

BED

Boletín Epidemiológico Distrital

ISSN 0123-8590. Volumen 16, número 6. Septiembre de 2019

Discapacidad en Bogotá: origen y barreras

Contenido

Editorial	3
Artículo central	5
Noticia epidemiológica	22
Comportamiento de eventos a escala internacional	24
Comportamiento de eventos a escala distrital	29

Alcaldía de Bogotá

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
Gustavo Patiño Díaz

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

Discapacidad en Bogotá: origen
y barreras 5

Septiembre 10: Día Mundial de la
Prevención del Suicidio. Durante 2018,
en promedio, en la ciudad de Bogotá
cinco personas intentaron quitarse la
vida cada día 22

Comportamiento de los principales
eventos de salud pública a escala
internacional 24

Comportamiento de la notificación de
casos confirmados, para los eventos
trazadores, en Bogotá 29

Editorial

El concepto de discapacidad se puede abordar desde diferentes perspectivas, según los enfoques que lo sustentan en lo humano, lo social, lo cultural, lo científico, lo económico y lo político. Se podría afirmar que los modelos biológicos centrados en la deficiencia y la tragedia personales han evolucionado a modelos más integrales, como el biopsicosocial, propuesto en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) (OMS, 2001), que la define, en términos genéricos, como “las deficiencias en estructuras y funciones corporales, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación, resultado de interacciones entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona, el entorno y las circunstancias en las que vive”.

A partir del impulso dado por los movimientos sociales, el modelo se alimenta de otros enfoques, como el de derechos y desarrollo humano, lo cual lo convierte en un asunto más social, cultural y político. Producto de ello, la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), la definió como el “resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. Incluye aquellas personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales”.

Sin duda, la discapacidad es una condición de interés en salud pública que tiende al empeoramiento; según el informe mundial sobre discapacidad de 2011, el 15% de la población mundial presenta alguna forma de discapacidad. Las dinámicas demográficas y epidemiológicas relacionadas con envejecimiento, aumento mundial de enfermedades crónicas (tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de salud mental), así como las deficiencias ocasionadas por accidentes y las diferentes formas de violencia, hacen prever una tendencia global hacia el aumento. En Colombia, los informes de la Sala Situacional de las Personas con Discapacidad (2018) del Ministerio de Salud y Protección Social refieren que, si bien en el país no hay cifras exactas de las personas con discapacidad, el Censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de 2005 captó a 2.624.898 personas (6,3 % de la población colombiana) que refirieron tener alguna discapacidad, con dificultades en el funcionamiento, la participación y el desempeño de sus ocupaciones.

A pesar de los avances en inclusión, hay suficiente evidencia mundial, nacional y local de que las personas con discapacidad se enfrentan a barreras para el goce efectivo de todos sus derechos, para acceder a servicios, para obtener calidad e integralidad en la atención en salud y en cuanto a oportunidades de participación social en igualdad de condiciones. En consecuencia, si no se modifica tal situación, una mayor prevalencia de la discapacidad podría venir acompañada de mayor inequidad social, exclusión, pobreza y condiciones de salud asociadas a esta condición, que irán en detrimento de la calidad de vida personal y familiar, considerando al cuidador que dedica su vida al cuidado de otro.

Como respuesta, Colombia cuenta con un marco normativo nacional y distrital para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, sus familias y sus cuidadores, con programas, servicios o beneficios desde diferentes sectores e instituciones, que incluyen lo público, lo privado y a la sociedad civil organizada. El registro continuo para la localización y la caracterización de personas con discapacidad es un instrumento diseñado a fin de ofrecer información estadística y una potencial puerta de entrada a oportunidades para la exigibilidad de todos los derechos, así como para tomar decisiones y diseñar acciones.

Esta edición del *Boletín Epidemiológico Distrital* presenta un análisis de los datos del registro dirigido a todas las partes interesadas —incluidas las instituciones públicas, las organizaciones de la sociedad civil y las de personas con discapacidad— que concurren en el desarrollo, el ajuste y la implementación de políticas, acciones y programas incluyentes en beneficio de las personas con discapacidad, sus familias, sus cuidadores y la población general.

Discapacidad en Bogotá: origen y barreras

Leonardo Salas-Zapata¹
Ana Marcela González-Barrera².

Resumen

Introducción: el análisis de la discapacidad debe considerar la interacción entre su origen y las dificultades generadas a la persona, donde el entorno se constituye en un elemento facilitador o de barrera percibida para responder a las necesidades de la vida cotidiana. El presente estudio tuvo como objetivo describir las características registradas de las personas con discapacidad haciendo énfasis en el origen de la discapacidad, las dificultades presentes y las barreras físicas percibidas a razón de las dificultades. **Métodos:** estudio descriptivo de corte transversal donde se analizaron 98.675 registros del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD). **Resultados:** los orígenes de la discapacidad más registrados fueron por enfermedad general, alteración genética-hereditaria y accidentes. Las dificultades más reportadas fueron para caminar, correr y saltar. Las barreras físicas percibidas como más frecuentes correspondieron al entorno social. **Conclusiones:** el RLCPD permite analizar la discapacidad de forma integral y con perspectiva biopsicosocial, dado que ello facilita relacionar las dificultades permanentes con el origen de la discapacidad y de las barreras físicas percibidas.

¹ Correo electrónico: L1Salas@saludcapital.gov.co. Subsecretaría de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud (SDS), Bogotá, D. C., carrera 32 # 12-81, Bogotá, Cundinamarca.

² Correo electrónico: amgonzalez@saludcapital.gov.co. Subsecretaría de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud (SDS), Bogotá, D. C., carrera 32 # 12-81, Bogotá, Cundinamarca.

Palabras clave: personas con discapacidad, estudios de la discapacidad

Abstract

Introduction: the analysis of disability must consider the interaction of its origin and difficulties in the person, where the environment is a facilitator or perceived barrier to respond to the needs of daily life. This study aimed to describe the registered characteristics of people with disabilities emphasizing the origin of the disability, the present difficulties and the perceived physical barriers due to the difficulties. **Materials and Methods:** descriptive cross-sectional study where 98675 records of the Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD) were analyzed. **Results:** the origin of the most registered disability was due to general illness, genetic-hereditary alteration and accidents. The most reported difficulties were for: walking, running and jumping. The physical barriers perceived as more frequent corresponded to the social environment. **Conclusions:** the RLCPD allows to analyze the disability in an integral way and from the biopsychosocial perspective, since it facilitates to relate the permanent difficulties with the origin of the disability and the perceived physical barriers.

Keywords: disabled persons, disability studies

1. Introducción

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un "término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contex-

tuales (factores ambientales y personales)" (1). La discapacidad puede originarse por diferentes causas, y el entorno físico o social puede ser un elemento facilitador o de barrera para dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad (PcD).

Con el fin de disminuir esas barreras se ha hecho un esfuerzo a escala mundial por garantizar los derechos de las PcD, y Colombia no es la excepción (2). La Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022 buscó asegurar el goce pleno de los derechos de las PcD; para ello, se fundamentó en un análisis de situación, que tuvo distintas fuentes de información; entre ellas, el RLCPD (2), el cual es un sistema de información administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, y que ha permitido localizar y caracterizar a estas personas, con el fin de que dicha información sirva para el desarrollo de planes, programas y proyectos orientados a garantizar sus derechos (3).

Por otro lado, Bogotá, a diferencia del antecedente nacional, adoptó desde 2007 la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital definiendo dos propósitos fundamentales: la inclusión social de las PcD y la búsqueda del bienestar en las PcD (4). Desde ese entonces, el RLCPD se ha consolidado como un instrumento de decisión política dentro de la dinámica de la ciudad, y siendo la única fuente de información oficial en el país para la caracterización en este grupo poblacional; además, se lo ha tomado como insumo para identificar a la población potencialmente beneficiaria de planes, programas y proyectos que se han generado dentro del marco de la implementación de esta política. Sumado a ello, que el RLCPD incluya más de 200 variables permitiría obtener una mayor especificidad en la información registrada. Debido a esto, el presente estudio tuvo como objetivo describir las características y las con-

diciones de las PcD haciendo énfasis en el origen de la discapacidad, las dificultades presentes y las barreras físicas percibidas dadas esas dificultades.

2. Materiales y métodos

Estudio de corte transversal donde se analizaron 98.675 registros del RLCPD residentes en Bogotá durante el periodo 2012-2018. Esta cantidad se obtuvo al excluir los registros realizados y de residentes fuera de Bogotá, duplicados, y de población fallecida al momento del estudio. Proceso de depuración consistente con el reporte de información oficial por parte de la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

Registrarse en el RLCPD es un proceso voluntario, gratuito, presencial e individual, pues se basa en el autorreconocimiento de la condición; en casos excepcionales, en los que las características de la discapacidad impiden que la PcD aporte información, el proceso es apoyado por el cuidador o un familiar, quien transmite la información. Tiene cobertura en todas las localidades del Distrito Capital y es operado por las Subredes Integradas de Atención en Salud, mediante la implementación de las estrategias de puntos fijos de registro, visitas domiciliarias e institucionales, búsqueda e identificación de población en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y participación en actividades poblacionales itinerantes.

Se hizo un análisis descriptivo donde se identificó el origen de la discapacidad por doce causas, de las cuales siete tenían subcategorías, debido al diseño del formulario del RLCPD³. De estas siete, no se hizo una

³ Las causas de discapacidad fueron: condiciones de salud de la madre durante el embarazo; complicaciones durante el parto; enfermedad general; alteración genética-hereditaria; lesión autoinfligida; enfermedad profesional (medio ambiente físico del lugar de trabajo, condiciones de seguridad, contaminantes, carga de trabajo física o mental, organización del trabajo, otra enfermedad profesional); consumo de psi-

descripción de la discapacidad de origen por desastres naturales, dado el bajo número de registros ($n = 13$).

Para cada origen de la discapacidad se identificaron las dificultades permanentes, y, en el caso de cada dificultad, las barreras percibidas por las PcD. Esto se reportó a través de una semaforización de proporciones basadas en las siguientes fórmulas:

Como tipos de limitaciones/dificultades se tomaron las categorías del RLCPD, donde se le preguntó a cada encuestado si en sus actividades diarias presentaron dificultades permanentes para:

- » Pensar; memorizar.
- » Percibir la luz; distinguir objetos o personas, a pesar de usar lentes o gafas.
- » Oír, aun con aparatos especiales.
- » Distinguir sabores y olores.
- » Hablar y comunicarse.
- » Desplazarse en trechos cortos, por problemas respiratorios o del corazón.
- » Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos.
- » Retener o expulsar la orina; tener relaciones sexuales; tener hijos.
- » Caminar, correr o saltar.
- » Mantener sanos la piel, las uñas y los cabellos.

coactivos (psicoactivos aceptados socialmente y psicoactivos socialmente no aceptados); desastre natural (terremoto, inundación, deslizamiento, otro desastre natural); accidente (de tránsito, en el hogar, en el centro educativo, de trabajo, deportivo, otro tipo de accidente); víctima de violencia (en el interior del hogar, por delincuencia común, por violencia social, por otra forma de violencia); conflicto armado (arma de fuego, bomba, minas antipersonas, municiones sin explotar, artefactos explosivos improvisados, otro tipo de arma); dificultades en la prestación de servicios de salud (atención médica inoportuna, equivocaciones en el diagnóstico, formulación o aplicación equivocada de medicamentos, deficiencias en la calidad de la atención, otra dificultad en la prestación de servicios), y otra causa.

- » Relacionarse con las demás personas y el entorno.
- » Llevar, mover y utilizar objetos con las manos.
- » Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo.
- » Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo.
- » Otra.
- » Ninguna.

Las barreras percibidas fueron analizadas a partir de la pregunta: "¿En qué lugares de su vivienda o de su entorno físico encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?", y posteriormente fueron agrupadas en dos categorías:

Barreras del entorno inmediato (condiciones de la vivienda):

- » Dormitorio.
- » Sala-comedor.
- » Baño-sanitario.
- » Escaleras.
- » Pasillos-patios.

Barreras del entorno social (condiciones del entorno):

- » Andenes-aceras.
- » Calles y vías.
- » Parques, plazas, estadios, teatros e iglesias.
- » Paraderos y terminales de transporte.
- » Vehículos de transporte público.
- » Centros educativos.
- » Lugares de trabajo.
- » Centros de salud y hospitales.
- » Centros comerciales, tiendas y plazas de mercado.

- » Otros lugares.
- » Ninguno.

La edad al origen de la discapacidad se estimó a partir de la diferencia entre el tiempo en años con la alteración y la edad registrada. Para cada localidad se estimó la tasa anual de PcD registradas por 1000 habitantes correspondiente a 2018, la cual fue ajustada utilizando el método directo y empleando como población estándar la población de Bogotá para ese año. Las tasas fueron ajustadas con el fin de eliminar los efectos de las diferencias de la edad entre las 20 localidades, y así poder compararlas; por tal motivo, no necesariamente las tasas ajustadas coinciden con las no ajustadas (5).

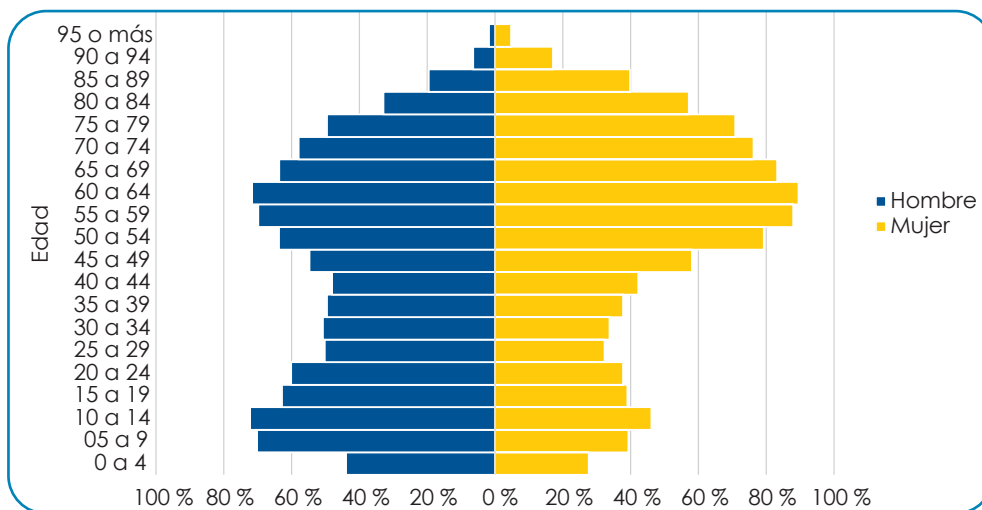
El análisis de la base de datos se realizó en Microsoft Excel, y el ajuste de las tasas se hizo en Epidat 4.2. Adicionalmente, se georreferenciaron las direcciones de residencia registradas en el RLCPD, a fin de obtener la concentración de PcD a escala distrital, y entendida esta como el número de personas por unidad de área calculada en el mapa. Para

eso se utilizó ArcGIS 10.6 como herramienta de análisis espacial de densidad.

3. Resultados

Durante el periodo 2012-2018 se registraron 98.675 PcD en Bogotá; en los últimos 2 años se mostró un total de 18.308 y 18.310 registros, respectivamente, y que son las cifras más altas observadas desde el inicio del RLCPD en la ciudad. Del total de registros durante el periodo estudiado, se identificó que alrededor de la tercera parte de estos (30,6%) correspondieron a PcD en edades de 50-69 años; no obstante, al observar la distribución de los registros por sexo y edad se identificó una distribución bimodal para ambos sexos, con una concentración tanto en edades de 10-19 años como de 50-69 años. Adicionalmente, llama la atención que los hombres representan, en promedio, el 58,4% de los registros hasta los 44 años, y desde los 45 años en adelante quienes representan la mayor cifra son las mujeres, con un promedio del 63,4% (figura 1).

Figura 1. Distribución de las PcD según sexo y edad al momento del registro del encuestado. Bogotá, D. C., 2012-2018



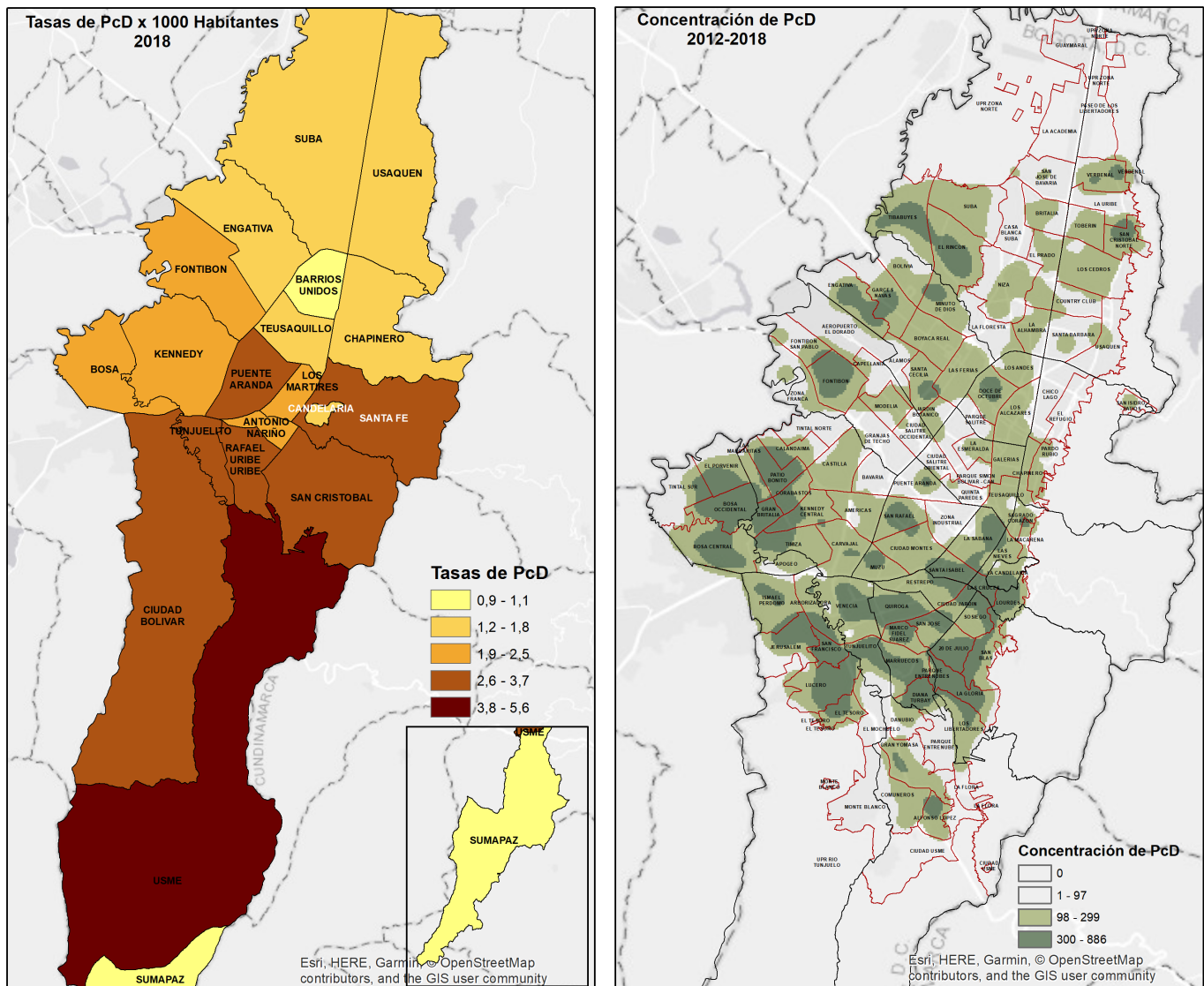
Fuente: Elaboración propia, a partir del RLCPD.

Al analizar la distribución de las PcD por localidad de residencia, se encontró que 6 localidades concentraron el 53,9% de los 98.675 registros del periodo: Kennedy (10,4%), Ciudad Bolívar (9,7%), Bosa (9,4%), Suba (8,9%), Rafael Uribe (7,8%) y Engativá (7,8%). Las 3 localidades con las tasas más altas fueron: Usme (4,4), Puente Aranda (3,9) y Santa Fe (3,7); al ajustar las tasas, fueron, en

su orden: Usme (5,6), Puente Aranda (3,7) y San Cristóbal (3,6) (figura 2).

Si bien las localidades mencionadas presentaron las tasas más altas, llamó la atención que las zonas con alta concentración de PcD se observaron en localidades como Bosa, Los Mártires, Santa Fe y Ciudad Bolívar (figura 2).

Figura 2. Mapa de tasas ajustadas de PcD registradas por 1000 habitantes según localidad de residencia para 2018, y concentración de PcD por lugar de residencia durante el periodo 2012-2018



Fuente: Elaboración propia, a partir del RLCPD.

Se describieron los registros según algunas características de interés, y así se encontró que 3 de cada 4 PcD recibieron orientación sobre discapacidad (74,2%), y 2 de cada 3 PcD recibieron atención general en salud durante el último año al momento del registro (66,2%); no obstante, el 88,1% manifestaron no haberse recuperado de su condición de discapacidad, y el 86,6% de las PcD de 15 o más años percibieron que su capacidad laboral desmejoró debido a su situación. Por otro lado, la tercera parte de las PcD (32,8%) registraron que existían o existieron en su familia más casos de PcD.

Al detallar el origen de la discapacidad se observó que las primeras 3 causas fue-

ron: enfermedad general (41,7%), alteración genética-hereditaria (10,5%) y accidentes (8,3%); no obstante, llama la atención que el 22% de los registrados desconocía el origen de su discapacidad (tabla 1).

Los hombres tuvieron más peso en todas las causas de discapacidad registradas, excepto por enfermedad general (42,1%), alteraciones genéticas (44,8%) y en casos de origen desconocido de la discapacidad (45,3%). Para algunas causas, la relación de mujeres y hombres llamó la atención: por cada mujer hubo 15 hombres con discapacidad por el conflicto armado; 4, por consumo de psicoactivos; 3, como víctimas de violencia, y 2, por accidentes (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los PcD según sexo y origen de la discapacidad. Bogotá, D. C., 2012-2018

Origen de la discapacidad	Hombre	Mujer	Razón H/M	Total
Enfermedad general	17.297	23.816	0,7	41.113
Alteración genética, hereditaria	4.617	5.697	0,8	10.314
Accidente*	5.453	2.729	2,0	8.182
Complicaciones durante el parto	2.339	1.644	1,4	3.983
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	2.146	1.634	1,3	3.780
Enfermedad profesional*	695	666	1,0	1.361
Víctima de violencia*	885	269	3,3	1.154
Conflicto armado*	1.047	72	14,5	1.119
Consumo de psicoactivos*	800	184	4,3	984
Dificultades en la prestación de servicios de salud*	408	339	1,2	747
Lesión autoinfligida	59	48	1,2	107
Desastre natural*	8	5	1,6	13
Otra causa	2.127	2.028	1,0	4.155
No sabe cuál es el origen	9.823	11.840	0,8	21.663
Total	47.704	50.971	0,9	98.675

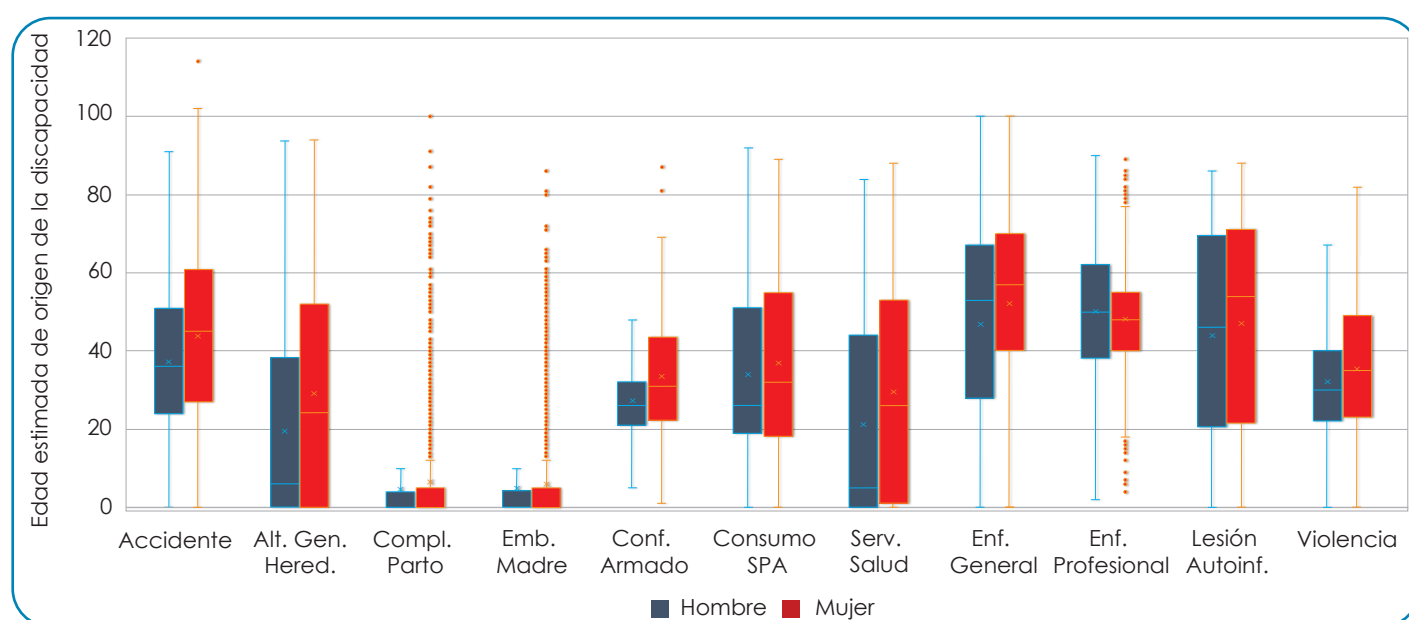
* Origen que incluye subcategorías.

Fuente: Elaboración propia a partir del RLCPD.

Es posible ver que, indistintamente de la causa de la discapacidad, los hombres la adquirieron a una edad promedio inferior respecto a las mujeres, excepto cuando el origen fue por enfermedad profesional (figura 3); sin embargo, los promedios de edad del origen de la discapacidad según sexo fueron similares para todas las causas (figura 3). De igual forma, fue posible identificar que

quienes registraron como origen las complicaciones durante el parto y la salud de la madre durante el embarazo mostraron los promedios de edad más bajos, que se pudieron manifestar en la primera infancia; se evidenció lo contrario cuando el origen fue enfermedad general o lesiones autoinfligidas (figura 3).

Figura 3. Distribución de los RLCPD según origen de la discapacidad, sexo y edad estimada de origen de la discapacidad. Bogotá, D. C., 2012-2018



Nota: la X indica la media.

Fuente: Elaboración propia, a partir del RLCPD.

Dado que el formulario del RLCPD permite desagregar la información por subcategorías del origen de la discapacidad cuando esta fue por accidente, enfermedad profesional, violencia, conflicto armado, consumo de psicoactivos, dificultades en la prestación de servicios de salud y desastres naturales, a continuación se describen algunos de ellos, dada la frecuencia con la que se registraron.

3.1 Discapacidad por accidentes

En 2018 se registraron en Bogotá 1121 PcD cuyo origen fue un accidente, y 8182 durante el periodo 2012-2018. Por otra parte, 2 de cada 3 registros de accidentes correspondieron a hombres y a personas cuyo nivel educativo más alto fue la secundaria; el 47,1% pertenecían al régimen contributivo, y el 39,3%, al régimen subsidiado. Del total de registros, 2960 (36,2%) correspondieron a accidentes de tránsito; 1791 (21,9%), a

accidentes de trabajo, y 1523 (18,6%), a accidentes en el hogar.

Cuando la causa registrada fue el accidente de tránsito, se observó que una de cada 3 personas (33,7%) tenían entre 20 y 34 años de edad al momento del accidente, y que el 69,6% eran hombres. Mientras, si la causa fue un accidente de trabajo, uno de cada 4 accidentes ocurrió a personas con edades que iban de los 30 a los 39 años (24,8%), y en el 81,5% de los casos las víctimas eran hombres. Por otro lado, para los accidentes ocurridos en el hogar, uno de cada 4 les ocurrieron a niños de 0-9 años de edad (25,2%), y en su mayoría, a mujeres (54,5%).

3.2 Discapacidad por enfermedad profesional

Se registraron en 2018 en Bogotá 244 PcD cuyo origen fue enfermedad profesional, y 1361 durante el periodo 2012-2018. La distribución de los accidentes por enfermedad profesional fue similar según el sexo; la mayoría pertenecían al régimen contributivo (55,7%) y tenían nivel educativo bajo (básica primaria o básica secundaria) (62,5%).

Del total de registros del periodo, 538 (39,5%) correspondieron a carga de trabajo física o mental; 243 (17,8%), al ambiente físico del lugar de trabajo, y 158 (11,6%), a condiciones de seguridad como las propias de la maquinaria, de los equipos de seguridad o de las herramientas. Aproximadamente el 41,1% de estos accidentes ocurren a personas en edades entre los 45 y los 59 años, y el 51,6%, a personas en edades entre los 40 y los 59 años.

3.3 Discapacidad por víctima de violencia

Se registraron para 2018, en total, 159 PcD cuya discapacidad fue por violencia, y durante el periodo 2012-2018 se registraron 1154 por esta causa. La mayoría de las víctimas pertenecían al régimen subsidiado (51,3%) y eran de nivel educativo bajo (básica primaria, básica secundaria) (72,3%).

El tipo de violencia más frecuente fue la delincuencia común, con 606 registros (52,5%), seguida de la violencia social, con 212 (18,4%), y la violencia dentro del hogar, con 126 (10,9%). Para estas subcategorías no se evidenciaron concentraciones por edad, pero sí se observó que por cada mujer víctima de violencia hubo 8 hombres víctimas de delincuencia común y 3 víctimas de violencia social, relación que se invirtió con la violencia en el interior del hogar, donde por cada hombre hubo 4 mujeres víctimas de este tipo de violencia.

3.4 Discapacidad por el conflicto armado

Durante el periodo 2012-2018 se registraron 1119 PcD por el conflicto armado. Llama la atención que al ver el comportamiento anual de los registros por conflicto armado, hay una disminución desde 2016, al pasarse de 234 registros para ese año a 145 para 2018, un comportamiento contrario al aumento de registros que se ha visto en el ámbito distrital.

Por grupos de edad, se observó que el 48,4% de los registros estuvo concentrado en edades de 20-29 años. La mayoría de los registros correspondieron al régimen especial (58,4%) y de nivel educativo bajo (básica primaria, básica secundaria) (47,9%). Esto se

relaciona con que a dicho régimen pertenecen sectores como las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

Al analizar las subcategorías para las causas de discapacidad por conflicto armado, se encuentran 420 registros (37,5%) por arma de fuego; 318 (28,4%), por minas antipersonas, y 127 (11,3%), por artefactos explosivos improvisados.

El 93,6% de todos los registros por el conflicto armado fueron en hombres, y esto fue consistente para todas las subcategorías, aunque en algunas hubo mayor participación de las mujeres: por ejemplo, cuando la causa fue un arma de fuego (9,8%).

3.5 Discapacidad por consumo de psicoactivos

Durante el periodo 2012-2018 se registraron 984 PcD por consumo de psicoactivos, de los cuales 372 correspondieron a 2018. Por grupos de edad, se observó que, del total de estos registros durante el periodo, el 39% estuvo concentrado en edades de 15-24 años, y el 48,6%, en edades de 15-29 años. Esta misma distribución se vio para ambos sexos; no obstante, el mayor número de registros correspondió a hombres, con una cantidad de 800 (81,3%). La mayoría de las personas pertenecían al régimen subsidiado (63,9%) y eran de nivel educativo bajo (básica primaria, básica secundaria) (53 %).

Del total de registros durante el periodo, 620 (63%) ocurrieron por consumo de psicoactivos socialmente no aceptados, y 340 (34,6%), por los aceptados socialmente. En ambas situaciones, la distribución por sexo mostró que la mayor proporción estuvo representada por los hombres, con el 81,5%.

3.6 Discapacidad por dificultades en la prestación de servicios de salud

Durante el periodo 2012-2018 se registraron 747 PcD por causas relacionadas con los servicios de salud, de los cuales 68 fueron registros de 2018. La mayoría de estas personas pertenecían al régimen contributivo (58,1%) y eran de nivel educativo bajo (básica primaria, básica secundaria) (51,4 %).

El mayor número de registros por esta causa correspondieron a 323 (43,2%) niños que adquirieron la discapacidad en edades entre los 0 y los 4 años, aún por las diferentes subcategorías de esta causa. Para el mismo periodo hubo 246 registros (32,9%) de origen por deficiencias en la calidad de la atención, seguidos de atención médica inoportuna, con 123 registros (16,5%).

3.7 Dificultades permanentes y barreras percibidas

Se identificaron las dificultades más frecuentes tomando en cuenta que el RLCPD permite registrar más de una para cada PcD. En general, se observó que, independientemente del origen, las PcD registraron más a menudo la dificultad para caminar, correr o saltar, excepto cuando el origen de la discapacidad estuvo en condiciones de salud de la madre durante el embarazo y en complicaciones durante el parto, donde la dificultad para pensar y memorizar fueron las más frecuentes, seguidas de la dificultad para hablar y para comunicarse, las cuales se pueden asociar a la discapacidad intelectual (cognitiva). De la misma forma, cuando el origen fue por consumo de psicoactivos, la dificultad más frecuente fue para pensar y memorizar, seguida de la dificultad para relacionarse con los

demás y su entorno, las cuales se asocian a la discapacidad psicosocial (mental).

Al analizar las barreras físicas percibidas según la dificultad presente, se evidenció que, indistintamente de las limitaciones en la PcD, las barreras percibidas con mayor frecuencia fueron las condiciones del entorno; específicamente, las relacionadas con vías y transporte público, mientras que las escaleras y los pasillos fueron las barreras más frecuentes respecto a condiciones de la vivienda (tabla 2).

4. Discusión

Los resultados del presente estudio fueron consistentes con lo reportado a escala nacional y en otras ciudades, como Medellín (6,7); sin embargo, mientras que en Bogotá y Barranquilla la segunda causa registrada de discapacidad fueron las alteraciones genéticas, en Medellín, Cali y Pasto dicho lugar es ocupado por los accidentes (7). De la misma forma, si bien la primera causa de accidentes en Bogotá y Medellín fueron los de tránsito, la segunda causa de los accidentes para Bogotá fue por cuestiones de trabajo, seguidas por las del hogar, mientras que en Medellín se invirtió el orden (7,8).

El RLCPD es en la actualidad la única fuente de información oficial en el país que da cuenta del origen de la discapacidad, las dificultades de las PcD y las barreras físicas percibidas por esta población en el nivel de especificidad reportado en el presente estudio; no obstante, la información que se obtenga del RLCPD debe ser interpretada con cautela, tomando en cuenta su alcance y sus limitaciones, pues no abarca al 100% de la población; esto, debido a que es un proceso voluntario y de autorreconocimiento.

Si bien desde la implementación del RLCPD se registraron a lo largo de los últimos dos años los mayores números de PcD, esto no quiere decir que haya un aumento de PcD en Bogotá, por cuanto la cantidad de registros puede estar influenciada por la voluntad de las PcD o de sus familiares para hacerlos, y ello, a su vez, puede estar relacionado con factores como los incentivos para los programas ofertados y el posicionamiento de la estrategia de búsqueda de identificación de PcD (7).

Desde el punto de vista epidemiológico, se debe tener precaución cuando se hagan estudios a partir del RLCPD, ante la presencia de sesgos; a partir de lo ya mencionado, por ejemplo, es evidente un sesgo de selección. De igual forma, puede haber un sesgo de información, relacionado con el proceso de autorreconocimiento de la condición, y donde las percepciones particulares de cada persona registrada pueden subjetivizar las respuestas.

De igual forma, se debe tener presente que el RLCPD es una fuente de información de la cual en años anteriores se dijo que abarcaba alrededor del 52% de las PcD (9). Ese porcentaje pudo haber aumentado a lo largo de los últimos años y variar de una ciudad a otra; sin embargo, no deja de ser una fuente de información que subestima la cantidad de PcD.

Bogotá es una ciudad compleja por su dimensión territorial y poblacional, y donde algunas localidades podrían ser más grandes y tener más habitantes que la mayoría de las ciudades en el país; por ello, estimar tasas de registros para el Distrito Capital y sus localidades no sería lo más útil para focalizar acciones en salud pública, pues se encontró que hay zonas con mayor densidad donde convergieron dos o más localidades, y donde podría ser más efectivo destinar las acciones sectoriales e

intersectoriales en la ciudad. En relación con esto, sería provechoso contar con información de ocurrencia de las causas de origen de la discapacidad, lo que complementaría dicho análisis de causas, como: accidentes, violencia y prestación de servicios de salud, entre otros.

Las barreras físicas percibidas y registradas con mayor frecuencia correspondieron a condiciones del entorno social, y, en menor medida, a las del entorno inmediato. Esto sugiere que para una PcD puede ser más fácil adaptar a sus necesidades el lugar donde vive, y no los demás espacios donde transcurre su vida; no obstante, si bien las escaleras y los pasillos fueron categorizadas en el presente estudio como condiciones de la vivienda, estas también podrían ser consideradas barreras del entorno en lugares públicos.

Tomando en cuenta las dificultades aquí mencionadas y la normatividad vigente

respecto a la certificación de discapacidad y el RLCPD, donde el responsable de identificar y certificar la condición es el asegurador, y no la PcD, la ciudad, los programas y los servicios deberán adaptarse, durante los próximos años, a los cambios que este proceso genere. En coherencia con lo anterior, dentro del marco de la gestión del riesgo y la prevención de mayor dependencia en la persona con discapacidad, se evidencia la necesidad de desarrollar otras estrategias de vigilancia en salud pública que permitan profundizar en el origen de la discapacidad, las causas de esta condición, las principales dificultades que genera en la persona y las barreras más frecuentes, de modo que permita, a su vez, analizar la relación entre las limitaciones para la realización de las actividades cotidianas y la restricción de la participación con una perspectiva integral.



Tabla 2. Frecuencia porcentual de las dificultades permanentes registradas según origen de la discapacidad y barreras percibidas según dificultades. Bogotá, D. C., 2012-2018

Origen de la discapacidad	Pensar, memorizar	Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	Oír, aun con aparatos especiales	Distinguir olores y sabores	Hablar y comunicarse	Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	64,6 %	20,4 %	19,3 %	1,7 %	48,7 %	7,2 %	6,0 %
Complicaciones durante el parto	78,2 %	19,7 %	11,0 %	2,3 %	52,5 %	7,9 %	8,1 %
Enfermedad general	36,5 %	26,2 %	13,7 %	1,2 %	14,7 %	25,1 %	8,8 %
Alteración genética, hereditaria	53,0 %	23,2 %	11,5 %	1,6 %	31,0 %	15,1 %	8,0 %
Lesión autoinfligida	29,9 %	20,6 %	6,5 %	1,9 %	12,1 %	44,9 %	7,5 %
Enfermedad profesional	16,6 %	18,1 %	17,6 %	0,6 %	4,2 %	18,7 %	3,2 %
Consumo de psicoactivos	72,2 %	5,9 %	2,4 %	0,5 %	9,8 %	21,1 %	1,9 %
Desastre natural	15,4 %	15,4 %	15,4 %	0,0 %	7,7 %	23,1 %	7,7 %
Accidente	23,2 %	23,6 %	9,8 %	1,2 %	9,1 %	9,6 %	4,4 %
Víctima de violencia	29,4 %	26,7 %	8,0 %	1,6 %	12,4 %	9,2 %	5,2 %
Conflicto armado	22,4 %	22,3 %	19,7 %	1,0 %	6,3 %	7,0 %	3,7 %
Dificultades en la prestación de servicios de salud	48,1 %	28,9 %	17,3 %	3,1 %	37,3 %	15,7 %	9,6 %
Otra causa	53,3 %	12,7 %	11,9 %	1,2 %	16,9 %	17,4 %	3,3 %

Origen de la discapacidad	Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	Caminar, correr, saltar	Mantener piel, uñas y cabellos sanos	Relacionarse con las demás personas y el entorno	Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo	Otra
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	8,9 %	40,2 %	4,1 %	33,1 %	21,2 %	21,6 %	23,2 %	0,3 %
Complicaciones durante el parto	12,2 %	49,0 %	9,7 %	36,5 %	27,8 %	27,2 %	29,1 %	0,3 %
Enfermedad general	13,8 %	68,6 %	10,9 %	18,2 %	39,0 %	38,3 %	19,6 %	0,1 %
Alteración genética, hereditaria	11,6 %	52,4 %	7,9 %	26,5 %	33,2 %	31,3 %	17,8 %	0,4 %
Lesión autoinfligida	5,6 %	63,6 %	6,5 %	15,9 %	47,7 %	36,4 %	15,9 %	0,9 %
Enfermedad profesional	6,5 %	74,4 %	3,2 %	7,0 %	51,1 %	45,0 %	14,9 %	0,0 %
Consumo de psicoactivos	2,3 %	21,7 %	1,7 %	58,3 %	9,0 %	8,1 %	4,7 %	0,4 %
Desastre natural	0,0 %	76,9 %	7,7 %	7,7 %	15,4 %	30,8 %	15,4 %	0,0 %
Accidente	7,7 %	76,5 %	6,1 %	9,9 %	40,8 %	40,6 %	14,9 %	0,1 %
Víctima de violencia	13,8 %	65,9 %	4,1 %	15,8%	38,8 %	31,9 %	16,1 %	0,3 %
Conflicto armado	7,0 %	78,0 %	5,4 %	9,5 %	32,6 %	31,7 %	10,8 %	0,0 %
Dificultades en la prestación de servicios de salud	15,1 %	66,0 %	6,4 %	25,2 %	37,1 %	39,5 %	30,8 %	0,0 %
Otra causa	6,5%	39,7 %	2,8 %	27,1 %	20,4 %	19,8 %	9,6 %	0,3 %

Barreras del entorno inmediato	Pensar, memorizar	Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	Oír, aun con aparatos especiales	Distinguir sabores y olores	Hablar y comunicarse	Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
Dormitorio	17,9 %	15,7 %	11,1 %	26,0 %	19,9 %	17,9 %	20,0 %
Sala-comedor	19,2 %	17,3 %	12,6 %	28,0 %	21,4 %	19,1 %	21,3 %
Baño-sanitario	24,7 %	22,7 %	17,3 %	38,5 %	28,0 %	26,1 %	29,5 %
Escaleras	54,2 %	70,7 %	53,6 %	72,8 %	54,1 %	78,0 %	77,2 %
Pasillos-patios	41,8 %	53,1 %	40,9 %	54,0 %	44,4 %	57,5 %	65,1 %

Barreras del entorno inmediato	Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	Caminar, correr, saltar	Mantener piel, uñas y cabellos sanos	Relacionarse con las demás personas y el entorno	Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo	Otra
Dormitorio	18,5 %	17,5 %	13,4 %	22,2 %	18,7 %	19,8%	25,2 %	22,4 %
Sala-comedor	21,0 %	19,1 %	13,9 %	23,2 %	21,0 %	22,3%	27,4 %	22,7 %
Baño-sanitario	31,9 %	27,4 %	18,9 %	29,7 %	30,9 %	31,1%	38,7 %	26,9 %
Escaleras	72,8 %	83,0 %	77,9 %	52,1 %	83,0 %	87,5%	79,2 %	55,4 %
Pasillos-patios	57,1 %	56,2 %	71,1 %	44,5 %	58,6 %	60,8%	64,8 %	44,4 %

Barreras del entorno social	Pensar, memorizar	Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	Oír, aun con aparatos especiales	Distinguir sabores y olores	Hablar y comunicarse	Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
Andenes-aceras	54,2 %	67,8 %	54,8 %	75,3 %	55,3 %	72,7 %	76,7 %
Calles, vías	73,0 %	81,1 %	75,1 %	84,8 %	75,8 %	84,5 %	85,1 %
Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	58,3 %	63,1 %	56,3 %	75,1 %	61,2 %	68,8 %	77,4 %
Paraderos, terminales de transporte	57,9 %	63,3 %	55,5 %	75,0 %	59,9 %	67,3 %	76,6 %
Vehículos de transporte público	69,9 %	76,3 %	69,9 %	82,6 %	70,9 %	78,8 %	81,4 %
Centros educativos	26,5 %	23,2 %	22,3 %	30,1 %	28,0 %	20,2 %	21,4 %
Lugares de trabajo	23,7 %	25,1 %	23,6 %	26,9 %	22,6 %	24,8 %	24,7 %
Centros de salud, hospitales	34,9 %	36,0 %	31,1%	46,1 %	38,8 %	36,0 %	34,8 %
Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	38,9 %	39,9 %	34,8 %	51,0 %	43,2 %	41,8 %	43,2 %
Otros lugares	14,7 %	12,7 %	14,1 %	12,7 %	14,8 %	14,0 %	13,2 %
No hay barreras	10,5 %	6,9 %	10,5 %	5,0 %	11,5 %	3,6 %	5,0 %

Barreras del entorno social	Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	Caminar, correr, saltar	Mantener piel, uñas y cabellos sanos	Relacionarse con las demás personas y el entorno	Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo	Otra
Andenes-aceras	72,7 %	77,0 %	80,0 %	54,4 %	79,1 %	84,3 %	79,7 %	52,3 %
Calles, vías	81,9 %	84,4 %	86,1 %	74,0 %	85,3 %	86,8 %	87,1 %	67,1 %
Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	72,7 %	67,4 %	82,0 %	62,8 %	73,2 %	76,9 %	77,5 %	50,6 %
Paraderos, terminales de transporte	74,4 %	66,5 %	82,1 %	62,5 %	72,4 %	75,1 %	77,7 %	52,3 %
Vehículos de transporte público	83,0 %	80,8 %	81,1 %	70,2 %	83,5 %	85,0 %	85,5 %	63,4 %
Centros educativos	25,0 %	23,2 %	12,2 %	26,5 %	25,8 %	26,8 %	27,2 %	34,5 %
Lugares de trabajo	27,3 %	27,8 %	12,1 %	26,6 %	31,3 %	32,5 %	25,5 %	38,5 %
Centros de salud, hospitales	38,3 %	40,0 %	21,1 %	39,3 %	44,5 %	46,3 %	41,2 %	42,5 %
Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	43,1 %	44,4 %	23,3 %	46,5 %	50,6 %	55,3 %	48,2 %	42,7 %
Otros lugares	15,3 %	16,3 %	6,2 %	16,5 %	15,9 %	16,4 %	13,9 %	45,4 %
No hay barreras	4,5 %	2,7 %	4,6 %	8,2 %	2,5 %	1,3 %	2,9 %	13,4 %

Fuente: Elaboración propia, a partir del RLCPD.

Referencias

1. World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Política pública nacional de discapacidad e inclusión social 2013-2022. 2014.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad [Internet]. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx>
4. Alcalde Mayor de Bogotá. Decreto 470 de 2007.
5. Gordis L. Epidemiología. 5.ª ed. Elsevier Espana, S.L.; 2015.
6. La Rota M, Santa S. Las personas con discapacidad en Colombia: Una mirada a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad; [Internet]. 2011. Disponible en: http://angelduran.com/docs/Cursos/CCDC2013/mod09/09-043_L2-DeJusticia-personas-discap-Colombia.pdf
7. Secretaría de Salud de Medellín. Profundización del análisis de la situación de salud, Medellín 2005-2015. Discapacidad [Internet]. 2015 [citado 28 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/IndicadoresEstadisticas/Shared%20Content/ASIS/Archivos%20descargables/Documento%20nueve.pdf
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). 2013.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Discapacidad [Internet]. [citado 29 de abril de 2019]. Disponible en: <http://ondiscapacidad.minsalud.gov.co/Paginas/prevalencia.aspx>

Septiembre 10: Día Mundial de la Prevención del Suicidio. Durante 2018, en promedio, en la ciudad de Bogotá cinco personas intentaron quitarse la vida cada día

Camilo A. Alfonso
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública,
Secretaría Distrital de Salud.

El suicidio es un evento relevante en salud pública, así como de gran impacto familiar y social. Las personas con antecedentes de intento de suicidio, los campesinos, los consumidores de sustancias psicoactivas, los pertenecientes a grupos étnicos y quienes se hallan bajo custodia o en condiciones de desplazamiento son considerados grupos específicos de riesgo (1).

La conducta suicida es un resultado no deseado en salud mental que incluye una secuencia de eventos desde la ideación, el plan y el intento suicida hasta la muerte. Existe evidencia suficiente para afirmar que el antecedente de conductas autolesivas es un potente predictor del suicidio consumado. Estudios longitudinales señalan que después de nueve años de haber cometido un acto de autolesión, el 5% de las personas habrá cometido suicidio. El mayor riesgo de muerte se presenta dentro de los primeros seis meses posteriores a una autoagresión (2).

El intento de suicidio es un evento de notificación obligatoria en Colombia desde 2016, y que por sí solo genera un alto impacto sobre el sistema de salud, discapacidad permanente o incapacidad recurrente o prolongada, así como demanda y congestión de los servicios de urgencias (3).

En Bogotá se registran alrededor de 4 intentos de suicidio por cada suicidio consumado. De acuerdo con información obtenida por el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), durante el periodo enero-diciembre de 2018, un total de 1885 personas intentaron quitarse la vida, y de estas, los intentos de suicidio se presentaron, principalmente, en la población joven, con edades entre los 11 y los 25 años; los intentos de suicidio se observan con mayor frecuencia en las mujeres, con una relación de 2 a 1. El 79,5% de los intentos de suicidio son realizados por personas menores de 30 años; las tasas de intento de suicidio más elevadas por cada 10.000 habitantes se observan en las localidades de Puente Aranda (5,65), Engativá (3,71) y Tunjuelito (3,54); el 50% de los casos de intento de suicidio se agrupan en cuatro localidades: Kennedy (287), Bosa (219) Ciudad Bolívar (203) y Suba (200) (figura 1).

La Ley 1616 de 2013, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y, recientemente, la Política Nacional de Salud Mental presentan un marco normativo suficientemente robusto para ordenar la respuesta social a este fenómeno.

En Bogotá, desde las actuaciones incluidas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y en la Gestión en Salud Pública, durante 2018 fueron atendidas 524 personas mediante la estrategia para el entrenamiento en habilidades de afrontamiento familiar denominada "Confróntate 7", y 5823 casos se canalizaron a servicios de salud mental (psiquiatría, psicología o trabajo social) a sus respectivas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

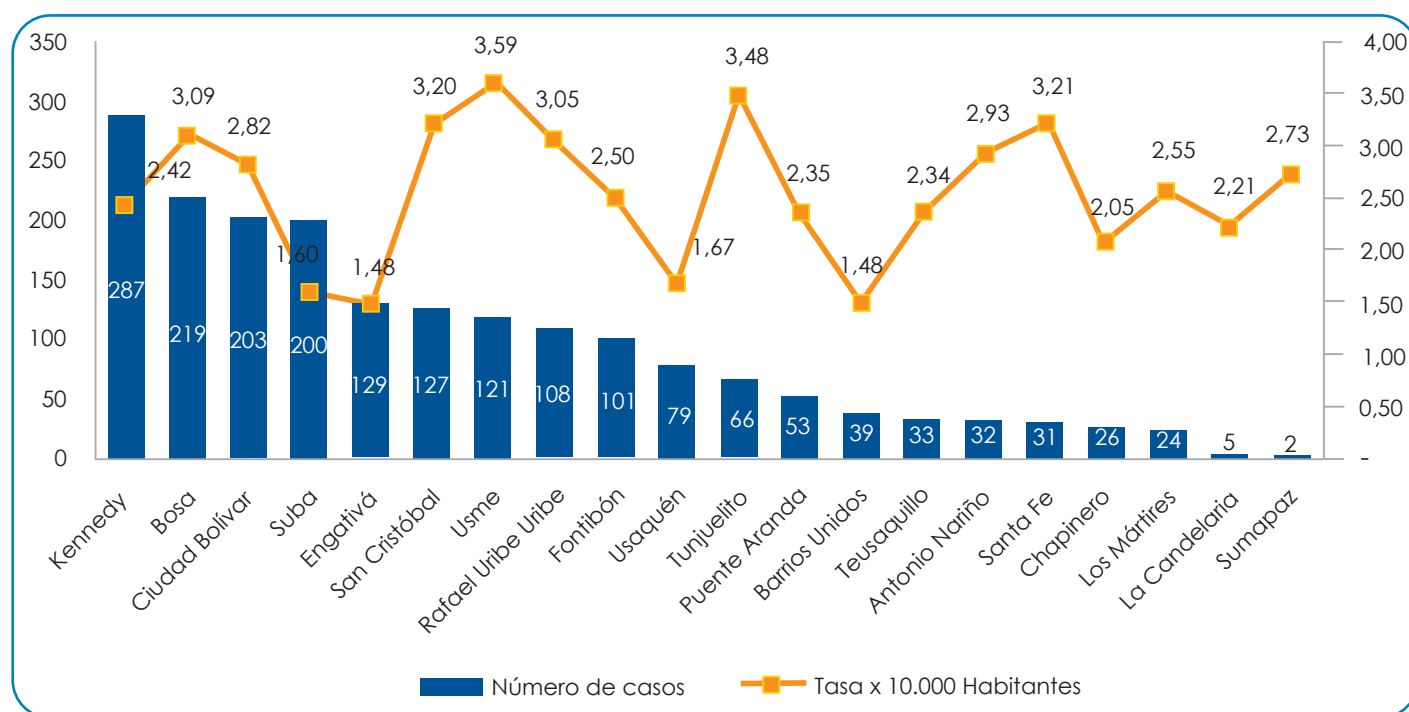
Desde el Espacio Educativo, a través de la estrategia Sintonizarte, se hizo intervención

a 222 grupos prioritarios en salud mental para abordar con estudiantes y docentes el tema de conducta suicida. En el mismo sentido, se reportaron 2347 casos de conducta suicida a través del WebService gestionado desde el equipo profesional de SISVECOS.

Adicionalmente, se desarrollaron actividades en el espacio público para la socialización y la promoción de la línea 106, con la participación de 7813 personas, así como jornadas de sensibilización dentro del marco

del Día Mundial de Prevención del Suicidio. En los casos en los cuales se identifique que una persona tiene pensamientos suicidas, se recomienda acudir a la línea 106, “el poder de ser escuchado”, donde podrá encontrar un equipo profesional de psicólogos que trabajan de manera permanente (24/7) para la atención en salud mental o buscar apoyo profesional; si se trata de una urgencia, la línea 123 cuenta con equipos capacitados para la gestión del riesgo y para dar respuesta ante este tipo de situaciones.

Figura 1. Casos de intento de suicidio según localidad. Bogotá, D. C., 2018



Fuente: SISVECOS (2018).

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental. Resolución 4886 de 2018. Bogotá D.C.; 2018.
2. Cooper J, Kapur N, Lawlor M, Guthiere E, Mackway-Jones K. Suicide after de-
3. liberate self-harm: A 4 year cohort study. Am J Psychiatry. 2005;162(2):297-303.
3. Mansilla Izquierdo F. La prevención de la conducta suicida: una necesidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012;35(113):123-4.

Comportamiento de los principales eventos de salud pública a escala internacional

(Fecha de corte 9, periodo epidemiológico 2019)

Nelly Yaneth Rueda Cortés
Bacterióloga especialista en epidemiología
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud.

1. Actualización del brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo

Desde el inicio del brote, el 1 de agosto de 2018, y hasta el 6 de septiembre de 2019, se han notificado un total de 3054 casos de EVE, de los cuales 2945 son casos confirma-

dos, y 109, casos probables; se presentaron, además, 2052 defunciones (tasa general de letalidad del 67%). Del total de casos confirmados y probables de los cuales se conocen la edad y el sexo, el 58% (1772) son mujeres; el 28% (865), menores de 18 años, y el 5% (156), profesionales de la salud afectados (40 de ellos han muerto).

La intensidad de la transmisión de EVE en las provincias de Kivu del Norte, Kivu del Sur e Ituri sigue siendo importante, con 57 nuevos casos notificados desde el último reporte, el 29 de agosto de 2019. Mientras puntos críticos, como la zona de Beni, muestran signos de reducción de la transmisión, están surgiendo nuevos puntos críticos en otros lugares. Dado el acceso limitado y la inseguridad en algunas zonas, las actividades de respuesta se han visto un tanto obstaculizadas (1) (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de casos de EVE en las zonas de salud de North Kivu e Ituri. Miércoles 1 de agosto de 2018-miércoles 4 de septiembre de 2019

Provincia	Zona de salud	Clasificación del total de casos		Total de defunciones		Total de muertes
		Casos confirmados	Casos probables	Total de casos	Muertes confirmadas	
South Kivu	Mwenga	6	0	6	3	3
	Alimbongo	5	0	5	2	2
	Beni	661	9	632	390	399
	Biena	16	1	17	12	13
North Kivu	Butembo	280	0	270	315	316
	Goma	1	0	1	1	1
	Kalunguta	169	15	151	57	71
	Katwa	648	16	647	436	452
	Kayna	23	0	10	6	6

Provincia	Zona de salud	Clasificación del total de casos		Total de defunciones		Total de muertes
		Casos confirmados	Casos probables	Total de casos	Muertes confirmadas	
North Kivu	Lubero	31	2	33	4	6
	Manguredjipa	18	0	18	12	12
	Masereka	50	6	55	16	22
	Musienene	84	1	76	30	31
	Mutwanga	32	0	18	8	8
	Nyiragongo	3	0	3	1	1
	Oicha	55	0	51	24	24
	Pinga	1	0	1	0	0
	Vuhovi	103	13	116	37	50
Ituri	Ariwara	1	0	1	1	1
	Bunia	4	0	4	4	4
	Komanda	43	9	52	27	36
	Lolwa	3	0	3	1	1
	Mambasa	37	0	37	14	14
	Mandima	269	4	273	142	146
	Nyakunde	1	0	1	1	1
	Rwampara	8	0	8	3	3
	Tchomia	2	0	2	2	2
Total		2.945	109	3.054	1.943	2.052

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Disease outbreak news: Update 6 September 2019.

2. Actualización del síndrome respiratorio de Medio Oriente por coronavirus (MERS-CoV)

Desde cuando la enfermedad fue identificada por primera vez en Arabia Saudita, en septiembre de 2012, y hasta el 2 de septiem-

bre 2019, se han notificado 2479 casos en más de 27 países y 906 defunciones asociadas. Hasta el 2 de septiembre de 2019, se han notificado, en total, 182 casos de MERS-CoV; de estos, la mayoría se han presentado en Arabia Saudita (169) y Omán (13); igualmente, se han presentado 48 muertes en Arabia Saudita (44) y en Omán (4). En Arabia

Saudita, 91 casos fueron primarios (42 de los cuales informaron contacto con camellos), 40 casos fueron adquiridos por profesionales de la salud, 31 fueron contactos domésticos y 7 fueron casos secundarios con fuente desconocida (2).

3. Sarampión en las Américas

En las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), informa en el *Boletín Semanal de Sarampión, Rubéola, y Síndrome de Rubéola Congénita a SE 36 de 2019* que se han confirmado 5752 casos de sarampión; de estos, 272 casos se confirmaron por clínica; otros 4248, por laboratorio, y 1232 más, por nexo epidemiológico. Los casos se han presentado en 14 países y territorios de la región: Argentina (6 casos), Caribe (4 casos), Brasil (3701 casos), Canadá (111 casos), Chile (8 casos), Colombia (199 casos), Costa Rica (10 casos), Cuba (un caso), Estados Unidos (1241 casos), México (14 casos), Perú (2 casos), Uruguay (9 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (446 casos) (3).

En Colombia, según el más reciente boletín epidemiológico publicado por el Instituto Nacional de Salud (INS), desde 2018 y hasta el 12 de septiembre de 2019 se han confirmado 409 casos de sarampión. En 2018 se confirmaron 208 casos (58 importados, 140 relacionados con la importación y 10 de fuente de infección desconocida), mientras que a la SE 36 de 2019 han ingresado 3543 casos sospechosos, se han descartado 2870, permanecen en estudio 472 y se han confirmado 201. De los 201 casos confirmados en 2019, el 31% (63) son importados; el 61% (122) corresponden a casos relacionados con la importación, así: 44 en personas procedentes de Venezuela y 78 en colombianos; para los casos restantes, el 8% (16) se encuentran con fuente de infección en investigación: 5

de transmisión en personas que proceden de Venezuela y 11 en colombianos (4).

4. Actualización difteria en las Américas

En 2018, tres países de la Región de las Américas (Colombia, Haití y Venezuela) notificaron casos confirmados de difteria, mientras que en 2019 Haití y la República Bolivariana de Venezuela han reportado casos confirmados. En Haití, entre la semana epidemiológica (SE) 32 de 2014 y la SE 30 de 2019 se notificaron 870 casos probables, incluidas 110 defunciones, y de los cuales 281 casos fueron confirmados (272 por laboratorio, y 9, por nexo epidemiológico).

En Venezuela, el brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo. Desde entonces y hasta la SE 31 de 2019 se notificaron 2956 casos sospechosos (324 casos en 2016; 1040, en 2017; 1208, en 2018, y 384, en 2019), de los cuales fueron confirmados 1726 (575, por laboratorio, y 1151, por criterio clínico o nexo epidemiológico). Se registraron 287 defunciones (17 en 2016, 103 en 2017, 151 en 2018 y 16 en 2019). En 2019, la tasa de letalidad más alta se observa en el grupo de edad de 5-9 años (7%), seguida por el grupo de 10-15 años (4%).

Las recomendaciones de la OPS para los países de la región incluyen: fortalecer los sistemas de vigilancia y la capacidad de diagnóstico por laboratorio a través de cultivo; prueba de ELEK y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el gen de la toxina diftérica (tox), y mantener una provisión de antitoxina diftérica. Además, recomienda la vacunación como medida clave para prevenir casos y brotes y un manejo clínico adecuado para disminuir complicaciones y la letalidad (5).

5. Monitoreo de poliovirus

En mayo de 2014, la OMS declaró a la poliomiélitis como una emergencia de salud pública de interés internacional (ESPII), debido a las preocupaciones por el aumento de la circulación y la propagación internacional del poliovirus salvaje en 2014; a la fecha, continúa la alerta.

Desde el 1 de enero hasta el 3 de septiembre de 2019, se han notificado 73 casos de poliovirus salvaje, mientras que en el mismo periodo de 2018 se notificaron 33 casos en países endémicos y 108 casos derivados de la vacuna; de estos últimos, 14 casos son del tipo cVDPV1, y 94 casos, del tipo cVDPV2 (6,7) (tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de casos de poliovirus. Corte del 1 de enero al 3 de septiembre de 2019

	1 de enero a 3 de septiembre de 2019	1 de enero a 3 de septiembre de 2018	Poliovirus derivados de la vacuna	
			cVDPV1	cVDPV2
	Poliovirus salvaje			
Pakistán	58	12		
Afganistán	15	21		
Indonesia			2	
Myanmar			12	
Nigeria				19
China				2
Angola				14
República Democrática del Congo				17
Somalia				2
Etiopia				3
Níger				6
República Centro Africana				31
Total	73	33	14	94

Fuente: Global Polio Eradication Initiative.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza [actualizado 06 septiembre 2019; citado 6 de octubre 2019 11:50 a.m.]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/06-september-2019-ebola-drc/en/>
2. Centro Europeo para control y prevención de enfermedades ECDC. [Internet]. Estocolmo, Suecia. [Actualizado 6 de sep 2019; citado 6 de oct 2019 12:05 m]. Disponible en https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/CDTR_week36.pdf
3. Organización panamericana de la Salud. OPS. [Internet]. Washington, Estados Unidos. [Actualizado 7 de Sep 2019; citado 6 oct 2019 9:49 p.m]. Actualización Epidemiológica Sarampión. 7 de Sep de 2019. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=measles-bulletin-8&alias=50333-measles-rubella-weekly-bulletin-36-7-september-2019&Itemid=270&lang=en
4. Instituto nacional de Salud [Internet]. Bogotá, Colombia. [Actualizado 7 de Sep 2019; citado 6 de oct. 2019, 9:54 p.m]. Boletín epidemiológico semanal a SE 36, 1 al 7 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%20C3%ADn%20epidemiol%20B3gico%20semana%2036.pdf>
5. Organización panamericana de la Salud. OPS. [Internet]. Washington, Estados Unidos. [Actualizado 15 de Agt 2019; citado 6 de Oct 2019 9:17 p.m]. Actualización Epidemiológica difteria. 15 de agosto de 2019. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=2019-3&alias=49685-15-de-agosto-de-2019-difteria-actualizacion-epidemiologica&Itemid=270&lang=es
6. Global Polio Eradication Initiative. [Internet]. Geneva, Switzerland [Actualizado 3 de Sep 2019; citado 6 de Oct 2019 12:32]. Disponible en <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/08/weekly-polio-global-update-03Aug19.pdf>
7. Global Polio Eradication Initiative. [Internet]. Geneva, Switzerland [Actualizado 3 de Sep 2019; citado 6 de Oct 2019 12:38]. Disponible en <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/circulating-vaccine-derived-poliovirus/>

Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en Bogotá, con corte a periodo 9 de 2019. (Periodo epidemiológico 9 del 11 de agosto al 7 de septiembre de 2019 - 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	17	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1.051	113	376	40	1.565	153	2.307	253	275	31	294	29	17.129	1.817
Bajo peso al nacer	110	179	16	60	6	280	36	503	48	86	5	51	6	3.932	406
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	120	18	52	6	245	23	294	34	51	4	68	12	2.397	285
Cáncer en menores de 18 años	115	15	0	2	0	22	1	22	2	4	0	2	0	392	4
Chagas agudo	205	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	12	0
Chagas crónico	205	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	12	0
Chikungunya	217	7	0	3	0	6	1	15	1	2	0	2	0	75	3
Defectos congénitos	215	53	4	27	1	52	10	148	10	13	0	15	1	1.292	126
Dengue	210	97	8	30	0	148	15	198	9	33	1	32	5	1.771	95
Dengue grave	220	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	17	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	58	6	26	3	118	15	221	31	15	3	18	2	2.393	311
Endometritis puerperal **	351	14	0	19	0	13	0	39	0	2	0	54	0	230	4
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	29	0
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	102	6	2	0	22	2	103	5	8	0	4	0	467	23
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	232	28	66	10	268	43	361	32	49	5	95	6	3.732	490
Evento adverso seguido a la vacunación	298	9	1	0	0	1	0	14	0	1	0	0	0	63	2
Exposición a flúor	228	38	1	4	1	22	9	45	3	0	0	7	1	2.176	301
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	5	0
Hepatitis A	330	20	1	20	2	33	3	34	4	7	0	19	1	262	17
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	36	6	30	4	48	7	64	3	11	2	22	2	495	50
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	119	7	75	3	7	0	56	2	10	0	112	4	740	35
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	10	0	1	0	9	0	9	0	1	0	4	0	94	0
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	40	0	54	1	16	0	27	0	11	0	99	3	390	9
Intento de suicidio	356	6	0	1	0	5	1	5	0	0	0	1	0	397	97
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	188	24	77	2	262	30	465	65	76	11	75	12	2.618	317
Leishmaniasis cutánea	420	7	0	2	0	17	0	13	0	1	0	0	0	178	1
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	12	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	17	3
Leptospirosis	455	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Lesiones de causa externa	453	3	2	0	0	8	1	7	1	2	0	3	0	68	6
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	2	0	0	0	1	0	3	1	1	0	0	0	51	1
Malaria	465	12	0	5	0	15	1	15	0	3	0	5	0	264	19
Meningitis	535	9	0	2	0	10	1	10	1	1	0	0	0	99	6
Morbilidad materna extrema	549	180	17	66	4	291	33	588	62	55	8	53	5	4.802	515
Mortalidad materna, datos básicos	551	3	0	2	0	1	0	2	0	1	0	0	0	33	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	38	5	12	1	73	8	120	10	6	1	8	0	1.015	105
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Parotiditis	620	326	24	93	9	423	51	664	69	98	9	90	9	4.487	463
Sarampión	730	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	15	0
Sífilis congénita	740	2	1	0	0	9	2	28	7	1	0	0	0	215	44
Sífilis gestacional	750	23	3	2	0	39	4	89	23	8	0	1	0	863	133
Tosferina	800	2	0	1	0	5	0	11	1	0	0	2	0	56	1
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	51	6	8	1	92	11	116	9	19	1	9	2	1.149	123
Varicela individual	831	454	44	123	20	801	60	1.768	139	240	23	124	9	9.563	835
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	0	0	0	0	4	0	5	1	1	0	0	0	55	4
VIH/sida/mortalidad por sida	850	192	20	205	19	350	28	499	53	108	15	112	12	3.827	423
Zika	895	6	0	1	0	3	0	5	1	1	0	0	0	32	1
Total por localidad		3.706	361	1.451	133	5.292	550	8.883	880	1.203	119	1.382	121	67.945	7.080

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santa Fe		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	17	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	355	36	1.004	106	189	26	200	30	74	8	941	90	17.129	1.817
Bajo peso al nacer	110	67	7	178	20	35	6	45	10	14	3	169	14	3.932	406
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	54	5	127	17	38	2	49	8	7	2	112	8	2.397	285
Cáncer en menores de 18 años	115	6	0	18	1	4	0	0	0	0	0	18	0	392	4
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0
Chikungunya	217	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	75	3
Defectos congénitos	215	24	2	47	6	18	2	9	2	2	0	61	4	1.292	126
Dengue	210	19	0	35	0	17	1	18	1	8	1	55	2	1.771	95
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	52	9	149	18	26	3	24	4	2	0	145	15	2.393	311
Endometritis puerperal **	351	0	0	16	0	25	4	0	0	0	0	9	0	230	4
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	1	0	8	0	1	0	3	0	0	0	1	0	29	0
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	6	0	11	1	2	0	6	0	2	0	26	1	467	23
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	35	7	49	8	31	4	21	3	14	3	76	7	3.732	490
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	3	0	1	0	0	0	0	0	5	0	63	2
Exposición a flúor	228	57	7	255	27	42	4	37	7	25	0	183	21	2.176	301
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Hepatitis A	330	6	1	11	0	4	1	1	0	1	0	8	0	262	17
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	13	1	26	4	6	0	1	0	0	0	24	0	495	50
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	5	0	57	4	121	5	38	5	0	0	20	1	740	35
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	5	0	8	0	1	0	0	0	0	0	3	0	94	0
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	36	0	47	1	2	0	0	0	20	2	390	9
Intento de suicidio	356	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5	1	397	97
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	44	3	111	9	37	7	25	3	8	3	94	11	2.618	317
Leishmaniasis cutánea	420	1	0	4	0	1	0	3	0	0	0	2	0	178	1
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	17	3
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Lesiones de causa externa	453	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	68	6
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	51	1
Malaria	465	7	1	7	0	6	0	3	0	1	0	16	0	264	19
Meningitis	535	4	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	99	6
Morbilidad materna extrema	549	102	10	214	21	60	7	44	6	13	2	254	27	4.802	515
Mortalidad materna, datos básicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	33	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	18	1	39	4	7	0	7	2	7	1	45	5	1.015	105
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Parotiditis	620	57	8	144	13	54	2	67	13	12	1	204	17	4.487	463
Sarampión	730	1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	1	0	15	0
Sífilis congénita	740	8	3	13	3	8	1	1	0	1	0	7	2	215	44
Sífilis gestacional	750	29	6	56	8	27	4	12	0	3	0	61	6	863	133
Tosferina	800	1	0	4	0	2	0	0	0	0	0	3	0	56	1
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	41	4	54	7	28	3	18	3	6	0	84	8	1.149	123
Varicela individual	831	152	20	494	47	78	4	93	13	13	1	620	44	9.563	835
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	2	0	3	0	1	1	0	0	0	0	4	0	55	4
VIH/sida/mortalidad por sida	850	109	18	159	25	83	15	40	4	14	2	142	14	3.827	423
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	1
Total por localidad		1.283	149	3.355	349	1.004	103	769	114	227	27	3.424	300	67.945	7.080

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Suroccidente								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	1	0	0	0	17	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1.322	148	1.795	194	585	62	505	48	17.129	1.817
Bajo peso al nacer	110	324	28	457	47	107	8	85	8	3.932	406
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	122	12	280	42	107	19	72	13	2.397	285
Cáncer en menores de 18 años	115	18	0	30	0	6	0	9	0	392	4
Chagas agudo	205	1	0	3	0	0	0	0	0	12	0
Chagas crónico	205	1	0	3	0	0	0	0	0	12	0
Chikungunya	217	3	0	5	0	6	1	3	0	75	3
Defectos congénitos	215	94	9	144	20	29	5	33	2	1.292	126
Dengue	210	100	0	183	10	64	5	46	2	1.771	95
Dengue grave	220	0	0	1	0	0	0	1	0	17	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	321	27	332	50	87	12	46	8	2.393	311
Endometritis puerperal **	351	2	0	12	0	2	0	0	0	230	4
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	2	0	1	0	0	0	29	0
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	13	1	31	1	11	0	3	0	467	23
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	123	12	244	33	121	12	99	13	3.732	490
Evento adverso seguido a la vacunación	298	4	0	6	0	5	1	1	0	63	2
Exposición a flúor	228	398	65	308	41	65	11	73	5	2.176	301
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0
Hepatitis A	330	11	1	20	0	11	0	7	0	262	17
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	22	7	44	2	14	4	18	0	495	50
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	80	3	0	0	0	0	740	35
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	3	0	10	0	2	0	2	0	94	0
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	3	0	18	1	3	1	0	0	390	9
Intento de suicidio	356	3	1	4	2	1	1	5	0	397	97
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	132	20	286	33	133	16	104	10	2.618	317
Leishmaniasis cutánea	420	5	0	8	0	1	0	26	0	178	1
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	1	0	0	0	2	0	12	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	1	0	1	0	1	0	0	0	17	3
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Lesiones de causa externa	453	9	1	4	0	2	0	12	1	68	6
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	5	0	1	0	0	0	51	1
Malaria	465	13	0	25	4	12	0	3	1	264	19
Meningitis	535	9	1	12	1	8	1	1	0	99	6
Morbilidad materna extrema	549	408	44	587	68	158	22	98	7	4.802	515
Mortalidad materna, datos básicos	551	5	1	2	1	2	0	1	0	33	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	68	10	128	14	29	2	20	1	1.015	105
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Parotiditis	620	347	47	599	59	245	24	149	18	4.487	463
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	2	0	15	0
Sífilis congénita	740	21	2	31	6	5	1	6	3	215	44
Sífilis gestacional	750	70	16	119	17	24	4	22	5	863	133
Tosferina	800	7	0	1	0	1	0	0	0	56	1
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	63	12	98	9	39	5	44	7	1.149	123
Varicela individual	831	740	72	1.356	104	356	19	235	24	9.563	835
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	8	0	5	0	1	0	1	0	55	4
VIH/sida/mortalidad por sida	850	265	27	452	47	133	18	113	15	3.827	423
Zika	895	1	0	6	0	2	0	0	0	32	1
Total por localidad		5.061	564	7.739	809	2.381	254	1.847	191	67.945	7.080

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	17	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	832	109	342	40	1.453	161	5	0	17.129	1.817
Bajo peso al nacer	110	191	19	98	15	393	38	1	0	3.932	406
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	61	4	65	8	143	8	0	0	2.397	285
Cáncer en menores de 18 años	115	17	0	4	0	28	0	0	0	392	4
Chagas agudo	205	2	0	0	0	1	0	0	0	12	0
Chagas crónico	205	2	0	0	0	1	0	0	0	12	0
Chikungunya	217	0	0	1	0	2	0	0	0	75	3
Defectos congénitos	215	69	5	31	5	130	13	0	0	1.292	126
Dengue	210	48	1	27	0	77	3	1	0	1.771	95
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	17	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	155	18	57	14	329	46	2	0	2.393	311
Endometritis puerperal **	351	0	0	0	0	21	0	0	0	230	4
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	2	0	2	0	1	0	0	0	29	0
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	22	1	12	1	34	2	0	0	467	23
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	52	8	33	1	87	15	3	0	3.732	490
Evento adverso seguido a la vacunación	298	4	0	2	0	3	0	0	0	63	2
Exposición a flúor	228	79	8	50	11	308	48	2	0	2.176	301
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Hepatitis A	330	3	1	3	0	7	0	0	0	262	17
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	18	2	11	0	26	1	0	0	495	50
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	25	0	9	0	0	0	740	35
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	4	0	1	0	2	0	0	0	94	0
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	1	0	10	0	0	0	390	9
Intento de suicidio	356	4	1	2	0	1	0	0	0	397	97
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	91	13	35	7	145	15	0	0	2.618	317
Leishmaniasis cutánea	420	8	0	8	0	11	0	0	0	178	1
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	1	0	0	0	12	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	0	0	0	0	2	0	0	0	17	3
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Lesiones de causa externa	453	1	0	2	0	1	0	0	0	68	6
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	2	0	2	0	2	0	0	0	51	1
Malaria	465	9	1	4	0	15	3	0	0	264	19
Meningitis	535	4	0	1	0	1	0	0	0	99	6
Morbilidad materna extrema	549	219	30	117	11	399	32	1	0	4.802	515
Mortalidad materna, datos básicos	551	1	0	0	0	1	0	0	0	33	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	53	7	24	3	85	11	1	0	1.015	105
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Parotiditis	620	197	22	143	11	288	30	3	0	4.487	463
Sarampión	730	0	0	0	0	1	0	0	0	15	0
Sífilis congénita	740	13	2	6	3	25	3	0	0	215	44
Sífilis gestacional	750	66	10	23	3	117	15	0	0	863	133
Tosferina	800	3	0	2	0	6	0	0	0	56	1
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	36	5	25	2	72	11	0	0	1.149	123
Varicela individual	831	429	36	241	25	664	72	4	1	9.563	835
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	4	1	0	0	6	1	0	0	55	4
VIH/sida/mortalidad por sida	850	132	12	78	9	224	24	3	1	3.827	423
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	32	1
Total por localidad		2.833	316	1.478	169	5.132	552	26	2	67.945	7.080

* ac - acumulado (del 30 de diciembre de 2018 al 7 de septiembre de 2019) - * pe - periodo (del 11 de agosto al 7 de septiembre de 2019) - ** Eventos reportados según localidad de notificación. No se presentaron casos para los siguientes eventos: carbunco, 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, fiebre amarilla, parálisis flácida aguda (menores de 15 años), peste (bubónica/numónica), rabia animal en perros y gatos, rabia humana, rubéola, síndrome rubéola congénita, tétanos accidental, tétanos neonatal, tífus endémico transmitido por pulgas, tífus epidémico transmitido por piojos, vigilancia de la rabia por laboratorio, vigilancia en salud pública de las violencias de género.

Fuente: Base SIVIGILA Nacional ver 2018-2020 - Información preliminar 2019.

Nota: Por la dinámica del análisis de la información, los casos pueden presentar procesos de ajuste y clasificación.

