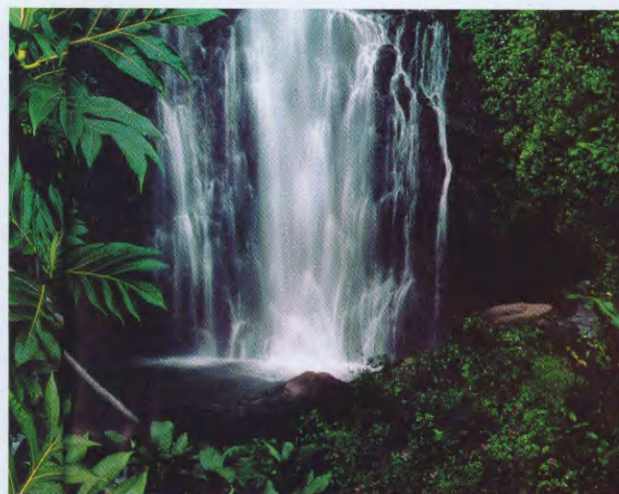


Factores protectores

Por: Orlando Scopetta D.
Psicólogo-Esp. en Docencia Universitaria
-Esp. en Análisis de Datos
Area de Vigilancia en Salud Pública. SDS.

Al tiempo con el auge de los conceptos sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se puso en boga la noción de "factores protectores de la salud", también llamados "factores de protección de la salud". Sin embargo, a pesar de su actualidad dentro del nuevo sistema de seguridad social y al interior de las concepciones contemporáneas en el campo de la salud, tras este concepto aparentemente establecido y compartido no existe una propuesta metodológica sólida sobre cómo identificarlos ni sobre cómo promoverlos.

Como punto de partida podría tomarse la definición que reza que un factor protector de la salud es aquel cuya presencia disminuye la probabilidad de aparición de una enfermedad. Su ausencia por lo tanto, aumentará la probabilidad de que la enfermedad aparezca o se manifieste con mayor fuerza. Desde el inicio, esta definición parece inclinarse más hacia un enfoque desde la enfermedad que a un enfoque sobre la salud. Por ejemplo, si asumimos que no fumar es un factor protector contra el cáncer pulmonar, es porque esta enfermedad es más frecuente entre los



fumadores que entre los no fumadores. Claro está, también sabemos que existen sustancias "cancerígenas" en el cigarrillo y cierta vulnerabilidad en el organismo para padecer cáncer.

Se perfila en los párrafos anteriores que "salud" continúa entendiéndose como "la ausencia de enfermedad".

Para construir una definición positiva de los factores protectores es necesario ahondar en la investigación sobre este tema. En especial, se requiere desarrollar investigación aplicada que atienda a problemas teóricos y a la vez dé cuenta de las necesidades sociales que pretenden resolverse a partir de la intervención en promoción de la salud.

Siendo la investigación y la práctica de la promoción, los dos terrenos donde debe hacerse énfasis en el trabajo alrededor de los factores de protección de la salud, existen obstáculos para un trabajo integral al respecto. Tales dificultades pueden clasificarse como sigue.

CONTENIDO

Factores protectores.....	Pág.1- 5
Intoxicación por monóxido de carbono en una fábrica de autopartes eléctricas de la zona industrial.....	Pág.5- 7
Análisis cuarto periodo epidemiológico.....	Pág. 7
Reporte cuarto periodo epidemiológico	Pág. 8

Secretaría Distrital de Salud
Beatriz Londoño Soto

Subsecretario Distrital de Salud
Delio Castañeda Zapata

Directora de Salud Pública
Ana María Peñuela Poveda

Area de Análisis y Políticas de Salud Pública
Consuelo Peña Aponte

Area de Acciones en Salud Pública
Stella Vargas Higuera

Area de Vigilancia en Salud Pública
Elkin Osorio Saldarriaga

Comité Editorial
Beatriz Londoño Soto
Ana María Peñuela Poveda
Elkin Osorio Saldarriaga
Orlando Scopetta D
Doracelly Hincapié Palacio
Gladys Espinosa García
Luz Adriana Zuluaga Salazar

Diseño y Diagramación:
XyZ Estrategias

Impreso en los talleres de:
Linotipia Martínez

Secretaría Distrital de Salud
Dirección de Salud Pública
Area de Vigilancia en Salud Pública
Trans. 23 N° 56 - 00 Piso 3
Tels : 347 6359 347 6394
Santa Fe de Bogotá, D.C.

(Viene de la pág 1)

1.1 En el orden conceptual.

Los siglos de desarrollo de los sistemas prestadores de servicios de salud alrededor de las nociones de enfermedad más que sobre nociones positivas de salud, se reflejan en la dificultad para adelantar proyectos y programas en promoción de la salud.

Los factores protectores son concebidos como “la cara oscura de los factores de riesgo”. En otras palabras, si fumar aumenta la probabilidad de la aparición de cáncer pulmonar, no fumar debe disminuir tal probabilidad. Desde este punto de vista, el hallazgo y reconocimiento de los factores protectores está ligado al avance sobre el conocimiento de la enfermedad y sus factores de riesgo, más que al conocimiento sobre la salud.

El conocimiento sobre los factores protectores no necesariamente proviene del saber sobre la enfermedad. Por ejemplo, en la práctica cotidiana y en la ecología del comportamiento de poblaciones diferentes al occidente moderno, son reconocibles factores que protegen la salud de la comunidad y que no tienen una dependencia de las ideas mágicas sobre la enfermedad. Más bien, se relacionan con la cosmología y la cosmogonía de estos pueblos.

1.2 En el orden metodológico

El desarrollo metodológico en disciplinas como la epidemiología ha tenido mayor énfasis en las herramientas para la identificación de factores de riesgo. Las técnicas de análisis de la información giran alrededor del concepto de “riesgo de enfermar”. Es común escuchar entre los analistas de la información epidemiológica que un factor protector es aquel que obtiene una razón de disparidad por debajo de 1.

El cálculo de razones de disparidad se basa en operaciones matemáticas, a partir de las marginales de una tabla de contingencia. Por lo regular, estas tablas se ordenan de acuerdo con hipótesis alrededor de un supuesto factor de riesgo. Una razón de disparidad menor de 1 en este contexto (con una probabilidad apropiada), solamente puede implicar la aceptación de una hipótesis de nulidad de la asociación positiva entre las dos variables. No es plausible dar un giro en el razonamiento y asumir que se está frente a un factor protector. La única posibilidad metodológicamente válida es proponer una hipótesis para estudios posteriores.

Vale la pena recordar en este punto que se debe atender a los criterios de **plausibilidad** en el análisis. En otras palabras, el hallazgo de un factor protector debe sustentarse en una juiciosa revisión, donde se dé cuenta del papel del factor postulado, dentro de la supuesta estructura causal que determina el evento en estudio. Pero a su vez, si el evento es una enfermedad, el conocimiento sobre los factores protectores relacionados con ésta quedará limitado al espectro que ésta misma demarca, definido por el estado del conocimiento en las disciplinas que tradicionalmente han abordado el fenómeno "enfermedad". Volviendo al ejemplo del cáncer de pulmón, el no fumar se entiende como factor protector a partir del conocimiento sobre la enfermedad. Factores protectores como aquellos correspondientes a fenómenos culturales y sociales que harían indeseable el fumar, y otras prácticas que eventualmente protegerían contra el desarrollo de cáncer de pulmón, no se desprenden directamente del conocimiento sobre los factores de riesgo.

Siguiendo lo anotado en el párrafo anterior, la estructura para ordenar la interacción de los factores protectores con otros elementos, no puede ser una enfermedad. La enfermedad sería solamente una variable dependiente dentro de cierto tipo de análisis acerca de los factores protectores. Para este fin, es preferible el trabajo con modelos que expliquen las formas de vida e interacción entre los sujetos como los modelos antropológicos, o los modelos de explicación del cambio de comportamiento (Ribes, 1990).

Por otra parte, la aplicación matemática y estadística usual en el campo de la epidemiología puede ser más útil para establecer factores de riesgo que factores protectores. La extendida enseñanza y utilización de herramientas que funcionan basadas en tablas de contingencia, disminuyen la potencia de los análisis.

Se recomienda el uso de técnicas estadísticas que no reduzcan la "variabilidad natural" de la variable, en aras de obtener mayor potencia en la inferencia. Es preferible la utilización de técnicas para análisis multivariado como análisis discriminante y de conglomerados. Si el estudio incluye variables discretas, se debe preferir el uso de regresión logística.

1.3 En el orden institucional

El desarrollo y la aplicación del conocimiento no se dan en el vacío: dependen de la organización social que se da en un momento histórico. Para lograr un verdadero avance en la promoción de la salud, se requiere que en el sistema general de seguridad social y en sus homólogos

regionales, se decida el aporte de recursos y la promoción de los escenarios para el progreso en este campo.

Por otra parte, es necesario que se entienda que el trabajo en promoción de la salud difícilmente tendrá impacto epidemiológico a corto plazo. Por lo tanto, la inversión debe planearse con esta perspectiva. Esto no quiere decir que los proyectos de promoción no puedan evaluarse. Existen técnicas de tipo experimental y cuasi-experimental, así como estudios de cohortes, estos últimos aplicables para evaluación a largo plazo (Soback, P. y Bowers, M; 1993. Shi, L., 1993).

No obstante las dificultades mencionadas, los factores protectores deben constituirse en el eje de la promoción de la salud. En otras palabras, promover salud es promover los factores protectores de la salud.

La enfermedad ha sido el centro de atención de los servicios de salud, dado que la medicina, disciplina tradicionalmente encargada del tema, surge como un conjunto de tratados sobre la enfermedad. La enfermedad como fenómeno que rompe con el orden aparente y que necesita explicación e intervención. La salud es el fondo, la enfermedad la figura: como suele suceder, la figura prevalece sobre el fondo.

1.4 Una propuesta para clasificar los factores protectores

A continuación se presentarán algunos de estos factores que aparecen referenciados dentro de investigaciones a nivel internacional y que dan idea de la complejidad de los determinantes del comportamiento. Estos factores se han categorizado para presentarlos de una manera ordenada; sin embargo, existen interacciones entre ellos, hasta el punto que sería plausible postular la existencia de factores psicosociales o socio-culturales; en fin, combinaciones posibles dentro de cada marco de análisis.

◆ **Factores culturales.** Dentro de esta revisión se entiende la cultura como un tejido de significaciones que determinan las relaciones que se dan entre los hombres y de estos hacia su ambiente natural y construido. La cultura influye de manera tan importante sobre el comportamiento que a partir de ésta pueden explicarse actos humanos cotidianos como el comer, hasta otros tan trascendentes como la búsqueda y definición de la pareja.

Por ejemplo, alrededor del comportamiento sexual giran constelaciones de fenómenos culturales que se evi-

Continúa pág 4

(Viene de la pág 3)

dencian en el folclore nacional y en representaciones simbólicas inteligibles en los actos de las personas al aprobar o condenar patrones sexuales dentro de ciertas condiciones. Cuando se pretende un cambio de comportamientos de gran alcance, es necesario apelar a los referentes culturales puesto que estos pueden ser jueces definitivos.

Un ejemplo de cómo pesan los factores culturales tiene que ver con la aceptación del uso del condón, dado que éste puede reportar significados muy diferentes de los deseados. Cuando se invita a las personas a considerar el uso del condón (en otras palabras, se promueve el condón) se presenta éste como un instrumento que tiene alguna relación con la salud. Sin embargo, el condón puede estar asociado a otras cadenas semióticas como enfermedad, muerte, violación de la privacidad, inseguridad (Pivnick, 1993). En particular, si el condón se asocia con enfermedad, contagio, desviación sexual y grupos minoritarios, podría ser rechazado por una clase media que ha construido su identidad sobre claves como "salud" y "éxito" (Crawford, 1994).

◆ **Factores sociales.** La sociedad, como organización evidente de los humanos, se convierte en una importante instancia de determinación de comportamientos. Son de especial consideración los aspectos tocantes a las normas y los valores, puesto que estos tienen una incidencia permanente sobre la conducta de los individuos.

Otro conjunto de factores dentro de la esfera de lo social, es lo económico, determinante de múltiples condiciones de las cuales depende la salud pública de las comunidades. Por ejemplo, la posibilidad de contar con

servicios públicos adecuados y áreas de recreación, depende de la disposición de recursos para suplir tales necesidades.

Diferentes modelos para la prevención de enfermedades aplicados al caso de la promoción de comportamientos saludables, contemplan variables de índole social como la "percepción de la aceptación del cambio"; es decir la predicción que hace el sujeto sobre si su grupo aprobará o no aprobará un cambio de comportamiento determinado (Zimmerman y Olson, 1994).

Otras variables sociales de gran peso tienen que ver con los valores, que en este contexto cobran una fuerza particular por tratarse de comportamientos, como el sexual, que reciben una gran carga valorativa dentro de las diferentes organizaciones sociales.

◆ **Factores individuales.** Estos factores tienen que ver con el comportamiento particular del individuo. También puede denominárseles "factores psicológicos", previa aclaración de que los factores antes mencionados, también pueden considerarse dentro del ámbito de la teoría y la práctica psicológica. Se les denomina individuales porque no corresponden estrictamente a las estructuras sociales y culturales sino a la historia personal de aprendizaje, aunque se reconoce que esta historia se da en el marco de la cultura y la sociedad.

Entre los factores individuales que se han relacionado con comportamiento saludable se encuentra el estilo de vida, la autoeficacia, las actitudes, las creencias, aspectos del procesamiento de información y habilidades sociales (Flórez, 1994; Zimmerman y Olson, 1994; Kaplan y Shayne, 1993) y la percepción del riesgo (Strickler, 1993).

1.5 Comentarios finales

Retar un paradigma implica mostrar alternativas a sus núcleos conceptuales y a sus estrategias metodológicas. Proponer un paradigma alternativo de trabajo para el sector de la salud, basado en un concepto central diferente al de enfermedad es un ejercicio que exige primero, vencer la dificultad mental de poder pensar en términos positivos el bienestar y el desarrollo humano integral, en lugar de la enfermedad.

En el artículo que aquí termina, se presentan algunos factores no con la intención de listarlos, sino de proponerlos dentro de una visión de la salud que se abre paso entre el viejo paradigma de la enfermedad. Si bien este nuevo paradigma requerirá mucho tiempo para su consolidación, sus alcances previsibles le perfilan como la alternativa más importante de desarrollo en el panorama de la salud.

Para construir una definición positiva de los factores protectores es necesario ahondar en la investigación sobre este tema.

Reseña Bibliográfica

Colimon K. (1990) **Fundamentos de epidemiología**. Madrid: Díaz de Santos.

Flórez, L. (1994) Un modelo factorial para análisis de los aspectos psicológicos que intervienen en la relación estrés-enfermedad. **Psicología de la salud en Colombia**, 3 (1), 1-30.

Gómez, R. (1987) **Enfoque de riesgo y participación de la comunidad**. Documento preliminar.

Kaplan, B. y Shyne, V. (1993) Unsafe sex: decision-making biases and heuristic. **AIDS Educational Preview**. 5 (4): 294-301.

Ribes, E. (1990) **Psicología y salud**. Barcelona: Martínez Roca.

Shi, L. (1993) Worksite health promotion and changes in medical care use and sick days. **Health Values**. 1993 sep - oct, Vol 17(5) 917.

Sobczak, Patrick M. y Bowers, Michael R. (1993) An experimental design for measuring the effects of source credibility and goal behavior estimate in health promotion television commercials. **Psychology**. 1993 Vol 30(2) 30 43.

Zimmerman, R. y Olson, K. (1994) AIDS-related risk behavior and behavior change in a sexually active, heterosexual sample: a test of three models of prevention. **AIDS Educational Prev**. 6 (3): 189-204.

Intoxicación por monóxido de carbono en una fábrica de autopartes eléctricas de la zona industrial de Puente Aranda.

Por: Blanca Lilia Méndez, Coord. Epidemiología. Jeny Milena Pérez, Ing. Sanitaria. Localidad Puente Aranda. Luz Adriana Zuluaga Salazar, Bact. Epidemióloga. Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS.

El componente de vigilancia intensificada hace parte de la estructura del sistema de vigilancia en salud pública. En él, se monitorean eventos de gran relevancia para la salud pública que pueden ser intervenidos con metodologías apropiadas.

Los eventos incluidos en el sistema de vigilancia intensificada requieren de una notificación inmediata lo cual permite la activación del sistema y la generación de intervenciones oportunas.

Uno de los eventos bajo vigilancia intensificada son los brotes, los cuales deben ser notificados e iniciarse la investigación epidemiológica de campo en forma inmediata.

El día 24 de abril se notificó un brote en trabajadores de una empresa de autopartes mecánicas, la sintomatología era inespecífica y de origen desconocido. Una vez realizada la investigación utilizando el método epidemiológico, se determinó que el origen del brote era una intoxicación por monóxido de carbono producido por la descomposición de un pegante utilizado en el proceso. La intoxicación fue controlada con la suspensión del pegante y el seguimiento de las recomendaciones.

2.1 Notificación

El día jueves 24 de Abril de 1997, fue notificada al Área de Vigilancia en Salud de la Dirección de Salud Pública, la ocurrencia de una intoxicación masiva de trabajadores en una fábrica de autopartes eléctricas ubicada en la zona industrial de Puente Aranda que se había iniciado el 18 de Abril. El síndrome reportado al momento de la notificación fue "lipotimias generalizadas".

2.2 Verificación del brote

El día 25 de Abril para confirmar la existencia de la intoxicación se desplazó un equipo interdisciplinario, conformado por el personal de la localidad de Puente Aranda y por la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud. En entrevistas con el grupo directivo se identificó el 18 de Abril como la fecha de inicio de los signos y síntomas, los cuales eran predominantemente pérdida súbita del conocimiento, midriasis y mareo. El síndrome fue corroborado con algunos afectados en el momento de la visita.

Continúa pág 6

(Viene de la pág 5)

2.3 Descripción

En la fábrica laboran 180 empleados, distribuidos en cuatro (4) secciones de trabajo a saber: cableado, vulcanización, pegado y empaque (la sintomatología se presentó en las secciones de cableado, pegado y empaque). La edad promedio de los empleados fue de 29 años (80% mujeres), los desmayos se presentaron sólo en mujeres (28 empleadas - 15.6%), algunas de ellas en forma repetitiva. Se aplicó una encuesta a 140 empleados para identificar síntomas diferentes al desmayo y se encontró padecimiento en los últimos 15 días de dolor de cabeza (79%), ardor en ojos (73%), mareo (41%), adormecimiento y debilidad en menor proporción.

2.4 Hipótesis

Se dedujo compatibilidad con intoxicación por monóxido de carbono a partir de la sintomatología observada, de la evaluación realizada a 5 pacientes en la Unidad de Toxicología del Laboratorio de Salud Pública, en las cuales se encontraron niveles de carboxihemoglobina superiores a los niveles normales, y del monitoreo ambiental interno (dentro de las instalaciones) realizado el 28 de abril, donde se obtuvo valores de Monóxido de Carbono superiores a 500 ppm (VLP: 25 ppm) y Oxígeno de 20.4%. Por lo anterior se presumió contaminación por alguna sustancia tóxica del Oxígeno, la cual producía además irritación del tracto respiratorio superior e inyección conjuntival. También se consideraron las características específicas de la empresa, los procesos desarrollados, la materia prima utilizada a través de la revisión de la ficha técnica de todos los productos. Se determinó que el pegante utilizado en uno de los procesos tiene como punto de degradación el monóxido de Carbono. Igualmente, existe liberación de acetato de etilo, metil-etil cetona y tolueno.

2.5 Intervenciones iniciales del control

Una vez evaluada la situación en coordinación con la ARP a la cual se encontraba afiliada la empresa, se recomendó:

- ◆ Suspender la producción y no permitir el ingreso del personal hasta determinar los niveles de monóxido y oxígeno en el ambiente.
- ◆ Mejorar las condiciones de ventilación de la planta en todos sus niveles.

- ◆ Suspender la utilización del pegante identificado como posible fuente de contaminación.

2.6 Verificación de las hipótesis

Partiendo de las anteriores hipótesis se desarrollaron las siguientes actividades tendientes a su corroboración:

- ◆ Revisión exhaustiva de la ficha técnica del pegante con sus fabricantes.
- ◆ Análisis de la encuesta realizada, desarrollando un estudio rápido de casos y controles, el cual permitió determinar la población más afectada en las áreas donde se manipulaba el pegante, sin embargo la sintomatología de intoxicación leve se presentaba en todas las secciones de la empresa.
- ◆ Evaluación continua de los niveles de monóxido ambiental, encontrándose que una vez tomadas las medidas iniciales (suspensión, ventilación) los niveles de monóxido disminuyeron ostensiblemente.

2.7 Resultados

La hipótesis que determinó como fuente de origen de la intoxicación el pegante fue corroborada, a través de la metodología de suspensión de la fuente y la medición de niveles ambientales que llegaron a cero (0), de igual manera, la disminución de los síntomas presentados dio más fuerza a la hipótesis planteada. ■

Conclusiones

Un pegante utilizado en la confección de los cables tiene como punto de degradación el monóxido de carbono, lo cual ayudado por las condiciones de hacinamiento, falta de ventilación adecuada y la inapropiada manipulación del pegante, facilitó su descomposición. La sintomatología fue favorecida por la afinidad del CO con la Hb, pues se sabe que es 240 veces mayor que la del oxígeno; una vez unidas forma la carboxihemoglobina (HbCO), que es 200 veces más estable que la Oxihemoglobina (HbO₂), es decir, la velocidad de disociación es menor, lo que interfiere con la liberación y el transporte de oxígeno hacia los tejidos, facilitando la acumulación y la presentación de la sintomatología descrita. Es importante la presentación de la pérdida súbita del conocimiento (síntoma más severo) sólo en mujeres. De esta diferencia de sintomatología no

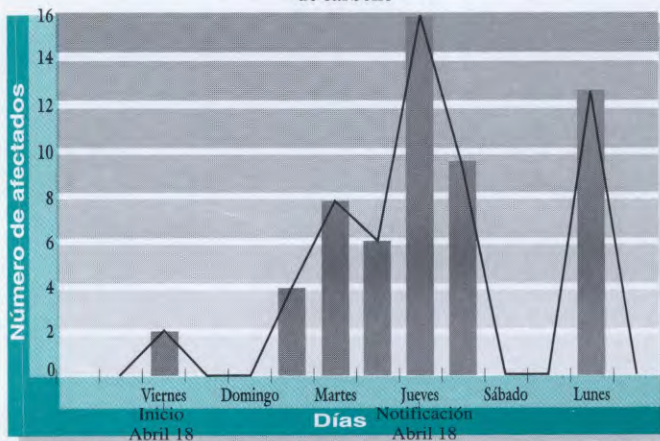
fue posible establecer la causa, pues tanto hombres como mujeres estaban expuestos a los mismos niveles ambientales, este hecho no está descrito en la literatura, sin embargo, está definido que la mujer debido a su ciclo hormonal (la progesterona) eleva los niveles basales de carboxihemoglobina y metaboliza aparentemente más rápido el CO.

Recomendaciones

De acuerdo con los resultados arrojados por la investigación se recomienda a la empresa:

- ◆ Suspensión de la fuente (pegante) hasta tanto no se asegure la estabilidad del producto y el uso bajo condiciones adecuadas.
- ◆ Diseño y construcción de un sistema de ventilación local y generalizada tomando como base los monitoreos ambientales de diagnóstico.
- ◆ Desarrollo de un plan de mejoramiento de condiciones laborales por parte del Comité de Salud Ocupacional junto con el panorama de riesgos en condiciones de trabajo actuales.
- ◆ Evaluación de fichas toxicológicas de materias primas antes de su inclusión y acorde a su función dentro del proceso.
- ◆ Desarrollo de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las sustancias tóxicas producidas y su efecto en la salud.

Gráfica 1. Curva epidémica. Intoxicación por monóxido de carbón



Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS.

Análisis cuarto periodo Epidemiológico

NOTIFICACION

Durante este periodo se encontró un cumplimiento de la notificación para el Distrito del 72.36%, destacándose como localidades con el 100% de notificación Candelaria y Sumapaz. Las localidades de Santafé, Usme, Engativá y Antonio Nariño mantuvieron un porcentaje de cumplimiento por encima del 84.5%.

En este periodo llama la atención la localidad de Puente Aranda puesto que su notificación bajó al 28% debido a que en la semana 13 no notificó, lo cual hace que el cumplimiento de la ciudad en general disminuya. Por tanto se hace un llamado sobre la importancia de notificar de manera oportuna, puesto que el porcentaje mínimo de cumplimiento no debe ser inferior al 80%.

EVENTOS

Durante este periodo epidemiológico, se incrementó la notificación de Mortalidad Perinatal, situación que puede obedecer a las actividades de capacitación desarrolladas por el nivel central, hacia las unidades notificadoras, enfocada a la importancia y metodología del estudio individual de mortalidad perinatal. Al finalizar este periodo el acumulado de mortalidad perinatal fue de 22 casos, distribuidos así: Antonio Nariño 68.2% (n=15), Bosa 18.2% (n=4), Chapinero 9.2% (n=2) y Usaquén con 4.5% (n=1). El alto porcentaje de los casos de mortalidad perinatal de la localidad de Antonio Nariño, obedece a que en ésta se encuentra ubicado el Instituto Materno Infantil.

Reporte Semanal IV Periodo Epidemiológico

Semana Epidemiológica 13 y 14: Marzo 23 - Abril 5 de 1997

Eventos	Usaquen		Chapinero		Santafé		S. Cristob		Usme		Tunjuelito		Bosa		Kennedy		Fontibón		Engativa		Suba		B. Unidos		Mártires		Teusaquillo		Ant. Nariño		P. Aranda		Candelar.		C. Bolívar		Rafael U.		Sumapaz		Total		
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	
Cólera	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Dengue Clásico	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Dengue Hemorrágico	0	0	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hepatitis B	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	2	0	1	0	6	0	1	3	25		
Meningitis por Neisseria	0	4	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	
Meningitis por Haemophilus influenzae	0	3	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	0	1	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5	18	
Parálisis Fláccida	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5		
Exposición Rábica	0	8	0	1	0	8	2	4	0	0	2	6	0	0	0	7	0	2	4	8	0	4	0	6	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	27	0	0	0	0	10	85	
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Rabia Animal	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Rubéola	0	2	0	1	0	0	0	4	0	25	0	1	0	3	0	3	1	1	1	4	0	3	0	5	0	0	0	0	5	0	11	0	15	0	2	0	7	0	0	2	92		
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Sífilis Congénita	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5	14	0	0	4	4	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	30	
Sarampión	0	0	3+	4	0	0	0	10	1	17	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	3	0	1	1	4	0	0	0	1	0	0	0	0	9	30	8	0	0	9	60			
Mortalidad Materna	0	P	0	P	0	P	0	P	1	2	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	1	2	
Mortalidad Perinatal	0	P	1	1	0	P	0	P	0	0	0	P	3	3	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	12	12	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	16	16	
Mortalidad por Neumonía	0	P	0	P	0	P	0	P	0	0	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	2	0	P	0	P	0	1	0	P	0	P	2		
Mortalidad por EDA	0	P	0	P	0	P	0	P	0	0	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	1	0	P	0	P	1		
Mortalidad por Malaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
VIH/SIDA	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	2	0	6	2	2	5	6	0	1	0	8	0	3	1	1	0	0	8	37	
Tuberculosis	1	5	0	6	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	7	0	0	2	9	0	0	0	2	0	4	2	2	5	17	0	0	0	4	0	2	1	7	0	0	14	69	
Parotiditis Viral	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	0	1	0	3	0	2	0	2	18			
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tosferina	0	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
Varicela	0	3	0	19	0	8	0	6	0	6	0	10	0	31	0	27	0	4	0	2	0	22	0	28	0	6	0	0	0	1	0	14	0	0	0	7	0	20	0	6	0	220	
Brotos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1*	1	0	0	0	2	0	0	1	1*	1	0	3	1*	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1*	2	2*	2	7	20		
Total	1	30	6	45	1	18	5	37	2	56	3	20	5	50	1	50	2	11	7	33	1	38	6	64	5	27	8	8	24	58	2	31	1	32	2	58	6	54	2	9	90	729	

Fuente= Area de Vigilancia en Salud Publica. SDS

P= Información pendiente /+Sospechoso/ Probable/ *Varicela/

♦Pte Aranda sin información/♥Intoxicación Alcohol Metílico/ (w)Brote EDA

Semana Epidemiológica 15 y 16: Abril 6 - Abril 19 de 1997

Eventos	Usaquen	Chapinero	Santafé	S. Cristob	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativa	Suba	B. Unidos	Mártires	Teusaquillo	Ant. Nariño	P. Aranda	Candelar.	C. Bolívar	Rafael U.	Sumapaz	Total																					
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM																				
Cólera	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4																				
Dengue Clásico	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1																				
Dengue Hemorrágico	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6																				
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																				
Hepatitis B	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30																				
Meningitis por Neisseria	1	6	0	0	0	0	3	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16																				
Meningitis por Haemophilus influenzae	1	5	1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28																				
Parálisis Fláccida	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	6																				
Exposición Rábica	0	8	0	1	0	8	0	4	0	0	6	0	0	0	7	0	2	0	8	0	4	96																				
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																				
Rabia Animal	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1																				
Rubéola	0	2	2	4	0	0	4	1	26	0	1	1	4	0	3	0	1	0	4	1	4	103																				
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																				
Sífilis Congénita	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	3	0	0	0	0	0	35																				
Sarampión	0	0	0	4	0	0	10	50	25	0	0	0	0	0	0	2	0	1	4	0	0	69																				
Mortalidad Materna	0	P	0	P	0	P	0	P	0	2	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	2																				
Mortalidad Perinatal	2	2	1	3	0	P	0	P	0	0	0	P	1	5	0	P	0	P	0	P	0	30																				
Mortalidad por Neumonía	0	P	0	P	0	P	0	P	1	1	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	3																				
Mortalidad por EDA	0	P	0	P	0	P	0	P	0	0	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	1																				
Mortalidad por Malaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																				
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																				
VIH/SIDA	0	1	2	4	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	0	51																				
Tuberculosis	0	5	4	10	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	7	0	0	9	0	0	92																				
Parotiditis Viral	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	20																				
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																				
Tosferina	0	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7																				
Varicela	0	3	0	19	0	8	0	6	0	6	0	10	0	31	0	27	0	4	0	2	0	220																				
Brotos	1	2	0	0	0	0	0	2	33	6	0	1	0	0	1	3	0	0	0	1	3	0	8																			
Total	5	38	10	57	0	18	1	38	10	70	0	20	2	53	6	59	0	11	0	33	3	42	4	70	7	38	8	21	19	80	1	32	3	36	9	73	2	57	0	9	90	85