

Índice global del estado de salud Una propuesta para definir prioridades en Santa Fe de Bogotá, D.C.

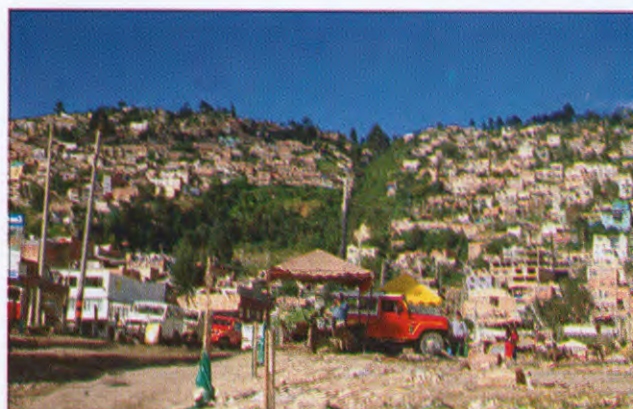
Por: Doracelly Hincapié, Juan F. Ospina, Libia Forero G. y Óscar Forero
(contratistas SDS).

INTRODUCCIÓN

La planificación en salud pública ha señalado la necesidad de reconocer los patrones diferenciales de salud-enfermedad, teniendo en cuenta las condiciones de la población. En este sentido, el concepto "territorio-población" orienta la caracterización de zonas respondiendo a las condiciones de cada territorio, que se concibe como la articulación específica del conjunto de relaciones, condiciones y procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales e incluye las particularidades geofísicas y el equipamiento básico, los servicios, el tipo y calidad de la vivienda, además de las características económicas, sociales y culturales de la población allí asentada.

La planificación en salud basada en el territorio tiene sentido en la medida en que se reconocen patrones diferenciales de salud-enfermedad entre localidades y dentro de estas, más allá de los límites geográficos, puesto que es en este espacio donde la población vive, se recrea y desarrolla su cotidianidad.

De hecho, la población ocupa y se apropia del espacio de tal modo que lejos de ocurrir una distribución de las familias al azar éstas tienden a conformar conglomerados.



La planificación en salud debe reconocer las diferencias entre las localidades capitalinas y dentro de éstas.

Contenido

Introducción	1
La definición de prioridades en salud pública	2
Metodología	4
Resultados	5
Conclusiones y recomendaciones	8
Bibliografía	9
Resumen del boletín semanal	10
Reporte semanal sexto periodo epidemiológico	12

Secretaría Distrital de Salud (e)

María Paz Azula Granada

Subsecretario

Delio Castañeda Zapata

Directora de Salud Pública

Ana María Peñuela Poveda

Área de Acciones en Salud Pública

Stella Vargas Higuera

Área de Vigilancia en Salud Pública

Elkin Osorio Saldarriaga

Área de Análisis y Políticas de Salud Pública

Consuelo Peña Aponte

Comité editorial

Ana María Peñuela Poveda

Elkin Osorio Saldarriaga

Orlando Scoppetta Díaz Granados

María del Pilar Duarte Fontecha

Gladys Espinosa García

Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinación

Rubby Marcela Martínez Bejarano

Coordinación editorial

Oficina de Comunicaciones en Salud

Edición

McGraw-Hill Interamericana S.A.

*actúa en la preparación editorial y en la producción
del Boletín y no asume responsabilidad alguna
por el contenido o las opiniones de los autores.*

Secretaría Distrital de Salud

Dirección de Salud Pública

Área de Vigilancia en Salud Pública

Transversal 23 No. 56-00, piso 3

Teléfono 347 65 65

Extensiones 3401-3402-3306-3310

Santa Fe de Bogotá, D.C.

dos relativamente homogéneos desde el punto de vista de sus condiciones de vida, que corresponden a una unidad territorial donde operan procesos determinantes, se expresan el patrón de salud-enfermedad y las diferentes respuestas de los grupos sociales frente a su problemática de salud.

Incluso algunos autores han postulado que la unidad espacio-poblacional debe constituir la unidad básica de gestión de los servicios de salud. Para J. Frenk (1992: 75), "la salud pública debe emprender esfuerzos sistemáticos para la identificación de las necesidades en salud y la organización de servicios integrales con una base defi-

nida de la población". Sin embargo, dicha intencionalidad está determinada por procesos de organización social complejos, locales y distritales, los cuales son el reflejo de las propuestas nacionales e internacionales de reorganización.

En el sistema general de seguridad social en salud, las actividades de la salud pública se modifican basadas en el territorio, en la medida en que el sistema opera en función de relaciones de oferta y demanda de servicios de salud curativos individuales y familiares y la prestación de paquetes de servicios de fomento y protección de la salud a un agregado de individuos, quienes desde esta perspectiva conforman la colectividad. Según este sistema, el individuo o grupos de individuos expresan su problemática de salud según la forma de vinculación del sistema. El territorio sólo existe como límite geográfico que regula la posibilidad de oferta de las acciones colectivas.

Además de esto, en función de la sostenibilidad económica y social del sistema bajo las leyes del mercado, surgen diversas propuestas de focalización de los escasos recursos disponibles en momentos de intensa crisis económica, simultáneamente con la descentralización de las funciones estatales y de la participación privada en la prestación de servicios de salud.

La propuesta surgió en las veinte localidades del Distrito Capital durante el proceso de realización de los diagnósticos locales con participación social, promovido por la Secretaría Distrital de Salud entre 1997 y 1998; cuyo fin era facilitar el reconocimiento y jerarquización del estado de salud de cada localidad mediante la aplicación de una técnica que defina las acciones en salud pública por parte del ente distrital de salud y que contribuye a fortalecer la capacidad planificadora de dicho ente y de la misma comunidad.

LA DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN SALUD PÚBLICA

Esta es una estrategia que da continuidad al proceso de planificación de salud pública, en la medida en que facilita la jerarquización de la problemática de salud en el proceso de diagnóstico de dicha problemática y la formulación de alternativas de solución. Bajo el enfoque de riesgo, definir las prioridades es el proceso de determinación de la posición que ocupará la solución a los problemas encontrados, en una escala que se extiende desde los que son imprescindibles hasta los que son deseables.

Para Axel Kroeger, (s. f.) la selección de prioridades "no debe significar el olvido del principio de que la atención de salud debe ser integral y abarcar todos los problemas de salud." Además, "el concepto de salud no debe limitarse a la ausencia de las enfermedades, sino a comprender el bienestar general de los individuos".



Sin embargo, definir prioridades no se reduce a la aplicación de alguna técnica en forma rígida y descontextualizada de la problemática de salud de un grupo social en particular, sino que debe articularse con las condiciones de los grupos humanos y sus complejos procesos sociales y de salud sobre todo, con su forma de responder ante tales problemas. En este sentido, es preciso plantear esta definición de la problemática de salud teniendo en cuenta las peculiaridades del grupo social y la dimensión territorial donde viven y se transforman.

Es posible que, en algún momento, sea válida la aplicación de ciertas técnicas y criterios de definición de prioridades por parte del personal de salud; en otros casos pueden ser los mismos grupos sociales quienes proponen las prioridades de acuerdo con su explicación y propuesta de intervención de la problemática de salud.

En la definición de prioridades de la problemática de salud, se han desarrollado algunas experiencias incluyendo la formulación de índices globales, con metodologías similares a la de los demás sectores del bienestar social, aunque es posible que esta área requiera mayor divulgación e investigación en el futuro, teniendo en cuenta las múltiples y complejas dimensiones de la salud.

En esta misma línea, la Organización Panamericana de la Salud, dentro de la promoción del desarrollo de sistemas de evaluación y vigilancia de la situación de salud de los diferentes sectores de la población según las condiciones de vida, propone una metodología para el estudio de las desigualdades e inequidades. Allí se definen las unidades territorio-población mínimas (unidades de información), como aquellas unidades territoriales más pequeñas en población para las cuales puede obtenerse información en todo el país sobre condiciones de vida y de salud de la población; cuanto más pequeña sea la unidad, mayor será su homogeneidad relativa interna. Estas se reagrupan en *estratos* en los que se respeta lo más posible su homogeneidad relativa, según prevalencia de pobreza o algún indicador aproximado. Finalmente, se presentan los perfiles diferenciales de mortalidad, morbilidad y otras variables de daño o servicios; para esto se reagrupan los datos existentes correspondientes a las unidades territorio-población incorporadas a cada *estrato* de homogeneidad relativa, previamente elaborados.

En Portugal, desde la década de los sesentas —e incluso durante el periodo 1974-1979—, se utilizó un índice global denominado índice general de salud, el cual se construye dentro del proceso de planeación sectorial cuando se preparó el plan de desarrollo del sector sanitario entre 1971 y 1972; se creyó conveniente establecer un orden jerárquico por regiones, distritos y, dentro de cada distrito, municipios, según su situación y necesidades, lo que facilita la selección de probabilidades de intervención relacionadas con los recursos disponibles.

Es pertinente anotar las dificultades que se reportaron por la disponibilidad de la información para la construcción del índice, el cual buscaba reflejar el estado sanitario a través de indicadores de mortalidad y de los indicadores de atención de partos sin asistencia sanitaria y defunciones sin certificación médica. Este índice compuesto se caracteriza por la inclusión de indicadores del sector salud, sin tener en cuenta las características socioeconómicas de la población.

El índice de necesidades de salud formulado por la Organización Panamericana de la Salud, aunque no es una elaboración con propósitos explícitos de establecer las prioridades, muestra la utilización de métodos multivariados, específicamente del análisis de componentes principales, con el fin de construir un índice único que represente un valor promedio de la necesidad de cada uno de los países de América con respecto al resto de los países con el fin de contribuir con una visión más amplia de las necesidades de salud del continente y con el análisis de las diferencias entre estos. Dicho índice se construyó según el enfoque de Cendes/OPS con variables demográficas, del estado de salud, cobertura de servicios, recursos e indicadores de economía y gasto en salud.

Sin embargo, la OPS (1994) analizó las limitaciones que se pudieran presentar al construir un índice cuya unidad de análisis fuera el país: "Puede ocurrir que un país determinado alcance un rango de necesidad media o baja mientras que al interior de dicho país pueden existir áreas o unidades geopolíticas donde se tiene una gran disparidad y necesidad en salud. Lo opuesto también acontece. Las razones promedios de los indicadores en la región pocas veces reflejan los valores de las mismas a nivel sub-regional o de los países a escala individual".

De otro lado, el índice de bienestar social se construyó dentro de una investigación realizada a comienzos de 1990 sobre la inequidad en el cuidado de salud en un área rural de México; se buscaba identificar los factores que determinaban la utilización de los servicios de salud. De esta manera, se construyó el índice y se examinó su utilidad para la planificación en salud con base en la medición de necesidades en salud en el ámbito local. El índice se constituyó con información censal y datos sobre morbilidad y usos de los servicios de salud recopilados mediante una muestra probabilística de 1.238 hogares en el área rural de Tlaxcala.

Los autores del índice advierten las precauciones que se deben tener en el manejo de índices con base geográfica ya que con facilidad se puede incurrir en errores como la falta de validez de los datos socioeconómicos con los que se construye y la falacia ecológica, errores que se generan al suponer homogeneidad respecto a uno o más atributos sociales de una población determinada.

Además, los autores señalan dos problemas importantes relativos al índice: en primer lugar, para efectos de com-

paración de municipios o áreas geográficas con diferencias socioeconómicas, el indicador de mortalidad empleado, dadas sus características, no resulta ser el más adecuado debido a que es muy sensible tanto a los defectos en el registro de información como al efecto de la conformación piramidal de la población. Sin duda, habría sido preferible utilizar la razón estandarizada de mortalidad o la mortalidad infantil. En segundo término, existe el inconveniente de incluir indicadores del mismo tipo de fenómenos de los que intenta medir; es decir, el uso de indicadores de salud en el propio índice, para medir daños y estado de salud.

METODOLOGÍA

Se propone la formulación de un índice global que refleje el estado de salud de las localidades del distrito capital que permita reconocer el patrón diferencial de salud-enfermedad por localidad y oriente las acciones de salud

pública, mediante la utilización de la técnica de análisis de componentes principales. Su construcción parte de la identificación de catorce indicadores sobre las condiciones de vida y de salud de la población, mediante la selección que incluya las condiciones demográficas, de vida, y de salud, según se presenta en el cuadro 1.

Aunque se quiso captar algunos determinantes de las condiciones de vida y de salud a través de ciertos indicadores clave, así como la respuesta social organizada frente a dichas condiciones, sólo se presentan aquellos que fueron incluidos en el análisis. Además, cierta información relevante no está disponible en forma desagregada por localidad o no es confiable, como la referente a cobertura de vacunación, control prenatal, crecimiento y desarrollo, prevención y control de la tuberculosis. En forma similar, dado que no se cuenta con información demográfica y de condiciones de vida de la localidad de Sumapaz, localidades en el análisis de componentes principales sólo se incluyeron diecinueve.

Cuadro 1. Indicadores compuestos.
Sistema de indicadores sociodemográficos para Colombia.

Componentes	Variables	Indicadores	Año	Fuente
Condiciones demográficas	Estructura poblacional	% de mujeres en edad fértil	1997	SDS
		% de población menor de quince años	1997	DAPD-SDS
		% de población mayor de 65 años	1997	DAPD-SDS
Condiciones de vida	Estrato socioeconómico	% de población en estratos 1 y 2	1993	Censo 1993 -DAPD
	Acceso a servicios públicos	% de viviendas sin acueducto y/o alcantarillado y/o energía	1993	Censo 1993 -DAPD
	Hacinamiento	% de hogares con tres o más personas en un solo cuarto	1993	Censo 1993 -DAPD
	Empleo	% de población económicamente activa desocupada	1993	Censo 1993 -DAPD
	Educación	Tasa de analfabetismo	1993	Censo 1993 -DAPD
	Ambiente	% de viviendas sin recolección pública o privada de basuras	1993	Censo 1993 -DAPD
Condiciones de salud	Morbilidad y mortalidad	Proporción de mortalidad en menores de un año.	1997	SDS
		Proporción de mortalidad por ECCV en mayores de 45 años	1997	SDS
		Proporción de mortalidad por lesiones, homicidios, suicidios y accidentes	1997	SDS
		Proporción de incidencia de neumonía en menores de cinco años	1997	SDS
		Proporción de incidencia de EDA en menores de cinco años	1997	SDS

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital, 1998.

Una vez seleccionados los indicadores, se construyó un indicador global que reflejara de manera unidimensional la intensidad del estado de salud de las localidades y conservara al máximo la información que aportan en su conjunto las variables originales. La técnica de análisis de componentes principales permite representar las relaciones existentes en un conjunto de variables correlacionadas, mediante un número mucho menor de variables independientes entre sí y con un significado conceptual más definido, aunque no directamente observable. De esta forma se buscó construir un índice único que fuera la combinación lineal de los indicadores seleccionados y que explicara la mayor proporción de la varianza total de los datos.

Dado que algunos de esos indicadores están muy correlacionados, pueden existir una o dos combinaciones de indicadores que quizá lleguen a formarse y representar las variaciones de los datos individuales, casi tan efectivamente como todo el conjunto de datos. Sin embargo, el componente principal garantiza que la varianza de cualquier otra combinación lineal sea menor o igual a la encontrada. Es decir, que no existe otra combinación lineal que mejore la función en términos de la varianza explicada. La varianza es una medida de dispersión de los datos. A mayor varianza explicada, mayor diferenciación entre los datos y mayor cantidad de información aportada por el índice obtenido. La cuantificación del índice se obtuvo mediante el programa Statgraphics™ bajo Windows.

RESULTADOS

Al analizar los componentes principales se forma una matriz de datos de diecinueve filas conformada por igual número de localidades y catorce columnas que corresponden a los indicadores seleccionados en el estudio.

La combinación lineal de las catorce variables originales que genera el indicador global está constituida por los componentes de autovector principal –o ponderadores para cada variable– y el valor de los indicadores para cada una de las localidades, según la siguiente expresión resultante:

Índice global localidad X = (0.043*prop. diarrea) + (0.26*prop. ECCV) – (0.25*prop. hacinamiento) + (0.14*prop. enf. inmunoprevenibles) – (0.01*prop. lesiones) + (0.19*prop. mortalidad un año) + (0.3*prop. disponibilidad basura) – (0.29*prop. desocupación) – (0.32*prop. estratos 1 y 2) + (0.32*prop. población mayor que 65 años) + (0.26*prop. MEF) – (0.35*prop. población menor que quince años) – (0.3*prop. viviendas sin servicios) – (0.3*prop. analfabetos).

El porcentaje de variación explicado por el componente principal correspondiente al más alto autovalor es 50,7%. A partir de la combinación lineal anterior se obtiene

la siguiente columna de valores del indicador global del estado de salud para las localidades de Santa Fe de Bogotá, D.C. (cuadro 2).

Cuadro 2. Índice global del estado de salud.
Santa Fe de Bogotá D.C., 1999

Localidad	Indicador global
Ciudad Bolívar	– 4.92572
Usme	– 4.44862
San Cristóbal	– 3.80793
Bosa	– 1.85159
Santafé	– 1.39685
Rafael Uribe	– 1.36273
Kennedy	– 0.87840
Tunjuelito	– 0.48080
La Candelaria	– 0.08972
Fontibón	0.04610
Engativá	0.27965
Suba	0.30133
Usaquén	1.32626
Puente Aranda	1.46150
Los Mártires	1.99172
Antonio Nariño	2.18664
Barrios Unidos	2.56617
Teusaquillo	4.13978
Chapinero	4.94321

El índice global obtenido permite integrar en una sola expresión los diferentes indicadores que intentan reflejar las condiciones de vida y de salud de las localidades, análisis que sería complejo si se realizara para cada uno de los indicadores de demografía, condiciones de vida, morbilidad y mortalidad, dada la cantidad de información disponible y las diferentes consideraciones que se tendría al intentar señalar la homogeneidad o la heterogeneidad entre las localidades con respecto a dichos indicadores.

Por el contrario, con el indicador global se muestra que la localidad de Chapinero tiene el mejor indicador de estado de salud mientras que la localidad de Ciudad Bolívar tiene el indicador más bajo, demostrándose la notable desventaja de esta última localidad con respecto a las demás (gráfico 1).

Es importante señalar que el valor del indicador global no tiene sentido en sí mismo, sino que refleja la posición de la localidad con respecto a las demás, estableciendo un orden o jerarquía. De esta manera, parece adecuada la conformación de grupos de localidades según el resultado del índice global, por ejemplo, en tres grupos: 1) aquellas localidades que tienen índices negativos; 2) las localidades con un índice global positivo y mayor que uno; y 3) las localidades con *posición intermedia*, tienen un índice global entre cero y uno.

Esta conformación de grupos de localidades o el establecimiento de puntos de corte, podrían definirse por consenso, atendiendo a la finalidad de la identificación de grupos de localidades. En todo caso, es preferible la definición de tales grupos en vez de referirse a la discriminación localidad por localidad, si se tiene en cuenta que las limitaciones en la calidad de la información pueden generar restricciones en la precisión de la información de cada localidad.

Además, el indicador no muestra en forma estricta el carácter de la compleja problemática de salud en dichas localidades sino que busca señalar el carácter jerarquizador del índice global, en la medida en que compara su estado de salud con respecto a otras localidades.

Teniendo en cuenta estas observaciones, el grupo I está conformado por nueve localidades en las cuales habita 51,3% ($n = 3'040.027$) de los habitantes del Distrito Capital en condiciones de vida precarias y con persistencia de enfermedades infecciosas, crónicas y mortalidad por lesiones. En este grupo se encuentran las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Bosa, en donde se presenta deterioro de las condiciones de vida, pues predomina la población de estratos 1 y 2, una considerable proporción de población desocupada, analfabetismo en sus habitantes, limitaciones en la disponibilidad de servicios públicos y vacunación, entre otros aspectos. En este grupo también se encuentra la localidad de Sumapaz, que además de compar-

tir estas condiciones, demanda atención especial por tratarse de una localidad rural.

Si se compara cada indicador estudiado con respecto al nivel distrital, se observa la existencia de niveles superiores al promedio distrital en la proporción de mortalidad por diarrea en menores de cinco años y en la mortalidad por lesiones, como reflejo de las precarias condiciones de vida. Estas localidades tienen predominio de población joven y pertenecen al grupo de localidades con alto potencial de crecimiento, según estudio del Centro Regional de Población (cuadro 3).

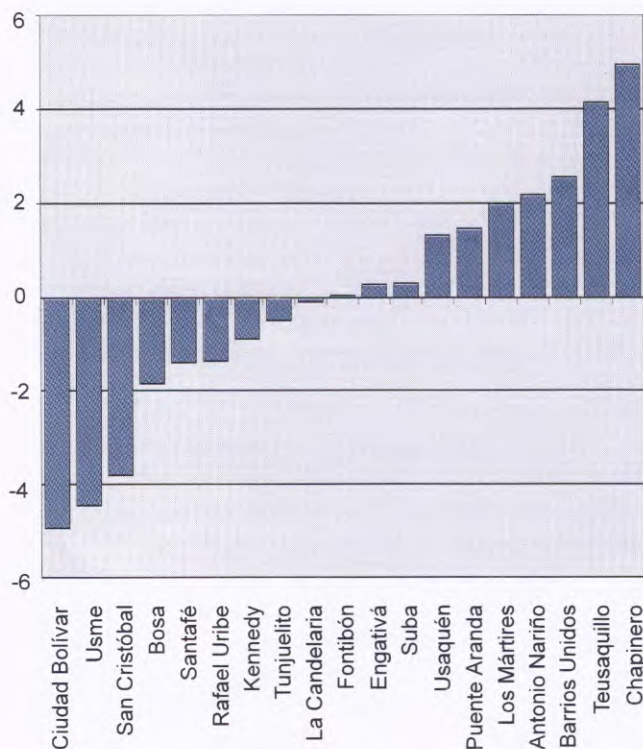
Dentro del grupo I también se encuentran las localidades de Santafé y La Candelaria, las cuales presentan características similares al grupo anterior con respecto al deterioro en las condiciones de vida, pero muestran niveles superiores al distrital con respecto a la proporción de población mayor de 65 años de edad. Llama la atención la magnitud de la proporción de mortalidad en menores de un año en ambas localidades, pero especialmente en Santafé, lo cual puede reflejar la vulnerabilidad de la población de este grupo de edad ante la privación social y económica. También puede denotar las limitaciones en la calidad de la información sobre mortalidad, tanto en la certificación de la defunción como en la constitución del denominador poblacional, especialmente crítico en este grupo de edad.

Finalmente, las localidades de Rafael Uribe, Kennedy y Tunjuelito, que también hacen parte del grupo I, muestran características similares al subgrupo de Ciudad Bolívar en cuanto a las condiciones de vida, pero en forma particular presentan niveles superiores de mujeres en edad fértil con respecto al distrital.

De otro lado, en las localidades de Fontibón, Engativá y Suba, pertenecientes al grupo II, residían en 1997 un millón quinientos mil habitantes, lo que corresponde a 26,8% con respecto al total de habitantes del distrito. Estas localidades se encuentran en un punto intermedio dentro del índice global, lo cual puede significar la prevalencia de un patrón heterogéneo de condiciones de vida y salud, en la medida en que allí existen habitantes de diferentes estratos socioeconómicos y que aún se encuentran viviendas que tienen limitaciones en los sistemas de disposición de basuras.

En estas tres localidades se observa un nivel superior al distrital en la proporción de mujeres en edad fértil y en la población desocupada, cuyos niveles pueden ser superiores para el presente año, en comparación con el registrado en el censo de 1993. Con respecto a los indicadores de morbilidad y mortalidad, sólo la localidad de Fontibón presenta niveles superiores al distrital en todos los indicadores, excepto en la proporción de mortalidad por lesiones que es ligeramente inferior al observado en el Distrito.

Gráfico 1. Índice global del estado de salud.
Santa Fe de Bogotá, D.C., 1999



Cuadro 3. Indicadores críticos por localidad, 1999

LOCALIDADES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Grupo I														
Ciudad Bolívar	35.09	2.42	52.93	94.50	8.25	19.26	12.27	1.70	4.71	11.11	2.19	2.63	2.59	5.70
Usme	36.33	2.06	51.73	99.00	7.26	5.82	8.48	2.64	4.31	9.71	2.19	1.72	1.35	4.80
San Cristóbal	34.38	3.37	50.34	84.20	6.85	16.16	8.48	2.64	4.31	9.71	2.19	1.72	1.35	4.80
Bosa	30.57	2.89	56.06	92.90	4.75	14.19	2.00	1.88	4.18	9.11	9.50	1.62	2.50	5.68
Santafé	30.31	4.80	51.77	71.10	7.71	12.96	5.98	1.22	4.54	59.75	7.12	3.69	10.84	24.10
La Candelaria	26.36	6.23	52.98	66.30	5.29	10.85	3.20	0.78	4.10	16.62	62.40	4.28	3.28	4.74
Rafael Uribe	28.45	4.05	54.18	48.30	5.51	13.16	4.37	1.16	4.19	7.87	3.38	0.99	1.04	7.86
Kennedy	28.41	4.06	54.18	40.50	4.39	10.09	2.81	1.05	4.23	5.61	2.66	0.23	0.88	5.86
Tunjuelito	30.23	4.20	54.65	63.61	4.55	2.79	3.89	0.79	4.42	16.01	10.34	2.32	1.76	9.98
Grupo II														
Fontibón	28.45	4.05	54.18	7.30	3.67	16.03	3.44	0.47	4.01	14.76	9.35	1.57	1.78	12.30
Engativá	28.42	4.06	54.18	12.20	3.36	7.15	3.66	0.42	4.16	12.76	5.22	0.53	1.53	11.50
Suba	28.45	4.05	54.18	34.40	3.95	2.31	5.30	0.50	3.31	10.96	4.00	0.45	1.34	9.63
Grupo III														
Usaquén	28.45	4.05	54.18	12.70	3.60	2.10	1.83	0.31	2.81	11.50	2.49	0.49	1.24	11.03
Puente Aranda	25.63	4.54	55.87	0.40	2.82	5.93	1.74	0.48	3.90	14.47	1.45	0.80	1.42	12.74
Los Mártires	24.63	5.75	54.56	5.40	3.35	6.50	3.39	0.65	3.78	26.95	47.93	3.87	3.24	18.11
Antonio Nariño	26.05	5.78	54.06	8.00	3.20	6.54	1.99	0.38	3.73	30.23	49.96	3.55	2.64	18.10
Barrios Unidos	22.72	7.74	54.04	0.00	2.94	6.28	1.57	0.42	3.59	21.58	5.94	2.33	1.70	18.69
Teusaquillo	18.28	7.83	55.40	0.00	1.75	0.33	1.29	0.46	3.45	38.37	30.21	2.77	2.14	19.43
Chapinero	18.22	7.65	57.63	13.20	2.74	3.03	2.36	0.54	2.39	59.35	17.51	2.60	3.33	29.43
Santa Fe de Bogotá	29.11	4.14	53.96	37.60	4.57	10.30	4.43	0.87	3.95	12.87	7.21	1.37	1.84	10.19
Convención de indicadores críticos:														
A. % de población ≤ 15 años (1997)					H. % de viviendas sin servicios (1993)									
B. % de población ≥ 65 años (1997)					I. % de población desocupada (1993)									
C. % de mujeres en edad fértil (MEF, 1997)					J. Proporción de mortalidad/1.000 hab. ≤ 1 año (1996)									
D. % de habitantes de estratos 1 y 2 (1997)					K. Proporción de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles (1996)									
E. Proporción de analfabetas (1993)					L. Proporción de mortalidad por diarrea ≤ 5 años (1997)									
F. % de hogares con tres o más personas en un solo cuarto (1993)					M. Proporción de mortalidad por lesiones (1997)									
G. % de viviendas con disposición inadecuada de basuras (1993)					N. Proporción de mortalidad por enfermedades crónicas cardiovasculares/10.000 hab. (1997)									

El grupo III está conformado por siete localidades: Usaquén, Puente Aranda, Los Mártires, Antonio Nariño, Barrios Unidos, Teusaquillo y Chapinero. En estas localidades residía en 1997, 21.7% de los habitantes del Distrito Capital. Al comparar cada indicador distrital con el local, se observan niveles superiores con respecto a la proporción de población de mayores de 65 años en todas las localidades,

excepto en Usaquén, y en la proporción de mujeres en edad fértil, situación que puede representar mayores demandas de atención de estas poblaciones específicas.

En ninguna de estas localidades se muestran niveles críticos en cuanto a condiciones de vida, pero llama la atención la importante magnitud de la mortalidad y la morbilidad,



especialmente en la proporción de la mortalidad en menores de un año. Esta situación puede comprenderse si se trata de la información de morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles, que por ser información hospitalaria, refleja la capacidad de atención de las instituciones de salud ubicadas en estas localidades, más que el riesgo de padecer dichas enfermedades.

Sin embargo, cuando se trata de la información de mortalidad surgen varios interrogantes. En primer lugar, esta información puede estar afectada por la calidad del registro del certificado de defunción, pues según los funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud encargados de este proceso, el subregistro de la residencia habitual en el certificado de defunción para el Distrito Capital suele ser hasta de 40%. Este hecho es preocupante por sí mismo, si se tiene en cuenta que es la única información disponible que se espera refleje la problemática de salud en la población. En este caso, se dispondría de información de mortalidad hospitalaria que estaría reflejando la disponibilidad de instituciones de salud en las localidades.

En segundo lugar, se supone que la proporción de mortalidad en menores de un año refleja de alguna manera las condiciones socioeconómicas de la población, al afectar a este grupo poblacional especialmente vulnerable. Sin embargo, estas localidades con condiciones de vida en apariencia adecuadas presentan una importante mortalidad en este grupo de edad, en comparación con las localidades con mayor deterioro en las condiciones de vida. Puede ser que las instituciones de salud y las instituciones encargadas de las estadísticas vitales de las localidades del grupo tengan limitaciones en los sistemas organizativos y de información, incluso para captar los certificados de defunción, mientras que en las localidades con del grupo 3, este problema sea de menor magnitud. Pero también cabe indicar las limitaciones en los denominadores poblacionales de las localidades en el grupo de menores de un año, situación que se refleja más directamente con la información de las coberturas de vacunación en este grupo.

En la vacunación con BCG en menores de un año en 1997, por ejemplo, la cobertura de vacunación es superior a 100% en doce de las veinte localidades: Chapinero (464%), Tunjuelito (215%), Los Mártires (268%), Barrios Unidos (267%), Antonio Nariño (258%), Fontibón (174%), Santafé (153%), San Cristóbal (142%), Puente Aranda (134%), Usme (133%), Sumapaz (102%) y Bosa (101%). Pero también llama la atención la existencia de coberturas tan bajas como las de Teusaquillo (23,8%) y Usaquén (58,2%). Esto refleja el subregistro de la población en este grupo de edad y las limitaciones en la información disponible sobre el sitio de residencia de la población vacunada.

Aunque estas localidades no presentan indicadores críticos relacionados con las condiciones de vida, es necesario

realizar estudios en profundidad sobre las condiciones de los residentes y visitantes de estas localidades en las cuales se desarrollan diversas actividades económicas con el subsecuente desplazamiento de las áreas residenciales, lo que puede dar lugar a patrones de salud-enfermedad particulares.

Al consultar a treinta y ocho funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud sobre la conformación de grupos de localidades sin tener información sobre resultados del presente estudio, estos reconocieron las localidades de los grupos I y II como las de *peor* estado de salud. También estuvieron de acuerdo en reconocer a las localidades de Usaquén, Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo como las de *mejor* estado de salud, atendiendo a sus condiciones de vida, pero no existió consenso en la situación de las localidades de Los Mártires, Antonio Nariño y Puente Aranda.

De esta forma, mediante la conformación de los tres grupos de localidades se pone en evidencia la heterogeneidad existente entre las localidades pero también dentro de cada una de ellas, situación que no se puede captar con la información global disponible.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una aproximación teórica y metodológica que empieza a desarrollarse en años recientes es el acercamiento al estudio de los riesgos, daños y atención a la salud en términos de su expresión socio-territorial, en donde interesa analizar el peso de la espacialidad en la determinación, la distribución y las respuestas a la enfermedad y la muerte como fenómenos colectivos.

La estrategia que se formula en el presente artículo tiene un ámbito de aplicación distrital. Sin embargo, si se tiene en cuenta la heterogeneidad en las condiciones de vida y de salud en las localidades, se requiere la formulación de estrategias adicionales para la priorización dentro de cada localidad. Además, se ha propuesto el reconocimiento de grupos de localidades que demandan atención diferencial en su desarrollo social y económico en general y en la salud en particular.

En el grupo I se encuentra la localidad de Sumapaz, que tiene características propias al tratarse de una localidad rural dentro del Distrito Capital. Igualmente, las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Bosa se encuentran en desventaja con respecto a las demás según las condiciones de vida. También requieren la satisfacción de sus necesidades básicas los habitantes de las localidades de Santafé y La Candelaria, cuyas particularidades es necesario estudiar en profundidad. En las localidades de Rafael Uribe, Kennedy y Tunjuelito predomina la población de estratos 1 y 2, en forma similar a las localidades anteriores y es crítico el desempleo; parece menos crítica la provisión



de servicios de saneamiento básico, aunque es necesario estudiar sus condiciones según microáreas.

En el grupo II, las localidades de Fontibón, Engativá y Suba son heterogéneas, lo cual hace que sus habitantes tengan precarias condiciones de vida, especialmente en Fontibón, pero a la vez pueden demandar la atención de las necesidades en educación-cultura, salud ambiental, salud en el trabajo y salud mental, entre otros aspectos.

En el grupo III se encuentran las localidades de Puente Aranda, Los Mártires y Antonio Nariño, con características similares al grupo anterior pero que requieren estudios en profundidad teniendo en cuenta su origen, la configuración actual y su desarrollo futuro. En este grupo también están las localidades de Usaquén, Barrios Unidos, Teusaquillo y Chapinero, en las cuales, aunque no es crítica la proporción de población de estratos 1 y 2, las condiciones de vida en general demandan atención en salud pública, porque los espacios que antes se consideraban residenciales se convierten, progresivamente, en zonas dedicadas a actividades económicas diversas, que cambian el entorno, la organización general y la cultura de los grupos sociales.

Evidentemente, para avanzar en el reconocimiento de *áreas homogéneas* entre localidades y dentro de estas, que permita orientar las acciones de salud atendiendo a las características peculiares de estos grupos poblacionales, se requiere disponer de información suficiente en la calidad y la oportunidad, información desagregada por estrato socioeconómico, clase social, grupo ocupacional, régimen del sistema de seguridad social, lo cual también permite georreferenciar la problemática de salud a partir del reconocimiento del sitio de residencia y del trabajo de la población.

Pero, sobre todo, es necesario insistir en la búsqueda de continuidad del proceso de planificación. Más allá de los criterios que se fundamentan en el avance económico en el ámbito particular para demostrar el desarrollo social, la planeación en salud dentro de un proceso de planificación global tiene como finalidad la construcción de un proyecto social de vida que promueva el bienestar colectivo con democracia, avance cultural, intelectual, espiritual y una constante protección a la naturaleza.

En salud pública, estrategias como la definición de prioridades basada en el reconocimiento de la problemática diferencial de las localidades buscan promover el fortalecimiento de la capacidad de planificación e intervención de los entes estatales y el estudio y explicación de la situación de la salud de la población dentro de un proceso de movilización de la respuesta social para enfrentar la problemática de bienestar de la población en cuanto a la disposición de empleo, vivienda, saneamiento básico, educación y reconocimiento de la salud como un derecho.

Bibliografía

- Ahumada, C. Política social y reforma de la salud en Colombia. Seminario internacional: Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización. Universidad de Antioquia, 1997.
- Banco Interamericano de Desarrollo, Progreso económico y social de América Latina, Washington, 1997.
- Breilh, J., Granda, E., Campaña A., Yepez, J., Paez, R., Costales, P. Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Centro de Estudios y Asesorías en Salud, Quito, 1990.
- Bustelo, E. La producción del estado de malestar. Ajuste y política social en América Latina. En: Salud Pública de México (33): 3, Mayo - junio de 1991, pp. 215 - 226.
- Cayolla da Motta, L. Indicador general del estado de salud en municipios y distritos de Portugal con fines de planificación sanitaria. En: Mediciones de los niveles de salud. Editorial Salvat, Barcelona, pp. 151-163, 1982.
- Cepal. Focalización y pobreza: nuevas tendencias en materia de política social. En: Focalización y pobreza, Santiago de Chile, 1992.
- Corporación Centro Regional de Población. Proyecciones de población. Documento elaborado para la Secretaría Distrital de Salud. Santa Fe de Bogotá, 1997.
- Echeverry, E. Reflexiones acerca del neoliberalismo. Mimeo: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, 1995.
- Frenk, J. La nueva salud pública. En: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. OPS: Publicación científica 540, Washington, 1992, p. 75.
- Fresneda O. Hacia un índice de calidad de vida para Bogotá. Versión preliminar. Santa Fe de Bogotá, 1998.
- Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud URSS, 6-12 septiembre de 1978. OMS Unicef, serie Salud para Todos, Ginebra, 1978.
- Kroeger, A. Priorización del problema de salud. Mimeo, s.m.d.
- Mendes de A., J., Landman, C. Un modelo estadístico para definición de áreas geográficas prioritarias para el control del tetano neonatal. En: Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 14(2): 337 - 343, Abr- Jun, 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. Oportunidades de vida, Washington, 1994.
- Pradilla, E. Crisis económica, política de austeridad y cuestión urbana en América Latina. En: La investigación urbana en América Latina. Las ideas y su contexto. Quito, 1990, pp. 175 - 202.
- Sáenz, O. Impacto de la crisis económica y las políticas neoliberales sobre la salud colectiva en América Latina. En: Congreso Latinoamericano de Medicina Social (5, Caracas, 1991), pp. 109 - 126.
- San Martín, H. Salud, sociedad y enfermedad: estudios de epidemiología social. Editorial Ciencia 3. Madrid, 1986.



LOGROS EN LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL, 1999

1. Consejo técnico seccional de zoonosis

El ocho de junio se constituyó el consejo técnico seccional de zoonosis, a la luz del decreto 2257 de 1986, con el objetivo de vigilar y controlar las diferentes enfermedades zoonóticas en el Distrito Capital y en el departamento de Cundinamarca. En este consejo participan las siguientes entidades: Secretaría Distrital de Salud, Instituto Colombiano Agropecuario, Corporación Colombiana de Investigación Agropecuaria, Asociación Colombiana de Médicos Veterinarios y Zootecnistas, Secretaría de Salud de Cundinamarca y la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural de Cundinamarca. Esta coordinación intersectorial hace posible articular diferentes acciones que vienen desarrollando las entidades citadas, las cuales buscan identificar los factores de riesgo biológicos que afectan la salud de la comunidad.

2. Vigilancia del consumo de psicoactivos

En labor de vigilancia del consumo de psicoactivos, la Secretaría Distrital de Salud está participando en la Comisión nacional de investigación sobre drogas, en el Proyecto de mejoramiento de sistemas de vigilancia de consumo de psicoactivos (a través del proyecto Rumbos de la Presidencia de la República) y en el Proyecto trinacional Colombia, Ecuador, Venezuela para la prevención del consumo de drogas (con la Dirección Nacional de Estupefacientes). Además, se ha acordado la intervención del Departamento Administrativo de Bienestar Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en sistemas de vigilancia del consumo de psicoactivos y violencia intrafamiliar.

3. Observatorio de violencia

Se reanudó el Comité de vigilancia epidemiológica de la violencia en el Distrito Capital, con la participación de las siguientes entidades: Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Gobierno, Policía Metropolitana, Instituto de Medicina Legal, Fiscalía General de la Nación y Policía de Tránsito.

ERRADICACIÓN DEL SARAMPIÓN

A seis meses del plazo establecido para cumplir la meta de erradicación del sarampión en las américas es necesario fortalecer de la vigilancia epidemiológica de esta patología, por lo que se requiere el cumplimiento estricto de las intervenciones sobre casos sospechosos y confirmados. Todo caso sospechoso de sarampión debe tener:

1. Una muestra de suero para test de IgM.
2. Una muestra de orina para aislamiento viral, la cual debe congelarse de manera inmediata antes de enviarla al Laboratorio de Salud Pública.
3. Diligenciamiento completo de la ficha de notificación.
4. Descripción completa de la erupción (tipo, inicio, progreso, duración).
5. Evaluación de la cobertura de vacunación con triple viral y operación barrido con este biológico dirigida a la población susceptible.

Por su parte, todo caso confirmado de sarampión, por clínica o por laboratorio, debe tener, además de lo anterior:

1. Segunda muestra de suero en fase convalescente para IgG, tomada entre quince y veinte días después de la fecha de inicio de erupción, y como mínimo siete días después de la primera muestra.
2. Búsqueda activa institucional, teniendo como periodo de base quince días antes y quince días después de la fecha de consulta del caso, para verificar la ausencia de casos que soliciten atención médica; se debe informar ocho días después del mismo.
3. Búsqueda activa comunitaria, teniendo como periodo de base treinta días antes de la consulta del caso, para verificar la ausencia de otros casos en la comunidad que no solicitaron atención médica; se debe presentar informe ocho días después del mismo.
4. Resumen de la historia clínica.

MAPA DE CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN



Fuente: Sistema alerta acción - Laboratorio de salud pública (*semana 23).

REPORTE SEMANAL SEXTO PERIODO EPIDEMIOLOGICO

Semanas epidemiológicas: 21, 22, 23 y 24 / 23 de mayo - 19 de junio de 1999.

EVENTOS	USAQUÉN		CHAFNERO		S. CRISTOB.		USME		TUNJUELITO		ROSA		KENNEDY		FONTIBÓN		ENGATIVA		SUBA		B. UNIDOS		TUSQUILLO		MÁRTINES		ANT.NARIÑO		P. ARANDA		CANDELABRIA		RAFAEL U.		C. BOLÍVAR		SUMAPAZ		TOTAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
BROTOS	4	1 ⁸	4	1 ⁸	2	1 ⁸	1	9	3	3	1 ⁸	3	1 ⁸	3	1 ⁸	3	2	1 ⁸	9	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2	1 ⁸	3	2

> Brote rubéola
 ! Brote varicela
 & Brote ETA
 = Brote de hepatitis A
 L Confirmado por laboratorio ? Procedente de fuera de Bogotá
 ?S Precedencia sin definir C Confirmado clínicamente
 NOTA: Las casillas en blanco significan que no se realizaron notificaciones de esa entidad en este período epidemiológico; a su derecha, las casillas con ceros significan que no hay notificaciones acumuladas de esa entidad hasta el presente período.
 Fuente: Área de vigilancia en salud pública. SDS.