



La menstruación en el espacio laboral: una discusión pendiente

4

Editorial

5

Artículo central

22

Noticia epidemiológica

26

Emergencias en salud de interés internacional - ESPII

30

Comportamiento de eventos a nivel Distrital

Alcalde Mayor de Bogotá

Carlos Fernando Galán Pachón

Secretario Distrital de Salud

Gerson Orlando Bermont Galavis

Subsecretario de Salud Pública

Julián Alfredo Fernández Niño

Coordinación general del documento**Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva**

María Belén Jaimes Sanabria

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública

Diana Marcela Walteros Acero

Comité editorial

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga

Libia Janet Ramírez Garzón

Diane Moyano Romero

Luz Mery Vargas Gómez

Sandra Liliana Gómez Bautista

Leonardo Salas Zapata

Gestora editorial

Claudia Angelica Rodríguez Sánchez

Reporte de eventos de interés en Salud Pública

Rubén Darío Rodríguez Camargo

Oficina Asesora de Comunicaciones**Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones**

Estefanía Fajardo De la Espriella

Corrección de estilo

Adriana Helena Carrillo Monsalve

Líder equipo de diseño

Ana Gabriel Rodríguez Salamanca

Diseño y diagramación

Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada

www.sdmujer.gov.co

ISSN 0123 - 8590

ISSN: 2954- 6567 (En línea)

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Conmutador: (601)364 9090

Bogotá, D. C. - 2025

www.saludcapital.gov.co

Contenido

Editorial	4
La menstruación en el espacio laboral: una discusión pendiente	5
Fiebre de Oropouche: un riesgo latente para la salud pública de Bogotá	22
Información sobre emergencias en salud de interés internacional – ESPII. Corte a abril del 2025	26
Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en Bogotá, con corte a periodo 4 de 2025	30

Editorial

Las inequidades en salud son la expresión material de la acción de los determinantes sociales, que, al estructurarse en las sociedades, generan desigualdades injustas en los modos y condiciones de vida que limitan el disfrute del bienestar. El género, entendido como un constructo social, cultural e histórico que organiza los roles, comportamientos, atributos y expectativas de las personas, se configura como un determinante estructural que moldea la posición social de los individuos y, en consecuencia, constituye uno de los ejes centrales en la producción y reproducción de estas inequidades.

Ya son poco los detractores de este planteamiento. Múltiples desarrollos académicos, normativos y políticos se han ofrecido en los diferentes contextos con el objetivo de reducir las inequidades en ocasión al género. En este sentido, el enfoque de género conlleva reconocer estas desigualdades como el origen del problema público fundamental; esto implica no solo identificar diferencias, sino etiquetar su condición de injusticia e intervenir sobre las causas que las originan y reproducen. Sin embargo, el verdadero alcance de este enfoque está asociado a la concreción de instrumentos de acción que afecta de manera positiva las barreras económicas; la provisión de insumos esenciales; la adecuación de infraestructuras; la generación de entornos familiares, educativos, laborales y públicos inclusivos y la disposición de sistemas de información simétrica para todos y todas.

En esta línea, el artículo central del presente número del Boletín Epidemiológico Distrital (BED), recoge a la menstruación más allá de una experiencia corporal, biológica y fisiológica históricamente invisibilizada, situándola en una perspectiva de *inequidad menstrual*, entendida como un fenómeno enraizado en sistemas sociales, económicos, políticos y académicos androcéntricos que se inscribe en relaciones de poder que afectan el bienestar de quienes menstrúan. Un estudio de caso, claramente expuesto y desarrollado bajo esta perspectiva, ilustró de manera sólida situaciones problemáticas que viven las personas menstruantes en un entorno laboral específico. La interrupción de las actividades laborales, dificultades para acceder a servicios sanitarios adecuados, limitaciones para conseguir insumos, malestar físico durante la jornada, la normalización e invisibilización del dolor y el peso del estigma fueron evidenciados en sus resultados. Incluso, eventos como el trastorno disfórico premenstrual, que generan síntomas incapacitantes mayores en lo físico y emocional fue identificado de manera indirecta en una importante proporción de las personas encuestadas. Los datos también mostraron un hecho poco conocido; la pobreza menstrual también se presenta en entornos laborales formales, como expresión de inequidades persistentes.

En conclusión, la menstruación es una expresión concreta de las inequidades de género que atraviesan la salud pública. Su reconocimiento y abordaje desde la política pública representa una oportunidad para avanzar hacia la equidad. El Boletín Epidemiológico Distrital continuará aportando evidencia para la toma de decisiones, contribuyendo al cierre de brechas y al mejoramiento de las condiciones de salud de la población en el Distrito Capital.

La menstruación en el espacio laboral: una discusión pendiente

Paula Mariana Carvajal¹
 Angie Mabel Castañeda²
 Maria José Tapias³

Resumen

Este artículo analiza la menstruación en el espacio laboral como un asunto de derechos humanos y equidad de género con avances normativos en Colombia, pero con brechas persistentes de implementación. A partir de un estudio de caso en una entidad pública de Bogotá se argumenta que, pese al desarrollo jurisprudencial y legislativo reciente, persisten barreras materiales y simbólicas que afectan la gestión menstrual en el trabajo.

La encuesta aplicada a 150 mujeres y personas no binarias que menstrúan revela que el 46,6 % ha interrumpido actividades laborales por síntomas menstruales; el 37,3 % enfrenta dificultades para acceder a baños privados; y el 82 % considera difícil conseguir insumos en la institución. Además, el 98 % reporta malestar físico durante la jornada laboral. Los hallazgos también visibilizan obstáculos adicionales para personas trans y no binarias, quienes demandan baños neutros y acceso anónimo a insumos como condición de justicia menstrual.

Se concluye que la inequidad menstrual en el trabajo no se agota en la falta de infraestructura y productos, sino que refleja una brecha entre el reconocimiento normativo de los derechos menstruales y las condiciones institucionales necesarias para hacerlos efectivos. Se propone incorporar la equidad menstrual en las políticas laborales y de salud pública con enfoque interseccional, con responsabilidades distribuidas entre el Estado, las instituciones y las organizaciones.

Palabras claves: menstruación, inequidad menstrual, estigma, tabú, derechos.

¹ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. pmcarvajal@saludcapital.gov.co

² Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. amcastaneda@saludcapital.gov.co

³ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. mjtapias@saludcapital.gov.co

1. Introducción

¿Por qué una mujer debe sentir vergüenza de la menstruación?, ¿por qué las jóvenes no pueden acceder a un baño para cambiarse?, ¿por qué pierden horas y días de clase por falta de espacios e insumos? Estos interrogantes, planteados en un artículo en 2021 sobre una estrategia de subsidios menstruales en el país, enmarcan un tema cada vez más visible en la agenda pública: la higiene y salud menstrual como clave para eliminar barreras relacionadas con la menstruación.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha impulsado el reconocimiento de la higiene menstrual como tema central de derechos humanos, igualdad de género y salud pública, mediante la resolución del Consejo de Derechos Humanos del 2021 [1], la mesa redonda de la Alta Comisionada del 2023 [2], el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) del 2022 [3] y su inclusión en la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁴ (ODS) [4].

Como reflejo del interés público y político internacional, la interpretación de la menstruación en el discurso normativo colombiano se ha enmarcado en la triada menstruación, derechos e higiene [5]. La Corte Constitucional, impulsada principalmente por demandas ciudadanas y acciones de tutela, ha desarrollado jurisprudencia al respecto en las sentencias T-622/05 [6], T-848/05 [7] y la T-1069/05 [8] sobre requisas y acceso penitenciario⁵, así como la T-267/18 [9] por falta de servicios básicos y productos para la gestión del sangrado menstrual para mujeres privadas de la libertad, y los avances tales como la eliminación del IVA a productos menstruales (C-117/18)⁶ [10], y su extensión a reutilizables (C-102/21) [11].

⁴ Particularmente, el ODS 3: Salud y Bienestar; ODS 5: Igualdad de Género; ODS 6: Agua Limpia y Saneamiento; ODS 12: Producción y Consumo Responsables [4].

⁵ Fue la primera vez que la palabra menstruación apareció en una sentencia. Respondió a trece acciones constitucionales de mujeres en Cali que denunciaron vulneración de derechos por requisas vaginales para ingresar a un centro penitenciario y la negación de acceso durante su periodo [8].

⁶ Con lo cual Colombia se erigió como el primer país en el continente en abolir dicho gravamen [10].

En legislación ordinaria la Ley 2261/22 [12] obliga a proveer productos a personas privadas de libertad y se han presentado los proyectos de Ley 142/23 [13] y 378/23 [14] que proponen la implementación de la licencia menstrual, aunque hasta ahora no se han materializado en una ley.

Por su parte, un avance reciente se evidencia en la Circular 100-002-2025 del Departamento Administrativo de la Función Pública [15], la cual establece que las/os funcionarios de las entidades públicas podrán desarrollar sus actividades laborales de manera virtual hasta por tres (3) días al mes, como medida para promover la protección de los derechos menstruales de las mujeres y las personas no binarias; sin embargo, su aplicación está condicionada a la presencia de una sintomatología que supere los parámetros fisiológicos esperados, certificado por personal médico tratante de la entidad promotora de salud (EPS). Finalmente, la estrategia intersectorial del Ministerio de Salud (2023) [16] orienta la promoción del cuidado menstrual y sienta las bases para una política nacional integral⁷.

A nivel distrital el Acuerdo 883/23 del Concejo de Bogotá [17], en cumplimiento de la Sentencia T-768/19⁸ [18], establece lineamientos para garantizar higiene y dignidad menstrual en población en situación de calle.

Este recorrido normativo da cuenta de un proceso de reconocimiento progresivo en el que los marcos jurídicos han ampliado el alcance de los derechos menstruales, aunque su efectividad aún depende de condiciones materiales y socioculturales que lo posibiliten. Comprender esa tensión requiere ubicar los enfoques conceptuales que han orientado la discusión sobre menstruación en el ámbito del desarrollo y la salud pública.

⁷ Esta estrategia, dirigida a departamentos y municipios, contempla proveer insumos para el cuidado menstrual a población en situación de calle en grandes ciudades. En infraestructura fija metas como garantizar acceso gratuito a baños públicos para personas que menstrúan en al menos el 50 % de los municipios para 2026, y disponer dispositivos para dispensar productos y baños seguros en al menos el 50 % de las entidades públicas y privadas de atención al público en el mismo año [16].

⁸ En 2018 una mujer en condición de calle, sin recursos para insumos, con dismenorrea y flujo abundante interpuso tutela al gobierno. Tras una primera negación, en 2019 la Corte aprobó la petición. Desde entonces, la alcaldía distribuye productos a población en calle y acompaña la entrega con educación sobre su uso [18].

El enfoque WASH (Water and Sanitary Health) fue determinante para visibilizar la menstruación en la agenda internacional, particularmente en contextos escolares y en países de ingresos bajos, al plantear el acceso a productos absorbentes, agua, jabón y baños adecuados como requisito básico para el ejercicio de los derechos a la salud y la dignidad humana. A partir de este enfoque surgió el concepto de gestión de la higiene menstrual (Menstrual Hygiene Management - MHM), que define estándares básicos: uso de materiales limpios para absorber el sangrado, posibilidad de cambiarlos en privacidad, acceso a agua y jabón, y disposición segura de los productos usados [19]. Sin embargo, ambos enfoques han sido criticados por reducir la menstruación al acto de sangrar, invisibilizar el dolor, las condiciones médicas y el estigma social, excluir la diversidad de personas menstruantes y, en algunos casos, reproducir narrativas que presentan la menstruación como algo sucio o vergonzoso.

Este artículo reconoce esas limitaciones y se suma a las discusiones que, desde los activismos, la academia y distintas instancias de política pública, se han dado en Colombia sobre la necesidad de situar la menstruación desde las condiciones propias del contexto nacional. Esas discusiones abarcan no solo las condiciones materiales de la gestión menstrual, sino también el lenguaje con el que se nombra, las categorías con las que se analiza y los enfoques desde los que se interviene. Han señalado desplazamientos necesarios: del debate desde la higiene hacia los derechos, de una comprensión centrada en el cuerpo de mujeres cisgénero hacia el reconocimiento de la diversidad corporal y de género de las personas menstruantes, de la vergüenza hacia la dignidad.

Igualmente, han cuestionado términos como pobreza menstrual por su riesgo de reestigmatizar la vivencia y han propuesto enfoques centrados en la garantía de derechos, la autonomía de quienes menstrúan y la construcción de culturas organizacionales libres de estigma. Han recordado, además, que esta agenda es transversal: las brechas en acceso a insumos no afectan a toda la población por igual, pero las necesidades de educación menstrual, salud y reconocimiento como sujetos de derecho sí lo hacen. Este artículo retoma algunos de esos trayectos. No los agota ni los representa.

Sin embargo, proponer ese desplazamiento no equivale a dar por resueltas las condiciones materiales que

lo hacen posible. En Colombia el acceso a insumos de absorción, a baños adecuados y a condiciones básicas de saneamiento, sigue siendo una deuda pendiente para una parte significativa de la población. Sin ese piso, los marcos más integrales encuentran límites concretos. La apuesta de este artículo es, por tanto, hablar de infraestructura e insumos sin reducir la menstruación a un problema de higiene: reconocer las condiciones materiales como expresión de derechos exigibles y no como gestión de algo sucio, nombrar la falta de acceso como inequidad estructural y no como carencia individual, y situar estas necesidades dentro de un marco que incluye el dolor, el estigma, la diversidad corporal y de género, y la responsabilidad del Estado y las organizaciones.

Este artículo adopta la perspectiva de la *inequidad menstrual*, entendida como un fenómeno enraizado en sistemas sociales, económicos, políticos y académicos androcéntricos⁹. De acuerdo con la propuesta de Holst, *et al* [20], la inequidad menstrual se manifiesta en dos dimensiones: de una parte, las disparidades entre personas menstruantes (mujeres, hombres trans y personas no binarias) y hombres en el acceso desigual a atención sanitaria, educación, conocimiento, la persistencia del estigma, la discriminación y las limitaciones de la participación social, comunitaria, política y económica, y de otra parte, las desigualdades entre las personas que menstrúan en los ámbitos señalados con anterioridad.

La inequidad menstrual permite ir más allá de la pobreza menstrual (entendida como la escasez de recursos económicos y la falta de acceso a servicios, productos e instalaciones para la gestión de la menstruación) [21,22], e incorpora las condiciones sociales, institucionales, simbólicas y de género que afectan la experiencia menstrual [20,21,23]. Este artículo parte de la perspectiva de que las barreras para acceder a insumos, baños privados, información y entornos laborales libres de estigma no son expresiones de precariedad individual, sino

manifestaciones de desigualdades estructurales. Los datos empíricos de este estudio buscan sustentarlo.

El tabú y el estigma menstrual son dos fenómenos centrales para comprender las dimensiones simbólicas de la inequidad menstrual. El primero se refiere al conjunto de prohibiciones, silencios y normas sociales que históricamente han convertido la menstruación en un asunto privado que no debe nombrarse en el espacio público ni laboral [24]. El estigma, por su parte, se refiere al proceso mediante el cual esas representaciones negativas se internalizan y se expresan en vergüenza, ocultamiento y conductas de evitación [25]. Ambos fenómenos son construcciones sociales con efectos materiales concretos sobre el acceso a recursos, el bienestar y la participación laboral de las mujeres y personas no binarias que menstrúan.

Este artículo presenta los hallazgos de una encuesta aplicada a mujeres y personas no binarias que laboran en una entidad pública de Bogotá, la cual se encuentra como Anexo final al presente artículo. Los resultados evidencian que la menstruación es una experiencia de género que, al no ser reconocida ni atendida en los espacios laborales, reproduce desigualdades que afectan el bienestar [20,21]. Aunque este estudio se sitúa en una entidad pública y, por tanto, en un contexto de empleo formal, sus hallazgos dialogan con discusiones más amplias: visibilizan que incluso en espacios institucionalizados persisten barreras materiales, simbólicas y organizacionales que afectan el ejercicio de derechos.

Finalmente, este artículo se propone como una contribución empírica al explorar, en un contexto poco abordado por la literatura, las limitaciones que enfrentan mujeres y personas no binarias adultas en el entorno laboral formal. Aunque los estudios sobre inequidades menstruales en instituciones educativas de países de renta baja y media han aumentado, los que indagan esta problemática en espacios de trabajo y en población adulta sigue siendo limitados. Asimismo, ofrece una contribución al evidenciar que la inequidad menstrual no se limita a contextos de precariedad, sino que se expresa también en empleos formales urbanos, con lo cual se amplía el alcance del concepto y se fundamenta su incorporación en el diseño de políticas de salud laboral y desarrollo.

⁹ El androcentrismo implica que los valores, prioridades y características físicas masculinas se han considerado como el estándar "neutral" en la sociedad, lo que ha llevado a que la menstruación no sea vista como un proceso normativo ni relevante en políticas públicas, investigaciones científicas, sistemas de salud o entornos laborales. Esta invisibilización ha contribuido a la falta de educación menstrual, al estigma social, a la medicalización excesiva del ciclo menstrual y a la ausencia de infraestructura adecuada para su gestión [20].

2. Materiales y métodos

Se realizó un estudio de caso dirigido a mujeres y personas no binarias que laboran en una institución pública de Bogotá. Se aplicó una encuesta transversal, difundida por correo institucional entre septiembre y octubre de 2022 mediante Microsoft Forms, con apoyo de las áreas de talento humano y comunicaciones. El muestreo fue por conveniencia, participación anónima y voluntaria.

La encuesta buscó caracterizar experiencias, necesidades y percepciones sobre menstruación en el entorno laboral en el marco de la estrategia de salud menstrual que la entidad pretendía ampliar en Bogotá, lo que incluyó la propuesta del equipo técnico de establecer puntos de distribución de insumos para la absorción de sangre menstrual al interior de la entidad. Las variables se establecieron con base en instrumentos nacionales e internacionales: Encuesta Pulso Social del DANE [26], Escala de Necesidades de Prácticas Menstruales 36 (MPNS) [27] y la guía UNESCO sobre Educación a la pubertad y gestión de la higiene menstrual [28].

El instrumento incluyó 25 ítems en seis categorías: espacio laboral, características personales, menstruación, efectos, insumos e instalaciones, y apoyo. Se recolectaron datos sociodemográficos, ubicación laboral, aspectos fisiológicos y emocionales (Anexo). Durante la fase de aplicación se registraron también observaciones sobre la recepción de la encuesta, que constituyeron información etnográfica relevante sobre el tabú menstrual en el entorno institucional y que se retoman en la discusión.

Para el análisis de los datos se establecieron dos criterios de inclusión: 1) trabajar en la entidad y 2) menstruar, sin importar identidad de género. El análisis aplicó técnicas descriptivas con frecuencias y análisis bivariado (por ejemplo, síntomas y suspensión de actividades) para comprender las condiciones que afectan la experiencia menstrual en el trabajo.

De acuerdo con el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 [29] la presente fue una investigación sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas participantes.

3. Resultados

Las 150 personas que contestaron la encuesta se encuentran entre los 23 y 53 años; el 99,3 % (n=149) se consideran mujeres y una se reconoce como hombre transgénero. El 65,3 % cuenta con posgrado, el 21,3 % está en nivel universitario, el 10 % técnico o tecnológico y el 3,3 % cuenta con educación básica secundaria y media.

Caracterización de la menstruación

Del total de personas que menstrúan (n=150), el 52 % (n=78) sangra entre 4 y 5 días, el 20,7 % (n=31) entre 1 y 3, el 15,3 % (n=23) entre 6 y 7 y el 12 % (n=18) más de 7 días. Entre quienes presentan periodos mayores a 6 días el 51,2 % (n=21) tiene entre 40 y 53 años, mientras que el 41,9 % (n=13) de quienes sangran entre 1 y 3 días está entre 25 y 33 años.

Respecto al flujo, el 51,3 % (n=77) reporta abundante, agotando la absorción del insumo en menos de 4 horas; el 44,1 % (n=34) de estas mujeres sangra más de 6 días. El 30,7 % (n=46) indica flujo moderado (menos de 6 horas) y el 18 % (n=27) flujo ligero (menos de 8 horas).

Finalmente, el 98 % (n=147) reporta síntomas habituales como "dolor o calambres en la parte inferior de abdomen", "hinchazón/dolor de senos", "cansancio/falta de energía", "cambios de humor", "dolor de cabeza", "hemorragia", "dolor en la espalda baja de la espalda y piernas", "mareos", "alteraciones en la piel" y "nauseas"; solo el 2 % (n=3) no presenta malestar.

Efectos de la menstruación

El 46,6 % (n=70) respondió haber tenido que suspender o interrumpir sus actividades usuales laborales a causa de su periodo menstrual. De esta respuesta múltiple, 57 personas expresaron entre las causas el "dolor de estómago", "dolor de espalda" y "malestar general", 43 personas manifestaron el "sangrado excesivo" y 13 "por falta de baños cercanos, privados o limpios para cambiarse".

A su vez, todas las personas coincidieron al afirmar que han experimentado una o varias de las siguientes emociones cuando llega su sangrado durante su jornada laboral: "tristeza", "irritabilidad", "miedo",

"desinterés en desarrollar actividades diarias", "ansiedad", "llanto", "fatiga" y "mal humor".

En la desagregación por grupos de edad se observa que, a mayor edad, menos personas suspenden la jornada laboral. No obstante, entre las mujeres que no interrumpen sus labores durante la menstruación (n=80), se reporta igualmente la presencia de emociones como tristeza, irritabilidad y llanto. Además, el 31 % de este grupo (n=25) ha enfrentado dificultades para acceder a un baño privado, cercano y en condiciones higiénicas adecuadas.

Insumos

En cuanto a los insumos utilizados para el sangrado, si bien las respuestas son diversas, predomina el uso de insumos desechables: 73,3 % (n=110) como

toallas, tampones, protectores. Un 16 % (n=24) combina desechables y reutilizables, y el 10 % (n=15) usa solo copas o discos.

Las preferencias varían por edad: los desechables son más comunes en mujeres mayores, mientras que los reutilizables (copas, discos, toallas y ropa absorbente) se usan más entre jóvenes. El 42,8 % de mujeres de 20 a 29 años y el 35,6 % de 30 a 39 años reportan su uso, lo que subraya la necesidad de espacios privados y limpios para el recambio.

Adicionalmente frente a la pregunta "¿durante el último mes ha tenido dificultades económicas para adquirir los elementos necesarios para atender su fase menstrual?" el 10 % (n=15) manifestó tener dificultades económicas.

Tabla 1. Distribución por edad del tipo de insumo utilizado durante la fase menstrual

Insumo utilizado	20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		< de 50 años		Sin dato	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Únicamente desechables (toallas, tampones, protectores)	12	57,1	37	62,7	52	86,7	7	100	2	110
Insumos reutilizables y desechables combinados	5	23,8	12	20,3	6	10,0		0	1	24
Solo copas o discos	4	19,0	9	15,3	2	3,3		0		15
Ninguno	0	0,0	1	1,7		0,0		0		1
Total	21	100,0	59	100,0	60	100,0	7	100	3	150

Fuente: elaboración propia

Instalaciones / espacio laboral:

El 37,3 % (n=56) reportó dificultades para acceder a un baño cercano, privado y limpio durante la menstruación, situación más frecuente en personas con flujo abundante (40,3 %, n=31). Respecto a conseguir insumos absorbentes en la institución, el 52 % (n=78) lo calificó como "muy difícil" y el 31 % (n=46) como "difícil", es decir, el 82 % enfrenta

problemas para obtenerlos, lo que da cuenta de la falta de condiciones mínimas pese a que muchas personas que laboran allí menstrúan y la entidad atiende público. Además, el 97,3 % (n=146) considera "pertinente" o "muy pertinente" ubicar puntos de acceso a insumos desechables y el 78,6 % (n=118) estaría dispuesta/o a usar dispensadores gratuitos.

Tabla 2. Características de las instalaciones y el espacio laboral para la gestión menstrual

¿En el último mes tuvo dificultades para acceder en la institución a un baño cercano, privado y limpio para cambiar sus implementos menstruales?	Si				No			
	n		%		n		%	
	56		37,3%		94		62,7%	
¿Cómo describiría que es conseguir un insumo absorbente dentro de la institución?	Muy difícil		Difícil		Regular		Fácil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	78	52%	46	31%	14	9%	12	8%
¿Qué tan pertinente considera ubicar puntos en la institución para el acceso a insumos desechables para la gestión del sangrado menstrual?	Muy pertinente		Pertinente		Poco pertinente		Nada pertinente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	106	71%	40	27%	1	1%	3	2%
Si en la institución se ubicara un dispensador gratuito de insumos absorbentes, ¿qué tan dispuesta/o estaría a reponer el insumo que utilizó?	Muy dispuesta/o		Dispuesta/o		Poco dispuesta/o		Nada dispuesta/o	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	82	55%	46	31%	4	3%	9	6%
¿Qué tan dispuesta/o estaría a utilizar insumos absorbentes que fueron donados por otra persona de la entidad?	Muy dispuesta/o		Dispuesta/o		Poco dispuesta/o		Nada dispuesta/o	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	51	34%	67	44,6%	11	7,3%	12	8%

Fuente: elaboración propia

Los lugares que generan mayor seguridad para cambiar implementos de sangrado menstrual son baños privados, menos concurridos o para personas con discapacidad, por ser individuales, limpios y con lavamanos, especialmente útiles para el cambio de la copa menstrual. También se valora la comodidad entendida desde la baja afluencia y ubicación aislada. Para ubicar puntos estratégicos de insumos, la mayoría de las personas encuestadas prefiere los baños de cada piso, y priorizan la privacidad. Además, se destaca la necesidad de puntos neutros para personas con identidades de género diversas ubicados en lugares accesibles y visibles, cerca de áreas de seguridad o atención al público.

Apoyo y situaciones relacionadas con la menstruación

El 36,6 % (n=55) de las/os encuestados percibe fácil el apoyo del grupo ante situaciones como “mancharse y no tener insumos absorbentes para el sangrado menstrual”, y el 28 % (n=42) lo considera regular. Para conseguir toallas o tampones se recurre principalmente a compañeras o amigas; cuando no hay insumos, deben salir a comprarlos. Las emociones más frecuentes ante mancharse son vergüenza (84,6 %) y preocupación (74 %), seguidas de frustración (46 %) y desesperación (40,6 %). Solo el 2,6 % reporta que nunca se ha manchado. Las acciones más frecuentes en estos casos son: cubrir la zona (90,7 %), buscar insumo (62,7 %) y desplazarse al domicilio (65,3 %); el 44 % realiza todas las anteriores.

4. Discusión

La encuesta contó con el apoyo de las directivas y el equipo de talento humano, a pesar de lo cual su implementación no fue sencilla. Muchas personas rechazaron responder por vergüenza y esa reticencia a participar reveló cómo se percibe la menstruación como un asunto privado. Algunas comentaban entre compañeras en voz baja antes de decidir si participar; otras se acercaban a quienes informaban sobre la encuesta para preguntar, casi en secreto, si sería anónima y cómo se garantizaría esa condición. Esta experiencia constituyó en sí misma un dato etnográfico:

el tabú menstrual opera incluso cuando la institución genera un espacio para nombrarlo. El estigma, por su parte, se manifestó en el cuestionamiento del anonimato, en la vergüenza de responder preguntas sobre una experiencia corporal cotidiana y en la percepción de que nombrar la menstruación transgrede un límite de lo aceptable en el entorno laboral. El escaso interés en responder —un desafío inicial—, anticipó un problema mayor confirmado por los resultados: las necesidades menstruales se gestionan de manera invisible, individual y con muy poco respaldo institucional.

Malestar menstrual en el trabajo: entre la normalización y la urgencia de abrir espacios de diálogo

De acuerdo con la Encuesta Nacional Pulso Social realizada por el DANE [26], en Bogotá el 9,8 % de las personas participantes reportó haber suspendido o interrumpido sus actividades laborales, educativas o domésticas durante el último mes a causa de su periodo menstrual. De estas, el 100 % señaló como principal motivo el dolor de estómago, espalda, cabeza o malestar general. El presente estudio confirma esta tendencia y la amplía: el 98 % reportó malestar físico y el 100 % emociones como tristeza, irritabilidad, ansiedad y mal humor. Sin embargo, solo el 46,6 % de los encuestados suspendió sus labores. La distancia entre el malestar reportado y las ausencias es en sí misma un hallazgo.

Adicionalmente, los datos llaman la atención sobre cómo se vive y gestiona la menstruación a lo largo del ciclo vital. Los resultados evidencian que a mayor edad menos personas interrumpen su jornada, aunque quienes continúan trabajando (n=80) experimentan emociones como tristeza, irritabilidad y llanto, y el 31 % enfrenta dificultades para acceder a baños privados y adecuados.

Aunque la encuesta no profundizó en las razones para continuar trabajando pese al malestar, algunos estudios ofrecen claves. Holst *et al* [20] documentaron en España que el ausentismo laboral por dolores o síntomas asociados a la fase menstrual se percibe como vergonzoso o inaceptable, lo que lleva a algunas personas a recurrir a analgésicos o anticonceptivos

hormonales para mantener la productividad. Por su parte, Hennegan *et al* [30] confirmaron en Uganda que la presión por el rendimiento, la incompreensión de empleadores y colegas y la imposibilidad de asumir pérdidas de ingresos, empujaban hacia el presentismo¹⁰. En ambos casos puede afirmarse que trabajar con dolor difícilmente puede considerarse una elección libre; por el contrario, responde a entornos que no reconocen la menstruación como una experiencia que requiere ajustes institucionales. En el estudio de caso realizado en una institución de Bogotá, el que la mayoría de las personas encuestadas haya trabajado pese al malestar habla del estigma que normaliza el dolor y del silencio que impide nombrarlo.

Limitaciones en el acceso a insumos e infraestructura sanitaria adecuada

En el espacio laboral estudiado se han identificado barreras materiales que dificultan la gestión del sangrado menstrual, en particular la falta de baños privados, cercanos y limpios para cambiarse afecta especialmente a personas con flujos abundantes y a quienes utilizan insumos reutilizables como copas menstruales, que requieren condiciones específicas para el cambio de los mismos.

Así lo expresaron algunas personas encuestadas: "Las mujeres que usamos copa menstrual tenemos inconvenientes con su limpieza pues el baño no es privado", "La entidad debería tener un lugar más privado. Con la menstruación fuerte vienen asociados temas de gases y diarrea y no tenemos privacidad, además del temor de ser criticadas o juzgadas como sucias", "Es necesario tener un baño individual, con lavamanos y jabón de manos, en cada piso para el cambio de copa, por limpieza y por comodidad", "Ninguno de los baños ofrecen privacidad, deben mejorarse en todo sentido".

Los datos cuantifican esas barreras: el 82 % ha tenido dificultades para conseguir insumos absorbentes en el trabajo, el 37,3 % reporta problemas para acceder a baños adecuados y el 10 % enfrenta limitaciones

económicas para adquirir productos menstruales aun contando con empleo formal e ingresos mensuales. La persistencia de estas barreras en contextos urbanos y laborales formales confirma que la inequidad menstrual no es un problema que se limite a la precariedad económica individual. Tener empleo y salario no resuelve la falta de un baño privado ni la ausencia de insumos en la institución. En este caso lo que está ausente no es capacidad de pago, es la responsabilidad institucional de garantizar condiciones dignas para quienes menstrúan. Esta desigualdad adquiere una dimensión particular en el caso de personas con identidades de género diversas; un hombre trans que participó en la encuesta lo describe de la siguiente manera: "No hago uso de ninguno [se refiere a los baños de la entidad], lo que hago es tal vez irme un poco más temprano a mi casa para realizar el cambio, porque los baños del primer piso no tienen la infraestructura y privacidad para hacer el retiro de la copa y lavarla (...) Por el hecho de ser un hombre trans, me gustaría que existiera un baño neutro donde me sienta seguro".

Y sobre el acceso a insumos, señaló:

“Es difícil que un hombre trans exponga a sus compañerxs que requiere alguno de estos insumos [se refiere a insumos absorbentes], esto no tiene que ver necesariamente con que la experiencia menstrual y la identidad de género masculina sean incompatibles, sino con las potenciales discriminaciones que esta información pueda desatar, en muchas ocasiones esto ya pone en duda la identidad y marca las relaciones que se establecen de ahí en adelante. Por esto es importantísimo que haya lugares para acceder a los insumos sin barreras relacionadas con la identidad de género.”

Este testimonio refleja cómo la infraestructura y las prácticas institucionales cisnormativas¹¹ convierten la gestión menstrual en un acto que expone la identidad de género, lo que puede reforzar los estigmas y la exclusión de personas trans y no binarias que

¹⁰ Presentismo: fenómeno mediante el cual la persona asiste a su lugar de trabajo y continúa desempeñando sus funciones a pesar de experimentar síntomas menstruales que afectan su bienestar (dolor, sangrado abundante, malestar emocional), se entiende cómo trabajar sintiéndose mal.[20]

¹¹ Cisnormatividad (o normas cisnormativas): conjunto de supuestos sociales, institucionales y culturales que asumen que todas las personas que menstrúan son mujeres cisgénero, invisibilizando así a las personas trans y no binarias que también menstrúan.[20]

menstrúan. En línea con Rydström [31] se plantea la necesidad de “desgenerizar” la menstruación (*Degendering Menstruation*), lo cual parte de reconocer la menstruación como una experiencia diversa, no limitada a mujeres cisgénero, lo que implica transformar discursos, prácticas e infraestructuras que perpetúan la invisibilidad y el estigma. Garantizar baños neutros, acceso anónimo a insumos y políticas inclusivas es una cuestión de justicia menstrual y reconocimiento de la diversidad corporal y de género.

La vergüenza de mancharse: emociones y reacciones ante la menstruación

Mancharse en el trabajo suscita diferentes emociones entre las personas encuestadas: vergüenza (84,6 %), preocupación (74 %), frustración (46 %) y desesperación (40,6 %). Que la vergüenza sea la emoción más enunciada puede leerse como expresión del estigma menstrual internalizado: la norma que tiende a convertir el ocultamiento en la respuesta más frecuente. La preocupación como emoción señalada en segundo lugar sugiere otra interpretación: el temor al juicio del entorno, la expresión del tabú menstrual como regulador de la conducta en el espacio laboral. Las emociones de frustración y desesperación apuntan por su parte a la dificultad para resolver una situación en ausencia de condiciones institucionales que la anticipen.

Las acciones asociadas a la situación de mancharse refuerzan esta interpretación: la mayoría opta por medidas inmediatas para ocultar la mancha tales como cubrir la zona (90,7 %) y/o ir a su domicilio (65,3 %); el 44 % elige “todas las anteriores”. Estas respuestas (ocultar, salir, cubrirse) no son solo prácticas, son expresiones del estigma menstrual que conduce a quienes menstrúan a gestionar no solo el cuerpo, sino también la visibilidad social de ese cuerpo en el espacio laboral. El estigma internalizado convierte una necesidad fisiológica en algo que debe esconderse, con costos emocionales y físicos que el entorno laboral raramente reconoce [20].

Lo que la institución no provee las personas lo resuelven entre sí. Más del 80 % recurre a compañeras cercanas para obtener insumos; este intercambio ocurre en silencio, por

debajo de la mesa, porque hablar abiertamente de la menstruación sigue siendo difícil. Estudios han documentado este patrón de intercambio encubierto de tampones, analgésicos y bolsas de agua caliente para sobrellevar síntomas en el espacio laboral [32]. Aunque la encuesta no profundizó en ello, la literatura documenta que cuando no hay productos para gestionar el sangrado, muchas personas toman precauciones con la vestimenta (ropa oscura) o recurren a papel higiénico o paños [20,33], medidas inadecuadas y poco cómodas. Otros estudios sugieren que la falta de acceso a productos puede derivar en métodos de gestión menstrual poco higiénicos, con posibles implicaciones para la salud y el desarrollo psicosocial [34]. En entornos más precarios se han documentado usos de retazos de tela industrial como absorbentes, con riesgos sanitarios concretos [35].

Finalmente, aunque el 32,9 % de las personas encuestadas considera que es “fácil” recibir apoyo del grupo de trabajo si se manchan y no cuentan con insumos, otro 20,6 % señala que esta situación es “difícil” o “muy difícil”, lo que expresa tanto la existencia de redes de apoyo como los límites de su alcance.

5. Conclusiones

Este estudio permitió profundizar la mirada sobre la inequidad menstrual en el ámbito laboral y señalar cómo las condiciones materiales, emocionales y sociales que enfrentan las personas menstruantes están atravesadas por estructuras normativas e institucionales que reproducen desigualdades de género. Estas no se limitan a la falta de insumos, sino que incluyen estigmas persistentes, la normalización del malestar y la ausencia de políticas laborales sensibles a la diversidad de experiencias menstruales.

Los hallazgos de la encuesta ilustran esa complejidad: más de un tercio de las personas reportó dificultades para acceder a baños privados y limpios, y más de la mitad señaló problemas para conseguir insumos en la entidad. Este panorama, situado en un contexto

laboral institucionalizado, confirma que la inequidad menstrual no es un problema de precariedad económica individual; es una expresión de desigualdad estructural que el estigma sostiene y que la ausencia de políticas institucionales mantiene.

Este estudio subraya la necesidad de incorporar la equidad menstrual en las agendas de género y salud laboral como indicador de bienestar y justicia social. Aunque las políticas públicas comienzan a reconocer la menstruación como un asunto de derechos, persiste el reto de trasladar estos marcos normativos a prácticas cotidianas. Ese tránsito exige precisar quiénes tienen responsabilidad en hacerlo y en qué nivel, pues las transformaciones requeridas operan tanto en el plano normativo como en el institucional y cultural. Los avances recientes en materia de licencias menstruales son importantes, pero su diseño requiere atención a los mecanismos de implementación para no reproducir cargas adicionales sobre quienes menstrúan.

Materializar el enfoque de derechos en este campo exige atención a los riesgos de su implementación: cuando las políticas menstruales se adoptan como medidas simbólicas sin cambiar las condiciones estructurales que producen la inequidad, su potencial transformador se limita. La categoría de inequidad menstrual, con su énfasis en las relaciones de poder y las estructuras institucionales, ofrece una base conceptual para el diseño de intervenciones con mayor alcance y sostenibilidad.

Finalmente, se requiere una perspectiva interseccional, pues las experiencias varían según edad, pertenencia étnica, nivel socioeconómico e identidad de género. Las personas trans y no binarias enfrentan obstáculos adicionales, como la falta de baños neutros y el temor a la discriminación, lo que demanda políticas que tengan en cuenta sus necesidades particulares. Las redes informales de apoyo ayudan a sobrellevar emergencias, pero no sustituyen la obligación institucional de garantizar insumos e infraestructura.

Referencias

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Gestión de la higiene menstrual, derechos humanos e igualdad de género [Internet]. 2021 [citado el 13

de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/HRC/RES/47/4>

2. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. OHCHR [Internet]. 2023 [citado el 7 de octubre de 2025]. Mesa redonda sobre la gestión de la higiene menstrual, los derechos humanos y la igualdad de género - Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/ahrc5340-panel-discussion-menstrual-hygiene-management-human-rights-and>
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Informe de 2022–2023: Revisión intermedia del Plan Estratégico 2022–2025. [Internet]. 2023 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/2022-2023-report>
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago: Naciones Unidas [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311197/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>[Agenda 2030...Sostenible]
5. García LSA, Villota J del PP. La construcción de los derechos menstruales como derecho fundamental en el sistema jurídico colombiano. *Estud Socio-Jurid.* el 25 de abril de 2023;25(2). doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/sociojuridicos/a.12423
6. Corte Constitucional de Colombia, Magistrado ponente: Álvaro Tafur Galvis. Sentencia T-622/05 [Internet]. 2005 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://jurisprudenciaconstitucional.com/resolucion/97946-corte-constitucional-de-colombia-t-622-05>
7. Colombia CC de, Magistrado ponente: Manuel José Cepeda Espinosa. Sentencia T-848/05 [Internet]. 2005 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/>

8. Corte Constitucional de Colombia, Magistrado ponente: Rodrigo Escobar Gil. Sentencia T-1069/05 [Internet]. 2005 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://jurisprudenciaconstitucional.com/resolucion/97605-corte-constitucional-de-colombia-t-1069-05>
9. Corte Constitucional de Colombia, Magistrado ponente: Carlos Bernal Pulido. Sentencia T-267 de 2018 [Internet]. 2018 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=88246&dt=S>
10. Corte Constitucional de Colombia., Magistrada ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado. Corte Constitucional de Colombia | Guardián de la Constitución. [Internet]. 2018 [citado el 7 de octubre de 2025]. Sentencia C-117/18. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/>
11. Corte Constitucional de Colombia, Magistrado ponente: José Fernando Reyes Cuartas. Corte Constitucional de Colombia | Guardián de la Constitución. [Internet]. 2021 [citado el 7 de octubre de 2025]. Sentencia C-102/21. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/>
12. Congreso de Colombia. Ley 2261 de 2022 [Internet]. 2022 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: [https://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/TEXTOS_COMPLETOS/7_LEYES/LEYES%202022/Ley%202261%20de%202022%20\(Mujeres%20privadas%20de%20la%20libertad\).pdf](https://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/TEXTOS_COMPLETOS/7_LEYES/LEYES%202022/Ley%202261%20de%202022%20(Mujeres%20privadas%20de%20la%20libertad).pdf)
13. Congreso de Colombia. Proyecto de ley número 142 de 2023 [Internet]. 2023 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://vlex.com.co/vid/proyecto-ley-numero-142-950454723>
14. Congreso de Colombia. Proyecto de Ley 378 de 2023. 2023. Located at: Gaceta del congreso
15. Departamento Administrativo de la Función Pública. Gestor normativo [Internet]. 2025 [citado el 21 de mayo de 2026]. Circular Externa 100-002-2025 de 2025. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=257176>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia intersectorial para la promoción de la salud y cuidado menstrual en Colombia. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/estrategia-intersectorial-salud-cuidado-menstrual.pdf>
17. Concejo de Bogotá, D.C. Acuerdo 883 de 2023 [Internet]. 2023 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=139418>
18. Corte Constitucional de Colombia., Magistrado ponente: José Fernando Reyes Cuartas. Sentencia T-768/19 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-768-19.htm>
19. Sommer M, Hirsch JS, Nathanson C, Parker RG. Comfortably, Safely, and Without Shame: Defining Menstrual Hygiene Management as a Public Health Issue. *Am J Public Health*. julio de 2015;105(7):1302–11. doi:10.2105/AJPH.2014.302525 PubMed PMID: 25973831; PubMed Central PMCID: PMC4463372.
20. Holst AS, Jacques-Aviñó C, Berenguera A, Pinzón-Sanabria D, Valls-Llobet C, Munrós-Feliu J, et al. Experiences of menstrual inequity and menstrual health among women and people who menstruate in the Barcelona area (Spain): a qualitative study. *Reprod Health*. el 19 de febrero de 2022;19(1):45. doi:10.1186/s12978-022-01354-5 PubMed PMID: 35183195; PubMed Central PMCID: PMC8857732.
21. Lidia de la Iglesia Aza, Bernadett Solymosi Szekeres. La menstruación en el entorno laboral. *Lan Harremanak* [Internet]. 2024 [citado el 7 de octubre de 2025];51, 58–89. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9656871>
22. Rossouw L, Ross H. Understanding Period Poverty: Socio-Economic Inequalities in Menstrual Hygiene Management in Eight Low- and Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. el 4 de marzo de 2021;18(5):2571. doi:10.3390/ijerph18052571 PubMed PMID: 33806590; PubMed Central PMCID: PMC7967348.
23. Medina-Perucha L, López-Jiménez T, Jacques-Aviñó C, Holst AS, Valls-Llobet C, Munrós-Feliu J,

- et al. Menstruation and social inequities in Spain: a cross-sectional online survey-based study. *Int J Equity Health*. el 17 de mayo de 2023;22(1):92. doi:10.1186/s12939-023-01904-8 PubMed PMID: 37198680; PubMed Central PMCID: PMC10189710.
24. Bobel C. Introduction: Menstruation as Lens—Menstruation as Opportunity. En: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson KA, Kissling EA, Roberts TA, editores. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies* [Internet]. Singapore: Palgrave Macmillan; 2020 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565630/> PubMed PMID: 33347178.
25. Elizabeth Arveda Kissling. Sangrando a viva voz: Comunicación sobre la menstruación [Internet]. 1996 [citado el 30 de julio de 2026]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0959353596064002>
26. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Encuesta Pulso Social [Internet]. [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social>
27. Hennegan J, Nansubuga A, Smith C, Redshaw M, Akullo A, Schwab KJ. Measuring menstrual hygiene experience: development and validation of the Menstrual Practice Needs Scale (MPNS-36) in Soroti, Uganda. *BMJ Open*. el 17 de febrero de 2020;10(2):e034461. doi:10.1136/bmjopen-2019-034461 PubMed PMID: 32071187; PubMed Central PMCID: PMC7044919.
28. United Nations, Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO. Puberty Education and Menstrual Hygiene Management [Internet]. 2014 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://asanteafrica.org/wp-content/uploads/2018/03/UNESCO-Puberty-rpt.pdf>
29. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993 [Internet]. 1993 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
30. Hennegan J, Kibira SPS, Exum NG, Schwab KJ, Makumbi FE, Bukenya J. "I do what a woman should do": a grounded theory study of women's menstrual experiences at work in Mukono District, Uganda. *BMJ Glob Health*. noviembre de 2020;5(11):e003433. doi:10.1136/bmjgh-2020-003433 PubMed PMID: 33219001; PubMed Central PMCID: PMC7682193.
31. Rydström K. Degendering Menstruation: Making Trans Menstruators Matter. En: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson KA, Kissling EA, Roberts TA, editores. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies* [Internet]. Singapore: Palgrave Macmillan; 2020 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565621/> PubMed PMID: 33347169.
32. Staff N. Paid menstrual leave takes aim at stigma of periods in the workplace. *CityNews Halifax* [Internet]. el 20 de octubre de 2021 [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://halifax.citynews.ca/2021/10/20/paid-menstrual-leave-takes-aim-at-stigma-of-periods-in-the-workplace-4533491/>
33. Paria B, Bhattacharyya A, Das S. A Comparative Study on Menstrual Hygiene Among Urban and Rural Adolescent Girls of West Bengal. *J Fam Med Prim Care*. el 1 de octubre de 2014;3:413–7. doi:10.4103/2249-4863.148131
34. Sumpter C, Torondel B. A Systematic Review of the Health and Social Effects of Menstrual Hygiene Management. *PLOS ONE*. el 26 de abril de 2013;8(4):e62004. doi:10.1371/journal.pone.0062004
35. Sommer M, Chandraratna S, Cavill S, Mahon T, Phillips-Howard P. Managing menstruation in the workplace: an overlooked issue in low- and middle-income countries. *Int J Equity Health*. el 6 de junio de 2016;15(1):86. doi:10.1186/s12939-016-0379-8

Anexo: Cuestionario de la encuesta ¿Cómo vivimos la menstruación en una institución pública de Bogotá?

Ítem	Categoría	Pregunta	Opciones de respuesta
1	Identificación del espacio laboral	¿En qué edificio labora actualmente?	Edificio 1 Edificio 2 Edificio 3 Edificio 4
2		Indique la dependencia a la que pertenece	Respuesta abierta
3	Características personales	¿Cuántos años cumplidos tiene?	Respuesta abierta
4		¿Usted se considera? (identidad de género)	Mujer Hombre Transgénero
5		¿Cuál es el nivel y grado escolar más alto que ha aprobado?	Básica secundaria y media Técnico o tecnólogo Universitario Postgrado
6	Caracterización de la menstruación	¿Usted menstrua?	Si No
7		¿Cuál es la duración de su menstruación?	de 0 a 3 días de 4 a 5 días de 6 a 7 días más de 7 días
8		Lo que utiliza para la gestión del sangrado (toallas higiénicas, tampones, copas, etc.) ocupa su capacidad de absorción en menos de:	En menos de 4 horas (flujo abundante) En menos de 6 horas (flujo moderado) En menos de 8 horas (flujo ligero)

9	Caracterización de la menstruación	¿Ha presentado alguno de estos síntomas durante la menstruación en un ciclo habitual? (De ser necesario seleccione más de una opción)	Dolor o calambres en la parte inferior del abdomen Cansancio /falta de energía Cambios de humor Dolor de cabeza Mareos Cólicos Nauseas Hinchazón / dolor de senos Alteraciones en la Piel Dolor en la parte baja de la espalda y piernas Otros
10	Efectos de la menstruación	¿Ha experimentado alguna de estas emociones cuando llega su sangrado menstrual durante su jornada laboral? (De ser necesario seleccione más de una opción)	Tristeza Irritabilidad Desinterés en desarrollar las actividades diarias Fatiga Llanto Mal humor Ansiedad
11		¿Ha tenido que suspender o interrumpir sus actividades usuales laborales a causa de su periodo?	Si No
12		Si respondió "sí" a la pregunta anterior, indique si fue por alguno de los siguientes motivos: (De ser necesario selección más de una opción)	Dolor de estómago, cólicos, espalda, cabeza o malestar general Sangrado excesivo Por discriminación por parte de otras personas Por falta de baños cercanos, privados o limpios para cambiarse Porque algunas veces me he manchado y me toca ir a cambiarme

13	Insumos	¿Qué tipo de insumo suele utilizar durante su fase menstrual? (De ser necesario, seleccione más de una opción)	Toallas Tampones Protectores Toallas de tela Ropa interior absorbente Copas/discos Pañitos húmedos Ninguno
14		¿Durante el último mes ha tenido dificultades económicas para adquirir los elementos necesarios para atender su fase menstrual?	Si No
15	Instalaciones / espacio laboral	¿En el último mes tuvo dificultades para acceder a un baño cercano, privado y limpio para cambiar sus implementos para manejar su fase menstrual?	Si No
16		¿Qué lugar le proporciona mayor seguridad y confianza a la hora de cambiar los implementos para atender su fase menstrual? Especifique en qué piso y lugar.	Respuesta abierta
17		¿Cómo describiría que es conseguir un insumo absorbente para el sangrado menstrual dentro de su lugar de trabajo?	Muy difícil Difícil Regular Fácil
18		Si tuviera la posibilidad de ubicar 4 puntos estratégicos para facilitar el acceso a insumos absorbentes para el sangrado menstrual (Ej. toallas o tampones), ¿dónde los ubicaría?	Respuesta abierta

19	Instalaciones / espacio laboral	¿Qué tan pertinente considera ubicar puntos para el acceso a insumos desechables para la gestión del sangrado menstrual? (Ej., tampones, toallas)	Muy pertinente Pertinente Poco pertinente Nada pertinente
20		Si en su lugar de trabajo se ubicara un dispensador gratuito de insumos absorbentes para el sangrado menstrual, ¿qué tan dispuesta/o estaría a reponer el insumo que utilizó?	Muy dispuesta/o Dispuesta/o Poco dispuesta/o Nada dispuesta/o
21		¿Qué tan dispuesta/o estaría a utilizar insumos absorbentes para el sangrado menstrual que fueron donados por otra persona de la entidad?	Muy dispuesta/o Dispuesta/o Poco dispuesta/o Nada dispuesta/o
22	Apoyo y situaciones relacionadas con la menstruación	En caso de mancharse y no tener insumos absorbentes para el sangrado menstrual durante su jornada laboral, ¿cómo describiría el apoyo de su grupo de trabajo para resolver la situación?	Muy difícil Difícil Regular Fácil Muy fácil
23		Cuando requiere de una toalla o tampón, ¿a quién suele acudir?	Respuesta abierta
24		En caso de haberse manchado en el trabajo, ¿ha experimentado alguna de estas emociones? (De ser necesario seleccione más de una opción)	Vergüenza Frustración Agobio Preocupación Desesperación Confusión Indiferencia Enojo Molestia Otras opciones abiertas

25	Apoyo y situaciones relacionadas con la menstruación	En caso de mancharse en la jornada laboral, ¿usted qué hace? (De ser necesario seleccione más de una opción)	Cubrirse la zona afectada Desplazarse inmediatamente hacia su domicilio Buscar un insumo de higiene menstrual Comentarle a una compañera de trabajo Limpiar la zona afectada
----	---	---	--

Fuente: Elaboración propia

Fiebre de Oropouche: un riesgo latente para la salud pública de Bogotá

Andrea Camila Márquez Nossa¹

La enfermedad por fiebre de Oropouche (causada por el virus *Oropouche orthobunyavirus*, OROV) tiene su origen en Sudamérica. Durante décadas se reconoció su circulación en la región amazónica y en selvas tropicales de Brasil y otros países sudamericanos, operando tanto en ciclo silvestre (entre vectores y reservorios animales) como en ciclos urbanos epidémicos involucrando humano[1,2,3]

La transmisión de OROV se presenta principalmente por la picadura de jejenes del género *Culicoides paraensis*, aunque se ha reportado que también ciertos mosquitos como *Culex quinquefasciatus*, *Coquillettia venezuelensis* o *Aedes serratus* son eficientes como vectores alternativos del virus en ambientes urbanos, lo que sugiere un potencial de dispersión geográfica más amplio del que hasta hace poco se suponía [4,5].

En las últimas décadas se han registrado brotes recurrentes en Brasil, Perú, Panamá, y más recientemente en Colombia, donde la expansión de los vectores y los cambios ambientales han favorecido su circulación.

Sintomatología

El cuadro clínico de la fiebre de Oropouche se asemeja al de otras infecciones virales como el dengue o el zika. Los síntomas aparecen generalmente entre 4 y 8 días después de la picadura del vector e incluyen fiebre alta, cefalea intensa, mialgias, artralgias, escalofríos y fotofobia. En algunos casos, se presentan náuseas, vómitos y exantema [3,6].

Métodos de detección

El diagnóstico de la fiebre Oropouche se basa en métodos tanto directos como indirectos, como

técnicas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR)[5,7].

Epidemiología de la enfermedad

En Colombia el virus Oropouche es de circulación endémica, especialmente en zonas selváticas o de la cuenca Amazónica. Hasta el momento no se han registrado muertes asociadas a OROV en Colombia [3,4] La vigilancia activa del Instituto Nacional de Salud (INS), apoyada en el descarte de dengue y estudio de muestras de enfermedad febril aguda, se ha convertido en la estrategia principal para detectar la presencia de OROV [8,9].

Aunque los números en Colombia aún son relativamente bajos comparados con los de otros países de la región (Figura 1), la vigilancia activa es clave dado que el vector ya está presente, al igual que las condiciones para una posible propagación más extensa.

Estado actual de la enfermedad en Colombia y dispersión geográfica de los vectores

La fiebre de Oropouche ha sido considerada una enfermedad endémica en determinadas regiones selváticas del país, en particular en las regiones Amazónica y Caribe. No obstante, a pesar de identificarse la circulación del virus en algunas regiones del país, a la fecha no se cuenta con una vigilancia epidemiológica implementada de manera rutinaria para el OROV [10,11].

Como la vigilancia de este evento no se realiza, el INS implementó una vigilancia por laboratorio, en donde aquellas muestras de sangre obtenida de pacientes con cuadros febriles posiblemente asociados a arbovirosis son igualmente procesadas para la identificación del OROV mediante técnicas de biología molecular [8].

Durante 2024 del total de muestras de pacientes con enfermedad febril aguda analizadas para diagnóstico inicial de dengue u otras arbovirosis en Colombia se detectaron 74 muestras positivas por RT-PCR para OROV [11]. Durante el 2024 el último caso reportado se dio en la semana epidemiológica 22; no se identificaron nuevos casos durante el resto del año [3,12].

¹ Médica Veterinaria. Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud. acmarquez@saludcapital.gov.co

Figura 1. Distribución geográfica de los casos confirmados acumulados de transmisión autóctona de Oropouche en la región de las Américas, 2024-2025

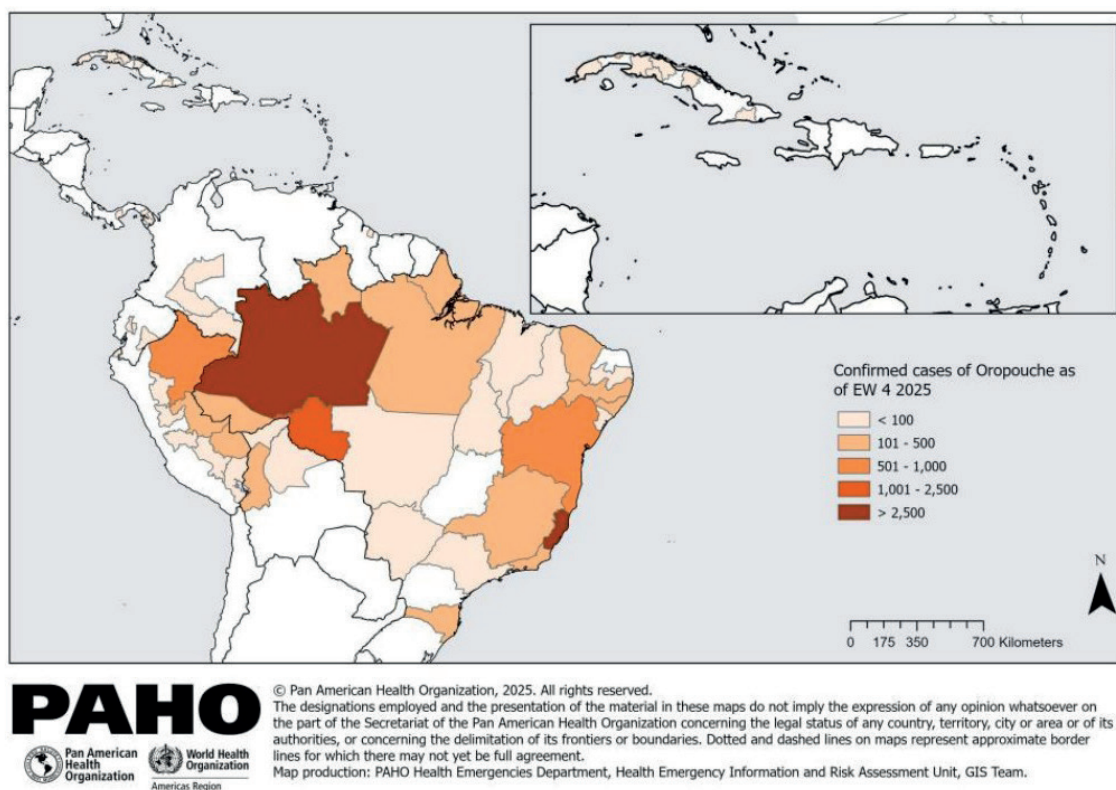
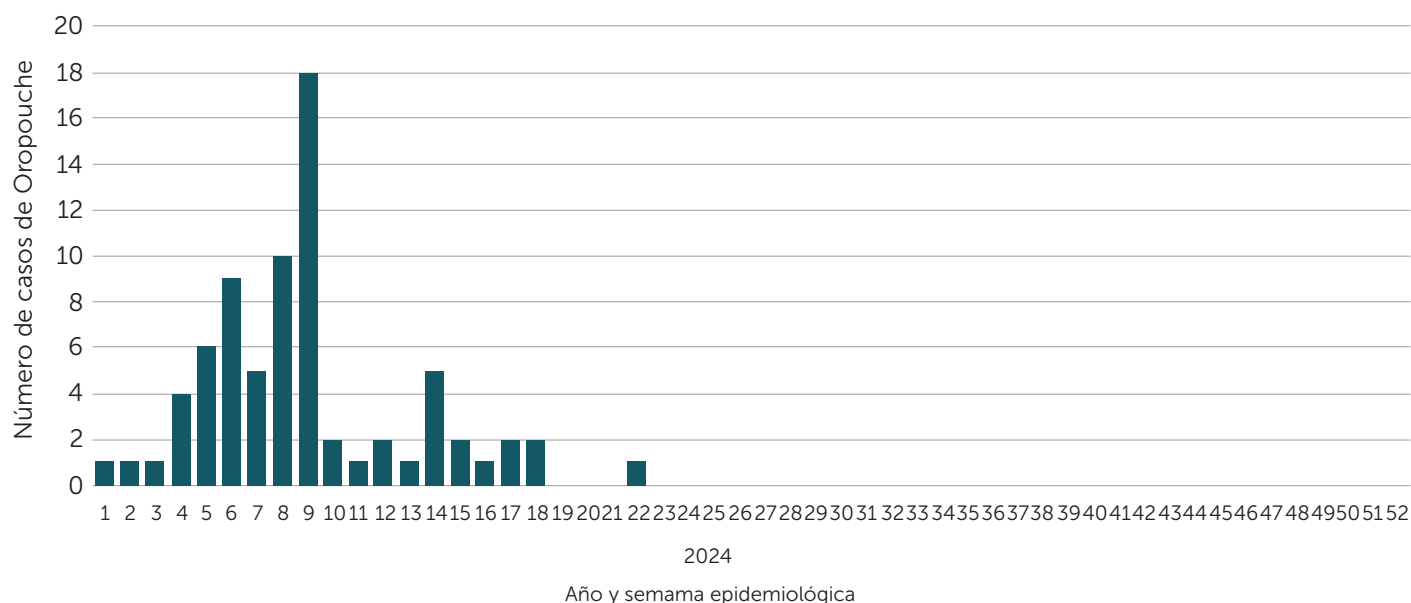


Figura 2. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Colombia, 2024



Fuente: OSP (12)

Con corte a la semana epidemiológica (SE) 18 de 2025 el INS reportó a la OPS la confirmación de 17 casos de OROV en el país. Lo llamativo del comportamiento para este periodo es que se reportan lugares de procedencia de casos diferentes a los de 2024, siendo así que se reportan casos en departamentos de la región Andina (Tolima y Huila) y también de la región Caribe (Córdoba)[8].

Durante 2025 se tuvo reporte de un caso confirmado de OROV con residencia en Bogotá, correspondiente a un paciente de sexo masculino de 27 años, oriundo del departamento de Córdoba, pero que actualmente reside en la localidad de Fontibón de la ciudad. Según refiere el paciente, él y su núcleo familiar viajaron a la vereda Cabaña, perteneciente a la ciudad de Montería—Córdoba, donde estuvieron entre el 11 y el 29 de abril de 2025.

Este caso tuvo un abordaje diferente debido a que el paciente cursó un cuadro activo de viremia estando ya en Bogotá, donde se encuentra en gran abundancia uno de los vectores descritos para OROV, por lo que el riesgo real de la transmisión activa de esta enfermedad en la ciudad podría ser alto.

Para el abordaje de este caso, además de las recomendaciones médicas de manejo indicadas al paciente, se implementaron medidas de control ambiental y sanitario con el fin de controlar la presencia del vector en el entorno inmediato del mismo. Estas acciones, aunque están ampliamente descritas para otros eventos como dengue o fiebre amarilla, son acciones que en Bogotá no son de rutina pero que, por la connotación particular de este caso, fue necesario implementar por primera vez.

En conclusión, la fiebre de Oropouche representa una amenaza creciente para la salud pública en Bogotá, particularmente por condiciones como la presencia de mosquitos vectores como el *Culex quinquefasciatus*, la llegada permanente de personas provenientes de zonas endémicas para la enfermedad, quienes podrían ser portadores del virus, y una población residente altamente susceptible. Sin embargo, Bogotá ha avanzado en la identificación y caracterización de los riesgos asociados a la presentación de enfermedades transmitidas por vectores en la ciudad, transformando así la percepción histórica sobre la importancia de estos eventos en la salud pública en el Distrito Capital.

Referencias

1. Culquichicón C, Cardona-Ospina JA, Patiño-Barbosa AM, Rodríguez-Morales AJ. Bibliometric analysis of Oropouche research: impact on the surveillance of emerging arboviruses in Latin America. *F1000Res*. 2017 Feb 28;6:194. doi:10.12688/f1000research.10936.1
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Evaluación de Riesgos para la salud pública relacionada con el virus Oropouche (OROV) en la Región de las Américas [Internet]. 2024 Jul 30 [cited 2025 Nov 3]:1–12. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgos-para-salud-publica-relacionada-con-virus-oropouche-orov-region-0>
3. World Health Organization (WHO). Oropouche virus disease - Region of the Americas [Internet]. 2024 Dec 5 [cited 2025 Nov 3]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON545?utm>
4. Mendonça SF, Rocha MN, Ferreira F V, Leite THJF, Amadou SCG, Sucupira PHF, et al. Evaluation of *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* and *Culex quinquefasciatus* Mosquitoes Competence to Oropouche virus Infection. 2021 Apr 25;(13):755.
5. Henrique Maciel Feitoza L, Willian Felipe Gasparelo N, Caroline Alves A, Geovana Fontineles Rios F, Santos Teixeira K, Santos da M, et al. Integrated Surveillance for Oropouche Virus: Molecular Evidence of Potential Urban Vectors During an Outbreak in the Brazilian Amazon. *Acta Trop*. 2025 Jan;126.
6. Mendoza-Landinez BF, Freyle-Roman IK, Rincón-Orozco B. Virus Oropouche, un arbovirus emergente en búsqueda de protagonismo en las Américas. *Salud UIS*. 2024 Jul 28;56(1). doi:10.18273/saluduis.56.e:24030
7. Rojas A, Stittleburg V, Cardozo F, Bopp N, Cantero C, López S, et al. Real-time RT-PCR for the detection and quantitation of Oropouche virus. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2020 Jan 1;96(1). doi:10.1016/j.diagmicrobio.2019.114894 PubMed PMID: 31727377.

8. Instituto Nacional de Salud (INS). Colombia mantiene vigilancia activa de oropouche en el país [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 3]. Available from: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Colombia-mantiene-vigilancia-activa-de-oropouche-en-Colombia.aspx?utm>
9. Pan American Health Organization. Epidemiological Update Oropouche in the Americas Region [Internet]. 2025 Feb. Available from: www.paho.org
10. Gomez-Camargo DE, Egurrola Pedraza JA, Cruz CD, Popuche D, Ochoa Diaz MM, Guevara C, et al. Evidence of Oropouche Orthobunyavirus Infection Colombia 2017. *Emerg Infect Dis*. 2021 Jun;27(6):1756–8.
11. Subred Sur Occidente. Secretaría Distrital de Salud descarta casos de oropouche en Bogotá - Subred Sur Occidente E.S.E [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 3]. Available from: <https://subredsuroccidente.gov.co/case/secretaria-distrital-de-salud-descarta-casos-de-oropouche-en-bogota/?utm>
12. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Oropouche en la [Internet]. Available from: www.paho.org

Información sobre emergencias en salud de interés internacional – ESPII: corte a abril de 2025

Jenny Mora¹

Enfermedad meningocócica invasiva - Reino de Arabia Saudita

En publicación del 11 de abril de la Organización Mundial de Salud (OMS) se informa que el 13 de marzo de 2025 Arabia Saudita notifica 11 casos de enfermedad meningocócica invasiva (EMI) relacionados con la Umrah y el Hajj (peregrinación islámica a la Meca). La baja tasa de vacunación entre los peregrinos internacionales (54 %) aumenta el riesgo de propagación internacional de la enfermedad.

Los 11 casos confirmados de EMI ocurrieron entre el 7 de enero y el 12 de marzo de 2025, en individuos que asistieron a peregrinaciones religiosas en la Meca. En la mayoría de los casos las personas no estaban vacunadas. Todos se recuperaron tras recibir tratamiento en hospitales de Arabia Saudita. Se identificó la cepa *Neisseria meningitidis* serogrupo W135.

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) es una infección bacteriana grave causada por *Neisseria meningitidis* que puede llevar a complicaciones severas y con una alta tasa de mortalidad. Los brotes son más probables en áreas con baja cobertura de vacunación y hacinamiento, condiciones que se presentaron durante el Hajj y la Umrah. Aunque la vacunación es obligatoria para los peregrinos, la conformidad ha disminuido en los últimos años, aumentando el riesgo de brotes. En 2024 y 2025 se reportaron varios casos de EMI asociados a la Umrah, algunos con cepas resistentes antimicrobiana, complicando el tratamiento. La vigilancia y la vacunación son esenciales para prevenir la propagación internacional de la enfermedad.

La respuesta de salud pública de las autoridades sanitarias está relacionada con la emisión de requisitos en salud para el Hajj y la Umrah, incluyendo la vacunación. Desde

la vigilancia en salud pública se realizan exámenes en puntos de entrada y evaluaciones de riesgo regulares; se ha establecido un sistema de vigilancia electrónica para monitorear la EMI; las instituciones de salud están preparadas para manejar casos de EMI y administrar quimioprofilaxis a contactos cercanos; se utiliza la vacunación dirigida con una vacuna conjugada para prevenir la enfermedad en la comunidad, y se realizan campañas de concienciación para promover la detección temprana y la vacunación.

La Organización Mundial de la Salud aconseja asegurar la vacunación antes de viajar; mejorar la detección, investigación y manejo oportuno de casos y contactos cercanos; fortalecer la vigilancia en tiempo real y monitorear las tendencias de resistencia antimicrobiana, y promover la comunicación de riesgos y la participación comunitaria para mejorar la conformidad con la vacunación.

De acuerdo con la evaluación de riesgos de la OMS, la enfermedad meningocócica sigue siendo un desafío de salud pública, especialmente durante eventos de congregación masiva como el Hajj y la Umrah y por la baja adherencia a la vacunación que aumenta el riesgo de transmisión y brotes [1].

Enfermedad por el virus de Sudán en Uganda

El 26 de abril de 2025 el Ministerio de Salud de Uganda declaró el fin del brote de la enfermedad por el virus de Sudán (EVS), después de 42 días sin nuevos casos. Se reportaron 14 casos en total (12 confirmados y dos probables), incluyendo cuatro muertes. La OMS y sus socios apoyaron al gobierno en la contención del brote.

Durante el brote, que se declaró el 30 de enero de 2025, en total se identificaron y siguieron 534 contactos. Los casos se reportaron en siete distritos de Uganda. La mayoría de los casos confirmados recibieron atención en centros de tratamiento de EVS. La EVS es una enfermedad grave causada por el virus de Sudán, similar al virus del Ébola. Se caracteriza por fiebre, síntomas no específicos y, en casos graves, manifestaciones hemorrágicas y fallo multiorgánico. La transmisión ocurre por contacto directo con fluidos corporales infectados.

¹ Equipo Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud.

Las autoridades sanitarias dieron respuesta de salud pública con la activación de estructuras de coordinación y despliegue de equipos de respuesta rápida: vigilancia y rastreo de contactos con gestión de alertas, investigaciones de casos y seguimiento de contactos, manejo de casos con el establecimiento de unidades de aislamiento y tratamiento, apoyo a los sobrevivientes; también se dieron el fortalecimiento de capacidades de laboratorio y secuenciación del genoma, la prevención y control de infecciones, limpieza y desinfección de sitios, entrega de recomendaciones a trabajadores de salud, y comunicación de riesgos y participación comunitaria. Las acciones permitieron el control de evento, por lo que el brote se declaró terminado el 26 de abril de 2025 [2].

Influenza aviar A(H5N1) en México

El 2 de abril de 2025 México notificó a la OMS la primera infección humana confirmada con el virus de la influenza aviar A(H5N1) en el estado de Durango. Las autoridades de salud han implementado medidas para monitorear, prevenir y controlar la situación. No se han identificado más casos humanos relacionados con este incidente.

El caso confirmado es un niño menor de 10 años de la ciudad de Durango que presentó síntomas el 7 de marzo de 2025 y falleció el 8 de abril debido a complicaciones respiratorias; el caso no presentaba condiciones médicas subyacentes. La fuente de infección sigue bajo investigación. Se identificaron 91 contactos (incluidos 21 contactos domésticos, 60 trabajadores de la salud y 10 individuos de un centro de cuidado infantil); se ha realizado toma de muestras y seguimiento a los contactos, donde no se han identificado más casos de infección humana con influenza A(H5N1) relacionados con este caso. Los virus de influenza animal pueden infectar a humanos, generalmente a través del contacto directo con animales infectados o ambientes contaminados. La infección humana puede variar desde síntomas leves hasta condiciones graves. Desde 2003, se han reportado 972 casos humanos de A(H5N1) a la OMS, con una tasa de letalidad del 48.4 %.

Las autoridades en salud pública están realizando investigaciones epidemiológicas y fortaleciendo

la vigilancia de virus respiratorios. Se ha activado un enfoque de salud coordinado de la respuesta entre los sectores animal y ambiental. Se reforzaron las medidas de bioseguridad en granjas y se mantiene la vigilancia epidemiológica en aves de corral y aves silvestres.

Este es el segundo caso documentado de infección humana con influenza aviar A(H5) en México y el primero con A(H5N1); no se han identificado casos adicionales relacionados. La OMS evalúa el riesgo general para la salud pública como bajo, aunque el riesgo para individuos con exposición ocupacional es considerado bajo a moderado.

La OMS recomienda mantener sistemas de vigilancia robustos para detectar y monitorear cambios virológicos, epidemiológicos y clínicos. Se aconseja evitar el contacto directo con animales enfermos o muertos y seguir prácticas de higiene y seguridad alimentaria. En caso de infección humana confirmada o sospechada, se debe iniciar una investigación epidemiológica completa [3].

Alerta epidemiológica de sarampión en las Américas

Entre el 1 de enero y el 18 de abril de 2025 se han confirmado 2318 casos de sarampión, incluyendo tres muertes, en seis países de la Región de las Américas, un aumento de 11 veces en comparación con el mismo período en 2024. Los países de la región donde se han confirmado los casos son Argentina, Belice, Brasil, Canadá, México y Estados Unidos. Los casos incluyen importaciones y transmisiones locales. La mayoría de los casos han ocurrido entre personas de 1 a 29 años, no vacunadas o con estado de vacunación desconocido.

En *Argentina* se reportaron 21 casos confirmados, distribuidos entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=10) y la Provincia de Buenos Aires (n=11). *Belice* confirmó el 12 de abril dos casos positivos en los distritos de Corozal y Cayo, ambos sin antecedente de vacunación y con historial de viaje reciente a Chihuahua, México. En *Brasil*, entre el 1 de enero y el 18 de abril se notificaron cinco casos confirmados en el Distrito Federal (n=1), Río de Janeiro (n=2), Río Grande del Sur (n=1) y São Paulo (n=1), en su mayoría en menores

de un año sin esquema de vacunación y adultos con antecedentes de viajes internacionales. *Canadá* reportó 1069 casos confirmados y probables entre el 1 de enero y el 12 de abril distribuidos en siete provincias (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec y Saskatchewan), con predominio en individuos no vacunados pertenecientes a comunidades con baja cobertura vacunal. *México* confirmó 421 casos en el mismo periodo, de los cuales 2 fueron importados, 35 relacionados con importación y 384 se encuentran en investigación; el estado de Chihuahua concentra la mayor carga con 403 casos, incluyendo un fallecimiento. En *Estados Unidos* hasta el 17 de abril se han confirmado 800 casos (incluidas dos mortalidades) en 25 jurisdicciones, la mayoría asociados a brotes localizados en Texas, Nuevo México y Oklahoma, con un 96 % de los casos en personas no vacunadas o con estado vacunal desconocido.

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa que afecta a personas de todas las edades y puede llevar a complicaciones graves como neumonía, diarrea, encefalitis y muerte. La vacuna contra el sarampión es altamente efectiva, con una eficacia del 97 % con dos dosis.

Las autoridades de salud pública están implementando medidas para controlar el brote incluyendo alertas epidemiológicas, monitoreo de la situación, asistencia técnica y campañas de vacunación masiva. La OMS recomienda mantener una cobertura de vacunación homogénea de al menos el 95 % con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión y fortalecer la vigilancia epidemiológica para detectar y responder rápidamente a los casos sospechosos.

La OMS está trabajando estrechamente con los países de la región para prevenir la propagación y reintroducción del sarampión. El riesgo regional se evalúa como alto, mientras que el riesgo global sigue siendo moderado [4].

Fiebre amarilla en la Región de las Américas

Desde el inicio hasta el 12 abril de 2025 se notificaron 189 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cuatro países de la Región de las Américas, incluyendo

74 muertes asociadas (letalidad global aproximada del 39 %). A diferencia de 2024, cuando los casos se concentraron en la región amazónica, en 2025 se han detectado brotes en zonas fuera de la amazonía, como São Paulo (Brasil) y Tolima (Colombia), lo que representa un cambio en el patrón geográfico de transmisión.

Se han identificado cuatro países afectados en la región: *Brasil* con 102 casos (41 muertes), presentados en São Paulo, Pará, Minas Gerais y Tocantins; 89 % de los casos son hombres, entre 10 y 75 años, solo un caso tenía antecedente de vacunación; se reportaron 518 epizootias en primates no humanos, 53 confirmadas para fiebre amarilla. En *Colombia* se han notificado 53 casos (21 muertes), en los departamentos de Caldas (1 caso fatal), Caquetá (1 caso fatal), Meta (2 casos, incluyendo una mortalidad), Putumayo (3 casos, incluyendo una mortalidad) y Tolima (n= 46 casos, incluyendo 17 casos fatales); el 79,6 % de los casos son hombres, entre 11 y 89 años; ninguno de los casos tenía antecedente de vacunación; además se han identificado 13 epizootias confirmadas, 12 en Tolima y 1 en Huila. *Perú* reporta 32 casos (11 muertes), en Amazonas, Huánuco, Junín, Loreto y San Martín; 90,6 % de los casos son hombres, entre 6 y 57 años, 71,8 % sin antecedente vacunal; la exposición se ha dado en áreas selváticas por actividades agrícolas. En *Bolivia* se notifican 2 casos (1 muerte), uno en La Paz (caso fatal, sin vacunación) y otro en Tarija (vacunado), ambos con antecedentes de exposición en zonas boscosas; además se confirmó una epizootia en La Paz.

La fiebre amarilla tiene una letalidad entre el 30 y el 60 % en formas graves. Los casos pueden ser leves, con solo requerimientos de hidratación y monitoreo. Otros casos se clasifican como moderados, donde se requiere monitoreo hepático y renal, y un alto porcentaje son casos graves que pueden presentar insuficiencia hepática y renales, con requerimiento de soporte avanzado.

La principal medida preventiva en la vacunación, una sola dosis confiere inmunidad de por vida; por lo tanto, se recomienda alcanzar coberturas ≥ 95 % en zonas de riesgo, implementado estrategias de vacunación infantil a los 12 meses, vacunación reactiva en brotes y uso de dosis fraccionadas (0,1 ml) en caso de escasez (excepto en <2 años, embarazadas, VIH+).

La Organización Panamericana de la Salud recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica y de epizootias, emitir alertas a municipios y servicios de salud, realizar búsqueda activa de casos y revisión de certificados de defunción, georreferenciar casos humanos y epizootias para identificar corredores ecológicos, coordinar con sectores laborales en zonas selváticas, mantener inventarios estratégicos de vacunas, capacitar al personal de salud en diagnóstico, vacunación y manejo clínico, y fortalecer la vigilancia de eventos adversos post-vacunales [5].

Referencias

1. World Health Organization. Invasive meningococcal disease - Kingdom of Saudi Arabia - 11 de April del 2025 [Internet]. [Consultado 10/05/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON563>
2. World Health Organization. Sudan virus disease – Uganda 26 April 2025 [Internet]. [Consultado 11/05/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON566>
3. World Health Organization. Avian Influenza A(H5N1) – Mexico - 17 April 2025 [Internet]. [Consultado 11/05/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON564>
4. World Health Organization. Measles – Region of the Americas - 28 April 2025 [Internet]. [Consultado 11/05/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON565>
5. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 24 de abril del 2025 [Internet]. [Consultado 11/05/2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-24-abril-2025>

Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en BOGOTÁ, con corte a periodo 4 de 2025, (periodo epidemiológico 4- Información Preliminar)

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engativá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente Ofídico	100	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7	2
Accidentes por otros animales venenosos	101	2	1	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	22	6
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	556	135	188	57	796	179	1.159	274	140	38	147	54	8.673	2.188
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	140	30	47	14	157	43	240	60	35	8	46	7	1.763	434
Cáncer en menores de 18 años	115	11	3	0	0	10	3	16	2	2	1	4	2	196	44
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	12	2
Chagas crónico	205	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	12	2
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	94	24	19	8	125	27	218	31	22	5	27	4	1.692	364
Dengue	210	81	14	26	5	98	16	179	27	14	2	27	3	1.164	160
Dengue Grave	220	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	42	12	6	1	66	11	132	40	12	3	13	4	1.125	299
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	69	31	8	2	10	4	108	46	2	0	6	2	668	281
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engativá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Enfermedades huérfanas-raras	342	56	11	28	8	80	21	118	22	19	6	17	7	1558	361
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	6	1	5	1	3	0	5	2	0	0	3	0	53	14
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	19	3	26	8	31	4	51	14	8	0	21	5	448	105
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	70	16	25	6	15	7	25	5	20	2	36	11	320	76
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	41	7	27	10	17	1	42	7	22	8	59	14	329	71
Intento de suicidio	356	97	26	36	6	167	29	192	55	23	9	34	6	1.647	419
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	156	31	86	26	138	32	295	74	46	14	62	20	1.504	383
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis Cutánea	420	5	1	0	0	6	0	10	1	1	0	2	0	151	19
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	8	1
Lesiones de causa externa ***	453	13	2	8	1	15	0	22	4	4	0	8	2	116	20
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	3	0	0	0	5	1	3	0	0	0	0	0	79	3
Malaria	465	4	1	0	0	9	1	3	1	0	0	1	0	97	18
Meningitis	535	7	1	1	0	3	1	5	2	0	0	0	0	69	16
Morbilidad Materna Extrema	549	112	33	33	6	156	37	272	62	18	0	26	7	2.008	508
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	9	1	2	0	8	1	28	6	5	1	2	0	269	56

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engativá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	45	6	7	2	46	13	91	28	12	4	5	1	521	152
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	2	1	0	0	0	0	4	1	1	0	0	0	26	6
Sífilis gestacional	750	7	1	2	0	11	1	29	7	2	0	2	1	296	70
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	6	2	1	0	8	4	10	2	0	0	1	0	144	46
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	25	8	4	0	43	11	52	12	7	2	13	4	584	148
Varicela Individual	831	90	21	25	9	127	41	257	80	28	9	26	11	1.520	465
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	497	136	150	41	1008	238	1612	452	142	32	164	39	13.253	3.449
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	7	2
Viruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	79	23	67	18	128	28	201	54	29	6	50	15	1637	372
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Total por localidad		2.347	582	828	229	3.291	756	5.385	1.371	616	151	804	219	42.013	10.569

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santa Fe		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente Ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2
Accidentes por otros animales venenosos	101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	6
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	202	47	457	123	95	20	0	0	30	6	475	108	8.673	2.188
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	31	7	63	15	18	5	0	0	7	2	82	23	1.763	434
Cáncer en menores de 18 años	115	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	3	0	196	44
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	2
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	2
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	29	6	78	22	18	6	0	0	5	3	61	10	1.692	364
Dengue	210	11	1	27	4	10	0	0	0	6	2	35	4	1.164	160
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	13	4	70	17	25	9	0	0	4	0	65	19	1.125	299
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	28	12	49	25	27	12	0	0	2	0	32	12	668	281
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	20	4	59	11	19	6	0	0	4	1	45	9	1.558	361
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santa Fe		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	53	14
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	11	2	19	9	11	2	0	0	2	0	15	5	448	105
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	1	0	24	3	45	13	11	2	0	0	4	1	320	76
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	21	4	11	2	0	0	0	0	14	2	329	71
Intento de suicidio	356	24	6	82	15	27	5	0	0	5	1	82	23	1.647	419
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	45	13	55	17	31	9	0	0	4	1	47	12	1.504	383
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis Cutánea	420	3	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	1	151	19
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1
Lesiones de causa externa ***	453	1	0	3	1	3	0	0	0	0	0	2	0	116	20
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0	1	0	79	3
Malaria	465	3	0	5	1	2	0	0	0	0	0	2	0	97	18
Meningitis	535	1	0	8	2	1	0	0	0	0	0	2	0	69	16
Morbilidad Materna Extrema	549	41	7	80	19	39	7	0	0	11	4	76	19	2.008	508
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	0	0	12	2	3	1	0	0	0	0	8	5	269	56
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santa Fe		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Parotiditis	620	5	2	25	5	5	3	0	0	2	1	31	10	521	152
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	6
Sífilis gestacional	750	9	0	13	4	8	1	0	0	1	0	17	6	296	70
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico trasmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico trasmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	7	4	22	6	6	0	0	0	0	0	8	5	144	46
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	24	9	30	9	22	6	0	0	4	1	46	7	584	148
Varicela Individual	831	22	3	60	11	27	7	0	0	5	1	70	28	1.520	465
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	185	45	729	196	180	58	0	0	28	7	648	199	13.253	3.449
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2
Viruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	54	9	60	24	49	8	0	0	8	0	75	17	1637	372
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		772	181	2.062	545	687	180	11	2	130	31	1.948	525	42.013	10.569

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur Occidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente Ofídico	100	1	1	0	0	0	0	0	0	7	2
Accidentes por otros animales venenosos	101	0	0	2	0	1	1	0	0	22	6
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	709	192	912	249	368	98	230	48	8.673	2.188
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	102	21	188	51	58	10	57	15	1.763	434
Cáncer en menores de 18 años	115	13	2	15	7	3	0	3	1	196	44
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	2	1	1	0	0	0	0	0	12	2
Chagas crónico	205	2	1	1	0	0	0	0	0	12	2
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	100	22	175	38	59	15	38	6	1.692	364
Dengue	210	74	6	131	13	53	6	44	5	1.164	160
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	112	26	139	38	29	7	22	4	1.125	299
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	42	20	83	40	10	4	8	3	668	281
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	51	9	97	25	45	15	34	6	1.558	361
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur Occidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	5	1	6	4	1	0	3	0	53	14
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	42	10	56	11	23	7	15	1	448	105
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	41	9	2	1	0	0	320	76
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	1	0	0	0	0	0	5	1
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	5	2	32	6	13	4	4	1	329	71
Intento de suicidio	356	168	50	225	51	53	13	46	11	1.647	419
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	71	20	130	25	59	10	52	20	1.504	383
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/									
Leishmaniasis Cutánea	420	10	2	6	1	3	0	49	3	151	19
Leishmaniasis Mucosa	430	1	0	2	0	0	0	1	0	5	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1
Leptospirosis	455	0	0	3	0	0	0	0	0	8	1
Lesiones de causa externa ***	453	4	2	7	0	5	2	4	1	116	20
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	5	0	11	0	2	0	2	0	79	3
Malaria	465	7	1	7	0	1	0	1	0	97	18
Meningitis	535	4	1	7	1	0	0	3	1	69	16
Morbilidad Materna Extrema	549	172	49	247	77	70	17	52	18	2.008	508
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	18	3	32	3	12	3	3	0	269	56
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur Occidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Parotiditis	620	31	6	58	22	27	14	21	7	521	152
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	1	1	3	1	0	0	0	0	26	6
Sífilis gestacional	750	32	16	48	13	11	2	9	3	296	70
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico trasmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico trasmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	6	3	9	1	5	2	2	1	144	46
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	38	6	36	10	10	1	42	10	584	148
Varicela Individual	831	160	64	204	53	50	12	43	9	1.520	465
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	1420	339	1872	468	460	117	368	107	13.253	3.449
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2
Viruela Símica	880	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	146	27	177	30	60	19	53	8	1637	372
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		3.554	904	4.965	1.247	1.493	380	1.209	289	42.013	10.569

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur								Total por evento	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente Ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2
Accidentes por otros animales venenosos	101	1	0	0	0	1	0	0	0	22	6
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	519	140	171	35	737	175	4	0	8.673	2.188
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	57	27	37	11	70	23	1	0	1.763	434
Cáncer en menores de 18 años	115	3	0	2	0	4	0	0	0	196	44
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	2	0	0	0	12	2
Chagas crónico	205	0	0	0	0	2	0	0	0	12	2
Chikungunya	217	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	84	19	27	3	115	22	0	0	1.692	364
Dengue	210	24	1	14	3	37	3	0	0	1.164	160
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	70	18	33	7	153	44	0	0	1.125	299
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	36	10	28	7	84	35	0	0	668	281
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	37	9	25	8	68	9	0	0	1.558	361
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	1	0	0	0	8	2
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur								Total por evento	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Hepatitis A	330	4	2	3	0	2	1	0	0	53	14
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	15	4	7	2	19	3	0	0	448	105
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	1	0	0	0	0	0	320	76
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	2	1	16	1	0	0	329	71
Intento de suicidio	356	88	28	47	12	139	36	0	0	1.647	419
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	33	4	14	6	83	25	0	0	1.504	383
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/									
Leishmaniasis Cutánea	420	6	2	0	0	4	0	0	0	151	19
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	1	0	0	0	8	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1
Lesiones de causa externa ***	453	1	0	2	1	7	0	0	0	116	20
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	4	0	2	0	7	0	0	0	79	3
Malaria	465	0	0	0	0	7	1	0	0	97	18
Meningitis	535	1	0	2	0	9	3	0	0	69	16
Morbilidad Materna Extrema	549	69	16	34	6	158	37	1	0	2.008	508
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	13	1	5	0	23	7	0	0	269	56
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	27	7	4	0	31	11	1	0	521	152
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur								Total por evento	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	3	0	0	0	5	1	0	0	26	6
Sífilis gestacional	750	11	2	10	1	46	8	0	0	296	70
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico trasmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico trasmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	14	1	1	1	28	11	0	0	144	46
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	15	5	7	0	36	11	0	0	584	148
Varicela Individual	831	70	18	29	12	146	50	2	0	1.520	465
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	781	231	248	65	1489	382	9	0	13.253	3.449
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	1	0	0	0	7	2
Viruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	54	9	29	6	96	24	0	0	1637	372
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		2.041	555	784	187	3.628	923	18	0	42.013	10.569

* ac - acumulado del 29 de diciembre de 2024 al 19 de abril de 2025

* pe - periodo del 23 de marzo de 2025 al 19 de abril de 2025

** Eventos reportados según localidad de notificación.

*** Eventos que por definición de caso, quedan en estudio (sospechosos o probables)

Fuente: Base SIVIGILA Nacional ver 2025

Elaborado: Ing. Ruben Rodríguez, Epidemiólogo SIVIGILA

Información preliminar 2025

