

Cobertura de las actividades de prevención del POS realizadas por EPS, ARS y prestadores de servicios de salud a participantes vinculados en Bogotá, 1998

Resumen¹ elaborado por Gladys Espinosa García, bacterióloga, magister en epidemiología, área de vigilancia en salud de la Secretaría Distrital de Salud.

EDITORIAL

Desde el siglo diecinueve, cuando William Farr y Villermé realizaron las primeras descripciones sobre la situación de salud y su relación con las condiciones físicas de los trabajadores ingleses, seguidas de los estudios de Snow sobre el cólera y los trabajos de Goldberger y Sydenstricker sobre la pelagra, la epidemiología como disciplina ha aportado a la búsqueda de fundamentos para la práctica de la salud pública.

De hecho, fundamentó la más grande ganancia en salud y longevidad conquistada por la humanidad, debida al control de algunas enfermedades transmisibles, mediante la vacunación y el mejoramiento de las condiciones de vida, en la época de la llamada *primera revolución epidemiológica* de los servicios de salud (Terris, 1980).

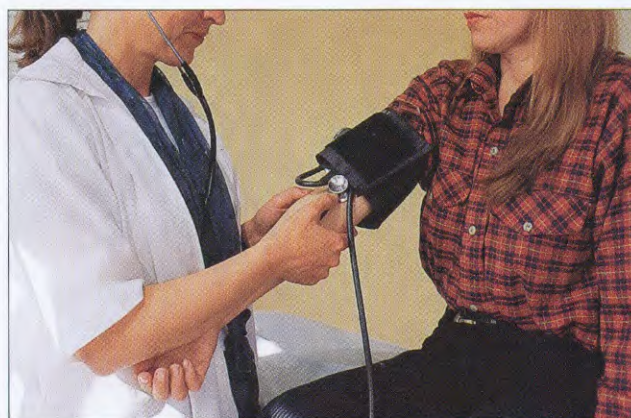


Foto: Ian Flórez

Los programas preventivos y de control de enfermedades enfatizan en acciones de impacto sobre las condiciones de vida y salud.

En este proceso, la epidemiología desarrolló un importante arsenal conceptual, metodológico y técnico que posteriormente aplicó en las investigaciones epidemiológicas para identificar procesos causales entre factores de riesgo y problemas de salud específicos. Esto le permitió proponer el *enfoque de riesgo* en la planificación y organización de acciones preventivas en salud, que tuvo su auge en las décadas de 1960 y 1970, con el desarrollo de programas de detección precoz para impactar las enfermedades crónicas en Estados Unidos (Castellanos, 1989).

¹ Basado en el informe de la investigación realizada por la dirección de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud, "Cobertura de las actividades de prevención del POS. 1998". En la orientación técnico-científica de la investigación participaron Gladys Espinosa G; área de vigilancia en salud; Zulema Jiménez, nutricionista, área de análisis y políticas en salud y Sandra Rivera, odontóloga, área de acciones en salud. El equipo técnico investigador estuvo conformado por Marta Rodríguez, MD, administradora en salud; Paulo César Niño, estadístico y Carlos Herrera, economista.

CONTENIDO

Editorial	1
Introducción	3
Objetivo general / Objetivos específicos / Metodología / Resultados	4
Discusión	9
Conclusiones y recomendaciones	11
Reporte semanal duodécimo y decimotercer periodos epidemiológicos	12

Boletín Epidemiológico Distrital

Secretaría Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez
Subsecretario
Diego Caspiñeda 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 Salazar
Área de análisis y políticas de salud pública
Consuelo Peña Gómez
Comité editorial
Ana María Peñuela Poveda
Elkin Osorio Salazar
Orlando Scoppena Díazgranados
María del Pilar Duarte
Glady Espinosa García
Sonia Esperanza Rebolledo Sotoque
Luz Adriana Zuluaga Salazar
Coordinación
Glady Espinosa García
Coordinación editorial
Oficina de comunicaciones en salud
Edición
Cerezo
que colabora en la preparación editorial
con la producción del Boletín
Secretaría Distrital de Salud
Dirección de salud pública
Área de vigilancia en salud pública
Calle 13 n° 32-69/cuarto piso
Teléfono
354 90 90
Extensiones
9629 y 9673
Fax
375 10 73
Bogotá-Colombia

Esta se denominó la *segunda revolución epidemiológica*, y durante esa época en muchos países los servicios de salud orientaron los escasos recursos económicos a actividades dirigidas a modificar los *estilos de vida* identificados como condicionantes importantes de la incidencia de algunas enfermedades en población de alto riesgo.

La estrategia de atender a la población de alto riesgo y la de proteger a susceptibles, tienen ventajas que no pueden desconocerse, relacionadas con la aplicación de medidas apropiadas a los individuos de acuerdo con la motivación que les

puede dar la identificación de la exposición a factores de riesgo, en el primer caso y, en el segundo, con el incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos y las posibilidades de mostrar impactos en función del beneficio obtenido y el riesgo controlado en forma individual y colectiva.

Debido a que la estrategia de atención a población de alto riesgo se dedica a identificar a expuestos a factores de riesgo para tratar de modificar el grado de exposición, o a susceptibles para protegerlos específicamente de alguna exposición, en términos poblacionales el beneficio está determinado, entre otros, por la accesibilidad de la población a este tipo de servicios y al interés que la misma muestre por demandarlos.

A su vez, la demanda que haga la población de los servicios preventivos está condicionada por aspectos como el que la población esté suficientemente informada de los factores de riesgo que causan o potencializan las condiciones biológicas propias del individuo para el desarrollo de las enfermedades, o el que los individuos pueden permanecer sanos a pesar de la exposición a los factores de riesgo, lo que no les motiva a demandar ayuda para modificar patrones de conducta o de consumo.

El enfoque de atención de población de alto riesgo estimuló la organización de servicios de atención verticales o específicos para algunas enfermedades, las cuales presentaron dificultades para articularse con las redes de servicios, que implicaron costos operativos altos y un descenso paulatino de su eficiencia a medida que se prolongó la necesidad de repetir las acciones de control en una misma población. Por su parte, estas acciones no tuvieron en cuenta la división profesional del trabajo de acuerdo con el tipo de establecimiento que presta el servicio y tampoco consideraron el enfoque poblacional.

Algunas de las implicaciones que tuvo la prestación de servicios preventivos a partir de problemas prioritarios, son hoy limitaciones para la prestación de estos servicios, pues aun se dan a partir de la organización de *programas* cuya estructura no contribuye a que las actividades se desarrollen en servicios de salud permanentes y horizontales para la población en general, lo que los lleva a estar poco articulados con las redes de servicios de los aseguradores y a contar con poca participación de la mayoría de los trabajadores de salud que deben hacer parte de la atención, quienes tienen contacto con la población cuando esta demanda atención.

En Colombia, la normatividad que reglamenta la prestación de servicios preventivos a partir de la reforma del sistema de salud dada por la ley 100 de 1993, ha tenido la intención de fortalecer la estructura de servicios locales y generales de salud, involucrando las actividades de los *programas preventivos* y

de control de enfermedades dentro de las actividades obligatorias que deben cubrir los aseguradores a la población de alto riesgo afiliada, por el POS, complementadas con estrategias con enfoque poblacional realizadas a través del plan de atención básica, en las cuales se enfatiza en acciones de mayor impacto general sobre las condiciones de vida y salud tales como el saneamiento ambiental –para modificar las fuentes de exposición–, la educación para la salud y la promoción del aumento del consumo de bienes y servicios.

Sin embargo, hasta la promulgación del acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social, en noviembre de 1998, cuya reglamentación está pendiente para que entre en vigencia, la obligatoriedad de la prestación de estos servicios por parte de los aseguradores a la población afiliada dependía de la decisión política de las empresas, de la trayectoria y organización para la prestación de los servicios, del desarrollo de la infraestructura para este fin y, en muchos casos, del monitoreo y seguimiento que los entes territoriales hicieran de su cumplimiento, a los aseguradores.

La inexistencia de un subsistema de información con flujos claros y obligatorios e indicadores claves para monitorear la cobertura alcanzada por las actividades más costo-efectivas, ha dificultado el seguimiento que los entes territoriales deben hacer a los aseguradores de su gestión en estos aspectos de la prestación de los servicios, máxime cuando inicialmente no se les permitió injerencia con aseguradores de población en el régimen contributivo.

En Bogotá coexisten los condicionantes mencionados que limitan la oferta, monitoreo y evaluación de las actividades de prevención, expresados en la iniquidad, que ha llevado a que la cobertura universal en la prestación de los servicios dentro del sistema de seguridad social en salud sea una intención no experimentada, sobre todo por la población de menos recursos y con menos conocimiento de sus derechos y deberes; a que la infraestructura para la prestación de los servicios la desarrollen sólo las empresas sociales del Estado y algunas redes de servicios de EPS con trayectoria previa de prestación de servicios de salud como el ISS o en empresas de medicina prepagada y atención familiar como cajas de compensación; y a que el sistema de información se desarrolle de acuerdo con el ritmo impuesto por las definiciones técnicas del Ministerio de Salud, las cuales aparecieron en forma definitiva en julio de 1999 para la prestación de servicios de diagnóstico y rehabilitación y aún están pendientes para los servicios preventivos.

A pesar del panorama anterior, el uso de herramientas especiales de vigilancia epidemiológica, como las encuestas periódicas a usuarios, contribuye a orientar la planificación de servicios de salud y a monitorear la gestión de los mismos, razón

por la cual la Secretaría Distrital de Salud desarrolló una investigación operativa con el fin de identificar la cobertura alcanzada para las actividades preventivas obligatorias que deberían realizar los aseguradores dentro del POS a la población del distrito, durante 1998, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la ciudad y el marco normativo del Ministerio de Salud.

En el artículo que se presenta a continuación se resumen los hallazgos más importantes de la investigación mencionada y se ponen de manifiesto las grandes limitaciones que tienen algunos actores del sistema de seguridad social para alcanzar metas en términos de salud pública.

INTRODUCCIÓN

Antes de la existencia de la ley 100, el Estado, con cargo a los subsidios a la oferta, debía financiar las actividades de promoción y prevención y prestarlas a través de la red pública. Con la conversión de subsidios a la oferta en subsidios a la demanda y el nuevo régimen de aseguramiento, y conforme lo estableció la resolución 3997 de 1996 del Ministerio de Salud, compete a los aseguradores –EPS, ARS– garantizar las actividades de promoción y prevención a la población afiliada y beneficiaria, para lo cual deben destinar, mínimo, 10% del valor de la unidad de pago por capacitación –UPC–. Así mismo, compete a los entes territoriales –en el caso del Distrito Capital a la Secretaría Distrital de Salud–, garantizar estas actividades a la población vinculada sin capacidad de pago, a través de su red de prestadores.

En 1997, la dirección de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud adaptó la resolución 3997 del Ministerio, definiendo las actividades preventivas que deberían realizar las aseguradoras a la población afiliada en Bogotá, de acuerdo con el perfil epidemiológico, así como las coberturas mínimas a lograr para algunas de las actividades consideradas como trazadoras para el cumplimiento de metas sectoriales distritales de salud pública.

Para el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las metas fijadas, se desarrollaron estrategias como la asesoría y asistencia técnica a aseguradores, con énfasis en las de régimen subsidiado, y la utilización de la información financiera de la ejecución de la proporción de los recursos de la UPC destinada a promoción y prevención. Sin embargo, la utilidad de esta información para identificar coberturas es limitada, pues sólo permite monitorear recursos ejecutados en promoción y prevención a partir de la extensión de uso de algunos procedimientos, que si bien son considerados preventivos, también se utilizan para hacer seguimiento de tratamientos o, simplemente, no se utilizan dentro del contexto de la atención preventiva sino de la atención a enfermedades. Por

lo anterior, se diseñó y ejecutó una investigación que utilizó como fuente de información a los usuarios del sistema, por régimen.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la cobertura de las actividades de protección específica y detección temprana, normadas en la resolución 3997, realizadas a los afiliados por parte de los aseguradores y prestadores de servicios a participantes vinculados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Determinar la cobertura de las actividades de protección específica y detección temprana consideradas como trazadoras, en función de la concentración por grupos evolutivos y regímenes de afiliación.
- ◆ Determinar las actividades de inducción de la demanda de las actividades mencionadas, realizadas por las aseguradoras.
- ◆ Determinar aspectos específicos de calidad de la prestación de servicios como accesibilidad, oportunidad y satisfacción del usuario.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en el que se investigó, a partir de una encuesta estructurada aplicada a los afiliados y beneficiarios del régimen contributivo, los afiliados del régimen subsidiado y a los participantes vinculados identificados, las actividades o procedimientos preventivos que se les realizaron durante 1998.

Como universo se consideró a la población de Bogotá en 1998 –5.886.619 habitantes–, estimando 51,5% en régimen contributivo, 15% en régimen subsidiado y 12% como participantes vinculados identificados, pero excluyendo a 21,5% de la población no identificada, debido a que por no conocerse su condición frente al aseguramiento en el sistema no es posible establecer su accesibilidad a servicios de salud.

A partir de los datos anteriores, se construyó el marco muestral, con la aspiración de hacer inferencias a, 60% de la población total por régimen –3.259.656 personas–, para lo cual se dividió esta población en cuatro conglomerados, así: el primero, constituido por la población del Seguro Social, que era 60% de la población en régimen contributivo; el segundo, con la población afiliada a EPS privadas, que era 30,4%; el tercero, con 40% de la población en régimen subsidiado; y el cuarto con 41,4% de participantes vinculados identificados, residentes en las localidades

que tenían mayor proporción de población en esta condición. A estos conglomerados se les determinó el tamaño de la población por grupos de edad, aplicando a cada uno la distribución etárea de la población de Bogotá para los grupos de menores de 1 año, 1 a 4, 5 a 11, 12 a 18, 19 a 44 y mayores de 45.

Para el cálculo del tamaño de muestra por grupo de edad se utilizaron valores esperados de cobertura diferentes, según el tipo de actividades preventivas, con base en las metas distritales definidas para el año o los valores históricos obtenidos de la prestación de servicios en la red adscrita, dando como resultado una muestra de 3.658 personas distribuidas en los diferentes grupos de edad. A continuación, y de acuerdo con la proporción de afiliados, a las aseguradoras se les asignaron cuotas por grupos de edad, hasta completar el tamaño de muestra calculado para 60% de la población definida como universo.

Se consideró la población gestante como un subgrupo de la población de mujeres de 12 a 44 años, estimando el número esperado con base en la tasa de fecundidad de Bogotá y la población general como un subgrupo de la población mayor de 12 años, calculando los tamaños de muestra con base en la proporción esperada de actividades históricamente realizadas en esta población por la red adscrita (véase la tabla 1).

Se seleccionaron algunos eventos considerados trazadores por grupo evolutivo, para determinarles la cobertura en función de la concentración definida por las normas técnicas o guías de atención integral de la Secretaría Distrital de Salud (véase la tabla 2).

La recolección de la información se realizó a partir de la aplicación de la encuesta entre los usuarios de las diferentes aseguradoras, captados en las instalaciones de los prestadores de la red respectiva y en las instalaciones de los hospitales adscritos a la Secretaría Distrital de Salud, en lo que a vinculados se refiere, verificando el carné de afiliación o Sisbén respectivo, vigente desde 1998.

La selección de individuos se basó en la aplicación de tablas de números aleatorios. El número de la tabla se comparaba con 0.9 y si dicho valor era menor o igual se realizaba la encuesta; en caso contrario, esta no se hacía. Esto garantizó la realización de encuestas en 90% de los intentos realizados.

RESULTADOS

Para efectos del presente artículo, sólo se incluyen los hallazgos relacionados con la determinación de las coberturas de las actividades trazadoras por grupo evolutivo, por considerarlos de mayor importancia e interés.

Tabla 1 Tamaño de muestra por conglomerados, asegurador y grupos de edad

	Cuotas muestrales por conglomerados de edad y por asegurador						Total	Gestantes	Pob. general	Gran total
	< 1 año	1-4	5-11	12-18	19-44	45+				
Seguro	131	150	155	137	137	139	849	68	73	990
Famisanar	43	50	51	46	46	46	282	12	13	307
Compensar	20	23	24	21	21	21	130	6	6	142
Cruz Blanca	16	18	18	16	16	17	101	4	5	110
Colmena	9	10	11	9	9	10	58	3	3	64
Cafesalud	9	10	10	9	9	9	56	2	3	61
Unimec	9	10	10	9	9	9	56	2	3	61
Salud Total	9	10	10	9	9	9	56	2	3	61
Cajanal	8	10	10	9	9	9	55	2	3	60
Saludcoop*	8	9	9	8	8	8	50	2	3	55
Astafamilias	40	46	48	43	43	43	263	4	5	272
Saludcoop**	36	42	43	39	39	39	238	4	4	246
Humana Vivir	30	35	36	32	32	32	197	3	3	202
Ecoopsals	22	26	27	24	24	24	147	2	3	152
Ciudad Bolívar	51	59	61	54	54	55	334	6	7	347
H. Kennedy 1	25	29	30	27	27	27	165	3	3	171
H. Usme	26	31	32	28	28	28	173	3	3	177
H.S. Cristóbal	26	30	31	28	28	28	171	3	3	177
TOTAL muestra	518	598	616	548	548	553	3.381	131	146	3.658

* Régimen contributivo. ** Régimen subsidiado.

Tabla 2 Eventos trazadores por grupo evolutivo

Grupo evolutivo	Eventos trazadores
Menor de 1 año	Consulta de crecimiento y desarrollo Cobertura de vacunación Consejería en lactancia materna Consejería en EDA e IRA
Niños de 1 a 4 años	Consulta de crecimiento y desarrollo Cobertura de vacunación Actividades educativas en higiene oral Fluorización Sellantes Actividad educativa en EDA e IRA
Niños de 5 a 11 años	Consulta de crecimiento y desarrollo Cobertura de vacunación Fluorización Sellantes
Adolescentes 12 a 18 años	Consejería en salud sexual y reproductiva Consejería en regulación de la fecundidad Suministro de métodos anticonceptivos Detartraje supragingival
Hombres y mujeres 19 a 44 años	Consejería en regulación de la fecundidad Suministro de métodos anticonceptivos Citología de cuello uterino Examen físico de seno Examen físico de próstata Tamización para hipertensión arterial Tamización para sobrepeso y obesidad
Hombres y mujeres de 45 años y más	Citología de cuello uterino Examen físico de seno Examen físico de próstata Tamización para hipertensión arterial Tamización para sobrepeso y obesidad
Gestantes	Control prenatal Curso psicoprofiláctico Suministro de hierro y ácido fólico Control de placa y cepillado Detartraje
Población general (mayores de 12 años)	Suministro de información sobre síntomas de TBC y lepra

Menores de 1 año

De una muestra de 516 niños menores de 1 año, 261 pertenecían al régimen contributivo (50,58%), 127 al subsidiado (24,61%) y los 128 restantes eran participantes vinculados (24,81%).

Cobertura de consulta de crecimiento y desarrollo

La cobertura de consulta de crecimiento y desarrollo obtenida fue de 49,02%. En función de la concentración, esta disminuye paulatinamente hasta llegar a 2,75% para las seis consultas definidas como las ideales, tal como se observa en la tabla 3. En promedio, los niños asistieron a 2,81 controles, distribuidos así por régimen: 2,68 para los afiliados a ARS; 2,91 para los afiliados a EPS; y 2,60 para los participantes vinculados.

Tabla 3 Cobertura en función de la concentración de la consulta de crecimiento y desarrollo. Por régimen y total en la población menor de 1 año. Bogotá, 1998

No. de consult.	Cobertura por tipo de vinculación							
	Subsidiado		Contributivo		Vinculado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	7	6,19	29	10,78	11	8,59	47	9,22
2	15	13,27	40	14,87	15	11,72	70	13,73
3	10	8,85	40	14,87	9	7,03	59	11,57
4	4	3,54	34	12,64	7	5,47	45	8,82
5	3	2,65	8	2,97	4	3,13	15	2,94
6	2	1,77	11	4,09	1	0,78	14	2,75
Total	41	36,28	162	60,22	47	36,72	250	49,02

Coberturas de vacunación

En la tabla 4 se observa la proporción de niños a los que le fue aplicada, al menos, una dosis de los diferentes biológicos incluidos en el programa ampliado de inmunizaciones, como de suministro obligatorio, sin tener en cuenta el cumplimiento del esquema recomendado.

En el gráfico 1 se observan las coberturas según esquema completo por biológico, con valores cercanos a 27% para polio y DPT, a 34% para *Haemophilus influenzae* y de 53% para hepatitis B. Para BCG es para el único biológico para el cual la cobertura se acerca a valores importantes. Es de destacar que los datos de tipo de biológico y dosis aplicadas fueron verificados en 96,8% de la muestra frente a carné de vacunación.

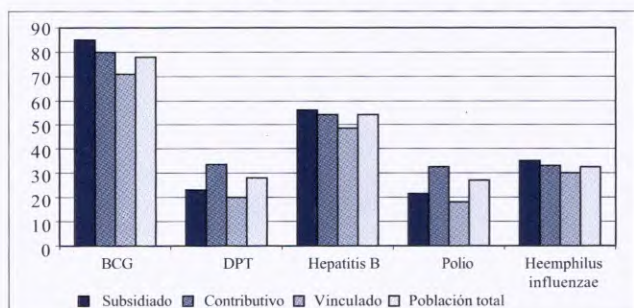
Tabla 4 Extensión de uso por biológico por régimen de afiliación y población total menor de 1 año. Bogotá, 1998

Biológico	Subsidia.	Contributi.	Vinculad.	Total poblac.
BCG (1 dosis)	85 %	80%	71%	79%
DPT (1-3 dosis)	95 %	89%	85%	89,2%
Hepatitis B (1-3 dosis)	89,3%	92%	86%	90%
Polio (1- 3 dosis)	93,0%	89,0%	85%	89%
<i>Haemophilus influenzae</i>	90,2%	85,5%	80,5%	85,2%

Consejerías en lactancia materna y prevención de EDA e IRA

La consejería en lactancia materna tuvo una cobertura de 41,5% en la población encuestada, con mayor proporción (52%) para los afiliados al régimen contributivo y menor para los participantes vinculados (28,9%). La consejería en prevención de enfermedad diarreica e infección respiratoria alcanzó una cobertura de 32,3%, con variaciones entre 20% y 42% según el régimen de afiliación, la mayor sin ser significativa para los afiliados al régimen contributivo.

Gráfico 1 Coberturas para esquema completo de vacunación por biológico por régimen de afiliación y población total menor de 1 año. Bogotá, 1998



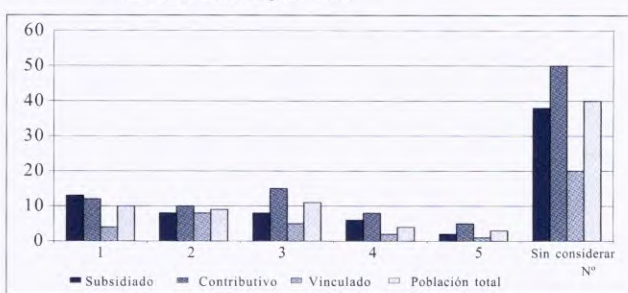
Niños de 1 a 4 años

La muestra de este grupo fue de 598 niños, de los cuales 301 pertenecían al régimen contributivo (50,25%), 149 al subsidiado (24,87%) y 149 a población participante vinculada (24,87%).

Cobertura de consulta de crecimiento y desarrollo

En este grupo de edad, la cobertura de control de crecimiento y desarrollo fue de 39,4%, correspondiendo la menor proporción a los niños pertenecientes a la población participante vinculada (19,5%) y la mayor a los del régimen contributivo (50%). La proporción disminuye en función de la concentración hasta valores de 3,8%, como se observa en el gráfico 2. El promedio general de asistencia fue de 2,63 controles por niño, con valores muy similares, que oscilaron entre 2,3 para la población subsidiada y vinculada y 2,8 para los afiliados al régimen contributivo.

Gráfico 2 Cobertura en función de la concentración de la consulta de crecimiento y desarrollo por régimen y total de la población de 1 a 4 años. Bogotá, 1998



Coberturas de vacunación

En este grupo de edad, se verificó el carné de vacunación en 87,1% de la muestra. La cobertura para la triple viral, que es la más representativa de este grupo, fue de 56,8%. El 24% de los niños recibió entre una y tres dosis de DPT, 35% recibió entre una y tres dosis de polio y 14,21% recibió dosis de refuerzo. La cobertura por régimen fue superior para la población vinculada, en la cual 21,5% recibió la tercera dosis y el 20,81% recibió refuerzo o cuarta dosis.

Cobertura de actividades preventivas en salud oral

Se interrogó a la población por actividades educativas de higiene oral y procedimientos de fluorización y sellantes, encontrándose que 17,7% recibió educación sobre hábitos y técnicas de cepillado, 14% recibió protección específica para caries mediante la aplicación de flúor y que 10,8% recibió sellantes, con diferencias mínimas para régimen subsidiado y contributivo, pero significativas para población vinculada (véase la tabla 5).

Con respecto a consejería para prevención y manejo de la EDA y las IRA, la población de 1 a 4 años fue cubierta con estas actividades en 19,4%.

Niños de 5 a 11 años

Para este grupo de edad la muestra fue de 614 niños, de los cuales 306 correspondieron al régimen contributivo (50%),

154 pertenecían al régimen subsidiado (25%) y 154 a población participante vinculada (25%).

Cobertura de consulta de crecimiento y desarrollo

De los niños de este grupo, 29,1% fue cubierto con controles de crecimiento y desarrollo durante 1998, correspondiendo la menor proporción a los pertenecientes a la población participante vinculada (13,6%), con diferencias significativas respecto a la población afiliada, que presentó valores cercanos a 35%. Los afiliados a ARS asistieron en promedio a 2,08 citas en el año, los afiliados a EPS a 1,93 y los participantes vinculados a 1,43, para un promedio general de 1,91 citas en el año.

Cobertura de vacunación

A la pregunta de si se revisó el carné de vacunación a los niños que acudían a la consulta de crecimiento y desarrollo se encontró que esto ocurrió en 24,7%. Además, se le completó el esquema de vacunación únicamente a 19,54% de niños asegurados bajo las diferentes modalidades.

Cobertura de actividades preventivas en salud oral

Se interrogó sobre las mismas actividades descritas para la población de 1 a 4 años, encontrándose que 25,5% de la población recibió educación sobre hábitos y técnicas de cepillado, que se aplicó flúor a 23,6% de los niños encuestados y que recibieron sellantes 20%, con diferencias mínimas para población subsidiada o en régimen contributivo, pero con proporciones aproximadamente tres veces menores para población vinculada (véase la tabla 6).

Adolescentes (12 a 18 años)

El tamaño de la muestra para este grupo fue de 548 personas; sin embargo, sólo se capturaron 221: sesenta y cinco del régimen contributivo (29,4%); setenta y cuatro del subsidiado (33,4%)

y ochenta y dos correspondieron a población participante vinculada (37,1%), debido a que la población de este grupo no demanda servicios. Se logró constatar que la mayoría de los prestadores no desarrolla el componente de prevención de la enfermedad para adolescentes.

Se les interrogó acerca de si tenían conocimiento sobre los programas de prevención de la enfermedad que les debe brindar su entidad aseguradora, y en 71,5% la respuesta fue negativa. El grupo menos informado correspondió a los participante vinculados, con 18,3%, seguidos en una proporción de 30,8% por los afiliados al régimen contributivo y de 37,8% por los subsidiados.

Tan sólo 13,6% de los adolescentes acudió al programa de crecimiento y desarrollo, siendo menor la proporción para la población participante vinculada (7,3%). La orientación brindada sobre cambios físicos y psicológicos se dio a 6,3%, y sobre métodos de regulación de la fecundidad y prevención de ETS a 7,6% de los que asistieron a consulta. Se suministró el método anticonceptivo elegido a 1% de los adolescentes que decidieron utilizarlo. La consejería para prevención de drogadicción alcanzó 5,4%. De los adolescentes que consultaron, 10,4% recibió profilaxis como actividad preventiva en salud oral.

Hombres y mujeres entre 19 y 44 años

Para este grupo la muestra fue de 567 personas, de las cuales 292 correspondieron a régimen contributivo (50%), 138 pertenecían a régimen subsidiado (25%) y las 137 restantes correspondían a población participante vinculada (25%). Del total de esta población, 465 eran mujeres y 102 fueron hombres.

Cobertura de consejería en regulación de la fecundidad

En este grupo de edad, la cobertura alcanzada en actividades de orientación o consejería –individual o de pareja–

Tabla 5 Cobertura de actividades de educativas de higiene oral, fluorización y aplicación de sellantes por régimen y total de población de 1 a 4 años. Bogotá, 1998

Actividad	Cobertura por tipo de vinculación			
	% Subsidiado	% Contributivo	% Vinculado	% Total
Educación en hábitos y técnicas de cepillado	20,5	21,4	7,4	17,7
Sellantes	15,2	12,4	3,3	10,8
Fluorización	16,56	16,78	6,04	14,05

Tabla 6 Cobertura de actividades educativas de higiene oral, fluorización y sellantes por régimen y total de población de 5 a 11 años. Bogotá, 1998

Actividad	Cobertura por tipo de vinculación			
	% Subsidiado	% Contributivo	% Vinculado	% Total
Educación en hábitos y técnicas de cepillado	29,2	31,7	9,7	25,5
Sellantes	22,7	25,1	7,7	20,2
Fluorización	25,9	29,7	9,0	23,6

sobre métodos anticonceptivos y su adecuada utilización fue de 16%, siendo las proporciones similares para las tres formas de aseguramiento. De esta proporción, 8,82% recibió orientación sobre todos los métodos existentes; cuando decidió la utilización se le suministró el método a 4,76% de las personas de este grupo y se le realizó control por una vez a 1,76%, dos veces a 1,41%, tres veces a 0,71% y cuatro veces a 0,53%.

Otras actividades de orientación o consejería cuyos temas se encuentran priorizados obtuvieron las siguientes coberturas: sexualidad responsable, 12,52%; prevención de ETS, 13,58%; prevención del maltrato intrafamiliar, 10,58%; y prevención de trastornos del comportamiento, 5,82%.

Cobertura de citología de cuello uterino y examen físico de seno

La citología fue ordenada y realizada a 27,8% de las mujeres con diferencias mínimas por condición de aseguramiento. Todas las mujeres recibieron sus resultados y recomendaciones acordes con los mismos. El examen físico de seno se le realizó a 10,9% de las mujeres de este grupo, sin diferencias por régimen de afiliación.

Cobertura de tamización para hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso y obesidad

Para la población de este grupo se logró una cobertura de tamización con toma casual de presión arterial de 31%, y la consulta específica para diagnóstico precoz de hipertensión se dio en 26,6%.

Respecto a consulta para detección precoz de diabetes, se encontró una cobertura de 16,2% para el total de personas de este grupo, sin que se aprecien diferencias marcadas entre las tres modalidades de aseguramiento. No obstante, para esta población el control de peso y talla alcanzó una proporción mayor (32,45%). El control de azúcar en sangre se le efectuó a 26,28% de la población respectiva; por lo anterior se presume que probablemente hay consultas diferentes a las específicas para este factor de riesgo, en las cuales se realiza alguna forma de tamizaje de la diabetes.

Los resultados de las pruebas anteriores le fueron informados a 32,63% de la población en este grupo de edad y a 29,10% se le brindaron recomendaciones. Sin embargo, las actividades específicas relacionadas con promoción de dieta equilibrada, control de peso, ejercicio, estilo de vida y trabajo saludable, tuvieron coberturas menores a las mencionadas anteriormente (12,1%); la consejería para promoción de la salud mental, autocuidado, autoestima y manejo del estrés tuvo una cobertura de 11,6% y la proporción fue menor para orientación en resolución de conflictos y convivencia pacífica (9,1%).

Cobertura de examen físico de próstata

Se registra solamente 0,53% de cobertura de examen físico de próstata y testículo, intervención considerada prioritaria en este grupo para la detección precoz de cáncer del aparato genital masculino.

Hombres y mujeres de 45 y más años

Para este grupo la muestra fue de 526 personas, de las cuales se encuestaron 356 mujeres y 170 hombres; esta distribución por sexo se debe a la facilidad de captar población femenina que demanda en mayor proporción servicios de salud.

Cobertura de consejería en regulación de la fecundidad

En este grupo de edad, la cobertura alcanzada en actividades de orientación o consejería –individual o de pareja– sobre métodos anticonceptivos y su adecuada utilización fue de 23%, siendo las proporciones similares para las tres formas de aseguramiento.

Otras actividades de orientación o consejería cuyos temas se encuentran priorizados obtuvieron las siguientes coberturas: sexualidad responsable, 7,9%; prevención de ETS, 8,1%; prevención del maltrato intrafamiliar, 9,7%; prevención de trastornos del comportamiento, 9,9%.

Cobertura de citología de cuello uterino y examen físico de seno

El 26,05% de la población en este grupo manifestó que durante 1998 se le ordenó y tomó citología vaginal y a 25,48% le entregaron resultados de la misma. El examen físico de seno se le practicó únicamente a 13,69% de la población femenina de más de 45 años. En este grupo, la cobertura alcanzada fue ligeramente mayor para las mujeres de la población participante vinculada (16,67%).

Cobertura de tamización para hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso y obesidad

Se efectuaron tomas casuales de tensión arterial a 58,94% de la población de este grupo, alcanzando el régimen subsidiado una proporción ligeramente mayor (63,5%). Las consultas específicas de detección precoz de hipertensión arterial alcanzaron una cobertura de 56,4%, con una proporción ligeramente superior (62,04%) para población subsidiada.

Respecto a la consulta de detección precoz de diabetes, se encontró una cobertura de 36,12% para el total de personas de este grupo, sin que se aprecien diferencias marcadas entre las tres modalidades de aseguramiento. La prueba de glicemia se le efectuó a 48,2% y el control de peso y talla alcanzó una proporción mayor (53,23%). Por lo anterior, se

presume que se aprovecha el contacto con los servicios de salud para realizar tamizaje para diabetes, situación que también se dio en adultos más jóvenes. No obstante, para las actividades educativas que se desprenden de la identificación de factores de riesgo para este grupo, se encontraron coberturas menores: promoción de dieta equilibrada, control de peso, ejercicio, estilo de vida y trabajo saludable, 35,36%; promoción de la salud mental, autocuidado, autoestima y manejo del estrés, 29,09%; resolución de conflictos y convivencia pacífica, 25,86%.

Cobertura de examen físico de próstata

La población masculina de más de 45 años registra 5,13% de cobertura de examen físico de próstata y testículo, la cual resulta ligeramente superior respecto al ciclo de 19 a 44 años.

Mujeres gestantes

La muestra de este grupo estuvo constituida por 124 mujeres, en su mayoría pertenecientes al régimen contributivo, por lo cual no se presentan datos diferenciales por régimen.

Cobertura del control prenatal

La extensión de uso del control prenatal fue de 95,3%. La cobertura en función de la concentración ideal —seis controles— fue de sólo de 32,8%, seguida de 23,4% de mujeres que tuvieron cuatro controles, de 21,9% con cinco, de 15,6% con menos de tres y de 13,3% con tres. En promedio, las mujeres asisten a 4,4 controles durante su embarazo.

Para 26,5% de las mujeres el inicio del control prenatal se realizó en el primer mes de embarazo, para 18,8% en el segundo mes y para 25% en el tercer mes, para un total de 70,31% en el primer trimestre. Durante el control prenatal se realizaron los procedimientos de control de peso en 92,1% de las citas y el examen físico en 89% de ellas.

Los exámenes de sangre para identificar anemia ferropénica, diabetes gestacional o sífilis se realizaron a 93% de las mujeres que acudieron al control prenatal y en promedio 2,3 veces durante la gestación. El examen de orina se realizó a 90,63%, y se efectuó 1,96 veces en promedio. Respecto al frotis de flujo vaginal, se registra que a 60,94% de las mujeres se le efectuó, una vez a 46,85% de mujeres en gestación y dos a la proporción restante, para un promedio de 1,42 exámenes por gestante.

Suministro de vacunas y micronutrientes

El 74,2% de las gestantes dijo haber recibido vacunación, de las cuales 64,8% con toxoide tetánico y 4% con diftérico,

siendo difícil verificar la información ya que sólo la mitad de las mujeres contaba con el carné de vacunación. El suministro de hierro y ácido fólico tuvo una cobertura de 50,78%.

Actividades preventivas en salud oral

De las gestantes, 47,66% recibió procedimientos preventivos en salud oral, especialmente los dirigidos a remoción de cálculo en 32,03% de los casos. Además, 44,53% de las mujeres recibió actividades educativas sobre higiene oral.

Curso psicoprofiláctico

De las gestantes, 37,50% realizó curso psicoprofiláctico, siendo generalmente incompleta la asistencia a las sesiones establecidas. Respecto a las características de este curso, 30,47% de quienes asistieron afirmó que fue de tipo teórico-práctico. El promedio de sesiones a las que asistieron fue de 5,11 en general.

Población general

Para indagar sobre actividades relacionadas con la identificación de sintomáticos respiratorios y de piel para referencia a pruebas diagnósticas de tuberculosis y lepra, se tomó una muestra de 136 personas, de las cuales noventa y ocho correspondieron al régimen contributivo, veintiuna al subsidiado y diecisiete a la población participante vinculada.

Para el caso de TBC, en primer término se preguntó si durante 1998 la persona había sufrido tos con expectoración por más de veinte días. La respuesta fue afirmativa en 14,84% de los casos, pero sólo a 1,29% de estos se le practicó examen de baciloscopia. Se identificaron 5,81% de personas que experimentaron lesiones en piel, de las cuales, en ningún caso, se registró la toma de biopsia para practicar baciloscopia diagnóstica.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que la información para vigilar la cobertura de las actividades de prevención del POS no se encuentra disponible, porque el sistema de información definido en 1997 por el Ministerio de Salud para su reporte por los aseguradores está dirigido a conocer la extensión de uso de los procedimientos, se considera que esta investigación, basada en recolección en campo de información de fuente primaria, como es el afiliado, fue de gran utilidad para el monitoreo del compromiso de las EPS y ARS con las actividades preventivas.

Las coberturas encontradas en la presente encuesta para las diferentes actividades preventivas consideradas como trazadoras en los diferentes grupos evolutivos, son



inquietantemente bajas, si se tiene en cuenta que son de obligatorio cumplimiento por parte de las aseguradoras, se encuentran financiadas con cargo a la UPC para la población en regímenes subsidiado y contributivo y se consideran muy costo-efectivas para la prevención de enfermedades de alta incidencia y prevalencia.

Llama la atención que, por ejemplo, para actividades de gran trayectoria en el tiempo como las de control de crecimiento y desarrollo en menores de 1 año, las coberturas con la concentración de seis consultas no pasen de 2,7% y que sólo la mitad de los niños haya accedido a procedimientos preventivos relacionados con su desarrollo, considerados como definitivos para detectar precozmente alteraciones que son controlables.

En cuanto al PAI, el indicador de extensión de uso por biológico, en porcentajes bajos, correlaciona perfectamente con las coberturas para esquema completo aún más bajas y no útiles en este grupo de edad, tanto para la población total como para la de los diferentes regímenes de afiliación, que contrastan con las obtenidas por la información administrativa del programa, que sin ser útiles son mayores y en algunas localidades alcanzan valores por encima de 100%, lo cual refleja problemas serios de estimación de la población objeto a cubrir.

En la población de 1 a 4 años, la situación de los procedimientos preventivos relacionados con el crecimiento y desarrollo no es diferente a lo encontrado para menores de 1, a pesar de que la concentración de actividades mucho menor debería facilitar el cumplimiento de coberturas, por mayor probabilidad de adherencia al servicio. Llama la atención que 10% de los niños recibió más de tres controles, que son los mínimos establecidos en las normas técnicas del programa.

En cuanto a las coberturas de vacunación en este grupo, es importante señalar que la deficiente cobertura con triple viral refleja dificultades de acceso, a pesar de haberse realizado una jornada de vacunación contra el sarampión en el último trimestre de 1998, que puede ser relevante la proporción de niños que completaron en este ciclo los esquemas de vacunación propios de los menores de un año y que a la vez, a pesar de las bajas coberturas en el ciclo anterior, los niños no recibieron los biológicos respectivos en esta edad.

En todos los grupos de edad, las coberturas de actividades preventivas en salud oral están afectadas por la condición del aseguramiento, pues las diferencias son hasta cuatro veces mayores para la población en régimen contributivo y subsidiado, comparado con los participantes vinculados.

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, los adolescentes son una población poco tenida en cuenta para actividades preventivas. Es mínima la población que accede a algún procedimiento en una edad considerada como vital para abordar problemáticas relacionadas con exposición a factores de riesgo para enfermedades consideradas eslabones en la cadena de las afecciones del adulto, como las ETS y las enfermedades crónicas.

La captación de la población femenina adulta joven y mayor en más proporción que los hombres, ratifica el hecho de que las mujeres demandan con más frecuencia los servicios. Llama la atención que las personas mayores tienen coberturas ligeramente más altas de acceso a los servicios de prevención que los adultos jóvenes, lo cual indica que la prioridad se da a la población de alto riesgo en función de la edad y probablemente no se da la importancia debida a otras variables como la exposición a factores de riesgo, los antecedentes personales y familiares que deben llevar a actividades preventivas a edad temprana. Por ejemplo, en regulación de la fecundidad, las coberturas son mayores en la población de mayor edad, lo que puede indicar que buena parte de las mujeres muy jóvenes no tiene acceso a estos procedimientos.

En cuanto a la detección precoz de los cánceres más frecuentes, la realización de citología implica coberturas no útiles para impactar la mortalidad por cáncer de cuello uterino, pues estas deben estar cercanas a 90% para modificar el indicador. A pesar de que el examen físico de seno y de próstata no se consideran pruebas tamiz con sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo aceptables para ser usadas en forma masiva dentro de un programa de detección precoz, las coberturas halladas para estos procedimientos indican oportunidades perdidas para su realización y para el acceso a enseñanza de prácticas de autocuidado en el contacto de las personas con los trabajadores de salud y en especial con el médico de atención primaria.

Tan solo la tercera parte de la población adulta joven y la mitad de la mayor recibe procedimientos relacionados con la detección temprana de padecimientos crónicos, como la hipertensión y la diabetes o sus factores de riesgo, como la obesidad y el sobrepeso y las intervenciones para su control se dan sólo a la tercera de las personas tamizadas, lo cual refleja que las prevalencias para estos padecimientos pueden estar cercanas a 30% en la población general, quedándose sin los beneficios de las prácticas preventivas al menos 20% de la población de alto riesgo que lo requiere.

El grupo de mayores de 45 años obtuvo mayores coberturas en general que el de diecinueve a cuarenta y cuatro años; esto puede explicarse por una mayor disponibilidad de tiempo, dado que la vida laboral activa disminuye en esta edad.



Si se considera que el control prenatal realizado oportuna y adecuadamente es un factor preventivo de gran importancia para evitar complicaciones del embarazo el parto y el puerperio, que pueden llevar a muerte materna y perinatal, preocupa que sólo la tercera parte de las mujeres tiene cobertura adecuada en función de la concentración —seis controles—; sin embargo, pueden considerarse aceptables las coberturas para este evento, pues al menos 78% de las mujeres son cubiertas con cuatro a seis controles. Ahora bien, es llamativo que 20% de las mujeres realiza sus controles en el segundo o último trimestre de gestación, con la implicaciones de inoportunidad en la toma de medidas correctivas en un embarazo de alto riesgo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las actividades preventivas del POS son costo efectivas en la medida en que controlan el riesgo en forma individual a partir de la modificación del curso natural o la incidencia de una enfermedad; sin embargo, representan limitaciones porque no impactan en la exposición a los factores de riesgo e implican grandes esfuerzos operativos y económicos para identificar y cubrir a la población que requiere las intervenciones.

Los condicionantes anteriores han llevado a que las actividades preventivas consideradas como más costo-efectivas tengan coberturas no útiles para tener impacto en la mortalidad y morbilidad por enfermedades prevenibles.

Se observa claramente cómo las coberturas están condicionadas, entre otras cosas pero con gran peso, por la condición frente al aseguramiento que determina la accesibilidad económica a los servicios preventivos. Lo anterior muestra la necesidad que existe de fortalecer, por un lado, las actividades de promoción de la salud relacionadas con la articulación de la salud con sectores productivos para el mejoramiento de las condiciones de vida y, por otro, del fortalecimiento de las actividades preventivas primarias con alcance territorial en la población, independientemente de la exposición o el aseguramiento, en servicios de atención primaria.

Las bajas coberturas mencionadas contrastan con las inversiones realizadas por las ARS en Bogotá en promoción y prevención, que alcanzaron en 1998 la suma de \$10.185.629.701 y que datos parciales que incluyen a la mitad de las EPS con afiliados en Bogotá llegan a cifras de \$21.250.396.218.

Teniendo en cuenta que la inducción de la demanda consiste en organizar, incentivar y orientar a la población hacia la

utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control, y que esta incluye varios procedimientos como la información a la población sobre factores de riesgo, orientación sobre los servicios de prevención y quienes los prestan y la identificación de la población en riesgo para que sea remitida a procedimientos específicos de tamizaje, podría deducirse que los recursos de 10% de la UPC para el régimen contributivo y subsidiado en prevención no han tenido una destinación específica para actividades dirigidas al individuo, sino que se han utilizado en actividades intermedias de información y orientación de los servicios que no han culminado en demanda de los usuarios.

Más aún, los aseguradores no tendrían interés en captar población para programas de tamizaje que, *per se*, implican costos y desarrollo de redes de servicios y que, además, generan gastos adicionales por diagnósticos confirmatorios y tratamientos en poblaciones sanas, que si bien posteriormente pueden demandar atención y mayores gastos de tratamiento y rehabilitación, en las condiciones actuales les representan inversiones cuyos réditos sólo verían a mediano o largo plazo.

Adicionalmente, la contratación por capitación que los aseguradores realizan pretende trasladar estas responsabilidades a los prestadores, sin cubrir los costos que implica la inducción de la demanda y, por tanto, si bien podría ser favorable para estos hacen procedimientos que les generen facturación de servicios, no se motivan a realizarlos por las demandas operativas, de talento humano e infraestructura que requieren.

Lo anterior explicaría las limitaciones que los diferentes actores tienen para inducir a la demanda y cómo, en función del costo-beneficio, deberían realizarse ajustes a la normatividad, que permitan reorientar los recursos de la UPC para que los interesados como el Estado dispongan de la compensación económica para asumir estas responsabilidades, que implican captación de poblaciones definidas y logro de coberturas específicas para actividades de tamización y protección específica.

REFERENCIAS

- Castellanos, P.L. 1989. *Epidemiología y organización de los servicios de salud*.
- Terris, M. 1980. *Revolución epidemiológica y la medicina social*. Siglo XXI Editores. México.

REPORTE SEMANAL DUODÉCIMO Y DECIMOTERCER PERIODOS EPIDEMIOLÓGICOS

Semanas epidemiológicas 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 y 52

EVENTOS	USAQUEN		CHAPIERO		SANTA FE		S. CRISTOB.		USME		TUNUELITO		BOSA		KENNEDY		FONTIBON		ENGATIVA		SUZA		B. UNIDOS		TOSASQUELO		MARTÍRES		ANTANARINGO		P. ARANDA		CANDELAR		RAFAEL U.		C. BOLIVAR		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	OBS	ACTUM	OBS	ACTUM		
BROTOS	8	6	2	1	5	1	1	19	3	5	2	13	5	4	8	3	3	1	1	4	2	5	0	16	129																			
	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		
DENGUE CLÁSICO	1	3	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	0	0	
	2	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	0	0		
DENGUE HEMORRÁGICO																																												
DIFTERIA	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	0	0	0		
EXPOSICIÓN RÁBICA	37	322	23	91	10	39	36	258	47	232	22	222	29	100	102	509	43	198	68	404	50	329	17	98	15	75	3	24	11	56	10	56	4	23	95	225	47	273	1	5	670	3539		
FIEBRE AMARILLA																																												
HEPATITIS B	4	24	9	43	1	6	3	3	1	5	2	2	5	1	13	1	3	3	12	1	13	1	4	3	1	4	3	1	2	4	1	3	0	2	2	5	1	1	33	152				
MALARIA	1 ^v	13	7	1	7	1	7	1 ^v	13	5	3	16	7	3	16	7	17	13	3	7	13	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	4	0	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
MENINGITIS POR NEISSERIA	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
MORATALIDAD PERINATAL	1	25	3	22	1	17	7	43	7	44	22	1	29	4	34	3	31	9	23	3	38	2	9	2	12	4	13	10	45	5	14	5	9	31	7	29	0	78	486					
MORTALIDAD MATERNA	4	3	0	1	1	2	1	1	4	3	1	5	4	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		
MORTALIDAD POR EDA	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	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		
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		
MORTALIDAD POR NEUMONIA	1	1	3	1	3	7	2	8	0	2	2	1	4	5	1	2	1	3	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	
PARÁLISIS FLÁCIDA	1 ^{as}	2	0	4	0	0	0	0	3	1	1	1 ^{as}	4	0	3	4	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	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 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	0		
RUBÉOLA	2 ^{as}	7	2	9	2	13	3 ^{as}	4	7	1 ^{as}	11	2 ^{as}	22	7	10 ^{as}	52	4 ^{as}	39	14	3 ^{as}	12	4 ^{as}	11	1 ^{as}	2	1 ^{as}	2	1 ^{as}	12	2 ^{as}	3	1 ^{as}	7	4 ^{as}	10	0	40	244						
SARAMPIÓN	1 ^a	5	2	5	2 ^a	7	1 ^a	23	1 ^a	10	1 ^a	7	5 ^a	31	2 ^a	10	8 ^a	31	9 ^a	25	1 ^a	5	4	2 ^a	5	2 ^a	11	3 ^a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SÍFILIS CONGÉNITA	1	8	1	1	5	14	2	4	3	2	6	7	1	4	9	1	10	1	2	1	2	3	6	3	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		
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	0		
TOSFERINA	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	0	0	0		
TUBERCULOSIS	11	35	6	19	3	31	2	25	3	31	4	27	3	18	19	73	6	24	4	49	10	37	5	22	4	15	1	15	20	2	9	6	5	36	2	26	0	1	90	519				
VIRSIDA	21	50	6	45	19	4	22	7	1	10	0	6	4	25	3	12	5	19	4	15	4	15	4	77	1	10	3	10	2	2	10	2	6	2	10	1	4	0	63	359				
TOTAL	81	515	48	248	17	145	58	408	69	400	28	314	40	198	141	767	62	318	109	640	85	553	32	242	30	156	24	101	29	170	24	125	8	46	121	352	73	396	4	9	1083	6103		

Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública

> Brote Rubéola
 ! Brote Varicela
 & Brote ETA
 ° Brote de Parotiditis
 NA Brote Neumonía atípica
 V VIVAX
 M MIXTA
 F FALCIPARUM
 + Sospechoso
 % Probable
 D Descartado
 L Confirmado por laboratorio
 C Confirmando Clínicamente
 ?S Procedencia sin definir
 ? Procedencia fuera de Bogotá
 * Intoxicación Exógena

NOTA: Las casillas en blanco significan que no se realizaron notificaciones de esa entidad en este periodo. A la derecha, las casillas con ceros significan que no hay notificaciones acumuladas de esa entidad hasta el presente periodo.

Enfermedades transmitidas por vectores

La situación geográfica del Distrito Capital es privilegiada en relación con patologías como el dengue, la malaria y la fiebre amarilla, consideradas de alta endemicidad en áreas con una altura inferior a los 2.000 metros sobre el nivel del mar. Sin embargo, por su alto movimiento migratorio, es posible encontrar con frecuencia casos que deben ser atendidos desde el punto de vista clínico y notificados a sus lugares de origen.

Durante 1998, en Santa Fe de Bogotá fueron notificados por el SAA 251 casos de malaria, con una tasa de notificación de 4,15 por cien mil habitantes. El mayor número de casos ocurrió entre los periodos epidemiológicos séptimo y noveno (72 casos); 55 casos de dengue hemorrágico con una proporción de 0,42% sobre el total de eventos notificados, una tasa de notificación de 0,91 por cien mil habitantes, con picos intermitentes y similares cada dos periodos epidemiológicos; 48 casos de dengue clásico que constituyen 0,36% del total de eventos notificados, una tasa de notificación de 0,79 por cien mil habitantes, un comportamiento relativamente estable durante el año, con un pico máximo en el primer periodo epidemiológico de once casos (cuadro 14 y gráfico 7).

Rabia

La situación de la rabia en el Distrito Capital es reflejo de lo que ocurre en el país, con una disminución de los casos en animales y humanos. El último caso de rabia canina se presentó en 1996 en la localidad de Ciudad Bolívar, en un perro procedente de otro municipio. Rabia humana no se ha presentado en los últimos diez años.

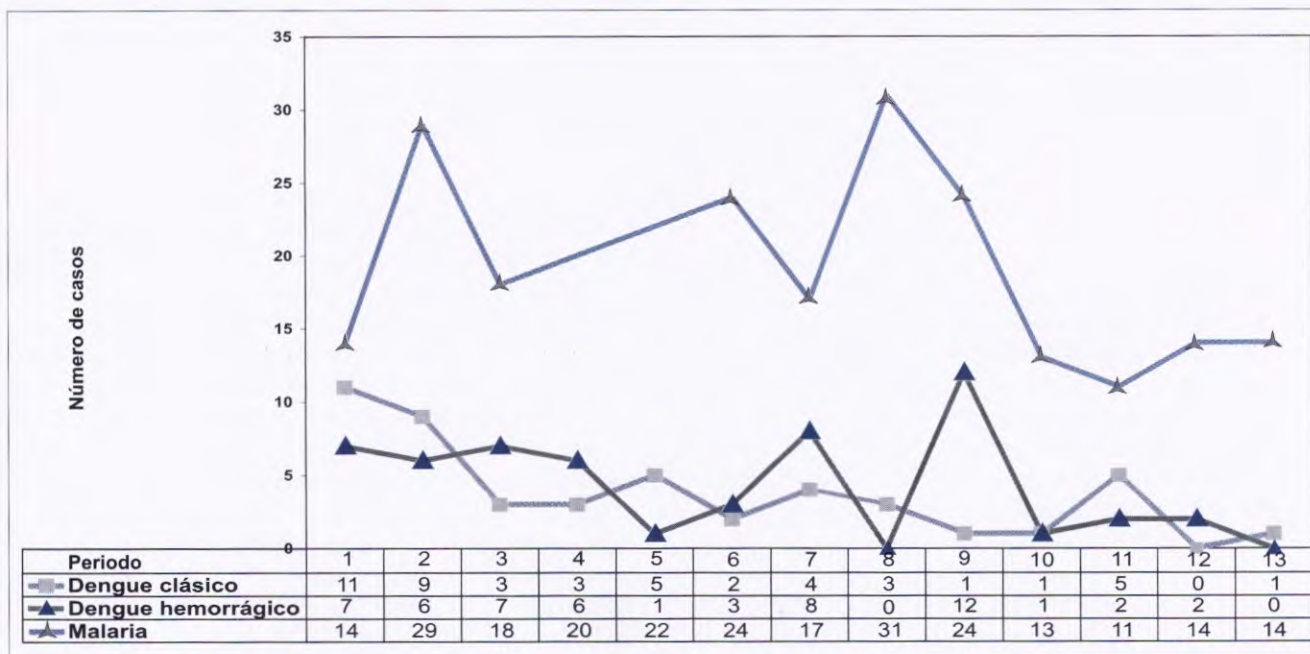
Durante 1998 fueron notificados 1.711 casos de exposición rábica, siendo el segundo evento en importancia por su magnitud (12,95%) después de la varicela, entre los eventos de notificación obligatoria, con una tasa de notificación de 28,26 por cien mil habitantes por localidad, siendo alta para Sumapaz, Antonio Nariño y Usaquén; llama la atención que ante un evento tan sensible como éste no se reporte ningún caso en Rafael Uribe y la tasa sea tan baja en Bosa, Chapinero, Puente Aranda y La Candelaria. La tendencia durante el año fue ascendente, pasando de cuarenta casos en el primer periodo epidemiológico a 194 en el periodo treceavo. De los casos notificados, solamente las localidades de Tunjuelito, Antonio Nariño, Puente Aranda, Los Mártires, Usaquén y Teusaquillo descartaron 93% (157/168), 24% (24/99), 14% (1/7), 7% (1/14), 5% (5/93) y 3% (2/66), respectivamente (gráfico 8 y cuadro 15).

Cuadro 14 Notificación de enfermedades transmitidas por vectores.
Santa Fe de Bogotá, 1998

Localidad	Dengue clásico casos	Tasa de not. por cien mil habitantes	Dengue hemorrágico casos	Tasa de not. por cien mil habitantes	Malaria casos	Tasa de not. por cien mil habitantes
1 Usaquén	7	1,8	4	1,0	27	6,8
2 Chapinero	8	6,5	14	11,4	11	8,9
3 Santafé	0	0,0	3	2,8	2	1,9
4 San Cristóbal	0	0,0	1	0,2	24	5,4
5 Usme	0	0,0	0	0,0	10	4,4
6 Tunjuelito	0	0,0	0	0,0	13	6,4
7 Bosa	0	0,0	0	0,0	5	1,5
8 Kennedy	2	0,2	1	0,1	11	1,3
9 Fontibón	0	0,0	0	0,0	3	1,2
10 Engativá	0	0,0	1	0,1	41	5,7
11 Suba	1	0,2	2	0,3	14	2,1
12 B. Unidos	10	5,7	2	1,1	8	4,5
13 Teusaquillo	9	7,1	11	8,7	30	23,8
14 Los Mártires	2	2,1	10	10,5	65	68,0
15 A. Nariño	1	1,0	1	1,0	7	7,1
16 Pte. Aranda	2	0,7	0	0,0	18	6,4
17 La Candelaria	2	7,3	0	0,0	3	10,9
18 R. Uribe	0	0,0	0	0,0	1	0,3
19 C. Bolívar	0	0,0	0	0,0	10	2,0
20 Sumapaz	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	44	0,7	50	0,8	303	5,0

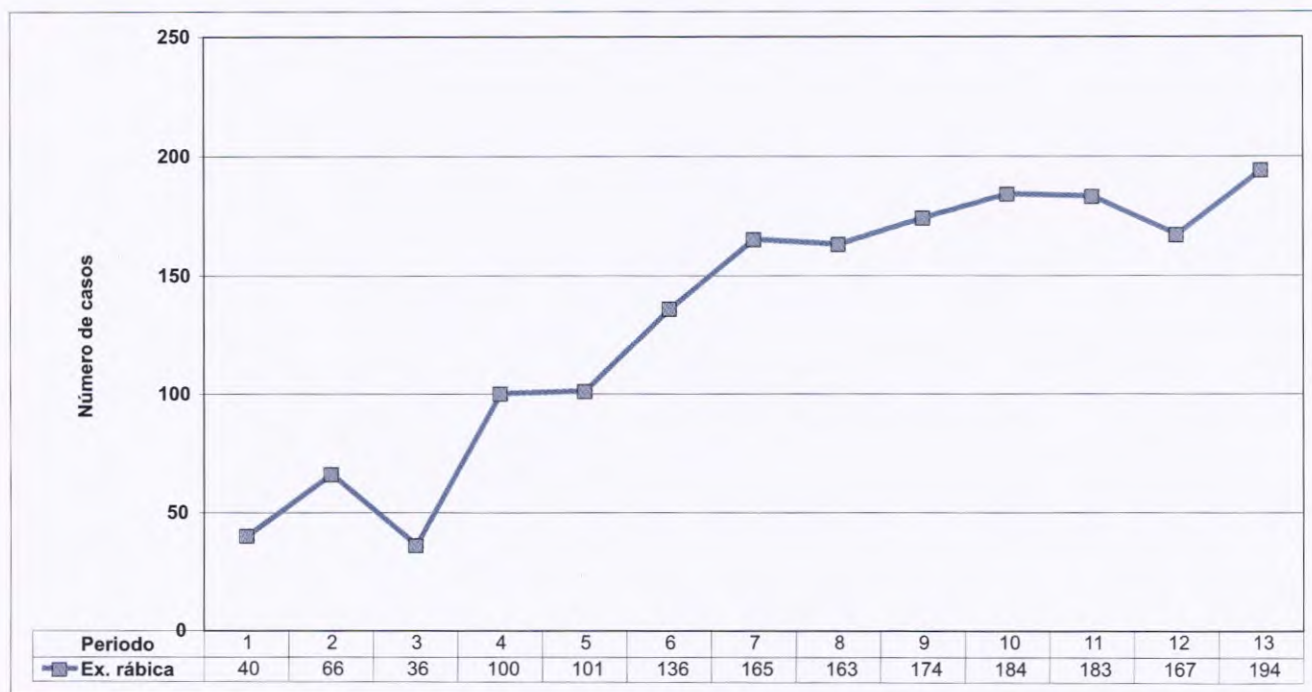
Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

Gráfico 9 Notificación de enfermedades transmitidas por vectores por periodo epidemiológico. Santa Fe de Bogotá, 1998



Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

Gráfico 8 Notificación de exposición rábica por periodo epidemiológico. Santa Fe de Bogotá, 1998



Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

Cuadro 15 Notificación de exposición rábica.
Santa Fe de Bogotá, 1998

Localidad	Exp. rábica casos	% casos probables	% casos descartados	Tasa de not. por cien mil habitantes
1 Usaquén	237	94,6	5,4	59,6
2 Chapinero	2	100		1,6
3 Santafé	9	100		8,4
4 San Cristóbal	109	100		24,3
5 Usme	89	100		38,8
6 Tunjuelito	168	6,5	93,5	82,2
7 Bosa	1	100		0,3
8 Kennedy	439	99,8		50,9
9 Fontibón	69	100		27,3
10 Engativá	152	100		21,0
11 Suba	91	100		13,8
12 B. Unidos	44	100		24,9
13 Teusaquillo	65	97,0	3,0	51,5
14 Los Mártires	14	92,9	7,1	14,7
15 A. Nariño	99	75,8	24,2	100,7
16 Pte. Aranda	7	85,7	14,3	2,5
17 La Candelaria	1	100		3,6
18 R. Uribe	0	0		0,0
19 C. Bolívar	93	94,6		18,2
20 Sumapaz	15	100		286,8
Total	1.704	89	11	28,1

Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

Tuberculosis

Fueron notificados 551 casos para una proporción de 9,1% entre los eventos notificados por SAA y una tasa de notificación de 8,2 por cien mil habitantes. La localidad de Antonio Nariño presentó la tasa más alta de la ciudad (181 por cien

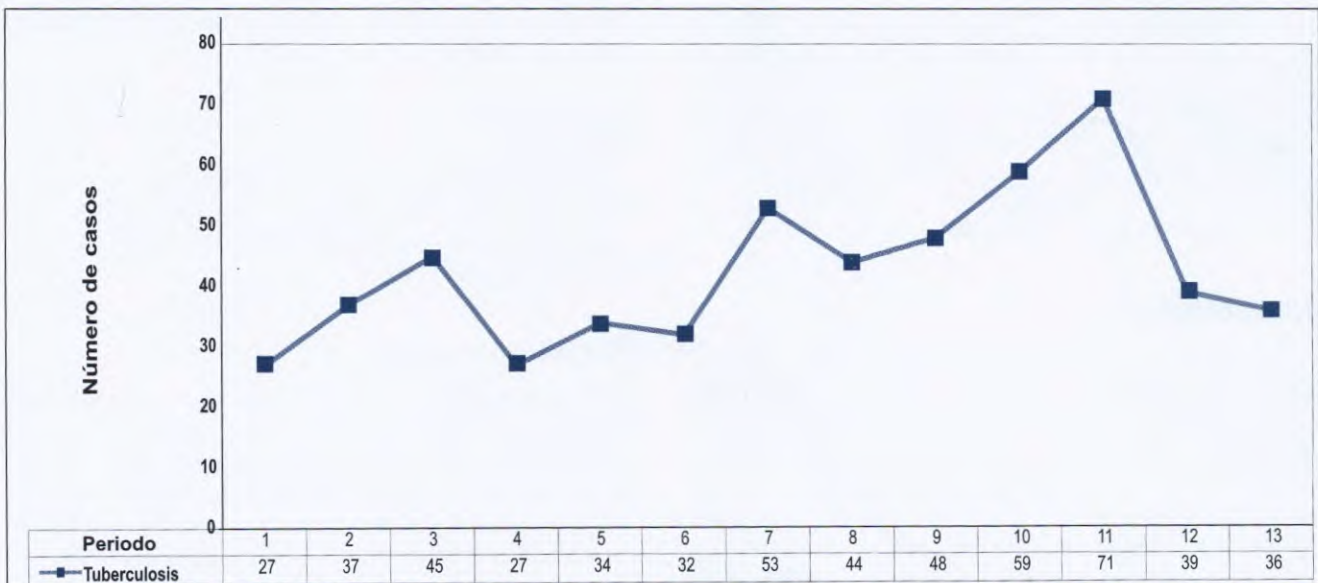
mil habitantes), con 178 casos, seguida de Teusaquillo y La Candelaria. El perfil durante el año se caracteriza por picos intermitentes en el tercer periodo (45 casos), séptimo periodo (53 casos) y undécimo periodo (71 casos). De las localidades de Santafé, Bosa La Candelaria y Ciudad Bolívar procede el mayor número de casos no resueltos (cuadro 16 y gráfico 9).

Cuadro 16 Notificación de tuberculosis.
Santa Fe de Bogotá, 1998

Localidad	TBC casos	% casos probables	% casos conf. lab.	Tasa de not. x 100.000 h.
1 Usaquén	27		100	6,8
2 Chapinero	17	5,8	88,2	13,8
3 Santafé	11	36,4	54,5	10,3
4 San Cristóbal	42	2,3	97,6	9,4
5 Usme	16		100	7,0
6 Tunjuelito	16	6,2	68,8	7,8
7 Bosa	7	28,6	71,4	2,1
8 Kennedy	23		100	2,7
9 Fontibón	18	11,1	77,8	7,1
10 Engativá	7		85,7	1,0
11 Suba	11	9	91	1,7
12 B. Unidos	23	8,7	91,3	13,0
13 Teusaquillo	31	9,6	77,4	24,6
14 Los Mártires	12	3	90,8	12,6
15 A. Nariño	178	5,1	60,7	181,0
16 Pte. Aranda	8		100	2,8
17 La Candelaria	6	50	50	21,9
18 R. Uribe	24		79,2	6,3
19 C. Bolívar	21	16,7	100	4,1
20 Sumapaz	0			0,0
Total	498	6	79	8,2

Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

Gráfico 9 Notificación de tuberculosis por periodo epidemiológico.
Santa Fe de Bogotá, 1998



Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

VIH/sida

En 1998 el sistema no separaba VIH y sida, proceso que sí se realiza en 1999. Por tanto, fueron notificados 276 casos de VIH/sida, los que alcanzan 2,1% de la notificación de eventos prioritarios en salud pública, con una tasa de notificación de 4,6 por cien mil habitantes y tasas importantes por su magnitud en Antonio Nariño, La Candelaria, Teusaquillo y Chapinero. El 45% (9/20) de las localidades muestra una tasa de notificación inferior a uno; el pico más alto del año se presentó en el cuarto periodo epidemiológico (49 casos) (gráfico 9 y cuadro 17).

Cuadro 17 Notificación de VIH/sida.
Santa Fe de Bogotá, 1998

Localidad	VIH/sida casos	Tasa de not. x 100.000 h
1 Usaquén	37	9,3
2 Chapinero	25	20,3
3 Santafé	18	16,8
4 San Cristóbal	33	7,4
5 Usme	2	0,9
6 Tunjuelito	5	2,4
7 Bosa	0	0,0
8 Kennedy	11	1,3
9 Fontibón	7	2,8
10 Engativá	5	0,7
11 Suba	4	0,6
12 B. Unidos	23	13,0
13 Teusaquillo	31	24,6
14 Los Mártires	0	0,0
15 A. Nariño	65	66,1
16 Pte. Aranda	0	0,0
17 La Candelaria	8	29,1
18 R. Uribe	2	0,5
19 C. Bolívar	0	0,0
20 Sumapaz	0	0,0
Total	276	4,6

Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

Sífilis congénita

Fueron notificados 110 casos con una proporción de 0.84% sobre todos los eventos notificados, y una tasa de notificación de 1,83 por cien mil habitantes. Esta tasa es mayor en las localidades de Antonio Nariño, Sumapaz y Los Mártires, presenta picos intermitentes entre el segundo, quinto, noveno y treceavo periodos epidemiológicos. El 30% (6/20) de las localidades no registró casos; las localidades de Tunjuelito, Engativá, Los Mártires y Antonio Nariño dejaron casos como probables (gráfico 10 y cuadro 18).

Tabla 18 Notificación sífilis congénita.
Santa Fe de Bogotá 1998

Localidad	Sífilis congénita	% casos probables	%casos conf.lab.	Tasa de not. por cien mil habitantes
1 Usaquén	9		100	2,3
2 Chapinero	0			0,0
3 Santafé	2		100	1,9
4 San Cristóbal	10		100	2,2
5 Usme	3		100	1,3
6 Tunjuelito	4	25	75	2,0
7 Bosa	0			0,0
8 Kennedy	7		100	0,8
9 Fontibón	1		100	0,4
10 Engativá	2	50	50	0,3
11 Suba	3			0,5
12 B. Unidos	14		92,9	7,9
13 Teusaquillo	3		100	2,4
14 Los Mártires	11	36,4	63,6	11,5
15 A. Nariño	39	5,1	76,9	39,7
16 Pte. Aranda	0			0,0
17 La Candelaria	0			0,0
18 R. Uribe	0			0,0
19 C. Bolívar	0		100	0,0
20 Sumapaz	2			38,2
Total	110	15	78	1,8

Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

Cólera

Durante 1998 ingresaron al SAA un total de cinco casos probables de cólera, correspondientes a las localidades de Puente Aranda (dos casos), Kennedy (un caso) y Tunjuelito (dos casos), en las semanas epidemiológicas tercera, cuarta, sexta, 41 y 45. Las muestras fueron analizadas por el laboratorio de salud pública y se descartó la presencia del *Vibrio cholerae*.

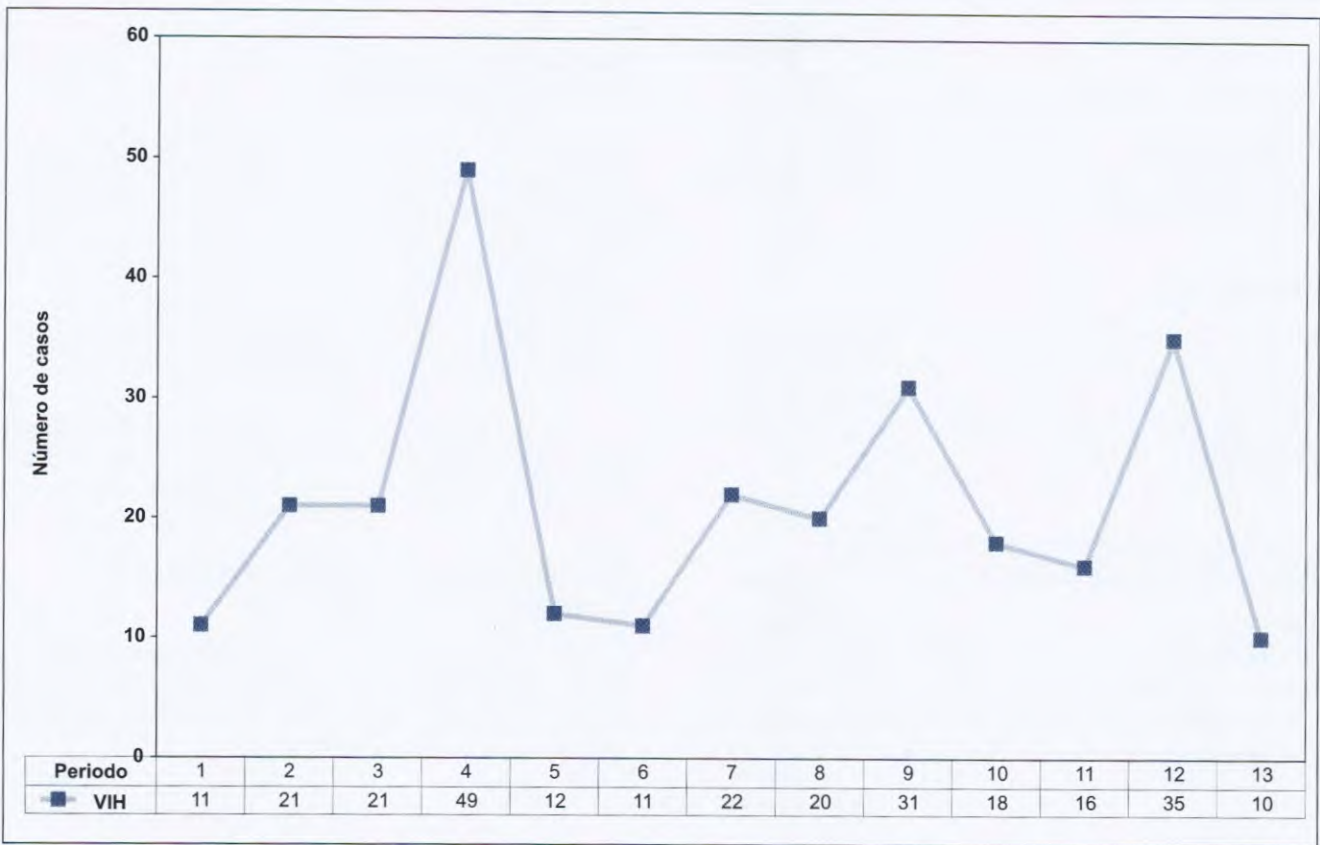
Mortalidad

A través del SAA se estableció la vigilancia epidemiológica de las muertes de mayor importancia en salud pública, como muertes maternas, perinatales y por EDA e IRA en menores de cinco años.

Mortalidad materna

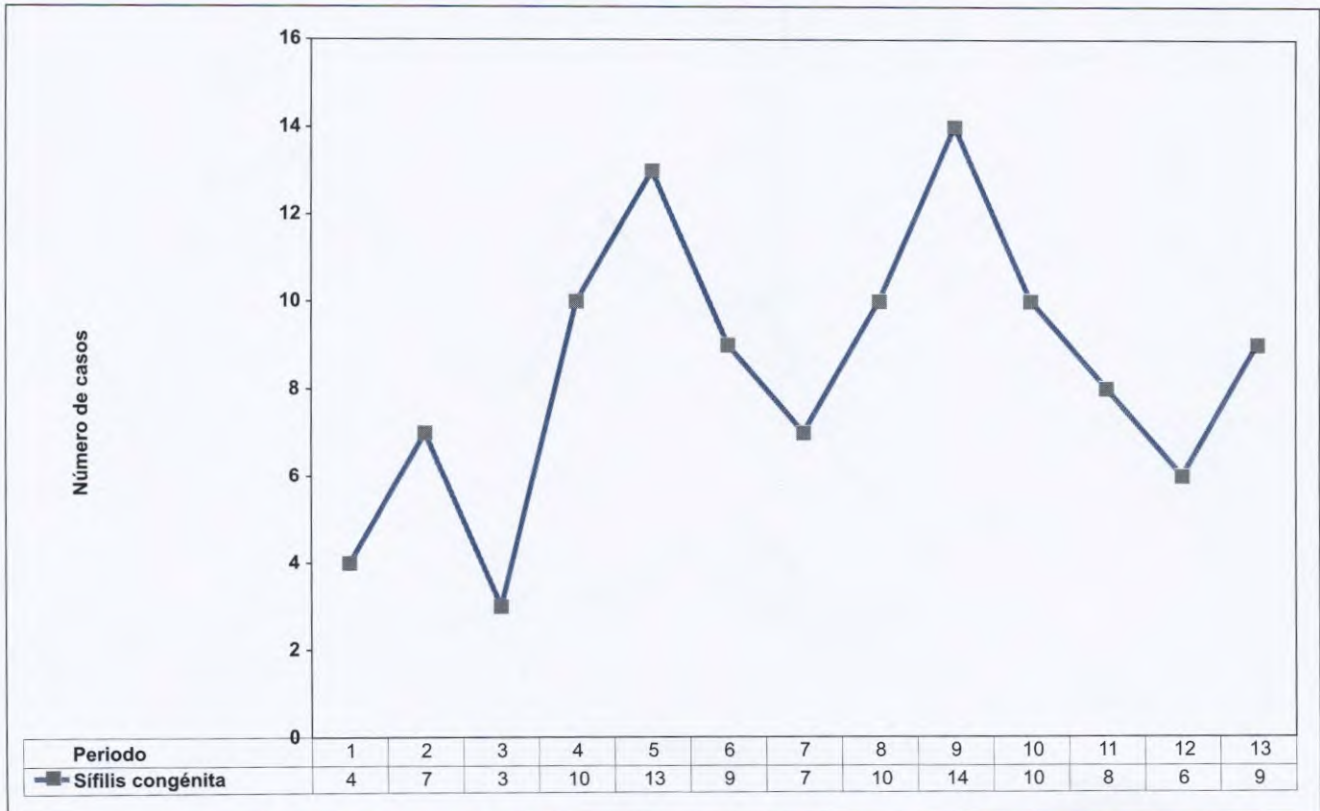
La mortalidad materna es uno de los eventos más sensibles en la vigilancia de la respuesta social y de los sistemas de salud a las necesidades de la población. Por esto el sistema de vigilancia tiene como componente fundamental el análisis de todos los casos identificados por las diferentes fuentes –certificado de defunción y notificación del SAA–; así mismo, la revisión de los certificados de defunción de mu-

Gráfico 10 Notificación de VIH/sida por periodo epidemiológico.
Santa Fe de Bogotá, 1998



Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

Gráfico 14 Notificación de sífilis congénita por periodo epidemiológico.
Santa Fe de Bogotá, 1998



Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

jeres en edad fértil es otra estrategia que permite una auditoría frente a los problemas de codificación del evento.

En 1998 se reportaron por el SAA 43% (40/93) de las muertes maternas ocurridas, 45 de las 93 fueron analizadas. Los resultados encontrados evidencian el alto porcentaje (90%) de muertes en las cuales se concluyó que eran evitables, situación que obliga al sistema a intervenir en todos los niveles (gráfico 12).

Mortalidad perinatal

En 1998 fueron notificados por este sistema 410 casos, siendo el quinto evento importante por su magnitud en el SAA con una proporción de 3,1% sobre el total de eventos notificados al sistema y una tasa de notificación de 6.77 por cien mil habitantes (gráfico 12).

Mortalidad por neumonía y enfermedad diarreica en menores de cinco años

Las fuentes de información disponibles para el análisis de la mortalidad por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años son el sistema alerta acción y los certificados de defunción. A pesar de que las dos fuentes proveen datos sobre estos eventos, la

sensibilidad, especificidad y oportunidad de la información es diferente para cada una.

Mortalidad por neumonía en menores de cinco años

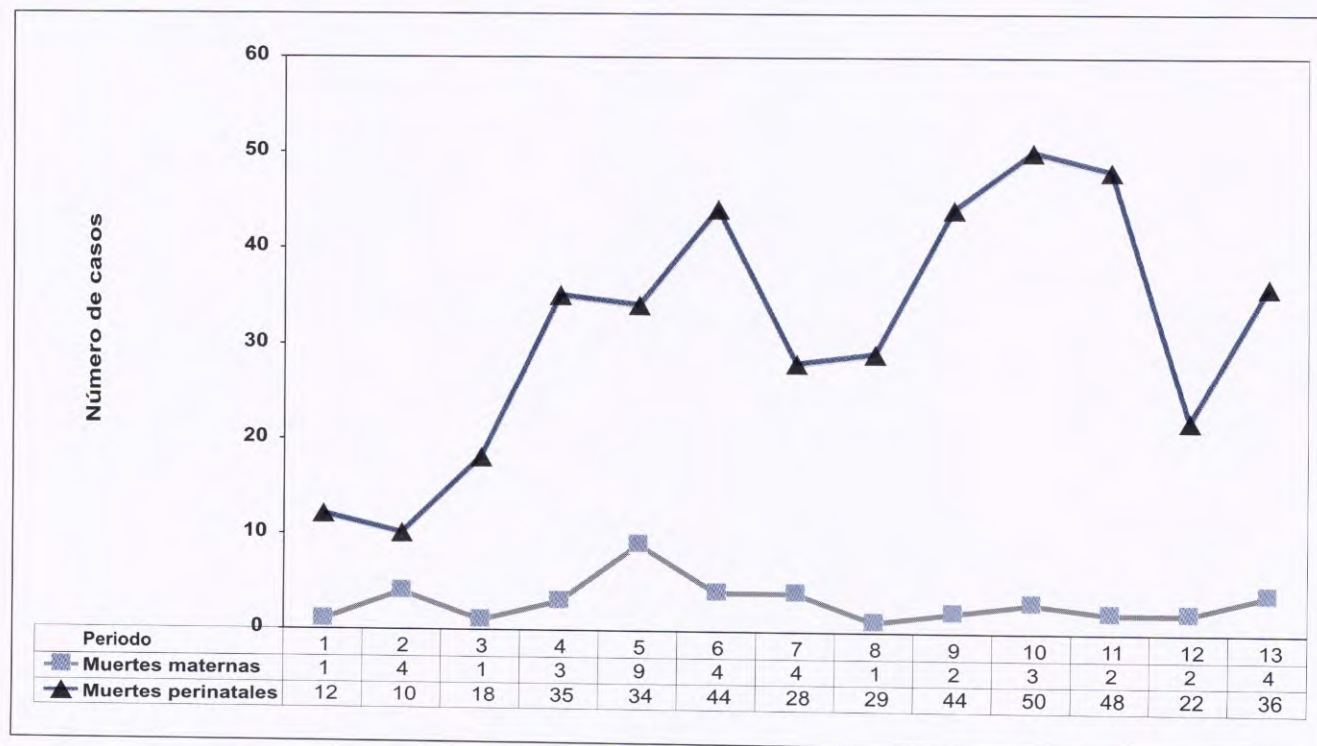
Durante 1998 ingresaron por el SAA 39 casos de mortalidad por neumonía en menores de cinco años y por certificado de defunción se identificaron 250 casos, que corresponden a 26,9% del total de las muertes por neumonía en todos los grupos etáreos. Las localidades de Los Mártires y San Cristóbal fueron las que más reportaron este evento. Sin embargo, no se realizó análisis sino a 12,8% (5/39) de los óbitos notificados a través del SAA.

Tanto por el SAA como por los certificados de defunción, el mayor número de casos reportados se presentó en los meses de marzo, junio, julio, octubre y noviembre (gráfico 13).

Mortalidad por enfermedad diarreica en menores de cinco años

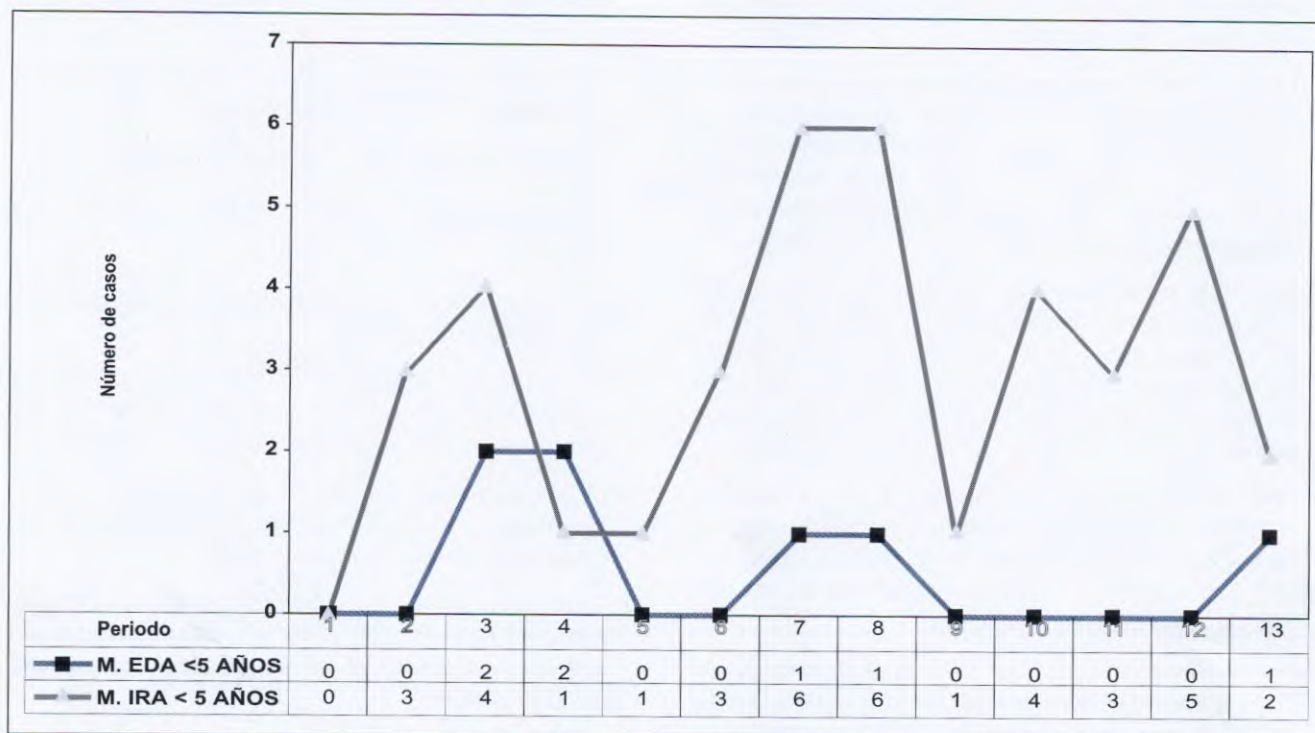
Durante 1998 al SAA se notificaron siete casos de mortalidad por enfermedad diarreica, de los cuales solamente dos fueron analizados. Por certificado de defunción se reportaron un total de 107 casos (gráfico 13).

Gráfico 12 Muertes maternas y perinatales por periodo epidemiológico. Santa Fe de Bogotá, 1998



Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

Gráfico 13 Muertes por EDA e IRA en menores de cinco años por periodo epidemiológico. Santa Fe de Bogotá, 1998



Fuente: Sistema alerta acción. Área de vigilancia epidemiológica.

Brotos por enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)

Durante 1998 se notificaron veintiocho brotes de ETA. Los casos se encuentran distribuidos a lo largo de todo el año, siendo las localidades Rafael Uribe y Fontibón las que presentaron el mayor número de brotes.

En todos los casos se realizó el estudio epidemiológico de campo para tratar de determinar el posible alimento causante de las ETA y los factores ambientales que inciden en su aparición, con el fin de hacer recomendaciones para evitar futuros problemas. Sin embargo, hubo dificultad en identificar el agente causal por la imposibilidad de recoger muestras de los alimentos asociados con el brote, ya que en la mayoría fueron consumidos en su totalidad.

Entre las ETA que tuvieron un número significativo de personas afectadas se encontró:

- Intoxicación en tres batallones militares de las localidades de Puente Aranda, San Cristóbal y Usaquén, con un total de 405 personas afectadas.
- Colegio Bernardo Jaramillo, ubicado en la localidad de Rafael Uribe, con 190 afectados.
- Clínica David Restrepo, con 71 afectados.

CONCLUSIONES

- Se observa una tendencia positiva en el desarrollo del sistema alerta acción en el Distrito Capital, si se tiene en cuenta la cobertura, representatividad y especificidad del mismo.
- La incorporación cada vez mayor de unidades notificadoras del sector privado, de tal forma que cerca de 70% de ellas corresponde a este sector, establece un equilibrio entre la distribución real de las instituciones potencialmente notificadoras y la estructura de la red, que asegura una mayor representatividad.
- La capacidad de detección de casos por el SAA es diferencial según el evento, lo que sugiere la realización de mayores esfuerzos y la utilización de otras estrategias que permita aumentar la sensibilidad o complementar su subsistema de información del SAA con otras fuentes.
- Las localidades de Suba, Teusaquillo, Usaquén y Chapinero cuentan con la mayor concentración de IPS en su área geográfica. Sin embargo, el esfuerzo realizado a la fecha no ha sido suficiente para lograr representatividad útil con respecto al total de IPS que pueden llegar a ser informantes o notificadoras, situación que aumenta la probabilidad de subregistro. La localidad de Chapinero, que concentra la mayor cantidad de instituciones del Distrito, no aportó unidades nuevas a la red de notficadores en 1998.

- Las localidades de Ciudad Bolívar, Engativá y Bosa presentaron una oportunidad de la notificación semanal menor que 80%, límite inferior aceptado según los estándares de calidad en este parámetro.
- La proporción de eventos clasificados como probables al final del periodo aún es alta, lo que afecta la especificidad del sistema. Esta situación es especialmente delicada con rubéola, la cual al formar parte de los diagnósticos diferenciales para sarampión es una amenaza para el cumplimiento del plan de erradicación de esta patología.
- La gestión que se hace frente a cada uno de los eventos se refleja de manera importante en la coordinación entre las localidades de ocurrencia y las de residencia de los sujetos afectados y entre éstas y la red de laboratorios. Sin embargo, hay discordancia en la información que cada uno de estos actores maneja sobre un mismo evento.
- Dados los problemas detectados en el nivel local, este se puede calificar como muy débil en el manejo de cada uno de los subsistemas de información, análisis e intervención, situación que se refleja en el nivel central, que ante esta situación también ha sido débil.
- El sistema se encuentra con sobrecarga de eventos que como la varicela y la exposición rábica no tienen la posibilidad de ser resueltos con intervenciones contundentes.
- La evaluación local del sistema debe complementarse con la construcción de indicadores que permitan el control de calidad de la información registrada, tales como:
 - Proporción de informes negativos presentados por cada IPS durante un periodo determinado.
 - Proporción de COves a los que asiste cada IPS.
 - Tiempo promedio en que cada IPS permanece como UN.
- El sistema debe contar con un medio más efectivo de re-actualización oportuna.
- Es necesario generar un proceso de fortalecimiento del sistema, mediante capacitación, apoyo permanente, asesoría directa e investigaciones conjuntas, entre otros.
- El fortalecimiento del sistema incluye la proyección y viabilidad de la red diagnóstica, cuya urgencia es más evidente en unos eventos que en otros.
- Al elaborar el Pab 2000, deben tenerse presentes las dificultades aquí expuestas y crear incentivos especiales para aquellas localidades que mejoren notablemente su capacidad de gestión.
- El seguimiento de cada uno de los eventos desde el nivel central debe ser más estricto.
- Es necesario hacer un trabajo más profundo con aquellos eventos que recargan el sistema y ante los cuales no hay una respuesta adecuada.

RECOMENDACIONES

- Las localidades de Suba, Usaquén y Chapinero tienen la responsabilidad de ampliar la red de UN de la ciudad para cumplir la meta de ochocientas UN en 2000.

¿El **BED** necesita mejorarse?



Estimado lector:

Contamos con su colaboración para mejorar nuestra publicación. Por favor, diligencie la encuesta de la página siguiente y envíela a la dirección indicada. Entre las personas que nos la remitan sortearemos próximamente esta útil colección de obras.

Los resultados del sorteo se publicarán en el último número del volumen 4 (13o. periodo epidemiológico).

Cuestionario de evaluación del BED

Para el área de vigilancia en salud de la dirección de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud, es importante conocer su opinión sobre el contenido y la presentación del *Boletín Epidemiológico Distrital* -BED-. Le agradeceremos fotocopiar, llenar y enviar el siguiente cuestionario al fax 347 65 65, extensión 3309 o a la transversal 23 N° 56-00, piso 3, dirigido al doctor Elkin Osorio S., jefe del área de vigilancia en salud pública. Con estos datos concursará en el sorteo anunciado.

Nombre/Institución _____
 Cargo _____ Teléfono/Fax _____
 Dirección _____ Ciudad _____
 Correo electrónico _____

- ¿Por cuál conducto recibió el BED?
 01 Envío de la Secretaría Distrital de Salud
 02 Biblioteca de su institución
 03 Otros conductos (favor especificar) _____
- ¿Otras personas leen su ejemplar del BED?
 01 Sí _____ 02 No _____
 ¿Cuántas personas? _____
- ¿Desde hace cuánto recibe el BED?
 01 Un año _____ 02 Dos años _____ 03 Tres años _____
- Evalúe la utilidad y calidad del BED marcando con un círculo el número correspondiente (calificación: 1= deficiente; 2= regular; 3= bueno; 4= muy bueno; 5= excelente):

01 Utilidad de la información	1	2	3	4	5
02 Actualidad del contenido	1	2	3	4	5
03 Profundidad de los temas tratados	1	2	3	4	5
04 Rigor analítico	1	2	3	4	5
05 Técnicas estadísticas utilizadas	1	2	3	4	5
06 Calidad y utilidad de las conclusiones	1	2	3	4	5
07 Formato de presentación	1	2	3	4	5
08 Calidad en general	1	2	3	4	5
- Sírvase evaluar la presentación, el formato y la periodicidad del BED:

01 Presentación gráfica	1	2	3	4	5
02 Oportunidad de la entrega	1	2	3	4	5
03 Ilustraciones, cuadros y gráficos	1	2	3	4	5
04 Diseño y tipografía	1	2	3	4	5
05 Frecuencia de la publicación	1	2	3	4	5
- ¿Recibe información sobre el mismo tema o temas afines de fuentes diferentes del BED?
 01 Sí _____ 02 No _____
- En caso afirmativo, ¿qué juicio le merece la calidad de esta publicación comparada con las otras fuentes?
 01 Inferior _____ 02 Igual _____ 3 Superior _____
- Los objetivos centrales del BED son ofrecer información y análisis sobre la situación de salud de la población y sobre el perfil epidemiológico del Distrito Capital, divulgando el resultado de sus investigaciones para apoyar la planeación, desarrollo, evaluación, prevención, toma de decisiones y orientación de las políticas de salud. ¿De qué manera cumple el BED con dichos propósitos?
 1 Parcial _____ 2 Adecuada _____ 3 Completa _____
- ¿En qué medida Ud. o la institución a la que pertenece utilizan la información del BED?
 1 No la utilizó _____ 2 Poco _____ 3 Bastante _____ 4 Mucho _____
 Por favor escriba sus observaciones: _____

- Indíquenos cuáles temas le interesaría se trataran con mayor amplitud: _____

- Sugiéranos algunos cambios para mejorar el BED (difusión, calidad, utilidad y efecto): _____

Por favor escriba sus observaciones: _____

Por favor escriba sus observaciones: _____

REPORTE SEMANAL SÉPTIMO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 25, 26, 27 y 28 / 20 de junio - 17 de julio de 1999.

EVENTOS	USQUÉN		CHAPIERO		SANTA FE		S. CRISTOB.		USME		TUNJUELITO		BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		ENGATIVÁ		SEBA		B. UNIDOS		TOUILLO		MARTÍRES		ANTENARINO		P. ARANDA		CANDELAR		RAFAEL U.		C. BOLIVAR		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	2 ⁸¹	6	4	2	1	2 ¹⁸	3	3	1 ⁵	3 ²⁶	6	3	9	3	3	3	2	0	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	2	0	8	76										
		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					
DENGUE CLÁSICO	1	2	1	0	1	0	0	1	2 ¹⁷	3	1	4	0	4	0	2	0	0	0	2	1	0	2	1	0	1	9															
DENGUE HEMORRÁGICO	2	1 ⁷	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	9													
DIFTERIA	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	1				
EXPOSICIÓN RÁBICA	31	177	10	35	3	21	7	142	17	104	15	137	2	39	32	255	18	97	15	189	30	173	12	49	10	41	1	13	3	23	6	29	7	32	45	13	146	2	257	172		
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			
HEPATITIS B	4	9	1	13	1	3	0	2	0	3	12	2	2	6	3	6	3	1	2	1	2	1	2	0	2	3	0	13	72													
MALARIA	2 ¹⁷	10	1 ⁷	1	5	1 ⁷	4	1 ⁷	2	3 ²⁶	12	4	3 ²⁶	14	1	13	1 ⁷	3	1 ⁷	6	3	1 ⁷	3	1 ⁷	6	2	2 ¹⁷	1	3	0	2	2	0	2	0	20	116					
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6			
MENINGITIS POR NEISSERIA	1	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	1	5	0	2	16													
MORATALIDAD PERINATAL	2	16	1	13	10	1	20	3	23	1	10	3	11	1	18	1	10	4	28	5	30	3	1	7	8	1	25	6	2	2	14	11	0	26	265							
MORTALIDAD MATERNA	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	21								
MORTALIDAD POR EDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2													
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				
MORTALIDAD POR NEUMONÍA	0	1	1	3	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	0	1	18				
PARÁLISIS FLÁCIDA	0	0	4	0	3	0	0	2	0	0	1	2	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	13				
RABIA ANIMAL	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 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				
RUBÉOLA	1	1	3	7	1	5	1	5	1	5	1	5	1	4	2	15	3	2	25	3	20	1	10	2	7	3	6	1	2	6	0	4	3	6	0	24	130					
SARAMPIÓN	1	1	4	2	1	16	6	4	16	5	11	10	2	3	1	1	4	3	0	2	5	5	0	4	99																	
SÍFILIS CONGÉNITA	0	0	1	2	9	1	0	0	2	1	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	1	3	0	6	28									
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				
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				
TOS FERINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2				
TUBERCULOSIS	3	15	4	12	2	20	2	15	2	23	4	14	6	7	45	6	11	2	29	15	6	13	1	8	10	5	13	2	1	2	4	22	1	15	0	50	290					
VIHSDA	5	16	1	9	17	1	12	3	8	2	2	9	1	4	1	9	1	5	5	22	2	5	4	1	2	6	1	2	6	1	14	33	107	18	204	0	22	139				
TOTAL	50	261	20	101	11	95	12	215	27	199	23	187	8	76	48	404	32	152	30	323	44	300	25	111	17	90	5	51	12	91	12	64	1	14	33	107	18	204	0	2	438	3047

> Brote rubéola
 ! Brote varicela
 & Brote ETA
 = Brote de hepatitis A
 L Confirmado por laboratorio
 ? Procedente de fuera de Bogotá
 /S Procedencia sin definir
 C Confirmado clínicamente

NA Brote neumonía atípica
 V *Plasmodium vivax*
 M Malaria mixta
 F *Plasmodium falciparum*
 L Confirmado por laboratorio
 ? Procedente de fuera de Bogotá
 /S Procedencia sin definir
 C Confirmado clínicamente

NOTA: Las casillas en blanco significan que no se realizaron notificaciones de esa entidad en este periodo epidemiológico; a su derecha, las casillas con ceros significan que no hay notificaciones acumuladas de esa entidad hasta el presente periodo.

Fuente: Área de vigilancia en salud pública. SDS.

Brote de ETA 3: Kennedy, Fontibón, Usme. Brote de varicela 2: Suba, Santafé. Brote de malaria mixta 1: Meta. Mortalidad materna 1: Cabrera. Brote de TBC 1: Boyacá.
 Brote de varicela 1: Usaquén. Brote de hepatitis C 2: Chapinero, Fontibón. Brote de PFA 1: Boyacá. Brote de E. Rábica 1: Cundinamarca. Brote de hepatitis B 1: Cundinamarca. Brote de malaria *P. falciparum* 2: Guaviare, Chocó; y *P. vivax* 3: Guaviare, Meta, Santander.
 Brote de ETA 1: Usaquén. Brote de varicela 1: Usme. Brote de chagas 1: Fontibón. Brote de VIH 2: Chía. Brote de TBC 2: Fusa y Boyacá. Brote de hepatitis C 1: Los Mártires. Brote de malaria *P. vivax* 3: Tolima, Putumayo, Meta.
 Brote de meningitis meningococo 1: Ubaté. Brote de rubéola 1: Soacha. Mortalidad perinatal 2: Lenguaque y Soacha. Brote de malaria *P. falciparum* 1: Meta y *P. vivax* 1: Cimitarra.