



Programa PRASS/DAR en el contexto de la vigilancia y gestión integral del riesgo por COVID-19 en Bogotá, agosto 2020 a junio 2022

4

Editorial

5

Artículo central

19

Noticia epidemiológica

20

Emergencias en salud de interés internacional - ESPII

24

Comportamiento de eventos a nivel Distrital



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



Alcaldesa Mayor de Bogotá
Claudia Nayibe López Hernández

Secretario Distrital de Salud
Alejandro Gómez López

Subsecretario de Salud Pública
Manuel Alfredo González Mayorga

Coordinación general del documento

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión
de Políticas de Salud Colectiva
Diane Moyano Romero

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Sol Yiber Beltrán Aguilera

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

Reporte de eventos de interés en salud pública
Rubén Darío Rodríguez Camargo

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
María Juliana Silva Amado

Corrección de estilo
Oficina Asesora de Comunicaciones

Diseño y diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada
<https://bogota.gov.co/>

ISSN 0123 - 8590
ISSN: 2954- 6567 (En línea)

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2022
www.saludcapital.gov.co

Contenido

Editorial	4
Programa PRASS/DAR en el contexto de la vigilancia y gestión integral del riesgo por COVID-19 en Bogotá, agosto 2020 a junio 2022	5
Bogotá logra el cierre del brote de MPOX	19
Información sobre emergencias en salud de interés internacional - ESPII corte a abril del 2023	20
Comportamiento de la notificación de casos confirmados, para los eventos trazadores, en Bogotá	24

EDITORIAL

El 30 de junio de 2022, Colombia dio por terminada la emergencia sanitaria por la COVID-19 que había sido declarada mediante Resolución 385 de 2020, con fundamento en las recomendaciones generadas por el Comité Técnico Científico que orientó la respuesta a la pandemia en el país.

Además de levantar la emergencia, el gobierno nacional ordenó la transformación paulatina de las diferentes acciones diseñadas e implementadas para la respuesta a la pandemia. Fueron 27 meses de emergencia en que el país y sus territorios mantuvieron un monitoreo epidemiológico continuo, exhaustivo y permanente de casos con el propósito de disminuir la velocidad de propagación de la COVID-19, romper las cadenas de transmisión y mantener cierto control de la pandemia. En consecuencia, algunas estrategias se empezaron a transformar en el país como las relacionadas con la vigilancia en Salud pública, en las que el evento fue integrado al grupo de las infecciones respiratorias y las de protección específica como la vacunación, que también se integraron al programa ampliado de inmunizaciones, tratando de consolidar el cumplimiento de metas poblacionales para lograr una protección efectiva y sostenida en la comunidad.

Sin embargo, la Ciudad de Bogotá decidió mantener estrategias combinadas de vigilancia que incluían el monitoreo activo en poblaciones selectas y territorios, además de las establecidas por los lineamientos nacionales, que permitieron la identificación temprana de cambios epidemiológicos y la generación de alertas, siendo una de las herramientas clave para el monitoreo y orientación de decisiones estratégicas y operativas en la ciudad. Así mismo, mantuvo el programa PRASS (Programa de Prueba, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible) y la estrategia DAR (Detectar, Aislar y Reportar) implementada en la ciudad en todos sus componentes, que permitió la integración de las acciones para la contención de la pandemia y dejó grandes lecciones que pueden ser replicables en otras situaciones de emergencia similares; también, sostuvo intervenciones relacionadas con el trabajo con la comunidad en los diferentes entornos y actores institucionales para la oportuna detección de casos y aislamiento, el acceso a los servicios de vacunación y el fomento del autocuidado, como primera barrera de contención ante eventos transmisibles. Bajo la premisa de que, aunque no haya emergencia normativamente declarada, los aprendizajes obtenidos en la pandemia son perfectamente aplicables a otros eventos y situaciones prevalentes y emergentes, principalmente en lo relacionado con la potencia de lograr articulación e integración entre las instituciones, sectores y comunidad para lograr poblaciones saludables.

En esta nueva entrega del Boletín Epidemiológico Distrital, se actualizan los procesos de implementación del programa PRASS/DAR y sus resultados hasta el 30 de junio del 2022, y se incluyen nuevas estrategias que fueron incorporadas y adaptadas a las estrategias generales de la vigilancia en salud pública en la ciudad de Bogotá D. C.

Programa PRASS/DAR en el contexto de la vigilancia y gestión integral del riesgo por COVID-19 en Bogotá, agosto 2020 a junio 2022

Elkin Osorio Saldarriaga¹,
 Eliana Pinzón Niño¹,
 Angie Mabel Castañeda Casallas²,
 Karina Alejandra Gómez Lizarazo²
 Martha Patricia Padilla Velasco²

Resumen

El Programa Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) fue normado mediante el Decreto 1109 de agosto de 2020 y actualizado con el Decreto 1374 del 19 de octubre del mismo año en Colombia. El Distrito Capital de Bogotá lo adoptó, adaptó e incorporó al plan de respuesta a la pandemia cuyos avances en la adopción y adaptación al inicio de la implementación, y resultados preliminares, fueron publicados en una primera entrega del Boletín Epidemiológico Distrital. En la ciudad, el programa fue complementado con la estrategia Detecto, Aíslo y Reporto (DAR) que motivaba a la ciudadanía para que actuara de manera consciente y sumiendo la responsabilidad conjunta de reducir los niveles de transmisión del virus.

En esta segunda entrega se describen los procesos de implementación del programa, la inclusión de estrategias innovadoras que se fundamentaron en la nueva evidencia publicada, la integración con otras estrategias desarrolladas en la ciudad y los resultados obtenidos en el contexto de la vigilancia y gestión integral del riesgo hasta el 30 de junio del 2022.

Para implementar el programa, se consolidó un equipo técnico multidisciplinario de profesionales de diferentes dependencias, instituciones y sectores, organizados en dos grupos funcionales que desarrollaron actividades estratégicas y operativas, liderados por la autoridad sanitaria, y se diseñaron y dispusieron tecnologías para la gestión integral que se caracterizaron por su simplicidad y efectividad. Las intervenciones del programa permitieron reducir la velocidad de propagación de SARS CoV-2 entre individuos, familias, comunidades, entornos y territorios, rompiendo cadenas de transmisión mediante el monitoreo, seguimiento masivo y sistemático de casos y contactos de COVID-19, realización de pruebas para identificación de los infectados y el aislamiento selectivo y sostenible que redujo la demanda de servicios de hospitalización, cuidados intensivos y la mitigación en la mortalidad.

Palabras clave: pandemia, COVID-19, programa de salud, vigilancia en salud pública.

1. Introducción

El gobierno colombiano, mediante el Decreto 1109 del 10 de agosto del 2020, creó el programa – Pruebas Rastreo y Aislamiento Selectivo y Sostenible (PRASS) con el propósito de seguir los casos y contactos de COVID-19 y en el mes de octubre del mismo año, optimizó el programa mediante el Decreto 1374 del 19 de octubre del 2020. Por esta razón, se requirió adoptar y adaptar el programa para el Distrito e incorporarlo al Plan de Respuesta a la Pandemia. Posterior a ello en los meses de diciembre del 2020 y enero del 2021 el Ministerio de Salud y de la Protección Social, publicó los manuales dirigidos a los mandatarios locales y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, así como las orientaciones a las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud.

¹ Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.

² Programa Comunidades Saludables USAID

En el Volumen 18, número 4 de abril 2021 del Boletín Epidemiológico Distrital se publicaron los avances en la adopción, adaptación e inicio de la implementación en la ciudad del Programa PRASS/DAR, diseñado en la fase de mitigación del Plan de Respuesta del Sector Salud a la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), que partió del progreso de las estrategias epidemiológicas ya desarrolladas, como mecanismo para cortar las cadenas de transmisión viral en territorios, conglomerados, instituciones y poblaciones especiales, mediante el aislamiento temprano de la mayor cantidad posible de positivos. En la ciudad, el programa fue implementado con la estrategia Detecto, Aíslo y Reporto (DAR) desde el 17 de septiembre de 2020, a través de tres acciones concretas que invitaban a la ciudadanía a actuar de manera consciente, responsable y solidaria, para reducir los niveles de transmisión del virus. La autogestión para la detección y el aislamiento temprano se consolidó como la herramienta más eficaz para cortar las cadenas de contagio en las familias y comunidades.

En el contexto del Plan de Respuesta y del Programa PRASS/DAR, se combinaron diferentes estrategias que pretendían mejorar el reconocimiento temprano del avance de la epidemia, orientar las acciones relacionadas con la gestión colectiva e individual del riesgo e implementarlas con la oportunidad y eficiencia que requería una emergencia de tal magnitud. Sin embargo, se sabe que las intervenciones en salud pública se caracterizan por ser complejas, ligadas al contexto y determinadas por factores sociales, económicos, culturales, ambientales que interactúan e influyen en su implementación y sostenibilidad (1), por lo que requieren un equilibrio entre la factibilidad técnica, la favorabilidad en el contexto y la suficiencia de recursos y capacidades en quienes la desarrollan (2). Dada esa complejidad, El PRASS/DAR en Bogotá D. C. involucró a la Secretaría Distrital de Salud, las entidades promotoras de

salud del régimen contributivo y subsidiado, las aseguradoras en sus actividades de salud, las administradoras de riesgos laborales en sus actividades de salud, las entidades que administran los regímenes especial y de excepción y a los prestadores de servicios de salud públicos y privados. También incluyó a otras instancias del gobierno Distrital como la Secretarías de Hacienda, Planeación Distrital e Integración Social que aportaron al programa en general y al aislamiento sostenible en particular. En su desarrollo, se mantuvo el objetivo central de disminuir la velocidad de propagación de COVID-19 entre individuos, familias, colectivos, entornos y territorios, rompiendo cadenas de transmisión mediante el monitoreo, el seguimiento masivo y sistemático de casos y contactos de COVID-19, la realización de pruebas para identificación de los infectados y el aislamiento selectivo y sostenible.

En esta segunda entrega del Boletín Epidemiológico Distrital, se actualizan los procesos de implementación del programa PRASS/DAR y sus resultados hasta el 30 de junio del 2022, fecha en la que perdió vigencia la resolución 666 del 28 de abril del 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, que prorrogaba la emergencia sanitaria en Colombia por el coronavirus COVID-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020; incluye estrategias innovadoras que se fundamentaron en la nueva evidencia publicada y se integraron y complementaron con los avances ya logrados en el Distrito Capital.

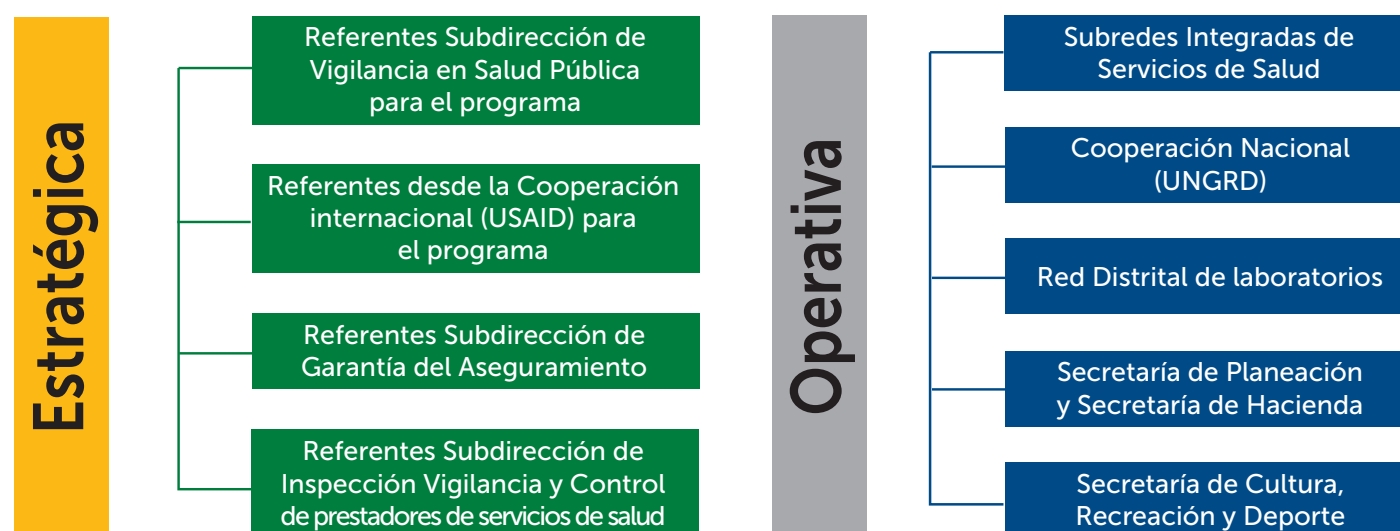
2. Métodos

El programa PRASS/DAR se anidó en el plan del Plan de Respuesta a la Pandemia por COVID-19, que tuvo en cuenta, para el diseño e implementación, la estructura modular del Sistema de Comando de Incidente de Manejo de Emergencias en Salud (SCIME), lo que permitió

la organización del talento humano, las finanzas, y el diseño de protocolos, procedimientos y comunicaciones con la responsabilidad de administrar los recursos para lograr los objetivos. Para el desarrollo táctico y operativo del programa, en la fase de implementación se

conformó un equipo técnico multidisciplinario de profesionales de diferentes dependencias, instituciones y sectores, organizados en dos grupos funcionales, quienes ejecutaron las intervenciones de manera integrada (Figura 1).

Figura 1. Estructura funcional para la Implementación del Programa PRASS/DAR en el Distrito Capital de Bogotá



Fuente: Construcción propia

La responsabilidad estratégica estuvo a cargo de la autoridad sanitaria apoyada por delegados de la alta dirección de las EAPB y la cooperación internacional quienes se responsabilizaron de los siguientes procesos:

- » Articulación sectorial e intersectorial mediante la organización de mesas técnicas con los actores involucrados en la implementación.
- » Reportes continuos y sistemáticos en las herramientas de captura de la información dispuestos a nivel nacional como Segcovid y SisMuestras.
- » Diseño y creación de sistemas de captura de información distrital como el auto reporte

por parte de las EAPB y del boletín distrital por parte de la Secretaría de Salud.

- » Generación de capacidades a los responsables de la implementación, entrenamiento y reentrenamiento de los equipos operativos en sus tres componentes.
- » Monitoreo y seguimiento de las actividades específicas de la operatividad en las tres líneas principales del programa, la detección, el rastreo de casos y contactos y el aislamiento.

Las operaciones estuvieron a cargo de grupos organizados por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud relacionadas con el programa, las Subredes

Integradas de Servicios de Salud del Distrito, profesionales y técnicos de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), la Red Distrital de Laboratorios y, desde otros sectores, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, las Secretarías de Planeación, Hacienda y Cultura, Recreación y Deporte, quienes se responsabilizaron de los siguientes procesos (Figura 2):

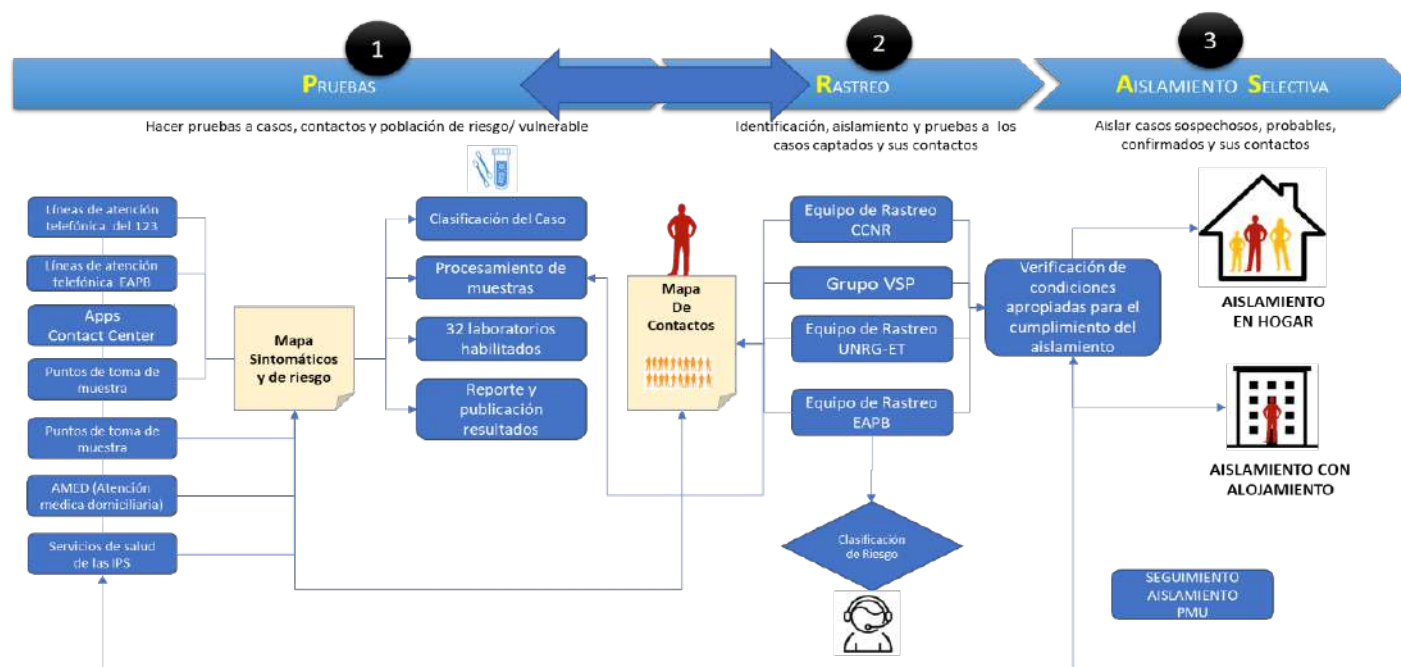
- » Ejecución de las acciones de Detección: mediante diferentes modelos y estrategias del subsistema de información de la vigilancia en salud pública por puertas de entrada, que incluía la colocación de líneas de atención específicas y búsqueda activa en territorios (3).
- » Ejecución de las acciones de Rastreo: mediante la identificación de los casos confirmados y sus contactos por parte de los

rastreadores de las instituciones (EAPB, Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, Grupos de gestión del riesgo de las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud).

- » Ejecución de las acciones de favorecieron el Aislamiento: A través del acompañamiento de los casos y contactos mediante la generación de incapacidades y certificaciones de las EAPB a su población afiliada y apoyo a la población más vulnerable mediante ayudas del gobierno nacional y distrital con incentivos económicos y sociales.

Para una mejor comprensión de los procesos relacionados con la implementación, resultados y efectos del programa, se realizó un grupo focal con policymakers o diseñadores de políticas, tomadores de decisiones, y operadores de la intervención (4).

Figura 2. Estructura y procesos operativos para la Implementación del Programa PRASS/DAR en el Distrito Capital de Bogotá.



Fuente: Construcción propia

3. Resultados

De implementación

El Distrito Capital de Bogotá, adoptó el programa Pruebas Rastreo y Aislamiento Selectivo y Sostenible (PRASS), a una estrategia local que denominó Detecto, Aíslo y Reporto (DAR) e incorporó al Plan de Respuesta para controlar y mitigar los efectos de la Pandemia por COVID-19.

El grupo de implementación responsable de los procesos estratégicos liderado por la Secretaría Distrital de Salud, generó en el segundo semestre del 2020 el primer documento del plan de implementación del programa PASS/DAR que fue actualizado en varias ocasiones según los ajustes normativos y la generación de nuevas estrategias, conforme avanzaba la pandemia; la última versión se divulgó en el mes de junio del 2022 e incluyó los cambios normativos establecidos en el nivel nacional, los ajustes consecuentes de cada uno de los procesos estratégicos del DAR y la adecuación del programa al sistema de vigilancia en salud pública distrital, con énfasis en el subsistema de vigilancia en salud pública comunitaria, que orientaba la transición del programa a los procesos estratégicos de la post pandemia.

La articulación e integración de los agentes responsables del programa PRASS/DAR en la ciudad de Bogotá fue destacable en la fase de implementación. 74 sesiones ininterrumpidas con las Administradoras de los Planes de Beneficios (EAPB), la Autoridad Sanitaria y la Cooperación Internacional, permitió la orientación táctica y operativa de las acciones relacionadas con la detección, el rastreo, el aislamiento, la gestión de la información, la implementación de estrategias de comunicación, la generación de capacidades y el monitoreo de indicadores. Otros espacios de articulación con entidades públicas del Distrito, como la Secretaría Distrital de Planeación,

que tenían la capacidad de apoyo económico y social a personas y familias vulnerables fueron abiertos para concurrir con el cumplimiento del aislamiento y la disminución de la transmisión establecidos en el programa; también, con las subredes integradas de servicios de salud, quienes se responsabilizaron de las intervenciones en la población pobre no asegurada y migrantes para quienes se diseñó una ruta especial de atención en el marco del programa PRASS/DAR. La detección fue apoyada por la Red Distrital de Laboratorios conformada por 42 instituciones habilitadas para el procesamiento de pruebas moleculares para COVID-19 bajo el liderazgo del Laboratorio de Salud Pública.

Una integración inédita en la gestión de la salud pública fue desarrollada en el Distrito Capital para la atención de la pandemia y apoyó las operaciones del programa; seis (6) administradoras del planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado, instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, y la Secretaría Distrital de Salud, desarrollaron un convenio tripartita que facilitó las intervenciones de detección, rastreo y aislamiento de las familias afectadas en el domicilio.

La inclusión de recursos, principalmente humanos, provenientes de la cooperación internacional fue integrada al plan de respuesta y el programa en la ciudad. Un equipo de respuesta rápida conformado por 6 profesionales se integró al grupo estratégico en procesos de coordinación, creación de herramientas de captura de información, generación de capacidades al talento humano en salud, gestión documental del programa, fortalecimiento de capacidades a la comunidad, monitoreo y evaluación. Así mismo, se recibieron e integraron recursos de la Presidencia de la República de Colombia con rastreadores de campo que apoyaron las acciones de vigilancia en salud pública y el programa PRASS en el territorio.

La gestión de la información fue crítica en la implementación del programa. El Ministerio de Salud y Protección Social colocó a disposición del Sistema de Salud, una aplicación web que permitió el registro de la información del estado de salud de personas que cumplían con la definición de casos confirmados, sospechosos o probables de COVID-19, y que permitía registrar los contactos de cada caso así como el seguimiento del aislamiento domiciliario u hospitalario. Sin embargo, dificultades relacionadas con la oportunidad y completitud de los datos del SegCovid19, motivó a la Secretaría Distrital de Salud a diseñar e implementar una herramienta complementaria de gestión, para la captura y el análisis de información relacionada con los indicadores del programa PRASS/DAR, que permitió monitorear el proceso de toma de muestras diarias por parte de las diferentes estrategias desplegadas, generación del auto reporte de las EAPB en seguimiento a los casos positivos y los contactos, el reporte semanal de los indicadores de implementación del programa en las EAPB, la población no afiliada y los indicadores relacionados con la búsqueda activa comunitaria de COVID-19. Así mismo, se puso a disposición de toda la ciudadanía información abierta, continua y permanente sobre la situación y evolución de la pandemia en el Observatorio de Salud de Bogotá D. C.

En conjunto con la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte se generaron encuestas mensuales relacionadas con las percepciones, creencias, opiniones y actitudes ciudadanas sobre el escenario social y cultural, derivadas de las acciones y estrategias definidas en el distrito ante la pandemia. Estas encuestas se utilizaron para optimizar las estrategias de implementación del programa PRASS y las respectivas intervenciones a nivel distrital.

Adicionalmente, se abrió un espacio de análisis e interpretación de la información que permitía generar recomendaciones para la

orientación en la toma de decisiones, diseño y desarrollo de las acciones de prevención y control de la pandemia. Se desarrollaron de manera virtual, abierta e ininterrumpida cada semana, desde el primero de junio del 2020 hasta el 30 de junio del 2022. Cada unidad se organizó en el contexto de un objetivo previamente establecido, anunciado y concertado con los asistentes, a partir de las necesidades propias de cada momento de la pandemia. En un proceso continuo de mejoramiento, rápidamente se perfeccionó el formato con la generación de cuatro segmentos cortos previamente preparados y un espacio abierto de preguntas, reflexión y propuestas, así:

1. Síntesis de la información epidemiológica mundial, nacional y distrital que permitió a los asistentes acceder a datos actualizados y confiables, preparado por el grupo de Análisis de Información de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad ASIS y Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.
2. Una actualización de la evidencia, presentada por investigadores, docentes universitarios, expertos nacionales e internacionales, agencias de cooperación entre otros, que fueron oficialmente invitados a participar en la preparación y exposición
3. Dos segmentos relacionados con el objetivo central de la unidad, preparados por los grupos funcionales interdependencias de la Secretaría de Salud, otras secretarías o sectores invitados.
4. Un espacio abierto de participación directa o por el chat, que permitió la interacción de todos los integrantes de la unidad con los organizadores y los expositores.

Participaron un promedio de 132 a 252 asistentes integrados principalmente por profe-

sionales del área de la salud y ciencias sociales (enfermería, medicina, bacteriología, geografía, odontología, nutrición, antropología, sociología, comunicación social, epidemiología, pediatría, inmunología, estadística, salud pública), docentes y estudiantes universitarios y técnicos en las áreas de la salud.

La generación de capacidades a los agentes, actores responsables de las operaciones del programa y la comunidad fue otro proceso crítico en la implementación. Se desarrollaron actividades de capacitación al talento humano de las diferentes instituciones de salud de nivel primario y complementario, unidades comunitarias conformadas por ONG, fundaciones, instituciones educativas, juntas de acción comunal, grupos de adultos mayores, comedores comunitarios, entre otros; se abordaron temáticas relacionadas con la adherencia a las Guías de Práctica Clínica para manejo de COVID –19, síndrome post COVID, Prácticas saludables, prevención de COVID 19, Programa PRASS – Estrategia DAR y vacunación. Participaron 175 IPS (79 % son de ámbito ambulatorio y el 21 % hospitalario) y 1.387 personas de las diferentes unidades comunitarias.

Los resultados de una investigación cualitativa, a partir de grupos focales con actores clave de IPS, EAPB, equipo de rastreadores de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres UNGRD y programa de atención médica domiciliaria AMED, permitió profundizar y contextualizar los resultados de la implementación del programa PRASS en el Distrito Capital. Se reconoció el liderazgo de la autoridad sanitaria, los logros en la acción colaborativa entre las entidades públicas y privadas del Distrito, el trabajo articulado entre los agentes y la simplicidad y efectividad de la estrategia DAR para la gestión del riesgo en lo individual y colectivo que permitió la reducción de la demanda de servicios de hospitalización, cuidados intensivos y la mitigación en la

mortalidad. Hubo especial mención al diseño y desarrollo de tecnologías que permitieron la integración y disposición de datos para la gestión y se resaltó la potencialidad que tiene la experiencia para ser replicada y escalada en otras situaciones que afectan la salud pública de la ciudad y la nación.

De Efectos

Detección / Pruebas

La aplicación de pruebas de detección de COVID 19 en el Distrito Capital dio cumplimiento a lo establecido en el lineamiento para uso de pruebas diagnósticas para SARS-Cov 2 en Colombia, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social que a junio de 2022 contó con 11 versiones publicadas (5), producto del constante cambio en los algoritmos para la aplicación de pruebas y criterios para confirmación o descarte de los casos conforme evolucionaba la epidemia en la ciudad. Los principales indicadores monitoreados para este componente fueron el porcentaje de positividad y el número de pruebas tomadas:

1. Porcentaje de positividad y número pruebas tomadas para COVID 19

En lo transcurrido de la declaratoria de emergencia sanitaria en Colombia por el coronavirus COVID-19, la ciudad realizó monitoreo de estos indicadores así: en julio de 2020, junio de 2021 y enero de 2022 el porcentaje de positividad superó el 30 %; en julio 2020, primer mes con positividad de 33,3 % la capacidad diagnóstica de la red de laboratorios estaba limitada, no se contaba con un plan nacional de vacunación y se inició el tránsito de un aislamiento completo a un aislamiento selectivo por zonas; en junio de 2021, si bien la positividad alcanzó 37,69 %, el número de pruebas alcanzó su nivel máximo

tamizando 876.315 personas en este mes; en enero de 2022 se realizaron 733.405 pruebas y la positividad alcanzó el 36,69 %, dado el pico epidemiológico generado por la variante ómicron.

Según tipo de prueba, la ciudad procesó 7.358.334 PCR, con una positividad acumulada

del 23,8 % hasta junio 30 del 2022. Del total de pruebas el 28,6 % fue procesado en el Laboratorio Distrital de Salud Pública y el 71,3 % por la red privada de laboratorios del distrito, como se observa en la tabla 1. Se procesaron hasta esta fecha 2.886.159 pruebas de detección de antígenos, que correspondieron al 28,1 % del total y una positividad acumulada del 13,6 (Tabla 1).

Tabla 1. Comportamiento de la Red Distrital de Procesamiento de pruebas RT-PCR y antígeno de COVID19, Bogotá D.C. marzo 2020 a junio 2022.

Procesamiento de pruebas PCR					
Red	Procesadas* acumuladas	Positivas acumulada	Negativas acumuladas	% Positividad acumulada	Muestras** viables
Laboratorio de salud pública	2.110.960	470.612	1.623.364	22,3 %	2.093.976
Red privada	5.247.374	1.281.114	3.948.545	24,4 %	5.230.994
Total	7.358.334	1.751.726	5.571.909	23,8 %	7.324.970
Procesamiento de pruebas antígeno					
Procesadas* acumuladas		Positivas acumuladas	Negativas acumuladas	% Positividad acumulada	
288.6159		392.413	2.493.554	13,6	

Fuente: SISMUESTRAS, corte de información: 27/06/2022.

*Las pruebas procesadas corresponden a las recepcionadas por los laboratorios

**Las muestras viables corresponden a las muestras que cumplen con los criterios de calidad para el análisis

Nota: No se presentan los resultados indeterminados o inválidos, lo que explica la diferencia entre la totalidad de pruebas procesadas con la suma de positivos y negativos

Aislamiento selectivo sostenible

En Bogotá, D. C. las medidas relacionadas con el aislamiento como intervención no farmacológica principal para la contención de la pandemia por COVID 19 evolucionaron en la medida que avanzaba la pandemia. En marzo de 2020 con el Decreto 090 la Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. (6) limitó la libre circulación de vehículos y personas con el fin de preparar la respuesta del

sistema de salud; de una restricción generalizada que limitaba la provisión de las familias a bienes y servicios con estrategias como el pico y cédula, se pasó a una rotación de aislamiento preventivo obligatorio por localidades, zonas de cuidado especial y posteriormente por un aislamiento selectivo entendido como "una medida sanitaria de carácter individual que debían acatar todos los casos confirmados, probables y sospechosos, sus contactos estrechos, convi-

vientes y aquellos contactos clasificados como de alto riesgo epidemiológico, durante el tiempo que se establecía en las actualizaciones basadas en la evidencia más reciente disponible". (7)

El seguimiento a la adherencia de las personas, familias y colectivos a esta estrategia se realizó a partir de la información proporcionada por los agentes responsables del rastreo que utilizaron diferentes modalidades (presencial, telefónico, callbot), para el registro en una plataforma única desarrollada por Ministerio de Salud y Protección Social (-SEGCOVID). En el periodo de observación hasta junio 30 del 2022, el 99,2 % de los casos confirmados y el 79,3 % de personas aisladas con grupo familiar en la ciudad se comprometieron a cumplir con el aislamiento según las orientaciones de los protocolos en los diferentes momentos de la epidemia. (8)

Parar favorecer la sostenibilidad del aislamiento selectivo de las familias vulnerables, la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría de Planeación y la Secretaría de Hacienda, aunaron esfuerzos para destinar recursos que se materializaron en transferencias monetarias no condicionadas, bonos canjeables, canastas alimentarias y tarjetas monedero entre otros.

Rastreo / Reporto

El rastreo entendido como *"la identificación de los contactos de los casos de contagio de coronavirus COVID-19 confirmados, probables y sospechosos; corresponde a su evaluación, orientación y seguimiento (9). se desarrolló en la ciudad a través de diferentes equipos:*

1. Equipos de rastreo de la Secretaría Distrital de Salud y de vigilancia en salud pública de las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) que inicialmente hicieron seguimiento a todos los casos y contac-

tos de la ciudad y, posteriormente, con la emisión del decreto 1374, a los no afiliados al SGSSS; también fueron responsables del monitoreo al seguimiento que realizaban los demás agentes en el territorio.

2. Equipos de rastreo de las entidades a cargo del aseguramiento en salud, encargados del seguimiento de aquellos afiliados informados como casos o contactos en SegCovid19.
3. Equipos de rastreo vinculados al Centro de Contacto Nacional de Rastreo (CCNR) que apoyaron a la Secretaría Distrital de salud para la localización y búsqueda de los contactos de las personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y de contactos estrechos prioritarios en conglomerados y brotes.
4. Equipo de rastreo de la Unidad nacional para la Gestión del Riesgo de desastres (UNGRD) asignados a la Secretaría Distrital de Salud para apoyar la gestión de los casos (viajeros, casos no contactados telefónicamente, casos con necesidad de alojamiento o transferencia económica y casos de población no afiliada) (10).

La Tabla 2 muestra los resultados por los diferentes grupos quienes combinaron estrategias de rastreo telefónico, presencial y call bot (11). El equipo de rastreo de la UNGRD hizo seguimiento principalmente a los casos remitidos por el CCNR, entre los que se encontraba población no asegurada, viajeros, no contactados, con necesidad de alojamiento o transferencia económica, adicionalmente gestionaron los casos cargados en la plataforma SEGCOVID como población no asegurada; las EAPB hicieron seguimiento a los casos y contactos en su población afiliada, captados por diferentes fuentes de información y los equipos de gestión del riesgo de las subredes hicieron

seguimiento a casos y contactos de población no asegurada de acuerdo con la ruta establecida para la atención a esta población. En los indicadores de rastreo del programa se evidenció una

gestión más efectiva para los casos confirmados (en comparación con los casos sospechosos) que alcanzó un 98% de seguimiento y 62 % de registro de contactos.

Tabla 2. Seguimiento a casos y contactos e indicadores de rastreo del programa PRASS en Bogotá a junio 2022.

<i>Equipo de rastreo</i>	<i>Casos recibidos desde CCNR</i>	<i>Casos rastreados</i>	<i>Casos remitidos EAPB</i>	<i>Casos gestionados en SegCovid</i>	<i>Seguimiento a contactos</i>
UNGRD	845.160	424.324	392.146	22.764	6.148
EAPB	-	2.787.318	-	942.653	2.412.586
Subredes	-	2.438	-	-	1.373
<i>Indicadores de rastreo programa PRASS SegCovid</i>					
Indicador		Casos confirmados	Casos sospechosos	Casos población no afiliada	
Porcentaje de casos confirmados o sospechosos con seguimiento		98,80 %	95,66 %	61,11 %	
Porcentaje de casos confirmados o sospechosos con contactos registrados		62,80 %	55,13 %	23,24 %	

Fuente: Informe final equipo de rastreadores UNGRD, Bogotá marzo 2022 / Tablero de auto reporte estrategia DAR EAPB / Subredes formato consolidado seguimiento aislamiento y contactos PPNA V3, corte junio 2022. Bodega de datos SISPRO SegCovid. Fecha de consulta. Noviembre 2022.

4. Discusión

Los programas, proyectos, estrategias e intervenciones en salud pública se caracterizan por ser complejas, ligadas al contexto y determinadas por factores sociales, económicos, culturales, ambientales que interactúan e influyen en su implementación y sostenibilidad (1), por lo que requieren un equilibrio entre la factibilidad técnica, la favorabilidad en el contexto, y la suficiencia de recursos y capacidades en quienes la desarrollan (2). Tal fue el caso del programa PRASS/DAR en el Distrito Capital de Bogotá, cuyos procesos, procedimientos y actividades se desarrollaron en medio de una

gran incertidumbre global sobre una lista de posibles escenarios e intervenciones en los planes de respuesta a la pandemia a veces difíciles de concretar (1) y una gran influencia del contexto poblacional, geográfico, institucional, histórico y social en que tenían que implementarse. Sin embargo, lograr sintetizarlas en un programa con solo tres componentes estructurantes, requirió de la experticia y conocimiento de expertos de diferentes disciplinas incluidas las de vocación económica y social.

El análisis del contexto fue precisamente el primer paso en la adopción y adaptación de las intervenciones que se pretendían incluir en

programa para la ciudad. Esto incluyó aspectos relacionados con las características sociales, culturales, económicas y vulnerabilidades de la población, características y capacidades de la red de prestación de servicios, proyecciones de la magnitud del evento de estudio para tratar de entender los diferentes niveles en los que se expresaba la pandemia (personas, territorios, sistema de salud, políticas), que permitió acercarse a la comprensión holística del problema, identificar oportunidades para su abordaje y generar interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos para el desarrollo de acciones intersectoriales y sectoriales, colectivas e individuales, incluidos los procedimientos establecidos en las guías de práctica clínica (12).

Lograr el consenso entre los agentes partió del reconocimiento de las relaciones existentes y las oportunidades de alianzas que favorecieran el desarrollo del programa (13) (14). Fue destacable la articulación lograda con las dependencias del órgano rector, de las instituciones que conforman el sector, de los otros sectores de la administración pública y de las alianzas públicas privadas que permitieron integrar el programa con otras iniciativas establecidas en el plan de respuesta distrital a la pandemia (15). Dentro del sector, fue determinante la generación de confianza entre los agentes, mediante la comunicación asertiva en todos los momentos de ejecución, la implementación de procesos sencillos, claros y entendibles y el acompañamiento permanente.

En relación con la detección, primer componente del programa PRASS y la estrategia DAR, con corte a junio de 2022, Chile se destacó como el país con mayor cantidad de pruebas aplicadas para la detección de COVID 19 en América Latina (2040 pruebas por cada mil habitantes), muy superior a países como Colombia (678 pruebas por cada mil habitantes), Perú (858 pruebas por mil habitantes) y Argentina (807 pruebas por mil habitantes);

quienes a vez superaron la gestión realizada por países como Brasil y México (313 y 122 pruebas por mil habitantes respectivamente). Bogotá alcanzó 1 296 pruebas por mil habitantes (16); es decir, los esfuerzos en identificar a las personas en riesgo y afectadas fue diferencial en los países y territorios de la región y las acciones derivadas de esta en términos de rastreo y aislamiento (17). La OMS a través de comunicados relacionados con la capacidad de diagnóstico de los países especificó que “la realización de pruebas diagnósticas de la infección por el SARS-CoV-2 es un componente clave de la estrategia general de prevención y control de la COVID-19.” Bogotá, mediante las diferentes alianzas entre aseguradoras, prestadores, la entidad territorial y el fortalecimiento de la capacidad de procesamiento de los laboratorios superó la cantidad de pruebas por mil habitantes en comparación con países como Perú, Argentina, Brasil y México, y en sincronía con lo indicado por la OMS esta acción estuvo adscrita a un programa y normativa que garantizó la atención correspondiente y el rastreo de contactos para cortar cadenas de transmisión. (18)

Otro indicador de bastante aceptación en el monitoreo de la pandemia, estuvo relacionado con el porcentaje de positividad en las pruebas utilizadas por las diferentes estrategias y que generalmente estaban relacionadas con los momentos y tasas de transmisión; en junio de 2020 cinco (5) países de América Latina (Argentina, México, Chile, Colombia y Perú) oscilaban entre el 15 y el 50 % de positividad, situación que tendió al descenso y posteriormente marcó un pico en enero de 2022, en que todos los países superaron el 30 % de positividad y países como México y Argentina superaron el 60 %, a corte de junio de 2022 Colombia ocupó el cuarto puesto en este indicador (8,50 %) por debajo de México, Argentina y Chile (17). En la ciudad de Bogotá su comportamiento fue similar.

Varios países de Suramérica compartieron estrategias similares a las implementadas en el PRASS de Colombia y realizaron rastreo de casos y contactos. Con corte al mes de junio de 2022 los países que realizaron seguimiento integral fueron Colombia, Ecuador, Guayana, Bolivia, Chile y Argentina y los países que no realizaron acciones de rastreo o estuvo limitado fueron: Venezuela, Brasil, Perú, Paraguay, Uruguay y Surinam. Bogotá continúa con el seguimiento a casos y contactos y las acciones propias de la vigilancia en salud pública, entre tanto el decreto 1374 que norma el programa PRASS esté vigente. (17)

El aislamiento selectivo y sostenible, tercer componente del PRASS, fue altamente dependiente de las decisiones políticas y macroeconómicas nacionales relacionadas con la reapertura social, económica y cultural, las capacidades reales de las familias para adherirse a las orientaciones médicas y las posibilidades de apoyo ofrecido por el Distrito. Hubo retardo en algunas orientaciones nacionales como la relacionada con la generación del certificado de aislamiento a los casos y contactos que se emitió mediante la circular 004 del 13 de enero 2022 (19), después de un año y diez meses de notificado el primer caso al país (20). Sin embargo, la ciudad generó su propia respuesta en este componente y activó diferentes estrategias para apoyar a los grupos poblacionales más afectados y vulnerables con ayudas monetarias y en especie dirigidas a incentivar el aislamiento.

Los sistemas de información jugaron un papel importante en la respuesta a la pandemia, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Instituto Nacional de Salud, en el mes de abril del 2020 consolidó una estrategia para generar sistemas de información como el Segcovid, para el reporte de seguimiento a casos, Sismuestras para el cargue de muestras con sus resultados y Coronapp que facilitó el autoreporte y la identificación del riesgo por

parte de la población para integrar lo que es el aseguramiento con la salud pública (21) y la infografía permanente de COVID-19 en Colombia que monitoreó el comportamiento de la curva epidemiológica, el análisis sociodemográfico, la tasa de incidencia y mortalidad, la productividad de la toma de muestras y su positividad.

Es relevante abordar las inequidades sociales como determinantes de los efectos de la pandemia y las oportunidades de implementación de un programa como el PRASS de Colombia. Aunque se estableció una normativa vía decreto nacional, que permitía en sus supuestos una adherencia y sostenibilidad mayor que el aislamiento generalizado, dependió mucho de las circunstancias sociales y económicas de la población (22). Por ello el Distrito Capital de Bogotá, incluyó un enfoque de equidad con perspectiva de curso de vida, particularmente en la priorización de grupos de riesgo para la toma de pruebas y seguimiento y, la articulación intersectorial para apoyar el componente de aislamiento a los más vulnerables. Finalmente, el acompañamiento del programa con una estrategia comunicacional de la ciudad, Detecto, Aislo y Reporto (DAR) buscó generar empoderamiento y participación de la comunidad a las medidas tomadas.

5. Conclusiones

La pandemia por COVID-19 es una emergencia sin precedentes en la historia reciente de la humanidad que amenazó de manera particular a Bogotá, por las complejas dinámicas sociales, económicas y sanitarias de la capital de Colombia. Tal complejidad ha exigido una gran capacidad de adaptación del sistema de salud de la ciudad, el cual se ha visto forzado a realizar ajustes en los procesos, medios e instrumentos de planificación, gestión y operación de la salud pública para lograr atender y mitigar los efectos de un evento emergente de

tal magnitud. La atención primaria, estrategia fundamental sobre la que se diseñó el programa PRASS/DAR, se convirtió en un marco de actuación especialmente útil dirigido a favorecer la integración entre el Gobierno, las instituciones, los agentes y la comunidad, con miras a reducir los impactos sanitarios, sociales y económicos en la población.

Las cuarentenas y posteriormente el aislamiento selectivo de las personas contagiadas para cortar cadenas de transmisión fueron las intervenciones de prevención primaria no farmacológicas de mayor uso a nivel global. El liderazgo político, la capacidad de agencia y la generación de gobernanza a partir de instituciones de salud pública fortalecidas permite una respuesta integrada y efectiva de las emergencias sanitarias como la generada por el SARS_CoV 2.

La experiencia de implementación del PRASS/DAR en el Distrito Capital mostró la potencialidad de involucrar a los sectores e instituciones públicas y privadas en el enfoque multilateral de las actividades de prevención, preparación y respuesta de una pandemia de estas magnitudes.

Una respuesta efectiva a una emergencia sanitaria requiere de unos sistemas de soporte de información y comunicación robustos que favorezcan el despliegue de intervenciones y operaciones en salud pública.

Una Vigilancia de la Salud Pública fortalecida, una red de laboratorios idónea y suficiente y la transferencia amplia y oportuna de conocimientos e investigación orientó la toma decisiones asertivas y mejoró la confianza de los actores en el plan de respuesta y el programa. El diseño e implementación de programas de Salud Pública para prevenir, controlar, eliminar o erradicar eventos de importancia en salud pública nacional y regional, que cuenten con

un conjunto de actividades coherentes, organizadas e integradas, destinadas a alcanzar unos objetivos concretos y definidos previamente mantienen su vigencia en sistemas de salud como los de Colombia y la ciudad.

La Promoción de la Salud (PS) podría influir sobre las políticas públicas para no volver al mundo que existía, usando como ancla dos documentos lanzados durante la pandemia y que explicitan la lente epistémica de la comunidad global de la PS en cinco puntos: intersectorialidad, sostenibilidad, empoderamiento, compromiso con la salud pública y equidad, y perspectiva de curso de vida (22).

Referencias

1. Referencias Morales J, Jimenez E, Martín F, J M. Salud pública basada en la evidencia: Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. Revista española de salud pública. 2008; 82(1): p. 05-20.
2. Girecke C. Intervention complexity - a conceptual framework to inform priority-setting in health. Bulletin of the World Health Organization. 2005 Abril; 83(4).
3. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Decreto 3518. 2006 Octubre 09. "por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones".
4. Naderifar M, Goli H, Snowball F. A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. Strides in Development of Medical Education. 2017; 14(3).
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas SARS Cov 2 - COVID 19. [Online].; 2021. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/>

- PP/ET/gips21-lineamientos-uso-pruebas-diagnosticas-sars-cov-2-covid19-2021.pdf.
6. Alcaldía mayor de Bogotá. Decreto 090. Bogotá; 2020.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1374. Bogotá, D.C. ; 2020.
8. Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO. Indicadores para la gestión y el seguimiento - PRASS. [Online].; 2022. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNDM0N2MxZmltN2IxMC00YmZjLWE4ZjgtOTc2OWMwMjY1NWZkIiwidCI6ImJmYjdIMTNhLTdmYjctNDAxNi04MzBjLWQzNzE2ZThkZDhiOCJ9>.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud.gov.co. [Online].; 2020 [cited 2023 02 16. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/abece-prass.pdf>.
10. Unidad nacional para la gestión del riesgo de desastres - UNGRD. Informe final proyecto rastreadores de campo. Bogotá; 2022.
11. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Informe requerimiento semanal EAPB. [Online].; 2022. Available from: <https://datastudio.google.com/reporting/98b44385-7b69-43e7-bbbe-b55413ec013b/page/mzyLC>.
12. Campbell N, Murray E, Darbyshire J, Farmer A, Griffiths A, Guthrie B. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. The British medical journal. 2007;; p. 337.
13. Commission on Global Governance. Our global neighbourhood. United Kingdom: Oxford; 1995.
14. Lee K, Sridhar D, Patel M. the divide: global governance of trade and health. Lancet. 2009; 3: p. 416-22.
15. Beleño E, Rueda J, Osorio E, et al. Plan de Respuesta del Sector Salud a la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), Bogotá D. C. Boletín Epidemiológico Distrital (BED). 2020 Abril; 7(4).
16. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Datos de salud enfermedades transmisibles. [Online].; 2022. Available from: <https://saludata.salud-capital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/>.
17. Universidad de Oxford. Our World in Data. [Online].; 2022. Available from: <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>.
18. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones relativas a las estrategias nacionales de realización de pruebas del SARS-CoV-2 y la capacidad de diagnóstico de los países. [Online].: Organización Mundial de la Salud 2021.; 2021. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344372/WHO-2019-nCoV-lab-testing-2021.1-spa.pdf>.
19. Ministerio de salud y protección social y Ministerio del Trabajo. Circular conjunta 004 de 2022. [Online].; 2022. Available from: <https://www.apccolombia.gov.co/sites/default/files/2022-03/Circular%20Conjunta%20004-2022%20Protecci%C3%B3n%20Laboral%204%C2%BA%20pico%20pandemia.pdf>.
20. Miniserio de Salud y Protección Social. Colombia confirma su primer caso de COVID-19. Bogotá, D.C.; 2020.
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Los retos del sistema de salud que dejó la pandemia por covid-19. [Online].; 2020. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Los-retos-del-sistema-de-salud-que-dejo-la-pandemia-por-covid-19.aspx>.
22. Nogueira J, Rocha D, Akerman M. Políticas Públicas adoptadas en la pandemia de la COVID-19 en tres países de América Latina: Contribuciones de la Pormoción de la Salud para no volver al mundo que existía. Global Helath Promotion. 2021; 28(1): p. 117-126.

Bogotá logra el cierre del brote de MPOX

Nelly Yaneth Rueda Cortés¹.

El 23 de julio 2022, el director general de la Organización Mundial de la Salud declaró que el brote de Mpox (Viruela Símica) constituía una Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional – ESPII, de acuerdo con los criterios establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional 2005. Desde principio del mes de mayo del 2022, 75 países del mundo ya habían reportado más de 16.000 casos de viruela símica (MPOX).

El 23 de junio el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Instituto Nacional de Salud, informaron los tres primeros casos confirmados por laboratorio en Colombia, entre ellos dos personas, masculinos residentes la ciudad de Bogotá, con antecedente de viaje a Europa.

En la ciudad, se han notificado 3527 casos probables de MPOX, desde SE 25 del 2022 a SE 13 del 2023, de los cuales 1980 han sido confirmados por laboratorio, 1.366 casos descartados y 181 casos continúan probables (por pruebas PCR con resultados indeterminados). El 100 % de los casos ya se encuentran recuperados, el distrito aporta el 47 % de la notificación del país y el 48 % de casos confirmados para la enfermedad.

La curva epidémica de casos confirmados para la ciudad, a partir de la fecha de inicio de síntomas de los casos, muestra un pico epidémico entre las semanas epidemiológicas 31 a 41 del 2022 (agosto a octubre) cuando se registró el 88.8 % (n=1759) del total de los casos confirmados, con un descenso progresivo hasta la semana 8 del 2023 en la que se registran solo dos casos confirmados.

¹ Subdirección de Vigilancia en salud Pública. Secretaría Distrital de Salud.

Los rangos de edad mayormente afectados fueron: 27 a 59 años en un 76.3 % (n=1511), seguido del grupo de 18 a 26 años con 22 % (n=441) y el 1.7 % restante se distribuye en los demás rangos de edad. El 97.8 % (n=1,937) de los casos positivos corresponden al género masculino y, de acuerdo con la orientación sexual, se identifica que el 72 % (n=1,427) son homosexuales, heterosexual 8.0 % (n=159), bisexuales 5.0 % (n=10)

Las localidades donde se concentró el mayor número de casos fueron Suba con el 12,4 % (n=246), Kennedy 11,1 % (n=220) Chapinero 10,4 % (n=206) y Engativá 9,09 % (n=180).

Dentro de las medidas de Vigilancia en Salud Pública implementadas para el control del evento en Bogotá estuvieron: el diagnóstico oportuno por laboratorio, las intervenciones epidemiológicas de campo a través de los Equipos de respuesta inmediata – ERI, verificando el aislamiento de los casos hasta su recuperación y el seguimiento a sus contactos a fin de cortar las cadenas de transmisibilidad. Así mismo, se implementó la estrategia de comunicación de riesgo dirigida a la población general, enfocada en las conductas sexuales de riesgo como el principal factor de contagio dado por el contacto piel a piel, especialmente en lugares de aglomeración, hoteles, moteles y sitios de encuentros sexuales.

Debido al éxito de las acciones de control implementadas en el distrito, se dio cierre del brote de acuerdo con el protocolo del Instituto Nacional de Salud, donde se indica que todo brote en municipio o distrito podrá ser cerrado tras 28 días desde la fecha de inicio de síntomas del último caso detectado.

Información sobre emergencias en salud de interés internacional - ESPII corte a abril del 2023

Jenny Mora¹.

Actualización datos casos de COVID 19 en el mundo

A nivel mundial, se informaron casi 2,8 millones de nuevos casos y más de 16 000 muertes en los últimos 28 días (del 27 de marzo al 23 de abril del 2023), una disminución del 23 % y 36 %, respectivamente, en comparación con los 28 días anteriores (27 de febrero al 26 de marzo de 2023). Contrario a la tendencia general, continuaron los aumentos en los casos notificados y las muertes en las regiones del Sudeste Asiático y del Mediterráneo Oriental. Hasta el 23 de abril de 2023, se han notificado más de 764 millones de casos confirmados y más de 6,9 millones de muertes globalmente.

A nivel regional, el número de nuevos casos de 28 días notificados disminuyó en cuatro de las seis regiones de la OMS, sin embargo, se registra un aumento en la Región del Mediterráneo Oriental (+41 %) y la Región de Asia Sudoriental (+666 %). El número de muertes de 28 días notificadas recientemente disminuyó en cuatro regiones de la OMS exceptuando en la Región del Mediterráneo Oriental (+80 %) y la Región de Asia Sudoriental (+305 %) donde se presentó un aumento en el número de casos. En relación con el reporte de casos por país, los números más altos de casos nuevos se informaron en los Estados Unidos de América (n=383 887), la República de Corea (n=305 099), la Federación Rusa (n=224 054), Japón (n=217 420) y Francia (n=213 732). Es importante anotar que países como Estados Unidos, Rusia y

Japón a pesar de reportar un mayor número de casos, registra una disminución en comparación con los 28 días anteriores. Los números más altos de las nuevas muertes, durante el periodo mencionado se informaron en los Estados Unidos de América (n=4765), Brasil (n=1298), Rusia (n=995), Francia (n=797) y el República Islámica de Irán (n=718).

Los datos actuales en los casos de COVID-19 notificados son mínimos en relación con el número real de infecciones en el mundo, debido en parte a la reducción de las pruebas y los retrasos en informes en muchos países. (1)

Actualización casos de MPOX en la Región de las Américas

A corte del 30 abril del 2023 las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud han reportado un total de 87.283 casos confirmados de Mpx. El 68 % de los casos a nivel mundial pertenecen a la región de las Américas donde se han confirmado 59.237 personas afectadas en 31 países de la región. Además, se han reportado 104 defunciones atribuidas a la infección por MPOX y hasta el momento se encuentran 1.211 casos probables que requieren confirmación por laboratorio. De todos los casos notificados en la Región de las Américas, cinco países concentran el 89,3 % de los casos confirmados (n=52.924): Estados Unidos de América (n=30.154), Brasil (n=10.915), Colombia (n=4.090), México (n=3.965), Perú (n=3.800). En cuanto a las mortalidades, los países que reportan casos atribuidos a la infección son: Estados Unidos de América (n=44), Brasil (n=16), Perú (n=20), México (n=14), Ecuador (n=3). (2)

¹ Profesional especializada Equipo Urgencias y Emergencias Subdirección de Vigilancia en Salud Pública

Actualización Epidemiológica - Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 25 de abril de 2023

En la Región de las Américas, el riesgo de ocurrencia de nuevos brotes de fiebre amarilla de diversa magnitud es alto, debido a que las coberturas de vacunación se han estancado en la última década. La pandemia por la COVID-19, entre otros factores, han llevado a que las actividades de vacunación se vean afectadas, impactando en la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla. Por lo tanto, es necesario que los países garanticen coberturas de vacunación mayores o iguales al 95% de forma homogénea. En lo que va del 2023 se han registrado casos de fiebre amarilla notificados en dos países de la Región Bolivia (dos) y Brasil (tres).

En Bolivia, se detectó un caso positivo en un niño de 9 años sin antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla y sin viajes recientes fuera del municipio de residencia, con fecha de inicio de síntomas el 27 de febrero de 2023; a la fecha el paciente fue dado de alta y se encuentra recuperado y en buen estado de salud general. El segundo caso positivo se trata de un paciente de 17 años, sin antecedentes de vacunación, quien prestaba servicio militar, la fecha de inicio de síntomas fue el 23 de marzo de 2023 con fiebre y posteriormente presentó dolor abdominal difuso y malestar general, razón por la cual el 27 de marzo fue internado en un centro hospitalario, el paciente falleció el 13 de abril por hemorragia cerebral e insuficiencia hepática.

En Brasil, se registraron brotes de grandes proporciones entre finales de 2016 y hasta 2020 con 2.256 casos confirmados. Entre julio de 2021 y junio de 2022, se notificaron 5 casos confirmados, incluyendo 4 defunciones de los 5 casos confirmados tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres, debido a actividades laborales y/o de ocio. Durante el período

actual de monitoreo hasta la semana 11 se notificaron 300 casos humanos sospechosos y 3 fueron confirmados, de éstos últimos, todos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales y/o de ocio. (3)

Seguimiento brote de Cólera en Haití y República Dominicana

Hasta el 30 de abril de 2023 en Haití, se han informado 38.454 casos sospechosos y 2.606 casos confirmados, incluyendo 664 defunciones en los 10 departamentos del país, lo que representa un aumento de 1,72 % en casos confirmados y un aumento del 0,50 % en casos sospechosos en los últimos 7 días. El 54,8 % de los casos sospechosos notificados son hombres y el 45,2 % son mujeres. La tasa de letalidad entre casos sospechosos y hospitalizados es de 1,73 % y 1,29 % respectivamente y los grupos de edad más afectados son de 1-4 años (20 %) y 5-9 años (15,8 %) entre los casos confirmados.

En Haití, la compleja crisis humanitaria y sociopolítica, con altos niveles de inseguridad, escasez de combustible y la inestabilidad económica, continúan siendo desafíos importantes en la respuesta al brote de cólera, limitando el acceso a los servicios básicos de salud, agua, higiene y saneamiento, así como suministros. Adicionalmente, se tienen dificultades para acceder a las zonas afectadas para realizar la vigilancia epidemiológica, así como para la instalación de Puntos de Rehidratación Oral (PRO) y Centros de Tratamiento de Cólera (CTC), el transporte de pacientes a los centros de atención y el desarrollo de actividades de promoción en higiene y saneamiento.

En Haití, la OPS/OMS sigue apoyando al Ministerio de Salud en el fortalecimiento de la vigilancia mediante el apoyo a las misiones en

salud para mejorar la vigilancia epidemiológica y de laboratorio de tal manera que se mejore la calidad de los datos y la información disponible, así como para fortalecer la capacidad de los laboratorios para la detección y diagnóstico rápido de cólera, incluida la adquisición de equipos, materiales de laboratorio y reactivos. También se busca mejorar la gestión de casos en los Centros de Tratamiento del Cólera (CTC) al apoyar a las Direcciones de Salud en atención clínica, agua, higiene, saneamiento y prevención y control de infecciones, incluidos los CTC establecidos en las cárceles, así como la distribución de suministros médicos y no médicos para ayudar en la respuesta al cólera.

En República Dominicana, el Ministerio de Salud Pública confirmó tres casos nuevos de cólera hasta el 22 de marzo, por lo que continua a corte del 30 de abril con un total de 99 de casos confirmados, de los cuales 74 se reportan en la ciudad capital de Santo Domingo. (4)

Monitoreo de casos humanos infección por Influenza aviar A(H9N2)

En el mundo, desde 1998 y hasta el 27 de abril de 2023, se han reportado un total de 123 casos confirmados por laboratorio, incluidas dos muertes, de infección humana por el virus de la influenza aviar A (H9N2) en ocho países: China (110), Egipto (4), Bangladesh (3), Camboya (2), Omán (1), Pakistán (1), India (1) y Senegal (1). La mayoría de los casos fueron niños con enfermedad leve.

Al 27 de abril de 2023, y desde los casos anteriores notificados el 30 de marzo de 2023, se tiene reporte de tres nuevos casos notificados de infección por influenza aviar A (H9N2) en China, todos con síntomas leves: una niña de 10 años de la provincia de Hunan con inicio de síntomas el 19 de octubre de 2022 y con exposición a las aves de corral desconocida.

Una niña de tres años de la provincia de Jiangxi con fecha inicio de síntomas el 31 de enero de 2023, presunta exposición a las aves de corral en la provincia de Hunan y un niño de dos años de la provincia de Hunan que comenzó con síntomas leves el 5 de febrero de 2023, quien tuvo una exposición a aves de corral de traspatio. No se han detectado ni notificado otros casos entre los familiares de estos tres casos. (5)

Infección en seres humanos por el virus A(H5N1) de la influenza aviar altamente patógena en Chile – actualización 17 de abril del 2023

El 29 de marzo del 2023, Chile notificó su primera infección en seres humanos por el virus A(H5N1). Este es el segundo caso en seres humanos del A(H5N1) en América del Sur, seguido de un caso en enero del 2023 notificado por Ecuador.

El paciente chileno era un hombre de 53 años, con inicio de síntomas del 13 de marzo, hospitalizado luego por enfermarse gravemente y continúa en aislamiento respiratorio bajo manejo multidisciplinario, con ventilación mecánica por neumonía.

Luego de ser hospitalizado el 22 de marzo, el paciente recibió tratamiento antiviral con oseltamivir y tratamiento antibiótico. Se detectó el A(H5N1) en aves silvestres y lobos marinos en la región de Antofagasta, en la costa norte de Chile, donde vivía el paciente. El posible contacto del paciente con aves silvestres, mamíferos marinos y/o exposiciones ambientales permanece bajo investigación. Los contactos cercanos del paciente han permanecido asintomáticos y han dado negativo para los virus de influenza, lo que indica que no se produjo ningún contagio conocido entre personas.

Se ha secuenciado y analizado genéticamente el ARN viral obtenido del paciente confirmado en Chile, evidenciando que es el

mismo genotipo que se ha detectado en la mayoría de las aves silvestres en América del Sur, lo que indica que no existe evidencia de reagrupación genética en comparación con el virus circulante. En relación con los resultados del análisis genómico donde no hay cambios en la circulación del virus A(H5) de la influenza aviar del clado 2.3.4.4b, se considera que el riesgo general para la salud humana asociado a los brotes de A(H5) en curso en aves silvestres y aves de corral permanece bajo. (6)

Referencias bibliográficas

1. COVID-19 Weekly Epidemiological Update on COVID-19, 27 April 2023. Edition 140 published 27 April 2023 [Internet]. [Consultado 30/05/2023]. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---27-april-2023>
2. Mpox cases – Region of the Americas date – 30 April 2023 [Internet]. [Consultado 30/05/2023]. <https://shiny.pahobra.org/mpox/>
3. Epidemiological Update Yellow fever in the Region of the Americas 25 April 2023– [Internet]. [Consultado 30/05/2023]. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-25-abril-2023>
4. Cholera Epidemic In Haiti And The Dominican Republic – 30 April 2023. [Internet]. [Consultado 30/05/2023]. Disponible en <https://shiny.pahobra.org/cholera/>
5. Communicable disease threats report, 23 – 29 April 2022, week 17 [Internet]. [Consultado 30/05/2023]. Disponible en <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-23-29-april-2023-week-17>
6. Infección en seres humanos por el virus A(H5N1) de la influenza aviar altamente patógena en Chile– 17 April 2023. [Internet]. [Consultado 30/05/2023]. Disponible en <https://espanol.cdc.gov/flu/avianflu/spotlights/2022-2023/chile-first-case-h5n1-addendum.htm>



Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en BOGOTA, con corte a periodo 4 de 2023, (Periodo epidemiológico 4 - Informacion 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	1	0	0	0	0	0	0	0	9	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	555	143	178	57	677	159	1131	269	134	34	163	28	7 965	1 876
Bajo peso al nacer	110	25	0	16	0	31	0	66	0	8	0	8	0	641	1
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	136	40	37	17	194	51	315	89	35	6	49	13	2 189	514
Cáncer en menores de 18 años	115	3	0	1	0	9	2	4	0	1	0	1	0	140	11
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	1	0
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	44	8	11	1	59	23	89	22	10	0	17	4	878	182
Dengue	210	30	8	6	1	41	8	50	13	9	0	3	1	454	93
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	52	14	7	4	66	21	152	47	13	2	4	1	1.370	376
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 diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	31	12	0	0	3	0	28	11	2	1	0	0	215	46
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	59	19	26	13	75	17	120	31	13	1	26	9	1.265	324
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	14	1
Exposición a flúor	228	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	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Hepatitis A	330	4	1	8	0	9	2	14	1	9	0	12	1	161	22
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	27	7	31	7	31	10	33	8	8	3	22	6	360	91
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	55	2	29	4	9	2	32	1	8	3	35	3	289	39
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	165	38	33	4	163	28	247	51	24	3	41	5	1.591	254
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	7	1	16	2	3	0	13	1	16	0	21	0	131	9

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaquéen		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
Intento de suicidio	356	113	27	33	7	178	48	242	54	47	15	47	9	1.775	422
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	145	41	56	20	137	32	291	84	34	10	40	9	1.434	373
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis Cutánea	420	5	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	28	2
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7	1
Leptospirosis	455	1	0	0	0	1	0	5	0	2	0	1	0	32	1
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	4
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	0	0	1	0	7	1	0	0	0	0	52	2
Malaria	465	2	1	2	0	7	1	5	1	1	1	0	0	91	20
Meningitis	535	2	0	1	0	1	0	2	0	3	0	0	0	38	3
Morbilidad Materna Extrema	549	89	21	32	10	124	26	236	52	24	8	19	6	1.799	436
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	19	4
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	9	3	2	1	17	3	30	10	5	0	6	4	328	91
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	43	12	12	1	35	5	69	21	7	1	11	2	407	96
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	0	0	0	6	1	6	2	0	0	0	0	55	18
Sífilis gestacional	750	13	2	0	0	22	7	40	10	3	0	0	0	356	86
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	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	1	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	28	9	11	3	44	13	44	9	12	2	8	2	570	161
Varicela Individual	831	81	29	25	3	137	35	248	69	26	7	16	7	1.388	372
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	325	66	97	28	722	117	868	173	105	19	107	18	9.154	1.991
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8	1
Viruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	12	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	88	27	69	12	168	48	193	47	45	16	70	11	1.712	393
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Total por localidad		2.141	532	741	195	2.973	659	4587	1.077	606	132	727	139	36.970	8.318

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	9	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	151	40	423	96	77	13	0	0	38	8	405	94	7 965	1 876
Bajo peso al nacer	110	11	0	46	0	9	0	0	0	2	0	36	0	641	1
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	28	4	85	19	25	4	0	0	17	3	77	10	2 189	514
Cáncer en menores de 18 años	115	1	0	2	0	3	1	0	0	0	0	5	0	140	11
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	1	0
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	19	2	43	9	13	5	0	0	4	0	43	10	878	182
Dengue	210	6	0	10	1	2	1	0	0	2	0	10	1	454	93
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	17	4	72	13	26	5	0	0	6	1	68	19	1.370	376
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 diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	4	1
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	9	0	23	1	23	0	0	0	0	0	13	1	215	46
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	25	9	42	7	24	6	0	0	4	1	49	9	1.265	324
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	14	1
Exposición a flúor	228	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	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hepatitis A	330	6	1	8	0	5	2	0	0	0	0	7	1	161	22
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	15	3	11	3	9	3	0	0	2	0	6	0	360	91
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	30	6	39	13	14	4	0	0	13	1	289	39
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	28	3	62	6	14	2	0	0	8	1	69	10	1.591	254
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	12	0	13	2	0	0	0	0	1	0	131	9
Intento de suicidio	356	30	7	107	24	25	8	0	0	8	1	97	27	1.775	422
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	38	9	76	17	17	7	0	0	8	6	63	15	1.434	373

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
IRA Virus Nuevo (2020)	346														
Leishmaniasis Cutánea	420	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	2
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	7	1
Leptospirosis	455	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	32	1
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	4
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	4	0	1	0	0	0	1	0	3	0	52	2
Malaria	465	4	0	2	0	3	0	0	0	0	0	6	1	91	20
Meningitis	535	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	38	3
Morbilidad Materna Extrema	549	29	5	80	18	40	9	0	0	7	2	81	13	1.799	436
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	4
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	8	0	7	1	4	0	0	0	1	1	17	6	328	91
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	0	0	15	4	2	0	0	0	0	0	22	7	407	96
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	5	0	6	4	1	0	0	0	0	0	4	1	55	18
Sífilis gestacional	750	20	3	31	12	10	1	0	0	2	0	24	6	356	86
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	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	1	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	19	4	43	13	23	11	0	0	0	0	32	8	570	161
Varicela Individual	831	22	5	48	13	17	4	0	0	4	2	55	15	1.388	372
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	166	34	540	108	126	24	0	0	29	8	523	111	9.154	1.991
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	1	0	8	1
Viruela Símica	880	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	42	11	59	18	54	9	0	0	12	1	60	10	1.712	393
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Total por localidad		704	145	1.893	393	610	131	14	4	155	35	1.793	376	36.970	8.318

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	0	0	1	0	0	0	0	0	9	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	569	139	851	197	342	67	237	54	7 965	1 876
Bajo peso al nacer	110	49	0	78	0	14	0	8	0	641	1
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	127	39	258	54	95	20	67	15	2 189	514
Cáncer en menores de 18 años	115	9	0	5	0	2	1	1	0	140	11
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	43	7	77	12	32	7	21	3	878	182
Dengue	210	17	1	32	8	18	4	7	0	454	93
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	132	56	167	41	39	12	18	3	1.370	376
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 diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	3	1	16	4	2	1	1	0	215	46
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	63	20	106	29	40	15	32	11	1.265	324
Evento adverso seguido a la vacunación	298	4	0	2	0	0	0	0	0	14	1
Exposición a flúor	228	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hepatitis A	330	10	0	20	3	6	0	6	1	161	22
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	21	4	39	11	8	2	17	7	360	91
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	11	0	1	0	0	0	289	39
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	81	13	135	17	63	6	67	13	1.591	254
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	2	1	18	2	0	0	0	0	131	9
Intento de suicidio	356	137	32	184	36	65	12	56	16	1.775	422
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	68	16	111	28	61	9	34	10	1.434	373

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
IRA Virus Nuevo (2020)	346										
Leishmaniasis Cutánea	420	1	0	1	0	1	0	2	0	28	2
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	1	0	0	0	0	0	7	1
Leptospirosis	455	1	0	3	0	0	0	0	0	32	1
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	0	0	3	2	0	0	9	4
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	1	0	6	0	1	0	1	0	52	2
Malaria	465	5	0	5	2	0	0	0	0	91	20
Meningitis	535	3	0	5	0	1	0	1	0	38	3
Morbilidad Materna Extrema	549	159	38	196	55	57	17	43	9	1.799	436
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	1	0	0	0	0	0	0	0	19	4
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	28	8	43	11	9	4	7	2	328	91
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	17	5	49	10	18	4	12	1	407	96
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	4	2	5	1	2	1	0	0	55	18
Sífilis gestacional	750	34	9	47	13	8	1	3	1	356	86
Síndrome Inflamatorio Multisistemico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	2	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	1	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	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	36	8	61	22	13	3	15	2	570	161
Varicela Individual	831	123	34	156	43	64	12	36	14	1.388	372
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	1074	278	1131	274	365	85	226	36	9.154	1.991
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	1	0	0	0	1	0	8	1
Viruela Símica	880	0	0	1	0	0	0	0	0	12	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	107	19	186	44	62	11	55	12	1.712	393
Zika	895	0	0	2	0	0	0	1	0	5	0
Total por localidad		2.929	730	4.010	917	1.392	296	976	210	36.970	8.318

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	1	0	1	0	0	0	9	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	477	114	160	46	683	147	2	1	7 965	1 876
Bajo peso al nacer	110	31	0	14	0	75	0	0	0	641	1
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	86	15	40	11	114	27	1	0	2 189	514
Cáncer en menores de 18 años	115	6	0	1	0	7	0	0	0	140	11
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	27	3	20	4	57	15	1	0	878	182
Dengue	210	7	1	2	1	18	3	0	0	454	93
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	117	32	48	11	238	52	0	0	1.370	376
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 diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	7	1	1	0	9	0	0	0	215	46
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	37	14	23	9	52	9	1	1	1.265	324
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	0	0	1	0	0	0	14	1
Exposición a flúor	228	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hepatitis A	330	6	1	4	2	6	0	0	0	161	22
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	12	4	8	1	15	2	0	0	360	91
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	10	0	0	0	0	0	289	39
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	54	7	33	3	84	10	0	0	1.591	254
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	1	0	7	0	0	0	131	9
Intento de suicidio	356	94	25	48	11	154	37	0	0	1.775	422
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	48	10	23	8	89	19	0	0	1.434	373
IRA Virus Nuevo (2020)	346										
Leishmaniasis Cutánea	420	0	0	0	0	3	0	0	0	28	2

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
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1
Leptospirosis	455	2	0	0	0	1	0	0	0	32	1
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	0	0	0	0	0	0	9	4
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	3	0	0	0	6	0	0	0	52	2
Malaria	465	0	0	1	1	12	2	0	0	91	20
Meningitis	535	2	0	3	2	3	0	0	0	38	3
Morbilidad Materna Extrema	549	65	15	34	8	149	34	0	0	1.799	436
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	1	1	4	1	0	0	19	4
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	10	2	6	4	34	13	0	0	328	91
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	26	8	12	3	42	10	0	0	407	96
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	2	0	0	0	4	2	0	0	55	18
Sífilis gestacional	750	15	2	9	3	50	9	0	0	356	86
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	2	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	1	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	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	20	5	6	3	33	14	0	0	570	161
Varicela Individual	831	64	11	25	5	131	37	0	0	1.388	372
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	666	153	241	46	1351	296	20	9	9.154	1.991
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	1	0	0	0	2	0	0	0	8	1
Viruela Símica	880	0	0	0	0	1	0	0	0	12	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	57	13	33	9	120	24	0	0	1.712	393
Zika	895	0	0	1	0	1	0	0	0	5	0
Total por localidad		1.943	436	809	192	3.558	763	25	11	36.970	8.318

* ac - acumulado del 1 de enero de 2023 al 22 de abril de 2023, * pe - periodo del 26 de marzo de 2023 al 22 de abril de 2023, ** Eventos reportados según localidad de notificación. *** Eventos que por definición de caso, quedan en estudio (sospechosos o probables). Elaborado: Ing. Ruben Rodriguez, Epidemiólogo SIVIGILA

Fuente: Base SIVIGILA Nacional ver 2023

Información preliminar 2023



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

