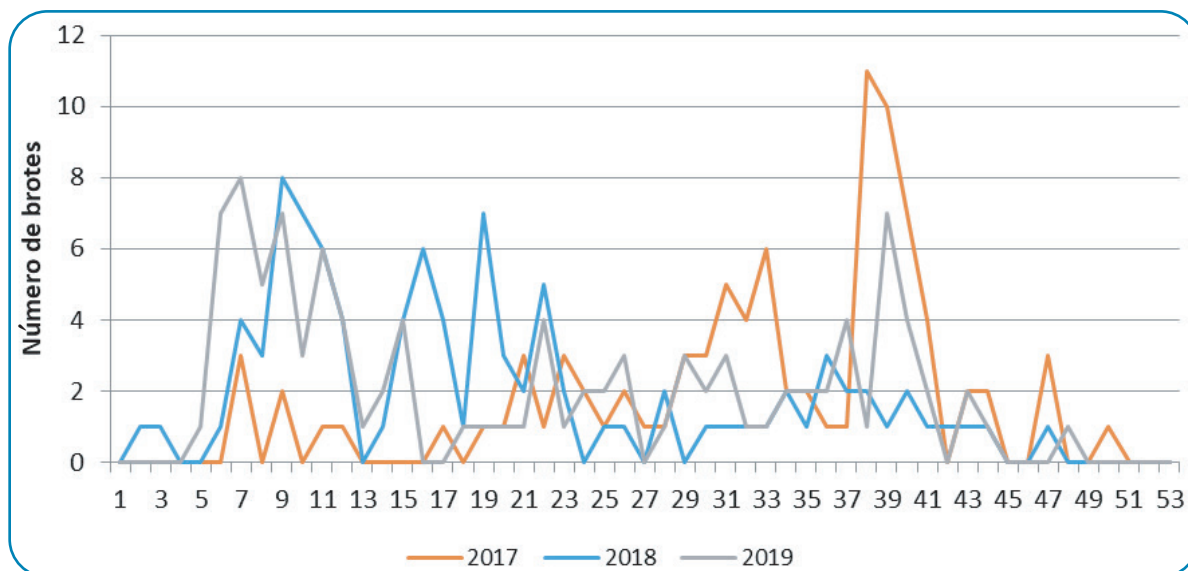
Durante el año 2019 los Equipos de respuesta inmediata (ERI) atendieron 103 brotes de EDA, lo que representó un 15 % más que el año anterior 2018 (n=96).

De acuerdo al tipo de establecimiento donde se presentaron, el 95 % (n=98) son brotes institucionales, el 3 % a brotes empresariales (n=3) y el 2 % (n=2) corresponden a brotes familiares. Dentro del grupo de los brotes institucionales, el 92 % (n= 90), corresponden a brotes presentados en Centros educativos (colegios y jardines), el 3 % se presentó en Población privada de la libertad (n=3) y el 5 % en albergues y/o ancianatos (n=5).

Dentro de los hallazgos encontrados durante las investigaciones epidemiológicas de campo se encuentra que los factores de riesgo más comunes son las bajas adherencias a los protocolos de limpieza y desinfección de las instalaciones, a la estrategia de lavado de manos, ausencia de educación en padres y cuidadores y contaminación cruzada.

Cuando se analiza el número de brotes de acuerdo a la localidad de ocurrencia se encuentra que para el año 2019, las localidades más afectadas fueron: San Cristóbal (n=16), Suba (n=13), Mártires (n=12) y Kennedy (n=11).

Gráfica. 3 Número de Brotes de EDA por semana epidemiológica. Bogotá D. C., 2017 a 2019



Fuente: Base Urgencias y emergencias en Salud Pública-2019.

Dentro de los hallazgos encontrados durante las investigaciones epidemiológicas de campo se encuentra que los factores de riesgo más comunes son las bajas adherencias a los protocolos de limpieza y desinfección de las instalaciones, a la estrategia de lavado de manos, ausencia de educación en padres y cuidadores y contaminación cruzada.

Cuando se analiza el número de brotes de acuerdo a la localidad de ocurrencia se encuentra que para el año 2019, las localidades más afectadas fueron: San Cristóbal (n=16), Suba (n=13), Mártires (n=12) y Kennedy (n=11).

En el año 2019, se presentó un total de 1230 casos asociados a brotes de EDA, y las localidades con mayor número de casos fueron, Suba (n=428), San Cristóbal (n=308) y Santa Fe (n=87).

La Incidencia de Enfermedad diarreica aguda en el año 2019 en el Distrito, fue de 3.6 casos/10.000 habitantes, sin embargo, en la localidad de Santa Fe se registra el mayor valor

con 9,4 casos/10.000 habitantes, le siguen San Cristóbal con 7,9 casos/10.000 habitantes y Los Mártires con 7,0 casos/10.000 habitantes.

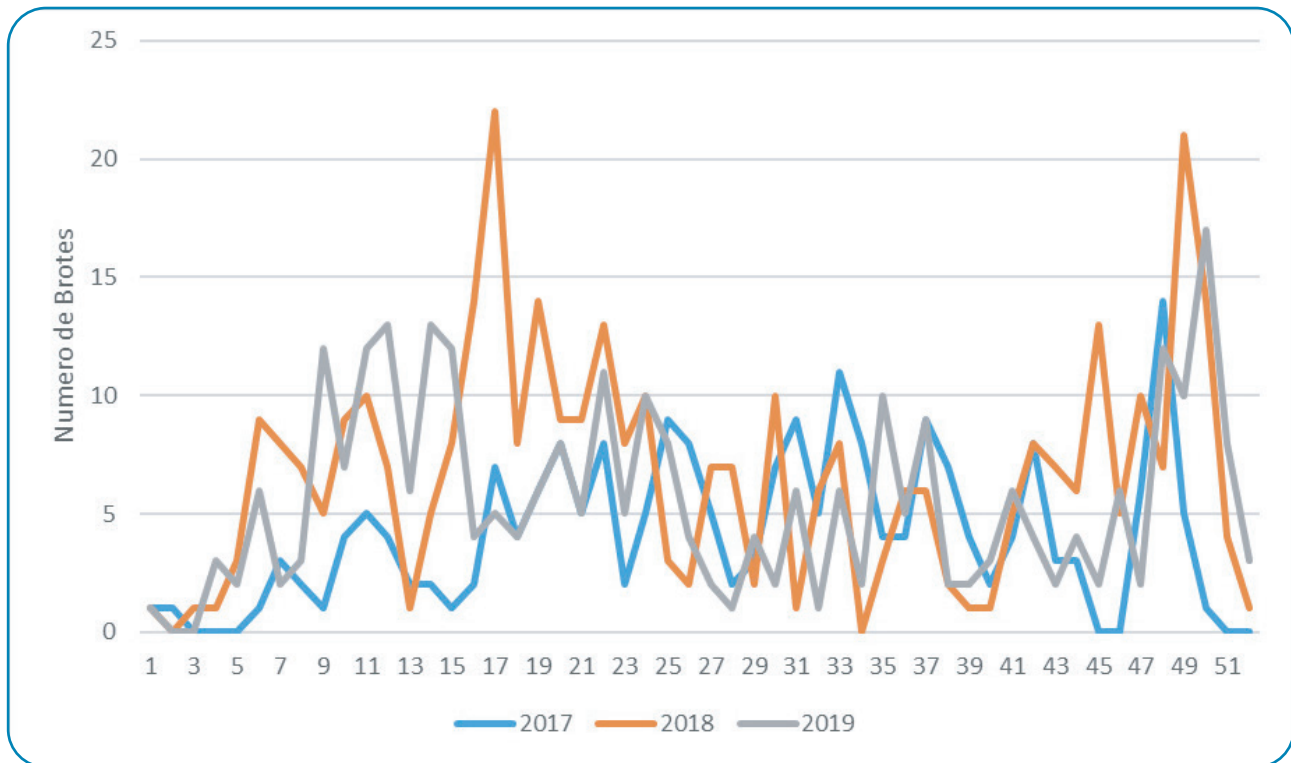
Según la edad de los casos de EDA asociados a brotes se encuentra que el 65 % tenían entre 1 y 5 años de edad (n=800), el 18 % entre 27 a 59 años (n=224) y el restante 17 % se distribuye en los demás grupos etáreos.

4. Brotes de enfermedad respiratoria aguda – ERA.

Durante el año 2019 los Equipos de respuesta inmediata ERI atendieron un total de 293 brotes de ERA, lo cual representa una disminución del 15.8 % con respecto al 2018.

De acuerdo al tipo de establecimiento donde se presentaron los brotes de ERA, el 95 % correspondieron a brotes institucionales (n=279), el 4 % empresarial (n=12) y el 0.7 % correspondieron a brotes familiares (n=2).

Gráfica No.3 Número de Brotes de ERA por semana epidemiológica, Bogotá D. C. 2017 a 2019



Fuente: Base Urgencias y emergencias en Salud Pública-2019.

Cuando se analizan los brotes institucionales, se encuentra que el 91 % se presentaron en centros educativos (n=250) y el 8 % restante se presentó en albergues, batallones, centros carcelarios e instituciones de salud (n=29)

El total de casos de ERA asociados a brotes en el 2019 fue de 2.008 personas presentando una disminución de 13 % frente al total de casos del año 2018 (n=2311). Las localidades que presentaron el mayor número de casos en 2019 fueron Kennedy (n=333), seguido de Bosa (n=259) y Suba (n=252) casos.

Al revisar el comportamiento del número de casos asociados a brotes de ERA por localidad en los dos últimos años 2018 y 2019 se encontró que las localidades de

Bosa, Kennedy y Suba han sido las del mayor número de afectados, mientras localidades como Barrios Unidos, Tunjuelito y Antonio Nariño son las de menor número de casos. Del total de casos asociados a brotes de ERA en el 2019, el grupo etáreo más afectado corresponde en un 82 % a menores de 5 años, de estos, el 11 % eran menores de un año (n=215) y el 71 % tenían entre 1 y 5 años de edad (n=1433), le sigue con un 11 % (n=212) el grupo de infancia de 6 a 13 años y el restante 7 % se distribuye en los demás grupos de edad.

De otra parte, las localidades con mayor número de brotes de ERA en el 2019 fueron respectivamente, Bosa (n= 56), Kennedy (n= 54), y Suba (n=26). Además, se registra una incidencia total de 3.3 casos /10.000 habitantes asociada a brotes de ERA y las

localidades con mayor incidencia fueron Los Mártires con 16 casos/10.000 habitantes, Santa Fe con 7 casos / 10.000 habitantes y Chapinero con 5,4 casos /10.000 habitantes.

Durante el año 2019 se recibió notificación de 307 brotes de ERA, sin embargo, solo fueron efectivos 293 brotes a los cuales se les realizó la investigación epidemiológica de campo, los 14 restantes se configuraron como brotes fallidos, lo que indica una efectividad del 95 %, mientras en 2019 fue de 97 %.

5. Conclusiones

A nivel nacional la notificación de varicela ha tenido una disminución del 12 % comparado con el año 2018. Este mismo escenario se visibiliza en la atención de brotes de la enfermedad en el distrito donde se ha disminuido en un 8 % el número de brotes frente al año 2018. La introducción de la vacuna de varicela en el Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, puede ser el responsable del descenso de casos en especial en la población menor de 5 años, sin embargo, su mayor impacto se podrá ver en los siguientes años.

En el país, en el año 2019, se presentaron 15.125 casos de parotiditis con una disminución del 21.6 % frente al 2018. En Bogotá, los brotes de esta enfermedad también presentaron una disminución significativa en un 42 %. El Instituto Nacional de Salud reporta a Bogotá con incidencia de 70.3 casos/100.000 hab, muy superior a la media del país (29.9 casos/100.000 hab). Sin embargo, la incidencia asociada a brotes en ninguna localidad superó 10 casos /100.000 hab. Siguen siendo importantes los brotes de parotiditis en población cautiva y confinada como cárceles y establecimientos militares donde a nivel país

se presentaron 60 brotes, y de estos 6 brotes se reportaron en Bogotá.

En cuanto a Enfermedad Diarreica Aguda, el INS refiere que a corte del XIII período del año 2019, se presentó un total de 3.427.898 casos a nivel nacional, de todas las edades, que al compararse con el año inmediatamente anterior (3.300.384 casos), se evidencia una disminución del 7.9 % en la notificación de los casos. En el año 2019 todas las entidades territoriales han notificado casos de enfermedad diarreica aguda. Las entidades territoriales con incidencia mayor a la nacional son: Bogotá con 112.5 casos / 1.000 habitantes, Barranquilla 81.1 casos / 1.000 habitantes y Amazonas con 76.4 casos/1000 habitantes.

Si bien es cierto, la anterior información del nivel nacional corresponde al número de casos individuales de EDA, en Bogotá, la incidencia asociada a brotes es de 3.6 casos/10.000 habitantes, siendo las deficiencias en los hábitos higiénicos y aspectos de saneamiento básico el mayor factor de riesgo para la propagación de la enfermedad.

Respecto al comportamiento de la morbilidad por ERA a nivel nacional, el INS refiere que en 2019 se presentaron 6.706.324 consultas externas y urgencias por IRA donde Bogotá representa el 5.1 % del total del país, se notificaron 6.124 casos de ESI-IRAG, siendo el 90.2 % casos de IRAG y 9.8 % son casos de ESI y a partir de la SE 7 a SE 27 se presenta un aumento de casos muy por encima de la línea de casos estacionales, lo que puede deberse al aumento de precipitaciones en varias zonas geográficas del país y circulación de agentes etiológicos de origen viral causantes de cuadros de infección respiratoria aguda.

7. Recomendaciones

- » Continuar fortaleciendo el trabajo con instituciones educativas, de tal forma que puedan notificar oportunamente los brotes y se pueda realizar un control adecuado de los mismos y sean facilitadores en las medidas de control de brote recomendadas para cortar cadena de transmisión de los eventos.
- » Es de vital importancia continuar desarrollando actividades de inspección, vigilancia y control higiénico sanitario, que permitan el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico como de las condiciones del entorno, los cuales son críticos para la ocurrencia de brotes de EDA.
- » El abordaje de los brotes de EDA como de ERA requiere de un trabajo intersectorial por cuanto a que aspectos como las precarias condiciones socioeconómicas, la malnutrición, el bajo nivel educativo, las dificultades para el acceso a los servicios de salud, las bajas coberturas vacunales son también factores de riesgo para la ocurrencia de complicaciones e incluso la muerte ante la presencia de ERA o EDA en la población infantil.
- » Se requiere el trabajo intersectorial con entidades como INPEC así como con Fuerzas Militares para identificar y controlar oportunamente los brotes en esta población confinada y vulnerable.
- » Se requiere fortalecer la notificación inmediata de brotes de EDA y IRA con el fin de mejorar la oportunidad en la toma de muestras biológicas para la identificación de agentes patógenos.
- » Continuar la sensibilización a padres y cuidadores en la importancia de la vacu-

nación como principal medida de prevención de estas enfermedades transmisibles en menores de edad.

Referencias

1. Anexo operativo para la acción integrada de gestión del riesgo aplicada a la atención de las urgencias y emergencias en salud pública 2019. Secretaría Distrital de Salud
2. Londoño, Carlos, Informe de evento de la vigilancia de varicela a periodo epidemiológico XIII de 2019. Recuperado de internet en <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informes-deevento/VARICELA%20PE%20XIII%202019.pdf>
3. Medina,Adiana L, Parotiditis, Periodo XIII Colombia 2019. Instituto Nacional de Salud. Disponible en <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/PAROTIDITIS%20PE%20XIII%202019.pdf>
4. Álvarez, J. Morbilidad por EDA, Colombia 2019. Instituto Nacional de Salud. Disponible en <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/EDA%20PE%20XIII%202019.pdf> consultado el 19/07/2020
5. Malo, D. Pulido, P. Informe de Evento de la vigilancia de IRA, Colombia 2019. Instituto Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/IRA%20PE%20XIII%2019pdf>. Consultado 19/07/2020

Vapeo: definición y riesgos a la salud ¿controversia?

El vapeo no está exento de riesgos a la salud, será regulado

Miguel Ángel Castro Jiménez,
Médico, magíster en Epidemiología
Grupo ACCVSyE, Subsecretaría de
Salud Pública, Secretaría Distrital de
Salud de Bogotá D. C.

Grupo Colombiano de Estudios Alfa
en Epidemiología, Salud Poblacional,
Estadística Aplicada y Ciencias Aliadas,
Bogotá D. C.

Correo electrónico: mcastro2505@yahoo.es

La Real Academia Española define vaporizar como convertir un líquido en vapor por acción del calor y vaporear como exhalar vapores. Vapear, aunque no está en el diccionario, es similar a vaporear, siendo la forma preferible a *vaping* (1,2).

El vapeo implica, generalmente, el uso de dispositivos electrónicos que liberan nicotina (3). Aunque el origen del primer vaporizador eléctrico podría remontarse a 1930 (4), fue solo hasta 2003 que se patentó el primer cigarrillo electrónico (o e-cigarrillo, entre otros nombres) (5). Estos dispositivos y sus similares son agrupados en sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y sistemas electrónicos sin suministro de nicotina (SSSN), siendo su principal característica el evitar la combustión del tabaco (6).

Sin embargo, hay una preocupación global creciente tanto por los efectos en la salud que genera el uso de estos dispositivos, como por la estrategia publicitaria engañosa que usa a jóvenes influenciadores en internet, generalmente patrocinados por la industria relacionada a su producción, uso y

comercialización, para promoverlo entre sus seguidores (7), incluso teniendo evidencia, ahora contundente, de su falta de inocuidad. En nuestro país, el Ministerio de Salud (8,9), la Secretaría Distrital de Salud (10), el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (11) y el Instituto Nacional de Cancerología (12) se han pronunciado acerca tanto de las consecuencias potencialmente letales que el vapeo puede generar sobre la salud de sus usuarios como de la necesidad de regularlo en el marco de las políticas contra el tabaco, previo análisis de otras opciones políticas que incluían hasta la prohibición en todas sus formas. Actualmente, el Congreso Colombiano tramita dos proyectos de Ley en este tema.

Esta regulación ya es considerada una prioridad pues datos recientes muestran que 16,1 % de los jóvenes universitarios colombianos han usado e-cigarrillos alguna vez en su vida (13) y que el acetato de vitamina E, un aditivo en productos que contienen THC (tetrahidrocannabinol), se asocia a lesiones pulmonares secundarias al vapeo o al uso de cigarrillos electrónicos, con un registro, a 10 de diciembre de 2019, de 2409 casos y 52 muertes por lesión pulmonar asociada (14). A esto se suma el hecho de que, además de la nicotina y del acetato de vitamina E, el aerosol del cigarrillo electrónico puede contener otras sustancias que son carcinogénicas o que por su tamaño alcanzan los pulmones (15). Cabe aclarar que los cigarrillos electrónicos no están actualmente aprobados como método que ayuda a dejar de fumar. La evidencia no es convincente y, de hecho, existe la posibilidad de que la persona termine siendo usuaria dual (es decir, que fuma productos de tabaco y, además, usa estos dispositivos) lo que puede incrementar los riesgos a su salud. Por otro lado, también se ha estudiado la posibilidad de que el vapeo sea puerta de entrada al tabaquismo y otras adicciones (16,17).

Debido a los resultados inconsistentes sobre el riesgo/beneficio del uso de cigarrillos electrónicos, en un estudio danés se evaluó la existencia de conflictos de interés en 94 investigaciones. Los resultados indicaron que un tercio de ellas tenían conflicto de interés por su relación con las industrias tabacaleras, de e-cigarrillos o farmacéuticas, que el 95 % de estudios sin conflicto de interés encontraron efectos o sustancias potencialmente dañinas, y que a esta conclusión solo llegó el 39,4 % de aquellos que sí fueron patrocinados por la industria (18).

Finalmente, aunque el tiempo de exposición de los usuarios es relativamente corto, se puede concluir que el riesgo inherente al vapeo es evidente, que es necesario regular su uso, restringirlo en población vulnerable (16,19) y que el paso del tiempo podría llegar a develar nuevas consecuencias en salud.

Referencias

1. Real Academia Española. Consultado: 10 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
2. Fundéu BBVA. Vapear, alternativa a vaping. Consultado: 14 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.fundeu.es/recomendacion/vaporear-vapear-vaping-vapeo/>
3. National Institute on Drug Abuse. Cigarrillos electrónicos (e-cigs). Consultado 15 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/cigarrillos-electronicos-e-cigs>.
4. United States Patent Office. Joseph Robinson. Electric vaporizer. New York. Application filed May 3, 1927. Patented Sept. 16, 1930 Serial No. 188,559. Disponible en: <https://patentimages.storage.googleapis.com/cf/3d/d4/a46751164d1ee0/US1775947.pdf>.
5. Naskar S, Jakati PK. "Vaping:" Emergence of a New Paraphernalia. *Indian J Psychol Med.* 2017;39(5):566–572. doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_142_17.
6. Harrell PT, Simmons VN, Correa JB, Padhya TA, Brandon TH. Electronic nicotine delivery systems ("e-cigarettes"): review of safety and smoking cessation efficacy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;151(3):381–393. doi:10.1177/0194599814536847.
7. Kong G, LaVallee H, Rams A, Ramamurthi D, Krishnan-Sarin S. Promotion of Vape Tricks on YouTube: Content Analysis. *J Med Internet Res.* 2019;21(6):e12709. Published 2019 Jun 18. doi:10.2196/12709.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia prepara normas sobre vapeadores y cigarrillos electrónicos. *Boletín de Prensa No. 152 (30/09/19)*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-prepara-normas-sobre-vapeadores-y-cigarrillos-electronicos.aspx>. Fecha de consulta: 11 de noviembre de 2019.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa No. 032 del 21 de octubre de 2019.
10. Observatorio de Salud de Bogotá. Secretaría de Salud alerta sobre cigarrillos electrónicos. Disponible en: <http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/2019/11/06/cigarrillos-electronicos>.

- tronicos/ Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019.
11. Pulido AC, Pinzón DC, Rodríguez NI, Sandoval C, Pinzón CE, Díaz MH, et al. Opciones en Colombia para la regulación del uso de los sistemas electrónicos con o sin dispensación de nicotina y similares: un resumen de evidencias para política (policy brief). Bogotá, D.C.: Cardiecol, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS y Fundación Colombiana del Corazón; 2018.
 12. Instituto Nacional de Cancerología. Cigarrillo electrónico. Boletín de Vigilancia Tecnológica. 2016; 2(4). Disponible en: https://nofumar.cancer.gov.co/Publicaciones/cigarrillo_Electronico.pdf. Fecha de consulta: 29 de noviembre de 2019.
 13. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Octubre/Informe_Universitario_Regional.pdf.
 14. CDC. Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html.
 15. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. E-Cigarette Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2016. Chapter 1, Introduction, Conclusions, and Historical Background Relative to E-Cigarettes. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538684/>
 16. CDC. About Electronic Cigarettes (E-Cigarettes). Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/about-e-cigarettes.html. Fecha de consulta: 28 de noviembre de 2019.
 17. Goldenson NI, Leventhal AM, Stone MD, McConnell RS, Barrington-Trimis JL. Associations of Electronic Cigarette Nicotine Concentration With Subsequent Cigarette Smoking and Vaping Levels in Adolescents. *JAMA Pediatr.* 2017;171(12):1192–1199. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.3209
 18. Pisinger C, Godtfredsen N, Bender AM. A conflict of interest is strongly associated with tobacco industry-favourable results, indicating no harm of e-cigarettes. *Prev Med.* 2019;119:124–31.
 19. Fallin-Bennett A, Aleshire M, Scott T, Lee YO. Marketing of e-cigarettes to vulnerable populations: An emerging social justice issue. *Perspectives in Psychiatric Care.* 2019;1–8.

Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en Bogotá D. C., con corte a periodo 13 de 2019

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	1	1	0	0	24	3
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1.558	135	556	46	2.264	172	3.355	267	435	54	430	36	25.054	2.078
Bajo peso al nacer	110	277	14	97	7	409	28	695	48	111	3	76	10	5.638	408
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	189	20	71	7	362	23	449	40	76	9	90	4	3.512	298
Cáncer en menores de 18 años	115	24	2	5	0	37	4	48	2	10	0	5	0	708	42
Chagas agudo	205	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	16	0
Chagas crónico	205	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	16	0
Chikungunya	217	19	3	3	0	12	0	24	2	2	0	2	0	111	6
Defectos congénitos	215	78	5	42	5	89	12	208	17	17	1	20	0	1.860	154
Dengue	210	133	8	43	3	197	11	293	28	52	8	45	1	2.540	217
Dengue grave	220	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	24	2
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	82	10	38	3	157	9	297	14	19	2	26	0	3.159	209
Endometritis Puerperal **	351	20	0	22	0	26	4	58	3	19	1	73	3	371	23
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	0	39	1
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	135	6	7	1	26	1	158	12	9	0	14	4	637	35
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	322	24	114	10	397	27	544	46	88	11	124	8	6.118	501
Evento adverso seguido a la vacunación	298	6	0	0	0	3	0	16	0	1	0	1	0	99	6
Exposición a flúor	228	46	2	5	0	44	8	49	0	5	2	16	1	3.441	260
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	9	0
Hepatitis A	330	23	1	27	1	47	1	48	2	9	0	26	1	366	18
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	47	1	42	4	60	3	83	2	10	0	27	1	655	37
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	205	4	109	3	17	0	97	12	43	9	157	8	1178	92
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	11	2	1	0	9	0	16	2	3	0	5	1	111	7
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	59	1	82	3	22	1	50	5	27	1	156	12	620	32
Intento de suicidio	356	9	0	1	0	8	0	8	1	0	0	1	0	2.743	354

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
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	293	23	108	9	363	22	664	56	94	4	110	6	3.784	276
Leishmaniasis Cutánea	420	10	1	4	0	28	2	18	1	4	1	3	1	379	40
Leishmaniasis Mucosa	430	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	19	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Lepra	450	1	0	0	0	3	0	5	1	0	0	2	0	32	5
Leptospirosis	455	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	20	2
Lesiones de causa externa ***	453	5	0	0	0	12	0	8	1	3	0	1	0	60	3
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	2	0	0	0	8	6	7	4	1	0	0	0	124	68
Malaria	465	16	2	7	0	20	3	21	3	5	0	8	1	359	33
Meningitis	535	12	0	3	1	12	0	18	1	1	0	1	0	150	8
Morbilidad Materna Extrema	549	280	32	90	4	426	33	831	50	80	6	86	10	6.840	503
Mortalidad Materna Datos Básicos	551	2	0	2	0	3	0	5	1	2	0	0	0	60	5
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	52	6	19	0	100	9	181	16	14	0	12	2	1473	95
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Parotiditis	620	480	31	130	8	621	34	1.020	62	142	11	129	6	6.372	343
Sarampión	730	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	17	1
Sífilis congénita	740	2	0	0	0	13	0	37	0	3	0	1	1	266	18
Sífilis gestacional	750	28	4	6	0	59	4	132	8	16	0	5	1	1.220	82
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tos ferina	800	3	0	3	0	8	1	15	0	1	0	2	0	92	8
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	70	3	15	1	133	11	161	7	29	1	19	3	1.638	104
Varicela individual	831	633	35	175	11	1.146	72	2.291	90	341	14	176	13	13.192	599
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	90	12	20	4	202	49	283	42	27	5	24	6	13.565	1.327
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	4	0	3	0	1	0	1	0	57	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	271	22	265	12	507	40	690	54	154	10	163	8	5.578	408
Zika	895	9	1	1	0	4	0	5	0	1	0	3	1	49	5
Total por localidad		5.506	410	2.118	143	7.868	591	12.905	901	1.858	154	2.042	149	114.404	8.718

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento		
		03 - Santafe		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	0	24	3
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	513	34	1.518	129	279	26	280	19	107	6	1.361	107	25.054	2.078	
Bajo peso al nacer	110	92	5	244	15	56	5	54	4	17	0	251	29	5.638	408	
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	78	9	166	13	45	4	63	4	7	0	169	15	3.512	298	
Cáncer en menores de 18 años	115	9	0	25	2	9	0	2	0	1	0	24	1	708	42	
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	
Chikungunya	217	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	111	6	
Defectos congénitos	215	37	1	80	9	26	4	13	1	7	1	90	10	1.860	154	
Dengue	210	28	4	54	4	20	0	24	0	8	0	70	6	2.540	217	
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	2	
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	55	5	192	17	31	2	30	3	4	0	159	9	3.159	209	
Endometritis Puerperal **	351	0	0	26	0	38	4	0	0	0	0	21	7	371	23	
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	3	0	8	0	5	0	3	0	0	0	1	0	39	1	
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	10	0	17	1	6	2	7	0	2	0	31	2	637	35	
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Enfermedades huérfanas-raras	342	68	8	103	17	52	7	36	4	22	1	129	20	6.118	501	
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	7	1	3	1	1	0	0	0	7	0	99	6	
Exposición a flúor	228	79	3	509	45	59	2	57	2	48	0	281	20	3.441	260	
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	
Hepatitis A	330	8	0	15	0	5	0	6	1	2	1	12	1	366	18	
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	13	0	32	0	10	0	2	0	0	0	37	3	655	37	
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	6	0	79	5	166	21	69	11	0	0	33	5	1.178	92	
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	7	0	8	0	3	0	0	0	0	0	1	0	111	7	
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	59	3	67	3	6	0	0	0	26	0	620	32	
Intento de suicidio	356	2	0	4	0	1	1	1	1	0	0	8	2	2.743	354	

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santafe		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
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	69	5	161	17	53	7	53	11	10	2	138	10	3.784	276
Leishmaniasis Cutánea	420	3	0	5	0	1	0	3	0	0	0	5	1	379	40
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	32	5
Leptospirosis	455	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	20	2
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	60	3
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	1	1	7	1	1	1	0	0	1	1	4	3	124	68
Malaria	465	10	0	13	3	7	0	3	0	1	0	23	0	359	33
Meningitis	535	4	0	6	0	2	0	0	0	0	0	5	1	150	8
Morbilidad Materna Extrema	549	143	9	311	32	87	3	67	4	18	1	355	24	6.840	503
Mortalidad Materna Datos Básicos	551	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	60	5
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	26	1	60	6	13	1	11	1	9	0	63	1	1.473	95
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Parotiditis	620	82	3	218	18	69	2	92	4	15	0	280	16	6.372	343
Sarampión	730	1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	1	0	17	1
Sífilis congénita	740	14	1	12	0	9	1	3	1	1	0	12	1	266	18
Sífilis gestacional	750	36	1	74	7	41	4	20	1	8	1	87	4	1.220	82
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tos ferina	800	1	0	6	1	3	0	0	0	0	0	4	0	92	8
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	55	2	87	10	43	4	25	0	13	1	114	8	1.638	104
Varicela individual	831	216	9	647	21	142	9	128	6	22	1	786	27	13.192	599
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	94	19	407	101	78	9	55	11	14	3	300	73	13.565	1.327
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	2	0	4	0	1	0	0	0	0	0	3	0	57	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	147	8	232	16	132	12	56	3	31	4	246	27	5.578	408
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	49	5
Total por localidad		1.915	128	5.402	494	1.566	135	1.172	92	368	23	5.148	436	114.404	8.718

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur Occidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puento Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	1	0	1	0	24	3
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1.945	150	2612	216	857	79	726	64	25.054	2.078
Bajo peso al nacer	110	479	24	653	56	164	15	119	7	5.638	408
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	189	20	429	49	155	8	114	9	3.512	298
Cáncer en menores de 18 años	115	35	1	55	3	11	0	12	1	708	42
Chagas agudo	205	1	0	3	0	0	0	0	0	16	0
Chagas crónico	205	1	0	3	0	0	0	0	0	16	0
Chikungunya	217	4	0	6	0	7	1	3	0	111	6
Defectos congénitos	215	135	8	200	17	39	2	44	1	1.860	154
Dengue	210	125	12	252	20	93	6	56	4	2.540	217
Dengue grave	220	0	0	2	0	0	0	1	0	24	2
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	413	27	434	29	116	6	59	1	3159	209
Endometritis Puerperal **	351	5	0	15	1	2	0	0	0	371	23
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	1	0	2	0	1	0	0	0	39	1
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	17	1	42	3	11	0	4	1	637	35
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	231	18	398	42	173	10	139	10	6.118	501
Evento adverso seguido a la vacunación	298	9	0	12	2	7	0	1	0	99	6
Exposición a flúor	228	656	71	503	31	84	5	123	16	3.441	260
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	3	0	0	0	0	0	9	0
Hepatitis A	330	16	1	32	2	15	1	8	1	366	18
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	30	2	57	2	25	3	24	1	655	37
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	110	3	0	0	0	0	1.178	92
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	3	0	13	0	4	0	2	0	111	7
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	5	1	25	0	3	0	0	0	620	32
Intento de suicidio	356	18	3	12	1	1	0	7	1	2.743	354

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
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	189	7	412	31	183	12	140	5	3.784	276
Leishmaniasis Cutánea	420	11	0	8	0	6	3	93	10	379	40
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	1	0	0	0	4	0	19	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Lepra	450	2	0	1	0	1	0	0	0	32	5
Leptospirosis	455	1	1	1	0	0	0	1	0	20	2
Lesiones de causa externa ***	453	8	0	4	0	1	0	2	0	60	3
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	1	1	8	4	2	1	0	0	124	68
Malaria	465	14	0	33	4	16	2	4	0	359	33
Meningitis	535	11	0	18	1	6	0	6	1	150	8
Morbilidad Materna Extrema	549	581	41	886	75	239	12	145	11	6.840	503
Mortalidad Materna Datos Básicos	551	6	0	7	1	2	0	1	0	60	5
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	98	11	174	7	41	0	28	2	1473	95
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0
Parotiditis	620	465	19	866	40	340	25	214	13	6.372	343
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	2	0	17	1
Sífilis congénita	740	27	5	31	2	7	0	5	0	266	18
Sífilis gestacional	750	109	6	167	11	36	1	27	2	1.220	82
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tos ferina	800	8	0	8	2	2	0	2	0	92	8
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	83	2	140	8	52	5	63	2	1.638	104
Varicela individual	831	1.033	40	1.900	67	561	20	357	14	13.192	599
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	521	127	531	131	138	38	100	20	13.565	1.327
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	7	0	5	0	0	0	1	0	57	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	422	35	647	44	193	12	174	13	5.578	408
Zika	895	2	1	7	0	2	0	0	0	49	5
Total por localidad		7.917	635	11.728	905	3.598	267	2.812	210	114.404	8.718

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	0	0	0	0	0	0	0	0	24	3
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1275	115	499	38	2088	169	8	1	25054	2078
Bajo peso al nacer	110	274	18	139	9	574	43	1	0	5638	408
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	94	8	85	2	192	16	0	0	3512	298
Cáncer en menores de 18 años	115	32	0	5	0	40	2	0	0	708	42
Chagas agudo	205	3	0	0	0	1	0	0	0	16	0
Chagas crónico	205	3	0	0	0	1	0	0	0	16	0
Chikungunya	217	1	0	3	0	2	0	0	0	111	6
Defectos congénitos	215	91	8	45	5	175	13	1	0	1860	154
Dengue	210	63	3	35	2	107	5	1	0	2540	217
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	24	2
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	214	16	84	7	436	25	3	0	3159	209
Endometritis Puerperal **	351	0	0	0	0	44	0	0	0	371	23
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	2	0	3	0	1	0	0	0	39	1
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	22	0	12	0	39	1	0	0	637	35
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	86	7	60	6	150	15	3	0	6118	501
Evento adverso seguido a la vacunación	298	7	1	2	0	9	1	0	0	99	6
Exposición a flúor	228	120	8	65	2	431	29	4	0	3441	260
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0
Hepatitis A	330	3	0	5	1	10	0	0	0	366	18
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	23	1	15	0	33	5	0	0	655	37
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	54	5	26	6	0	0	1178	92
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	4	0	1	0	3	0	0	0	111	7
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	6	1	24	1	0	0	620	32
Intento de suicidio	356	6	1	5	1	5	2	0	0	2743	354

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
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	145	12	49	2	217	19	0	0	3.784	276
Leishmaniasis Cutánea	420	8	0	13	0	22	2	0	0	379	40
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	2	0	0	0	19	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Lepra	450	0	0	1	1	2	0	0	0	32	5
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	20	2
Lesiones de causa externa ***	453	3	1	1	0	1	0	0	0	60	3
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	6	4	4	0	8	6	0	0	124	68
Malaria	465	10	0	6	1	19	1	0	0	359	33
Meningitis	535	6	0	2	0	4	1	0	0	150	8
Morbilidad Materna Extrema	549	299	24	151	10	555	39	1	0	6.840	503
Mortalidad Materna Datos Básicos	551	1	0	2	1	2	1	0	0	60	5
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	76	4	34	2	128	9	1	0	1473	95
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Parotiditis	620	263	13	190	9	363	10	5	0	6.372	343
Sarampión	730	0	0	2	0	1	1	0	0	17	1
Sífilis congénita	740	12	0	7	0	26	4	0	0	266	18
Sífilis gestacional	750	77	4	34	6	149	9	0	0	1220	82
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tos ferina	800	3	0	2	0	8	0	0	0	92	8
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	50	4	31	1	89	3	1	0	1.638	104
Varicela individual	831	565	36	321	9	930	50	4	0	13.192	599
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	171	46	64	11	309	81	1	0	13.565	1.327
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	3	0	1	0	6	0	0	0	57	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	197	17	125	12	312	23	3	0	5.578	408
Zika	895	0	0	0	0	1	0	0	0	49	5
Total por localidad		4.218	351	2.163	144	7.545	592	37	1	114.404	8.718

