

Sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de psicoactivos –Vespa– Notificación de los centros de tratamiento, 1999

Por Henry Alejo Alejo. Psicólogo, epidemiólogo del área de vigilancia en salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

INTRODUCCIÓN

Sin lugar a dudas, la producción, el tráfico, la distribución y el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los fenómenos más complejos y de mayor impacto socioeconómico y político en el ámbito mundial. Para Colombia, durante las últimas tres décadas, el *problema de las drogas* ha representado uno de los fenómenos de mayor importancia social por las numerosas víctimas que ha cobrado la violencia asociada a sus diversas manifestaciones, la corrupción generada por el cultivo y tráfico de psicotrópicos, los actos delictivos referidos a la distribución de las sustancias ilegales y aquellos asociados a la necesidad del farmacodependiente de proveerse la dosis exigida por la habituación de sus sistemas fisiológicos.

De otra parte, los patrones de ingesta de bebidas alcohólicas, profundamente arraigados en nuestra cultura, así como el consumo de cigarrillo, continúan siendo las principales sustancias psicoactivas legales que sirven de puerta de entrada al uso indebido de psicoactivos ilegales tales como

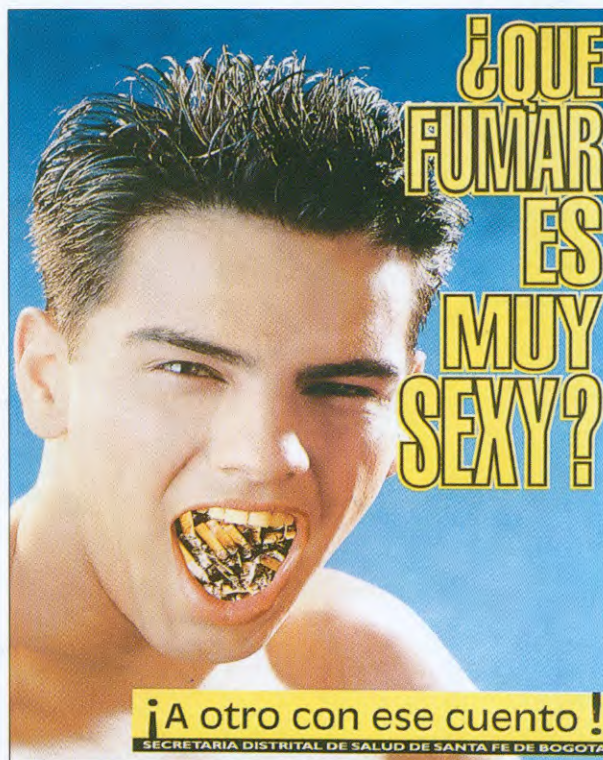


Foto: Ian Flórez

CONTENIDO

Introducción	1
Conceptos básicos sobre farmacodependencia	2
Generalidades del sistema Vespa	3
Representatividad del sistema	4
Resultados de 1999	4
Consideraciones generales sobre los efectos de la ingesta de alcohol	6
Otros hallazgos sobre el consumo de bebidas alcohólicas	7
Sondeo nacional sobre consumo de drogas en jóvenes	7
Censo actualizado	9
Conclusiones	9
Reporte semanal del segundo periodo epidemiológico	12

Secretario Distrital de Salud

Luis Gonzalo Morales Sánchez

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

Maria del Pilar Duarte

Gladys Espinosa García

Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinación editorial

Oficina de comunicaciones en salud

Edición

Cerec

que sólo actúa en la preparación editorial
y en 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

Bogotá-Colombia

Teléfono

364 90 90

Extensiones

9629 y 9673

Fax

375 10 73

la marihuana, el basuco, la cocaína y, más recientemente, la heroína y las anfetaminas, entre otros. Sumado a este hecho, que tiene consecuencias socialmente significativas, se encuentra la frecuente asociación entre el consumo de alcohol y los accidentes de tránsito, la riña, la violencia callejera y la disfunción familiar.

En términos de salud pública, resulta de esencial importancia contar con un sistema de vigilancia epidemiológica que provea, de manera oportuna y confiable, información acerca de los cambios en los patrones de consumo, la aparición de nuevas sustancias en el mercado clandestino, el incremento

o decremento en la ingesta de psicoactivos por parte diversos grupos de edad, su distribución según variables referidas al lugar y al sexo, así como el comportamiento de diversos factores asociados al consumo. El suministro de este tipo de información ha de ser útil para los diversos sectores e instituciones y para la comunidad en general, con el fin de orientar los procesos y acciones encaminadas hacia la prevención del uso indebido de drogas.

Ante esta necesidad, en 1997 la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá inició el proceso de implantación de la llamada ventana de centros de tratamiento del sistema Vespa y posteriormente coordinó su aplicación con la subdirección estratégica y de investigaciones de la Dirección Nacional de Estupefacientes -DNE-, que a su vez enlaza al país con el Sistema Interamericano de Datos Uniformes -Siduc- (*Boletín Epidemiológico Distrital*, volumen 2, ejemplar 12, 7 de septiembre-4 de octubre de 1997).

En el presente *Boletín Epidemiológico*, exponemos una breve descripción de los avances dirigidos hacia la consolidación del sistema de vigilancia del consumo de psicoactivos a partir de 1997¹, año en el cual la Secretaría Distrital de Salud implementó la ventana de centros de tratamiento que permite obtener información constante sobre las personas que acuden a dichos centros especializados en la intervención de casos de ingesta de psicoactivos o de farmacodependencia. Realizada la descripción enunciada, se presentan los principales resultados obtenidos a partir del análisis de los registros correspondientes a 1999; de igual manera, se presenta un análisis comparativo del comportamiento de la notificación de los casos durante el primer semestre de 1999 y el primer semestre de 2000, incluyendo las conclusiones y recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la vigilancia del uso indebido de las sustancias psicoactivas.

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE FARMACODEPENDENCIA

Se puede hablar del mal uso de una droga cuando se toma en cantidades adecuadas pero en contra de las necesidades médicas o terapéuticas. El término *abuso* define al consumo de un fármaco sin necesidad médica y en dosis excesivas que pueden implicar riesgos para el sujeto que lo utiliza o para quienes lo rodean. El abuso puede ser:

1. *Experimental*: el deseo de conocer los efectos lleva a una experiencia inicial.

¹ La aplicación del sistema Vespa en el Distrito Capital, surgió de la necesidad de contar con una herramienta de esencial importancia para la planeación, formulación de políticas y ejecución de programas orientados hacia la intervención sobre las múltiples manifestaciones del problema de las drogas, principalmente aquellas referidas a la ingesta de psicoactivos.

2. *Esporádico*: el consumo se puede repetir una vez conocidos los efectos buscados pero sólo en determinadas circunstancias.
3. *Repetitivo*: no son sólo las circunstancias las que impulsan al abuso y comienza a establecerse un aumento en la periodicidad.
4. *Compulsivo*: utilización excesiva y persistente que puede llevar a la dependencia farmacológica –habituación, adicción–.

La farmacodependencia puede definirse como un estado psíquico y a veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco; se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por su privación.

Esta definición involucra un sentimiento de satisfacción o un impulso psíquico que requiere el uso periódico o continuo de la droga con el fin de procurarse placer o eliminar un malestar. Este fenómeno es conocido como *dependencia psíquica, hábito o habituación*.

Se añade, además, una tendencia a aumentar la dosis, fenómeno conocido como *tolerancia*. La tolerancia es parcialmente determinada por cambios metabólicos en el sistema nervioso central, razón por la cual existe una disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga; por tanto, para obtener los mismos efectos farmacodinámicos se hacen necesarias dosis crecientes.

La *dependencia física* es el estado de adaptación que se manifiesta por diversos síntomas somáticos cuando se suspende la administración del fármaco o cuando su acción es contrarrestada por un antagonista. Estos mismos problemas físicos constituyen el síndrome de abstinencia o los llamados síntomas y signos de privación. La capacidad de una droga para evitar la abstinencia producida por otra similar se conoce actualmente como tolerancia o dependencia cruzada.

GENERALIDADES DEL SISTEMA VESPA

El sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de psicoactivos –Vespa– es uno de los componentes del sistema de vigilancia de la salud pública del Distrito Capital, diseñado e implantado con el propósito de unificar y consolidar, nacional y distritalmente, la información epidemiológica sobre esta problemática.

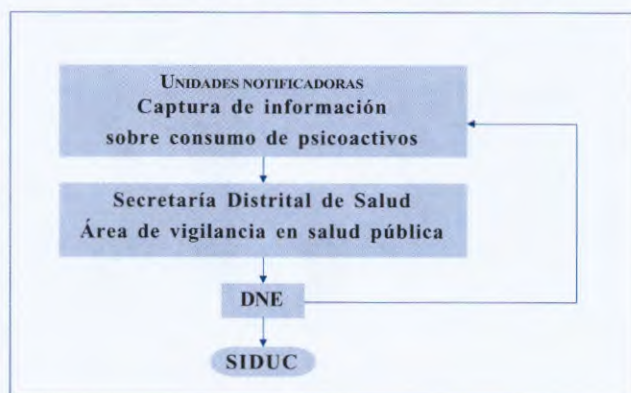
Desde su origen, el Vespa se propuso como un sistema de vigilancia comprensivo y unificado, encaminado hacia la generación de información útil y oportuna sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas; el sistema utiliza varias estrategias epidemiológicas como las encuestas de prevalencia y la vigilancia por unidades centinela. Estas últimas son centros públicos y privados especializados en salud mental en general o bien en la atención de farmacodependientes en particular.

Los datos capturados por el Vespa a través de los centros de tratamiento, permiten registrar los cambios en los patrones de ingesta de psicoactivos, las edades de inicio, las principales drogas de abuso y sus vías de administración, así como las variaciones en el consumo de psicoactivos para cada consumidor, incluyendo la sustancia que a juicio del caso atendido le ha provocado más daño psíquico y físico.

El análisis de los datos recopilados permite presentar las proporciones de consumo según sustancia y de acuerdo con variables demográficas básicas tales como el género, el nivel educativo y el estado civil del consumidor; de igual manera, el sistema identifica la evolución en el tiempo de la magnitud del problema y define los cambios en los patrones de consumo en relación con variables demográficas básicas.

En el Distrito Capital, el flujo de la información parte del centro especializado en el tratamiento de la farmacodependencia o unidad notificadora en la cual se capturan los datos sobre consumo; dichos datos se envían mensualmente a la Secretaría Distrital de Salud para su depuración, consolidación y análisis posterior; copias de las bases de datos se remiten trimestralmente a la Dirección Nacional de Estupefacientes –DNE– para nutrir la base nacional de datos administrada por dicha entidad. Los informes nacionales se ingresan al Sistema Interamericano de Datos Uniformes –SIDUC–. La figura 1 muestra el flujo de información del Vespa a partir de la captura de datos por parte de las unidades notificadoras.

Figura 1 Diagrama de flujo de datos e información. Sistema de vigilancia del consumo de sustancias psicoactivas, Vespa. Ventana de centros de tratamiento



REPRESENTATIVIDAD DEL SISTEMA

Desde su implantación, el sistema Vespa ha mostrado significativos avances que dan cuenta de su fortalecimiento. Tal como se muestra en la tabla 1, el número de registros y unidades notificadoras ha venido en franco aumento. Durante el año inicial, 1997, el número de unidades notificadoras fue de quince y el total de reportes para el mismo año fue de 578. Considerando que a diciembre de 1999 se registraron ciento nueve centros de tratamiento y el Vespa contaba con sesenta y cinco unidades notificadoras, la representatividad estimada para el mismo periodo fue de aproximadamente 60%

Tabla 1 Número de reportes y unidades notificadoras según año. Sistema Vespa, junio de 2000

Años	1997	1998	1999
Unidades notificadoras	15	49	65
Registros	578	1.851	3.794

Durante el primer semestre de 2000 se reportaron un total de 1.337 casos, 563 registros menos con respecto al primer semestre del año anterior; la descripción por mes muestra un decremento en la notificación acentuado principalmente en los meses de marzo, abril y junio (gráfico 1). La situación descrita no puede interpretarse como disminución del consumo sino como un decremento importante en la notificación de casos.

Gráfico 1 Número de casos reportados por mes. Comparativo mensual para primer semestre, 1999 y 2000

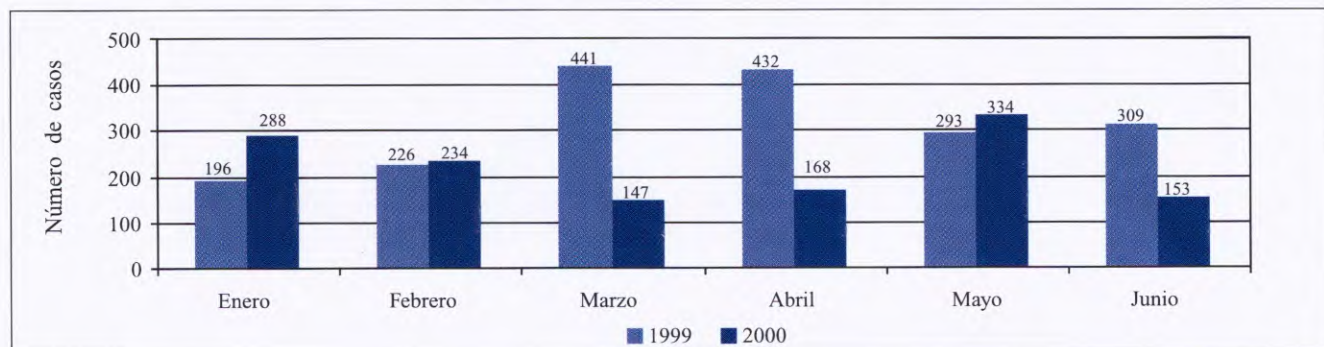
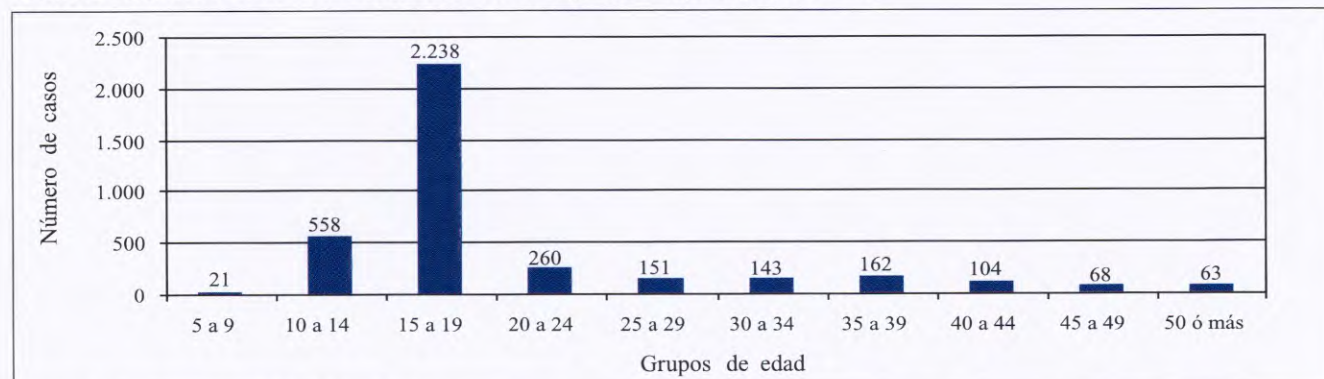


Gráfico 2 Distribución de los consumidores de psicoactivos según edad. Vespa, Bogotá, D. C., 1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

RESULTADOS DE 1999

A partir del primero de enero de 1999 y hasta el 31 de diciembre del mismo año, el área de vigilancia en salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., recibió notificación de 3.794 casos de personas atendidas en sesenta y cinco centros de tratamiento.

La consolidación y depuración de las bases de datos permitió tomar para el análisis 3.768 registros, de los cuales 77,6% de los consultantes (n= 2.925) corresponden al sexo masculino, y 22,3% de los casos reportados (n= 842) fueron de sexo femenino. La edad de los pacientes atendidos osciló entre los seis y los setenta años de edad, con una media de 20, mediana de 17 y moda de 17, con desviaciones estándar para el sexo femenino de 9,04 y de 9,32 para el sexo masculino.

Tabla 2 Edad de los consultantes por ingesta de psicoactivos según sexo. Bogotá, D.C. Sistema Vespa, 1999

Sexo	Rango	Media	Mediana	Moda	Desviación
Masculino	6 – 70	20	17	17	9,32
Femenino	6 – 70	19	16	16	9,04
Total	6 – 70	20	17	17	9,27

La distribución del consumo de psicoactivos según edad, descrita en el gráfico 2, señala a los adolescentes entre

15 y 19 años como el grupo más afectado, con 2.238 casos que equivalen a 59,4% del total de casos registrados. No obstante, es importante señalar que el inicio del consumo de drogas se presenta antes de los 10 años de edad.

En relación con el nivel educativo o años de escolaridad alcanzado por los consultantes que acudieron a las diversas unidades notificadoras del sistema, se encontró que 53,2% de los consumidores de psicoactivos alcanzaron a cursar estudios secundarios, lo cual equivale en población a 1.528 consultantes. De este porcentaje, solo 224 casos, que equivalen a 7,7% del total de consumidores, lograron completar los estudios del nivel secundario. La tabla 3 muestra la distribución de consumidores según sexo y nivel educativo. Se puede observar que aproximadamente 20% de los casos alcanzaron a realizar estudios en el nivel de educación superior; de ellos 4% completó el nivel de pregrado.

Respecto al estado civil de los consultantes, se encontró que la mayoría de consumidores de sustancias psicoactivas, 3.018, eran solteros, esto equivale a 80,1% del total de los reportes. Les sigue en frecuencia las personas en unión libre con 327 casos que corresponden a 8,7 y los casados con 7,0%, que equivalen en población a 263 consultantes.

En cuanto a la ocupación u oficio de los consumidores, en la tabla 4 se señala que 41,2% personas que acudió a consulta durante 1999 se encontraba desocupada²; 19,3 contaba con trabajo ocasional y 18,5% eran estudiantes. Es importante mencionar que del total de casos atendidos en las diferentes unidades notificadoras durante 1999, en 71% de los casos, que equivale a 2.685 consumidores, el consultante fue llevado por amigos o familiares al centro de tratamiento; en 28,1% de los casos se acudió voluntariamente y en 0,7% se desconoce la motivación para recurrir a ayuda profesional.

El patrón de consumo de psicoactivos descrito en el gráfico 3 es uno de los aspectos esenciales dentro de la ventana de centros de tratamiento del Vespa. En 1999, las sustancias psicoactivas más frecuentemente citadas como “drogas de inicio” fueron, en orden descendente: las bebidas alcohólicas, en 50,7% de los casos, que equivalen en población a 1.911 consumidores; el cigarrillo, con 1.086 casos que equivalen a 28,8%; la marihuana, reportada en 453 casos (12%) como sustancia de inicio y los inhalantes con 210 casos que corresponden a 5,6% del total de registros de ingesta de psicotrópicos.

En la tabla 5 se presenta la distribución de las diversas sustancias psicoactivas según se trate de sustancia primaria

o de inicio, secundaria, terciaria y de mayor impacto³. Se puede observar que las drogas de inicio que se continúan reportando con mayor frecuencia son, en su orden: el alcohol etílico, con 50,7% del total de sustancias psicoactivas reportadas; el cigarrillo, con 28,8%; la marihuana, con 12%; y las sustancias volátiles inhalables, con 5,6%.

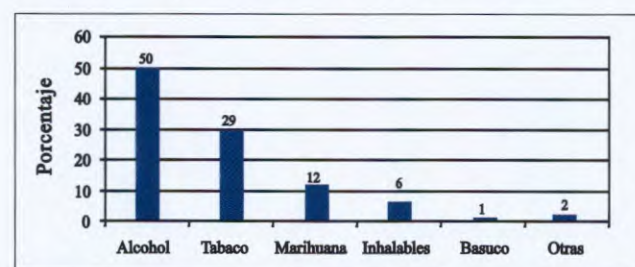
Tabla 3 Distribución de los consumidores de psicoactivos según nivel educativo y sexo. Bogotá, D.C. Sistema Vespa, 1999

Nivel educativo alcanzado	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
No fue a la escuela	74	2,5	21	2,5	95	2,5
Primaria incompleta	531	18,2	138	16,4	670	17,8
Primaria completa	416	14,2	95	11,3	511	13,6
Secundaria incompleta	1.304	44,6	434	51,5	1.738	46,1
Secundaria completa	224	7,7	44	5,2	268	7,1
Formación técnica incompleta	33	1,1	8	1,0	41	1,1
Formación técnica completa	48	1,6	16	1,9	64	1,7
Universidad incompleta	149	5,1	39	4,6	188	5,0
Universidad completa	115	3,9	37	4,4	152	4,0
Posgrado incompleto	5	0,2	2	0,2	7	0,2
Posgrado completo	24	0,8	7	0,8	31	0,8
Sin dato (S/D)	2	0,1	1	0,1	3	0,1
TOTAL	2.925	100	842	100	3.768	100

Tabla 4 Distribución de los consumidores de psicoactivos según ocupación y género. Bogotá, D.C. Sistema Vespa, 1999

Ocupación	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estudiante	525	17,9	172	20,4	697	18,5
Desempleado	210	7,2	55	6,5	265	7,0
Desocupado	1.184	40,5	367	43,6	1.552	41,2
Trabajo fijo	388	13,3	77	9,1	465	12,3
Trabajo ocasional	594	20,3	133	15,8	727	19,3
Hogar	2	0,1	31	3,7	33	0,9
Jubilado	13	0,4	4	0,5	17	0,5
Sin dato (S/D)	9	0,3	3	0,4	12	0,3
TOTAL	2.925	100	842	100	3.768	100

Gráfico 3 Principales drogas de inicio. Bogotá. Sistema Vespa, 1999



2 Operacionalmente se ha definido como persona desocupada aquella que se encuentra sin trabajo pero que, además, no se encuentra buscando empleo o alguna ocupación u oficio.

3 Se entiende por droga de inicio la primera sustancia psicoactiva que la persona consume en la vida o aquella droga que marca el inicio de su patrón de consumo. A su vez, la droga secundaria corresponde al segundo psicoactivo que consumió la persona en la vida. La droga de mayor impacto es la que, a juicio del paciente, le ha causado mayor daño.

Tabla 5 Distribución del consumo de psicoactivos. Droga de inicio, secundaria, terciaria y de mayor impacto, 1999

Psicoactivo	Droga de inicio		Droga secundaria		Droga terciaria		Droga de mayor impacto		Total de consumidores	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Alcohol	1.911	50,7	718	22,0	153	6,20	796	21,1	2.243	59,50
Tabaco	1.086	28,8	1.260	38,5	152	6,10	457	12,1	1.107	29,36
Marihuana	453	12,0	795	24,3	1.141	46,0	810	21,5	1.818	48,20
Inhalantes	210	5,60	157	4,80	220	8,90	291	7,70	321	8,50
Basuco	42	1,10	186	5,70	471	19,0	1.082	28,7	541	14,40
Cocaína	28	0,70	94	2,90	222	9,00	210	5,60	223	6,0
Alucinógenos	7	0,20	6	0,20	10	0,40	9	0,20	16	4,25
Tranquilizantes	7	0,20	13	0,40	13	0,50	18	0,50	24	6,40
Antidepresivos	3	0,10	1	0	4	0,20	4	0,10	6	1,60

Si bien los patrones de consumo en general tienden a mantenerse, es importante conocer cuáles son los cambios en el inicio de la ingesta de psicoactivos. En este sentido, cabe mencionar que durante 1999 se reportaron cuarenta y dos casos en los que la sustancia psicoactiva que se consumió por primera vez fue el basuco, veintiocho en los que la cocaína fue la droga inicial y siete en los cuales los alucinógenos fueron los psicoactivos de inicio.

En esta descripción también se puede resaltar que las sustancias de mayor impacto más citadas por los consumidores son, en su orden, el basuco, la marihuana y el alcohol. El 28,7% (n= 1.082) de los casos reportados durante 1999, consideran que la pasta básica de cocaína o basuco es la droga que mayor daño les ha ocasionado. El 21,5% (n= 810) informaron que de todas las sustancias consumidas la marihuana era la droga que mayor daño fisiológico y psicológico les había causado.

Las bebidas alcohólicas fueron reportadas por 21,1% de los consultantes como la sustancia psicoactiva de mayor impacto y en 50,7% de los reportes se informa como la sustancia con la cual se inició la ingesta de drogas.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS EFECTOS DE LA INGESTA DE ALCOHOL

Considerando que los daños provocados por el consumo excesivo de alcohol etílico representan una de las preocupaciones más importantes en la salud pública para muchas naciones, el consumo de bebidas alcohólicas merece un análisis más detenido, así como algunas precisiones de orden conceptual.

Si bien el consumo de alcohol no necesariamente puede presentarse como trastorno psicológico o del comportamiento, en una amplia definición de alcoholismo⁴ se pueden considerar diversas consecuencias de su ingesta: el ausentismo

escolar, el ausentismo laboral, los accidentes trabajo, los accidentes de tránsito, los problemas familiares y de violencia doméstica asociados a su ingesta, entre otros.

La dependencia a la sustancia o farmacodependencia⁵ está esencialmente asociada al deseo imperioso de consumir la sustancia, a su ingesta compulsiva y a los problemas asociados al consumo, es decir, al daño psicofisiológico producido y a los efectos sociales provocados.

El etanol, la sustancia activa más importante de las bebidas embriagantes, es considerado como un depresor del sistema nervioso central, aunque popularmente se le atribuyen efectos estimulantes, por su modo de acción inicial que desarrolla su acción depresora en la corteza cerebral. Este hecho hace que se pierda el control sobre ciertos centros emocionales y el bebedor muestre un comportamiento más desinhibido. No obstante, los efectos del alcohol sobre el organismo dependen de la concentración de etanol en la sangre.

Una de las mayores dificultades relacionadas con la ingesta de alcohol es que aún con muy pequeñas dosis provoca una alteración relacionada con la disminución del juicio crítico del bebedor sobre sus capacidades⁶, lo cual, obviamente, está relacionado con los accidentes de tránsito asociados a la conducción de vehículos en estado embriaguez.

Respecto a la asociación entre accidentes de tránsito y consumo de bebidas alcohólicas, durante 1999 el sistema de información sobre lesiones de causa externa de la Secretaría Distrital de Salud registró un total de 1.416 casos, de los cuales 10% estuvo asociado a accidentes con vehículos de motor. El análisis de los datos recopilados permitió identificar que 58,1%

4 El alcoholismo puede definirse como "cualquier uso de bebidas alcohólicas que causa cualquier daño al individuo, a la sociedad o a ambos". Marconi (1979).

5 La farmacodependencia es considerada actualmente como la intoxicación crónica o periódica por una droga natural o sintética, siendo caracterizada por la necesidad imperiosa de continuar consumiendo la sustancia y procurársela por cualquier medio; tendencia al aumento de las dosis; presencia de síntomas de abstinencia y, finalmente, consecuencias nocivas sobre el individuo como también sobre su medio social (OMS, 1997).

6 "Varios estudios han demostrado que después de cuatro tragos de whisky o de aguardiente, o 4 cervezas, o cuatro tragos de ron, en un periodo de dos horas, las posibilidades de un accidente al manejar se cuadruplican". Pérez (1999).

**Tabla 6** Muertes violentas y alcoholemia. Enero-junio de 1999

Manera	Total de casos	Positivo			Total positivo	Total negativo
		Grado I	Grado II	Grado III		
Accidentes de tránsito	395	45	25	57	127	126
Homicidios	1.127	158	115	205	478	386
Suicidios	155	17	12	30	59	52
Total	1.677	220	152	292	664	564

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 1999.

de los lesionados eran peatones, 21% pasajeros y el porcentaje restante correspondió a conductores.

Los hallazgos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses sobre la incidencia de diversas muertes violentas se han puesto en evidencia a través de diversos estudios. Los accidentes de tránsito y su relación directa con el consumo de alcohol, los homicidios, suicidios y su asociación con ingesta de bebidas etílicas, el número de dichos accidentes y la hora en que éstos se registran⁷ permiten concluir la estrecha relación entre las lesiones de causa externa y el consumo de alcohol etílico. La tabla 6 muestra el total de muertes violentas registradas durante el primer semestre de 1999 y los grados de alcoholemia identificados.

OTROS HALLAZGOS SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Las bebidas alcohólicas continúan siendo la principal sustancia de inicio o puerta de entrada hacia el consumo de otras sustancias psicoactivas; en Colombia, la ingesta de etanol se encuentra asociada a diversas situaciones de carácter social tales como las festividades, celebraciones familiares, finalización de años lectivos, culminación de actividades laborales, eventos deportivos, bienvenidas, despedidas, encuentros ocasionales y un sin número de ocasiones en las cuales no falta alguna bebida alcohólica destilada.

Sumado al arraigo cultural del uso y abuso de las bebidas alcohólicas, su fácil adquisición, los controles insuficientes a la venta a menores de edad, la promoción de la ingesta a través de los medios de comunicación masiva y a través del modelamiento de los adultos, incluidos los padres de familia, explican en gran medida que el promedio de edad de inicio haya descendido hasta los menores de edad entre 5 y 18 años.

En 1998, la Dirección Nacional de Estupefacientes registró a través de los centros de tratamiento 206 casos de niños entre 5 y 9 años de edad con problemas asociados a la ingesta

de etanol y 862 menores entre 10 y 14 años que solicitaron por vía directa o indirecta atención por problemas con la bebida.

Respecto al análisis sobre el alcohol como droga de inicio, la tabla 7 muestra cuáles son las sustancias secundarias y terciarias cuando la droga de inicio es el alcohol. Los resultados de dicho análisis señalan como principales sustancias secundarias el tabaco, la marihuana, la cocaína, el basuco y los inhalantes y como sustancias psicoactivas terciarias la marihuana, el basuco, la cocaína y los inhalantes.

Tabla 7 Sustancia psicoactiva secundaria y terciaria cuando la droga de inicio es el alcohol

Sustancia	Droga secundaria		Droga terciaria	
	Frec.	%	Frec.	%
Tabaco	1.153	60,3	74	3,90
Marihuana	355	18,6	697	36,5
Cocaína	39	2,00	121	6,30
Basuco	24	1,30	176	9,20
Inhalables	38	2,00	98	5,1
Tranquilizantes	6	0,30	7	0,40
Barbitúricos	2	0,10	4	0,20
Anfetaminas	0	0	5	0,30
Flunatrecipán	0	0	5	0,30
Alucinógenos	2	0,10	6	0,30

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

SONDEO NACIONAL SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES

El Programa Presidencial Rumbos y la Comisión Nacional de Investigación sobre Drogas, con la colaboración de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, adelantaron entre finales de 1999 y mayo de 2000 el sondeo nacional sobre consumo de drogas en jóvenes. El sondeo llevado a cabo fue un estudio piloto de tipo exploratorio, con participación voluntaria de jóvenes de 10 a 24 años, residentes en cada una de las ciudades capitales de departamentos de Colombia. El número estimado de encuestas a aplicar en cada ciudad se calculó proporcionalmente al tamaño del grupo de jóvenes de estas edades en cada ciudad, el cual fluctúa entre 25% y 30%.

Los principales hallazgos en relación con el consumo de sustancias psicoactivas legales dentro de las cuales se incluyeron el alcohol, el cigarrillo, los inhalables y los tranquilizantes

⁷ La mayor parte de los accidentes de tránsito se registra en las horas de la madrugada de los fines de semana, cuando aumenta la ingesta de etanol.

Tabla 8 Porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas legales alguna vez en la vida y el último mes en jóvenes de las principales ciudades capital

Ciudad	Alcohol		Cigarrillo		Inhalables		Tranquilizantes	
	En la vida	Último mes	En la vida	Último mes	En la vida	Último mes	En la vida	Último mes
Bogotá	82,3	57,4	53,3	32,1	3,5	0,8	2,6	0,7
Medellín	71,9	44,5	45,6	23,0	3,4	0,8	5,0	1,1
Barranquilla	74,8	49,0	20,7	11,1	0,9	0,4	2,0	0,7
Cali	68,5	39,9	37,9	18,9	2,4	0,8	3,2	1,0
Bucaramanga	74,1	51,9	42,4	25,3	1,6	0,6	1,7	0,6

Fuente: Programa Presidencial Rumbos.

señalan al alcohol etílico como la sustancia de más alto consumo en la población joven. La prevalencia de vida para la ingesta de alcohol en todas las ciudades es de 73% y la del último mes se sitúa en 48%, lo cual quiere decir que siete de cada diez jóvenes han ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y uno de cada dos jóvenes de 10 a 24 años en las capitales del país, tuvo la oportunidad de hacerlo en el último mes.

En la tabla 8 se muestran los porcentajes de consumo de sustancias psicoactivas legales alguna vez en la vida y en el último mes, en jóvenes de 10 a 24 años. Se incluyen los resultados de Cali, Bucaramanga, Medellín y Barranquilla para contrastar los hallazgos aplicados a Bogotá con las ciudades en mención. Es importante señalar que Bogotá con respecto al resto de ciudades capitales muestra los porcentajes más elevados en consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillo.

Acerca del consumo de sustancias ilegales, la tabla 9 presenta las cifras de consumo de nueve sustancias psicoactivas ilegales investigadas. Aunque la lista de estas sustancias no es exhaustiva, se incluyeron las más conocidas y quizá las de mayor uso en el momento actual.

La sustancia psicoactiva ilegal de mayor uso es la marihuana. En Medellín y las tres ciudades del eje cafetero, las tasas de prevalencia de vida y de último mes se duplican o están más elevadas con respecto al resto de ciudades capitales. Le siguen en su orden Bogotá, Cali e Ibagué. En términos generales, puede afirmarse que entre 270 mil y 486 mil jóvenes entre 10 y 24 años han probado la marihuana alguna vez

en la vida y que actualmente la consumen entre 113 mil y 192 mil jóvenes entre dichas edades.

La segunda sustancia ilegal de mayor consumo es la cocaína. En Medellín, el consumo de vida y actual es más del doble del promedio de ciudades con cifras nunca antes registradas –8,8% en prevalencia de vida y 2,7 en prevalencia de consumo durante el último mes–. Le siguen de nuevo las ciudades del eje cafetero y Bogotá.

El basuco aparece en tercer lugar de uso entre la juventud participante del sondeo. La prevalencia de vida para esta sustancia en Puerto Carreño es el triple del promedio de todas las ciudades y en Yopal e Ibagué es el doble. A esta sustancia le siguen en orden de consumo el éxtasis, los hongos, las anfetaminas y los ácidos. La más alta prevalencia de vida de éxtasis se encuentra en Pereira, Yopal y Bogotá.

En relación con la distribución de la ingesta de psicoactivos según sexo, se observa que para las drogas ilegales el consumo es siempre mayor en hombres que en mujeres. Para las sustancias legales en general se observa que la población masculina consume alcohol, cigarrillo e inhalables en mayor proporción que las mujeres. En cuanto a los tranquilizantes, el consumo en hombres es similar o ligeramente más bajo que en las mujeres, exceptuando las ciudades de Medellín, Armenia, Manizales, Pereira y Cali. En estas cinco capitales, la proporción de hombres consumidores de tranquilizantes es casi el doble o más del doble del promedio de ambos sexos de todas las ciudades.

Tabla 9 Porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas ilegales alguna vez en la vida (1) y en el último mes (2) en jóvenes de las principales ciudades de Colombia

Ciudad	Marihuana		Cocaína		Basuco		Éxtasis		Hongos		Ácidos		Mandrax		Anfetamina		Heroína	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Bogotá	14,6	5,3	4,2	1,2	2,6	0,9	2,7	0,8	2,0	0,4	1,1	0,3	0,3	0,1	0,9	0,2	0,8	0,3
Medellín	17,9	6,2	8,8	2,7	1,7	0,6	2,4	0,7	1,8	0,3	0,7	0,2	0,3	0,1	1,3	0,3	1,1	0,5
B/quilla	5,7	3,0	2,0	0,8	1,2	0,5	1,2	0,5	0,5	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,5	0,2	0,7	0,3
Cali	10,4	4,3	4,7	1,6	2,7	1,4	1,7	0,5	1,4	0,3	0,4	0,1	0,3	0,1	0,7	0,2	0,7	0,2
B/manga	8,1	3,7	3,9	1,4	2,6	1,2	1,7	0,6	1,1	0,3	0,7	0,3	0,4	0,2	0,6	0,2	1,0	0,5

1. Alguna vez en la vida

2: Último mes

Fuente: Programa Presidencial Rumbos.

CENSO ACTUALIZADO

Considerando la utilidad que puede tener para nuestros lectores contar con los datos más recientes sobre las unidades notificadoras, que integran la ventana de centros de tratamiento del sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de psicoactivos, Vespa, se incluye como anexo de esta edición el censo actualizado de unidades notificadoras activas en Bogotá, a diciembre de 2000.

CONCLUSIONES

Es evidente un proceso de crecimiento y consolidación de la ventana de centros de tratamiento del sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas, Vespa. Existe un incremento importante de unidades notificadoras y de reportes desde su implementación.

El alcohol etílico continúa siendo la sustancia psicoactiva de inicio más frecuente y también una de las más mencionadas como droga que mayor daño causa al consumidor. Las prevalencias más elevadas de consumo de alcohol etílico en Colombia se registran en Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga y Medellín.

La tendencia a la disminución de la edad de inicio de ingesta de bebidas alcohólicas es preocupante, siendo el alcohol etílico la sustancia de inicio más frecuente y el psicoactivo usualmente más relacionado con diversas muertes violentas, principalmente los accidentes de tránsito. Es necesario reforzar las medidas encaminadas hacia la prevención del abuso, y la conducta responsable respecto al manejo de la ingesta de bebidas alcohólicas.

El sistema Vespa para el Distrito Capital señala que de las sustancias psicoactivas ilegales, las que presentan mayor frecuencia de consumo son, en su orden, la marihuana, los inhalantes, la cocaína y el basuco. La pasta básica de cocaína es la sustancia más citada como droga de mayor impacto, seguida por la marihuana y el alcohol. Según el sondeo realizado por el Programa Presidencial Rumbos, en el país la marihuana también aparece como la sustancia ilegal de mayor consumo, siendo Medellín y las ciudades del eje cafetero las que presentan mayores prevalencia anuales y mensuales seguidas por la ciudad de Bogotá.

La aparición relativamente reciente de otras sustancias psicoactivas en el *mercado negro de las drogas* y el abuso de sustancias psicoactivas de fórmula como las benzodiazepinas sugieren la necesidad de establecer controles más rigurosos en su distribución y administración médica.

La distribución de los consultantes según sexo continúa señalando al hombre como el mayor consumidor de sustancias

psicoactivas legales e ilegales. La razón hombre/mujer es de 3,5 hombres por cada mujer y los grupos de edad que registran el mayor consumo son los niños entre los 10 y los 14 años de edad, así como los adolescentes y jóvenes entre los 15 y 24 años de edad.

Actualmente, en coordinación con la Dirección Nacional de Estupefacientes se desarrolla un nuevo *software* para apoyar la ventana de centros de tratamiento del sistema Vespa. El nuevo formato de captura permitirá ampliar la información relacionada con los patrones de consumo de drogas, e incluye una gama más amplia de sustancias legales e ilegales. Además, se estudia la posibilidad de incluir algunas de las mezclas de psicoactivos más usadas en Colombia y en el Distrito Capital.

BIBLIOGRAFÍA

- Boletín Epidemiológico Distrital*, volumen 2, ejemplar 12, 7 de septiembre-4 de octubre de 1997.
- Dirección Nacional de Estupefacientes. Centro de estudios de la Fundación Santa Fe de Bogotá. *Segundo estudio de consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá. 1996.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Comportamiento de las lesiones por causa externa evaluados por la regional Bogotá*. 1999.
- Marconi, J. 1979. "Alcoholismo". En Augusto Pérez. 1999. El libro de las drogas: manual para la familia. Presidencia de la República. Bogotá.
- Pérez, Augusto. 1999. El libro de las drogas: manual para la familia. Presidencia de la República. Bogotá.
- Rumbos-UCPI. 1999. *Sondeo nacional del consumo de drogas en jóvenes 1999-2000*. Bogotá, D.C.

ANEXO

CENSO ACTUALIZADO DE UNIDADES NOTIFICADORAS —VESPA— CENTRO DE TRATAMIENTO SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

No.	CÓDIGO	INSTITUCIÓN
1	*38	Adoratrices 20 de Julio
2	*37	Albergue Infantil de Bogotá
3	58	Asociación Cristiana Talita Cumi
4	**62	Asociación Cristiana Nuevo Nacimiento
5	*53	Centro de Atención Especializada
6		Centro de Atención Transitorio
7	*34	Centro de Orientación Juvenil de Cajicá
8	*49	Centro de Protección Especial de Contraventoras
9	*48	Centro de Recepción Menor Infractora

Continúa



Continuación

No.	CÓDIGO	INSTITUCIÓN
10	*27	Centro de Recepción y Remisión Menor de la Calle (ACJ)
11	*43	Centro Terapéutico Reeducativo
12	*15	Cer adolescentes
13	14	Clínica Monserrat
14	47	Clínica Nuestra Señora de la Paz
15	57	Clínica Psicoterapéutica Integral
16	9	Clínica Uribe Cualla
17	3	Clínica Villa Servitá
18	**71	COL Engativá
19	19	Colectivo Aquí y Ahora
20	*21	Comunidad Terapéutica San Gregorio
21	29	Comunidad Crisitana Terapéutica El Pacto
22	11	Comunidad Terapéutica de CBIA
23	26	Comunidad Terapéutica Despierta
24	**45	Comunidad Terapéutica El Camino
25	7	Corporación Integral de los Andes
26	25	Corporación Gente Nueva
27	**56	Corporación Evolucionar
28	31	Cruz Roja Colombiana
29	*12	Escuela de trabajo El Redentor
30	*32	Fundación Hogares Claret
31	16	Fundación Teoterapéutica de CBIA
32	5	Fundación Centauro
33	*33	Fundación Crecer
34	44	Fundación Discipulos
35	4	Fundación Ecode Libertad
36	*52	Fundación Formar
37	10	Fundación Fundar
38	54	Fundación La Luz
39	*40	Fundación Niños de los Andes
40	8	Fundación Psicoactiva
41	59	Fundación Remar
42	*42	Fundación Renacer
43	*36	Fundación Semillas de Amor
44	61	Fundación Ser Libre
45	55	Fundación SPA

Continúa

Continuación

No.	CÓDIGO	INSTITUCIÓN
45	55	Fundación SPA
46	60	Funsabian
47	*35	Hogar Femenino Luis Amigo
48	*30	Hogar la Poesía
49	5003	Hospital Usme
50	5259	Hospital El Tunal
51	5275	Hospital Estrella del Sur
52	4724	Hospital Kennedy
53	4643	Hospital La Candelaria
54	4287	Hospital La Victoria
55	1784	Hospital Nazaret
56	.0770	Hospital San Cristóbal
57	2055	Hospital San José
58	4953	Hospital Suba
59	4970	Hospital Usaquén
60	4635	Hospital Vista Hermosa
61	24	Misión Nueva Vida en Cristo
62	**69	Oir Candelaria
63	**64	Oir Chapinero
64	**66	Oir Kennedy
65	**70	Oir Rafael Uribe
66	**68	Oir Samper Mendoza
67	**65	Oir San Cristóbal
68	**67	Oir Suba
69	**63	Oir Usaquén
70	*39	Organización Proniña Indefensa
71	50	Programa Campoalegre
72	*51	Programa de Libertad Asistida (ACJ)
73	72	Proyecto Fénix
74	73	Proyecto Ser
75		S.C.M.S.B.
76	28	Unidad de intervención Campo Abierto
77	74	UNEF Floralia
78	541	UNEF Santa Clara
79	75	Corpo Encuentros
80	76	Comisaria n° 12 de Familia
81	77	Ecoopsals ARS

Convenciones: * Instituciones Adscritas al ICBF ** Instituciones Adscritas al DABS

Búsqueda activa institucional y comunitaria de casos sospechosos de sarampión

Con el fin evaluar la estrategia *Búsqueda activa institucional y comunitaria de casos sospechosos de sarampión*, que se adelantó en el país entre octubre y diciembre de 1999 –la cual buscaba verificar la circulación del virus salvaje de sarampión en Colombia– el 10 y 11 de febrero de 2000 el Ministerio de Salud y la OPS realizaron una reunión, con el fin de analizar los resultados. Las conclusiones fueron las siguientes:

- ◆ Al finalizar la búsqueda activa, el 15 de diciembre de 1999, no hubo evidencia de circulación de virus de sarampión en doce ciudades –diez departamentos– que agrupan 56% de la población del país.
- ◆ De 358 casos clasificados como sospechosos para sarampión, 90,5% (324) tuvo muestras serológicas adecuadas.
- ◆ De los casos estudiados, 98,4% tuvo resultados IgM negativos. Veintidós están en investigación.
- ◆ Se descartaron dos casos con resultados IgM positiva (0,7%) de niños entre 1 y 4 años, por asociación a la vacunación.
- ◆ Se registraron dos casos positivos. Uno en Medellín y uno en Manizales.
- ◆ Ningún caso estudiado resultó positivo para rubéola pero una proporción –a determinar– fue confirmada para dengue.
- ◆ No se tomaron muestras de orina para aislamiento viral en los dos casos positivos.
- ◆ El ejercicio de búsqueda activa fue fundamental para evaluar la calidad del sistema de notificación del sarampión, lo que permitió sensibilizar al personal de salud sobre las deficiencias y mejorar los indicadores de vigilancia.



La búsqueda demostró que el sistema de vigilancia para la erradicación del sarampión:

- ◆ Tiene poca capacidad para captar los casos sospechosos de sarampión.
- ◆ En todos los niveles falta análisis crítico de los casos captados por el sistema de vigilancia de sarampión, con el fin de evitar descartar casos sin la evidencia suficiente para garantizar la ausencia de circulación del virus.
- ◆ De acuerdo con lo anterior se concluye que el sistema de vigilancia en Colombia no tiene la capacidad necesaria para detectar la circulación autóctona del virus de sarampión o una importación del mismo.

Recomendaciones

- ◆ Para obtener mayor evidencia de la interrupción de la circulación del virus es necesario disponer de resultados de aislamiento viral que demuestren su ausencia en casos positivos con la IgM y en todos los casos con muestra tomada en los primeros tres días del inicio de la erupción.
- ◆ Bogotá y Cali deben realizar búsqueda activa casa a casa en el área metropolitana, dirigida a zona de baja cobertura o asentamiento de desplazados, en especial en localidades que tuvieron casos en el último año.
- ◆ Se deben usar casos clínicamente diagnosticados como rubéola para tomar la muestra y cerciorarse que el caso no es sarampión.
- ◆ Los departamentos que no han realizado búsqueda activa de sarampión deberán efectuarla antes del 30 de junio de 2000.

Análisis de situación de salud – Asis–

En el *Boletín Epidemiológico* de la OPS de septiembre de 1999, se presenta un resumen de los métodos epidemiológicos para el análisis de situación de salud (ASIS), que reseñamos por considerarlos importantes.

¿Qué son los ASIS?

Son procesos analítico-sintéticos que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños, problemas de salud y sus determinantes, sean estos de competencia del sector salud u otros sectores.

Se basan en el estudio de la relación de las condiciones de vida y el nivel de los problemas de salud y enfermedad de los grupos humanos con diferentes grados de postergación, en una unidad geográfica-política dentro de un contexto histórico, geográfico, demográfico, social, cultural, político y epidemiológico.

Tipos de ASIS

Los ASIS pueden realizarse para:

- ◆ Mirar tendencias, que permiten identificar y determinar los cambios del proceso salud-enfermedad de una población a mediano y largo plazo de acuerdo con condiciones específicas. Ejemplo, mortalidad infantil por causas, considerando que esta se relaciona con la calidad y acceso a los servicios de salud en aspectos como la mortalidad perinatal, mientras que las condiciones de vida tendrán un efecto para las causas de muerte por enfermedades transmisibles.
- ◆ Caracterizar coyunturas, es decir, determinar situaciones en un contexto o situación definida a corto plazo, para orientar condiciones de viabilidad o factibilidad de acuerdo con una política existente.
- ◆ Con diferentes niveles de agregación de la información, nacional, regional, local.

¿Cuál es su utilidad e importancia?

Contribuyen con información que los técnicos requieren para los procesos de planeación y toma racional de decisiones en salud, es decir, son insumo para la negociación política, la orientación institucional y la definición de recursos pues aportan información necesaria para:

- ◆ Definición de necesidades y prioridades en salud.
- ◆ Formulación de estrategias de promoción, prevención y control de daños de la salud.
- ◆ Evaluación de la pertinencia y cumplimiento de estrategias.
- ◆ Identificación de intervenciones y evaluación de impacto.
- ◆ Construcción de escenarios prospectivos en salud.

REPORTE SEMANAL DEL SEGUNDO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 5,6,7,8

EVENTOS	USAQEN		CHAPINERO		SANTA FE		S. CRISTOB		USME		TUNJUELITO		BOSA		KENNEDY		FONTIBON		ENGATIVA		SUBA		B. UNIDOS		TETAGUAYO		MARTÍRES		ANT.NARIÑO		P. ARANDA		CANDELAR		RAFAEL U.		C. BOLIVAR		SUMAPAZ		TOTAL					
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM				
BROTOS	2	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	3	4	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	16				
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
COLERA	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
DENGUE CLÁSICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
DENGUE HEMORRÁGICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	25	41	16	24	8	14	36	57	19	36	12	20	50	94	73	83	11	24	26	54	45	72	11	13	11	21	2	4	4	10	19	31	1	5	40	64	23	41	4	4	436	712				
EXPOSICIÓN RÁBICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
FIEBRE AMARILLA	3 ^{ns}	5	1	4	2	2	0	0	0	0	1 ^h	2	0	0	1 ^h	1	1	2	5 ^h	5	3	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
HEPATITIS B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
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	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
MENINGITIS POR NEISSERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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 NEISSERIA	2	3	2	4	3	4	4	9	1	4	3	4	1	7	9	2	7	9	14	4	9	4	9	2	5	2	3	1	3	3	2	1	3	2	2	1	3	1	3	1	44	92				
	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	0	0	0	
MORTALIDAD MATERNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	2	0	2	3	1	0	2	3	1	0	1	3	1	2	1	2	3	1	3	1	3	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	1	1 ^h	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PARÁLISIS FLÁCIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	
	4 ^h	5	1 ^h	2	0	2	2	0	2	2	1	2 ^h	2	1 ^h	3	2 ^h	3	2 ^h	3	4 ^h	9	4 ^h	7	1 ^h	1	2 ^h	4	0	1 ^h	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública

EVENTOS ESPECIALES:

SEMANA 5: Malaria P. vivax: 2 (Prado-Tol., Bagre-Ant.); malaria P. falciparum: 2 (Meta); exp. rábica leve: 1 (Mosquera); mort. perinatal: 1 (Tolima); mort. IRA <5 años: 1 (Villera, Victoria-Cmarca).

SEMANA 6: Malaria P. vivax: 1 (Vichada); malaria P. falciparum: 1 (Guaviare); malaria mixta: 1 (Vichada); TBC pulmonar: 1 (La Guajira); mort. materna: 1 (Tolima); mort. por neumonía <5 años: 1 (Ubaté); parálisis flácida aguda: 1 (Chia); sarampion: 1 (Mosquera); meningitis por Hib: 1 (Cajicá); hepatitis A: 1 (Madrid).

SEMANA 7: Malaria P. falciparum: 1 (Llano); TBC pulmonar: 1 (San Pelayo-Córdoba); hepatitis B: 1 (Soacha); febre tifóidea: 1 (Cmarca); mort. por neumonía <5 años: 2 (Gachetá); mort. materna: 1 (Pacho); rubola: 1 (Soacha); lepra: 1 (Mosquera).

SEMANA 8: Lepra: 1 (Usme, B. Unidos, Cmarca); malaria P. vivax: 1 (San Juan de Córdoba, Putumayo, El Bagre-Ant.), 3 (Guaviare); TBC pulmonar: 1 (Boyacá, Meta); TBC extrapulmonar: 1 (Cmarca); hepatitis A: 2 (Cmarca); parálisis flácida aguda: 1 (Cmarca); dengue clásico: 1 (Meta); dengue hemorrágico: 1 (Villavicencio); muerte por neumonía <5 años: 1 (Caquetá, Boyacá).

> Brote Rubéola NA Brote Neumonía atípica + Sospechoso
! Brote Varicela V VIVAX % Probable
& Brote ETA M MIXTA D Descartado
° Brote de Parotitis F FALCIPARUM L. Confirmado por laboratorio * Intoxicación Exogena

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.