

2--2023-002357

Bogotá D.C., 28 de Junio de 2023

Señor

Peticionario

No aplica

No aplica

No presenta

Ciudad

Asunto: Respuesta PQRS No.2023-1198

Respetado (a) ciudadano,

En atención a su solicitud, realizada bajo la PQRS número **No. 2023-1198** de fecha 05 de junio de 2023, donde solicita "Información de estadísticas de salud o documentos de Cólera en el departamento del Atlántico entre los años 1991 - 1996", nos permitimos anexar el Informe Quincenal Epidemiológico Nacional Volumen 1, número 4 cuyo asunto es "Situación del cólera en Colombia 1996".

Esperamos que sea de gran ayuda.

Cordialmente,



FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO

Director Técnico

Indicar en letras el número de anexos y entre paréntesis su contenido y el número de folios

No. Anexos: 1

No. Folios: 16

Nombre anexos: Colera 1996.pdf

Elaboró: PAOLA YANETH BERTEL AGUAS

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá, Colombia • PBX: (601) 220 77 00 exts. 1101 - 1214

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá, Colombia • PBX: (601) 220 77 00 exts. 1101 - 1214



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

P 2 / 2



Contenido

Editorial: La equidad en salud	45
Situación del cólera en Colombia en 1996.....	46
Sistema Alerta Acción. Semanas epidemiológicas 47 a 50 y acumulado de 1996	57
Laboratorio Nacional de Referencia. Enfermedades de notificación obligatoria. Aislamientos remitidos, julio a septiembre de 1996.....	59

Editorial

LA EQUIDAD EN SALUD

El país tiene diferencias importantes en las etnias, la economía, las características geográficas, las riquezas del subsuelo, las concepciones políticas, las fronteras, las condiciones urbanas, las culturas y muchas otras, que hacen de cada región, departamento y municipio un ente territorial que puede semejarse o diferir de su vecino o de otros en diferentes sectores cardinales del territorio. Así mismo, igual ocurre con la situación de salud del país, en donde existen extremos entre los indicadores que reflejan una aproximación al ideal en salud y otros en donde esos mismos indicadores revelan que aún falta mucho para llegar al promedio del país.

Este mismo panorama es el reflejo de la situación de las Américas, en donde, por ejemplo, hay países con un ingreso bruto *per capita* 80 veces menor que el más alto del continente, y en donde el gasto en salud también marca proporciones desconcertantes que hacen imposible que los países pobres logren, en poco tiempo, estándares sanitarios que faciliten una vida con calidad para sus asociados.

Sin embargo, la situación colombiana en general va adquiriendo otros niveles con la implantación paulatina de la ley 100 de 1993 en el área de la salud, cuyas mejores metas son una disposición de servicios de salud universal con calidad. Los grandes esfuerzos que hace el país en mantener una seguridad social en salud acorde con las necesidades sentidas de la población deben reflejar una mejor situación de los indicadores de salud en corto tiempo, medidos inicialmente en el cambio de accesibilidad a los servicios de salud.

La situación del cólera en 1996, presentada por la Oficina de Epidemiología de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, en este informe, es un reflejo de la necesidad de que todo el país adopte medidas que conlleven el control y, en muchos casos, la erradicación de procesos mórbidos que aún lesionan grandes grupos de la población colombiana. De la misma manera, el Sistema Alerta Acción, trae datos que se hace necesario estudiar a profundidad como son los casos de rabia humana, tétanos, sarampión y dengue hemorrágico; ello debe plantearse en un mecanismo de doble flujo que permita erradicar el subregistro, confirmar los casos sospechosos y adoptar las medidas que faciliten su erradicación o el control de los casos.

Si bien es cierto que la equidad absoluta en salud no podrá darse en un período de tiempo corto, sí es necesario que las comunidades comiencen a evaluar las metas alcanzadas por las nuevas normas que imperan en el sector de la salud. Esto debe conducirlos a realizar planteamientos dirigidos a sus autoridades para que conjuntamente diseñen estrategias para lograr una mejor condición sanitaria para sus poblaciones.

Referencia

Situación del cólera en Colombia en 1996

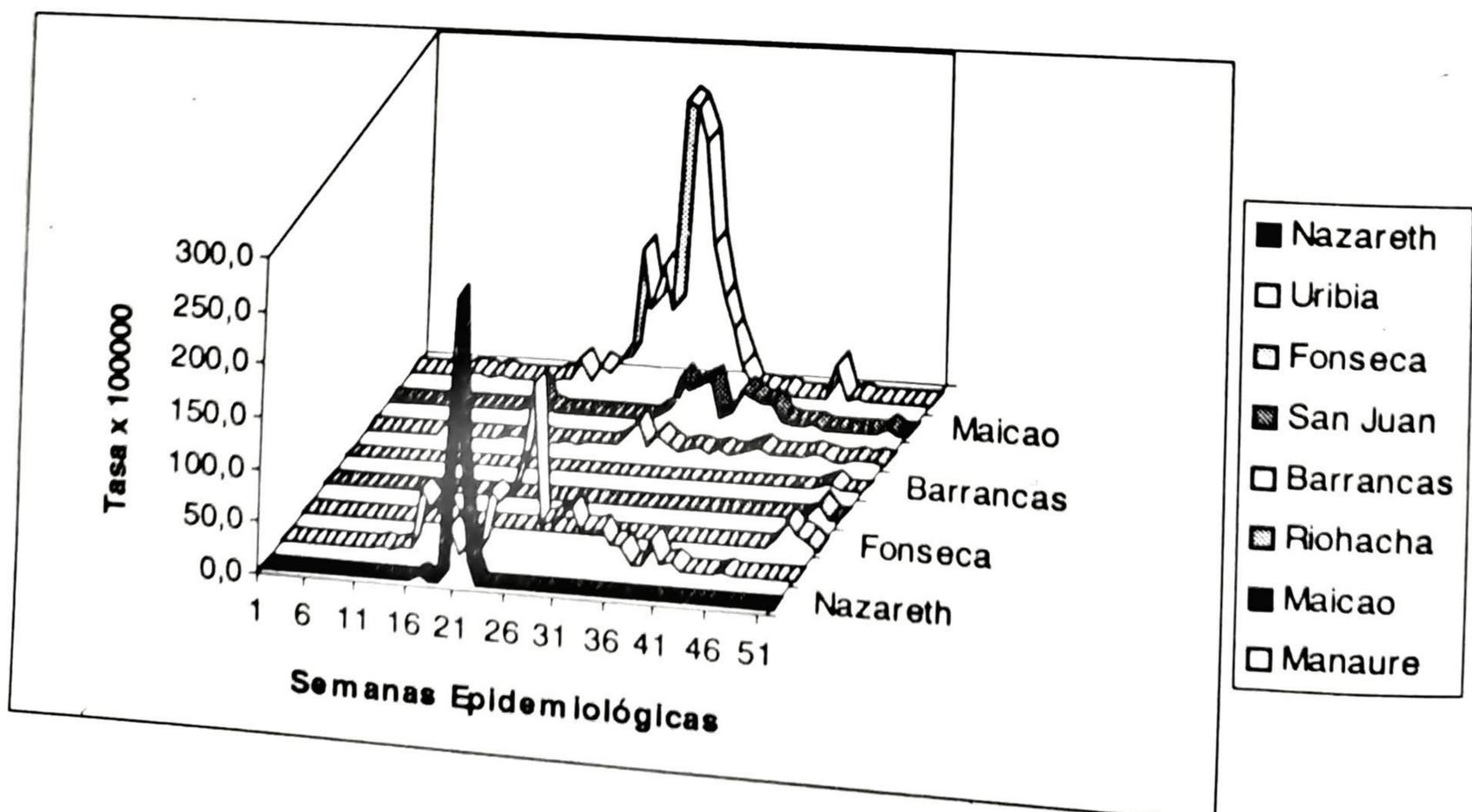
El exceso de casos de cólera durante la epidemia de 1996 ha sido de 288 pacientes, en comparación con la meta mínima esperada de 4.000 que se fijó como criterio o reto nacional para medir el éxito del plan de control promulgado a comienzos de 1996; es decir, un 8% de los casos por encima de la meta. El desempeño e impacto hubiera sido de éxito rotundo de no haberse prolongado y diseminado la infección en los municipios de la alta y media Guajira (1.366 casos, 31,8% del total nacional y 54,3% de las 70 defunciones) durante ocho meses y en la magnitud alcanzada. Realmente, es una victoria pírrica cuyos resultados ameritan un análisis conjunto con las autoridades civiles y sanitarias, y con los líderes cívicos y políticos de esa zona vulnerable a diferentes problemas de salud (*Boletín Epidemiológico Semanal, BES, 34*).

En la reunión binacional colombo-venezolana, realizada en Riohacha el 19 y 20 de diciembre, se puso de relieve el problema que afronta el departamento de La Guajira en Colombia y el estado de Zulia en Venezuela. En el caso de Zulia, se viene registrando un brote epidémico desde septiembre que ha afectado principalmente a la población indígena Wayuú que reside en el municipio de Páez, fronterizo con la alta Guajira colombiana. Las conclusiones, recomendaciones y compromisos se darán a conocer próximamente y servirán para sensibilizar y hacer partícipes en la agenda de trabajo a los demás sectores involucrados en la respuesta social para mejorar las condiciones de vida de las comunidades de ese departamento.

La Guajira

Desde la primera epidemia de cólera en La Guajira, entre los años 1991 y 1993, no se presentaban casos hasta la séptima semana epidemiológica de 1996 cuando se registró el primer caso procedente de Manaure. La Guajira ha contribuido con el 31,8% de los casos y el 54,3% de las defunciones por cólera en el país durante el año. El comportamiento epidémico del cólera en La Guajira presenta diferentes picos de acuerdo con su ocurrencia por municipio, como se aprecia en la gráfica 1.

Gráfica 1. Tasas de incidencia de cólera por municipio, La Guajira, 1996.



Cuadro 1. Cólera en La Guajira, 1996.

Municipio	Total casos	%	Tasa * Ataque	Defun- ciones	Letali- dad(%)
Riohacha	144	10.5	126,9	3	2.1
Maicao	303	22.2	331,8	2	0.7
Manaure	449	32.9	1645,7	10	2.2
Uribia	319	23.4	966,0	20	6.3
Nazareth	119	8.7	403,7	3	2.5
Fonseca	22	1.6	57,1	0	
San Juan	7	0.5	17,2	0	
Barrancas	3	0.2	11,7	0	
TOTAL DEPTO	1366	100	308,3	38	2.8

* Tasa por 100.000 habitantes

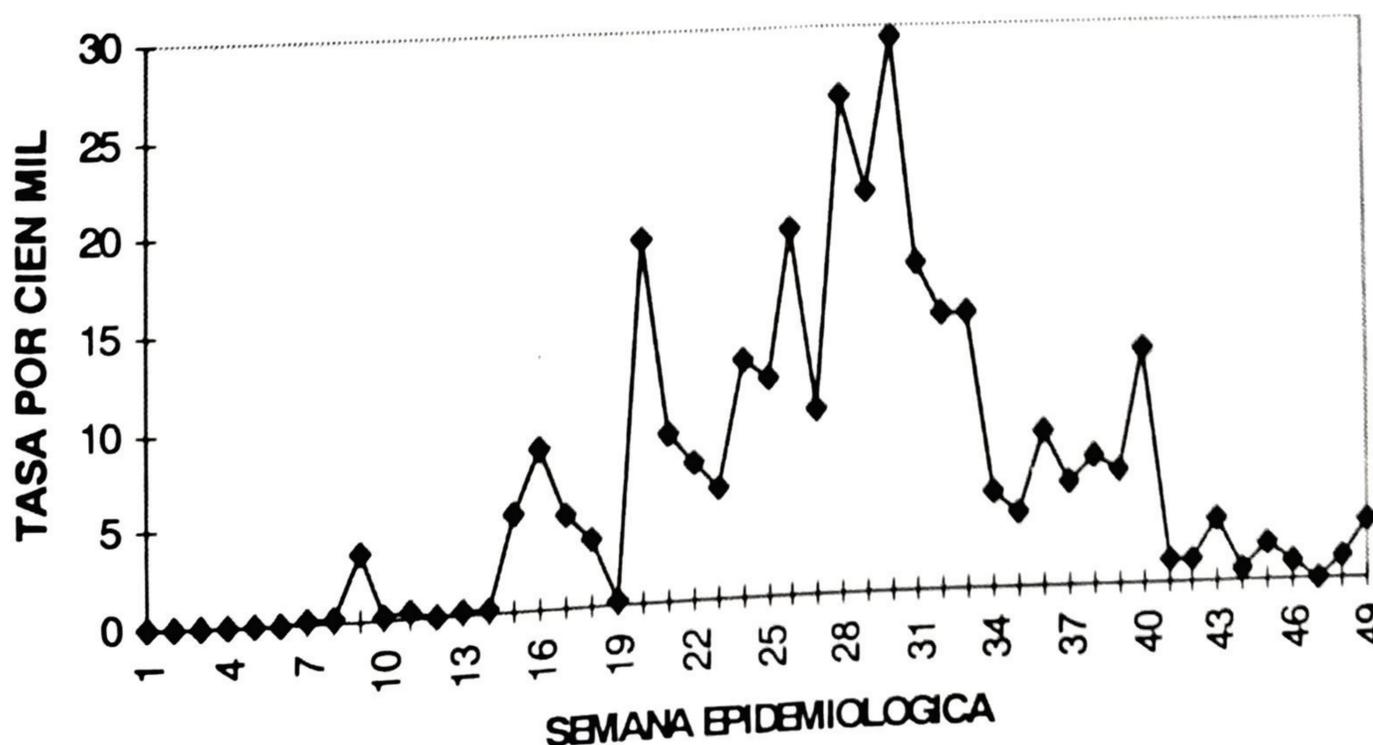
Fuente: Sistema Alerta Acción, Oficina de Epidemiología, Minsalud

Datos correspondientes a las semanas epidemiológicas 1-51

Entre diciembre de 1995 y febrero de este año, los equipos de salud de La Guajira mantuvieron un plan de contingencia de educación, visitas domiciliarias, distribución de insumos básicos (hipoclorito y sales de rehidratación oral) que logró demorar la epidemia y controlar un brote en la séptima semana epidemiológica y otro mayor entre las semanas 15 y 17 (BES de la semana 15 y 16).

Sin embargo, la agudización de la sequía, la dificultad de sostener las actividades de campo y la colaboración de las instituciones de otros sectores, la reducción repentina del recurso humano asociado al proceso de reestructuración del Departamento Administrativo de Salud (DASALUD) La Guajira, la migración de la población por la cosecha de sal (junio) coincidente con la sequía y, sobre todo, las deficientes condiciones de vida representadas principalmente por la ausencia de un adecuado abastecimiento de agua potable y la crítica disposición de excretas, dieron al traste con los esfuerzos de prevención y control (gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de cólera por cien mil habitantes, La Guajira, 1996.



Si las condiciones sanitarias de las comunidades del norte de La Guajira no se modifican, siempre será imposible evitar la epidemia del cólera cada dos a tres años, además de un comportamiento endémico en las zonas urbanas.

En las semanas epidemiológicas 18 y 19 (BES, semanas 18 y 19) ocurrió un brote en la localidad de Nazareth en la alta Guajira, con una tasa de ataque de 2 por mil habitantes (5,7 por mil en los adultos mayores de 45 años) y una letalidad de 8,3%. Este brote estuvo asociado a un velorio de un caso fallecido por cólera en Manaure. El brote pudo ser controlado por la organización de la red de atención primaria basada en los promotores indígenas y la distribución de agua potable en carrotanques.

En el boletín de la semana 21, se advirtió que la zona de alto riesgo en el país era La Guajira y se recomendó elaborar o revisar el plan de contingencia ante la inminente migración hacia Manaure por la cosecha de sal.

A partir de la semana 23 (BES de las semanas 23, 24, 25, 27 y 28) se precipitó una onda epidémica que alcanzó su pico en la semana 30. El 13 de junio DASALUD notificó 13 casos y al día siguiente había 14 pacientes hospitalizados en Manaure. Hacia la semana 27 hubo una reducción, que no fue seguida, de una tendencia al descenso.

La Oficina de Epidemiología y la Subdirección de Emergencias, Urgencias y Desastres hicieron un diagnóstico rápido sobre el terreno durante la semana 29 (14 al 20 de julio), cuando se observó un recrudecimiento de la situación por el incremento de los casos y la propagación a un mayor número de comunidades y municipios, especialmente a la zona rural.

Una de las recomendaciones (BES 29) fue brindar asistencia técnica en la reorganización de DASALUD a raíz de la reestructuración, revisar con las autoridades departamentales y municipales la programación y utilización de los fondos, sobre todo los asignados obligatoriamente al PAB, concertar una alternativa técnica y política viable para invertir los miles de millones de pesos depositados en las alcaldías con destino a las comunidades indígenas, de fondos provenientes del Ministerio del Interior, y convocar a las instituciones y sectores relacionados con una solución integral al problema fundamental de servicios públicos y accesibilidad a los servicios primarios de salud.

Parte de estos lineamientos fueron retomados por una comisión de las Subdirecciones de Prevención y de Salud y Ambiente a cargo de la prevención de los factores de riesgo y control de los brotes a través de los programas de Control de la Enfermedad Diarreica (CED) y Programa de Agua, Aire y Suelo.

Las tasas de ataque por municipio han sido: Manaure, 1.646 por 100.000 habitantes; Uribia, 966, Maicao 332 y Riohacha 127 (BES 32). La incidencia acumulada de cólera por diez mil habitantes en La Guajira es de 308, hasta la semana 51.

En el manejo de la fase crítica se contó con el apoyo de la organización no gubernamental Médicos Sin Frontera (MSF), que hizo un diagnóstico sobre la disponibilidad de agua en diferentes categorías de población, resultados que se aprecian en el cuadro 2 (BES 30, 31 y 37).

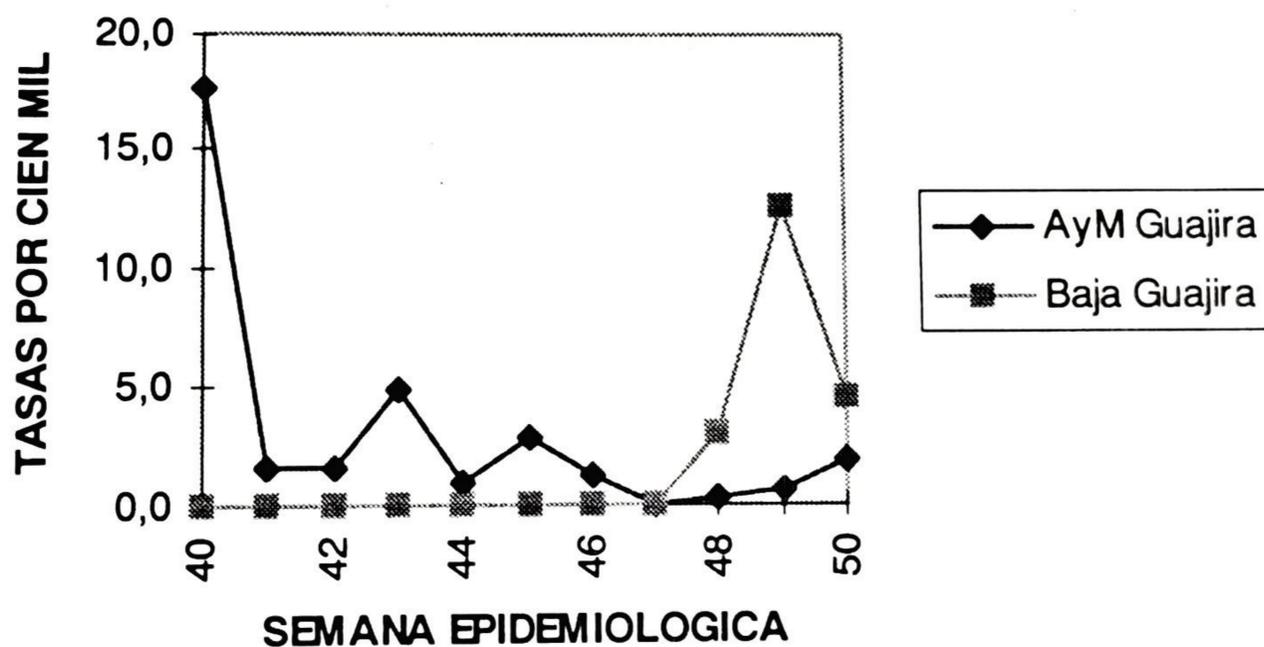
Al comparar los cálculos con el volumen estándar de 25 L/persona/día (5 para consumo oral y 20 para uso doméstico, recomendado por la OMS), se observa que en algunas zonas no se cubren las necesidades, con una diferencia crítica en la zona rural y con mayor desigualdad para la población Wayúu que tiene el mayor riesgo de morbimortalidad por cólera.

La epidemia en el norte de La Guajira (alta y media) descendió a partir de la semana 41 como se observa en la gráfica 3, a expensas de los casos en Maicao, principalmente. En la semana 48 se inició un brote en los municipios de la baja Guajira. Hasta la semana 51, se han registrado 26 casos confirmados por laboratorio, de los cuales 63% corresponden a Fonseca, 26% a San Juan del Cesar y 11% a Barrancas.

Cuadro 2. Disponibilidad de agua en diferentes categorías de población.

LUGAR	TIPO COMUNIDAD	CANTIDAD LT./PERS./DIA	CALIDAD	
			pH	Cloro (mg./lt.)
Riohacha:	Urbana	> 35	7.5	0
	Rural no indígena	12-15	-	-
	Rural indígena	< 8	-	-
Manaure	Urbano	10-15	8.2	0
	Rural	<8	8.1	0
Uribia	Urbano	16-22	8.4	0
	Rural	<6	-	-
Maicao	Urbano	8-10	8.0	0
	Rural	<6	-	-

(Tomado del Informe de Médicos Sin Frontera: Esther Bajo, Fernando González, MSF-España, Mapy Gaspar, MSF- Holanda)

Gráfica 3. Tasas de cólera, La Guajira, 1996.

Guajira	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	TOTAL	TASA
Alta-Media	56	5	5	15	3	9	4		1	2	6	106	33,4
Baja	0	0	0	0	0	0	0		4	17	6	27	20,0

Tasa por cien mil habitantes de las semanas epidemiológicas 40 a 50.

Los casos se han presentado en forma aislada, aparentemente sin ninguna conexión entre ellos. En las áreas urbanas se localiza el 37% y el resto en la zona rural dispersa. Cuatro casos se presentaron en pequeñas comunidades Wayúu. El 73% de los casos son mayores de 15 años y 63% son hombres.

Aunque no se han determinado las formas de transmisión, el abastecimiento de agua no tratada del río Ranchería, distribuida o no por el acueducto de Fonseca, aparece como la fuente común a los casos.

La letalidad ha sido de 2,8% con 38 defunciones en el norte de La Guajira y ninguna en el sur. En esta subregión, las condiciones son diferentes: población menos dispersa, buenas vías de

comunicación, mejor infraestructura sanitaria y de los servicios de salud de primero y segundo nivel, accesibilidad más fácil, mayor liderazgo y articulación de los sectores comunitario, político y técnico.

Bolívar

El brote en una población institucionalizada en Cicuco, hasta el 19 de diciembre, ha afectado a 60 personas: 44 (73,3%) con deshidratación leve, 15 (25%) con deshidratación moderada y 8 (13,3%) con deshidratación severa. De 23 muestras tomadas, 8 (34,8%) resultaron positivas para *Vibrio cholerae*, variedad Ogawa. La tasa de ataque fue de 40% (60/150). La medición del cloro residual indicó ausencia absoluta de este elemento desinfectante en el agua de consumo humano al igual que en el resto de la población de Cicuco.

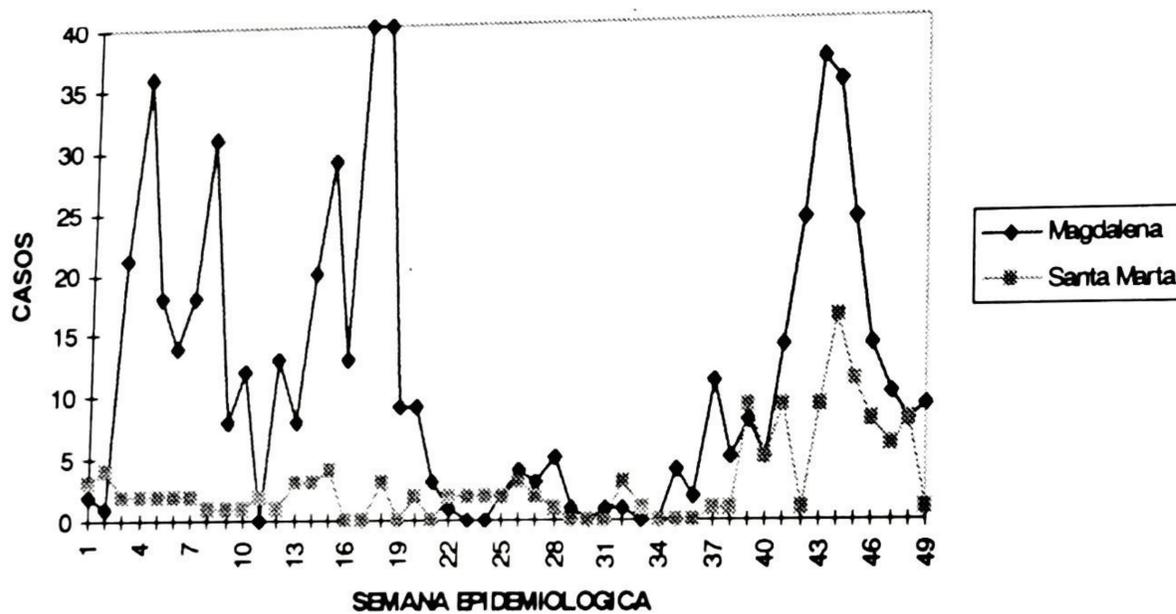
Informado por: Cenelia Galván, enfermera, Oficina de Epidemiología, DASALUD, Bolívar.

Cartagena, Santa Marta y Magdalena

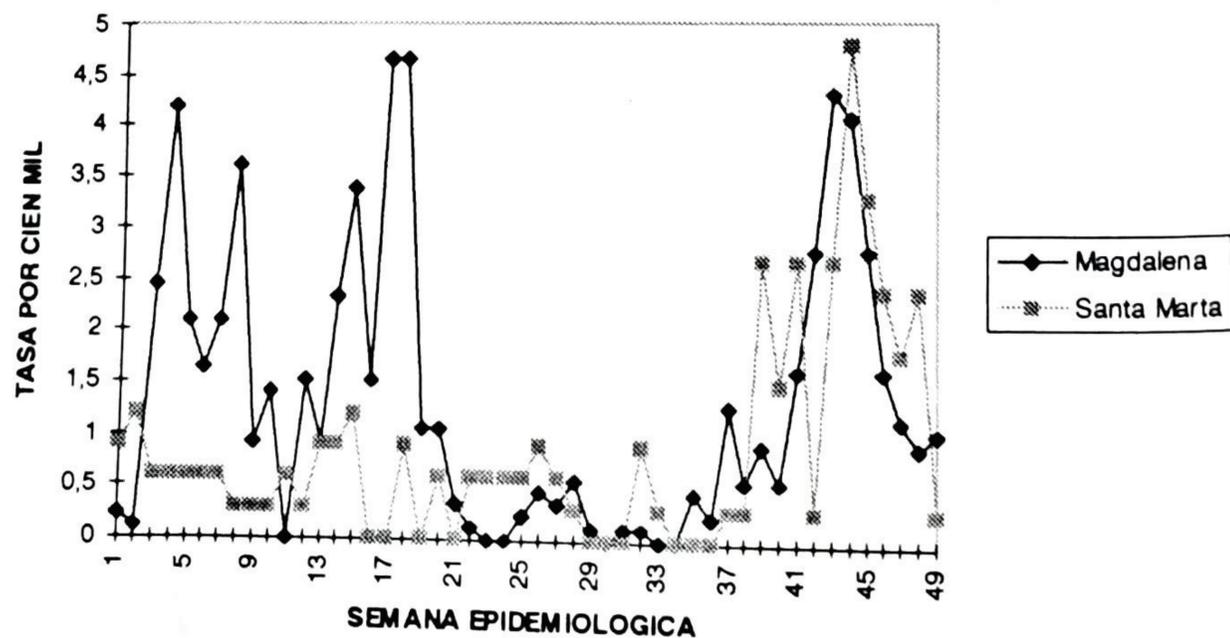
La epidemia está en franco control en Santa Marta y y en el departamento de Magdalena; los casos de Cartagena son esporádicos. Debido a la temporada de vacaciones y turismo, se han reforzado la vigilancia de diarreas, la de alimentos y las medidas preventivas, pues, existe el riesgo potencial de la presencia de brotes.

Las tasas acumuladas de cólera por cien mil (hasta la semana 49) son de 66,8 en Magdalena y de 42,1 en Santa Marta (gráficas 4 y 5).

Gráfica 4. Casos de cólera, Magdalena y Santa Marta, 1996.



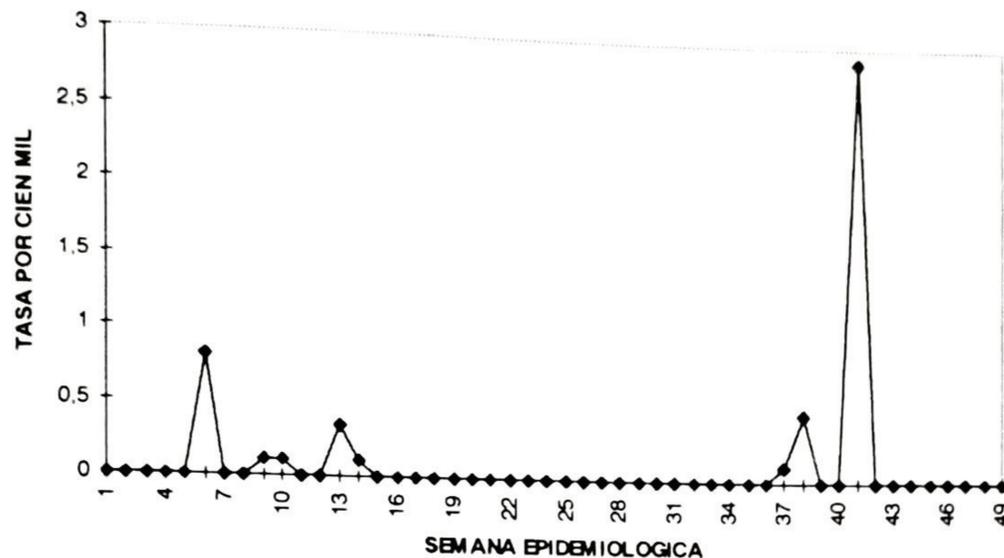
Gráfica 5. Tasas de cólera por cien mil habitantes, Magdalena y Santa Marta, 1996.



Cesar

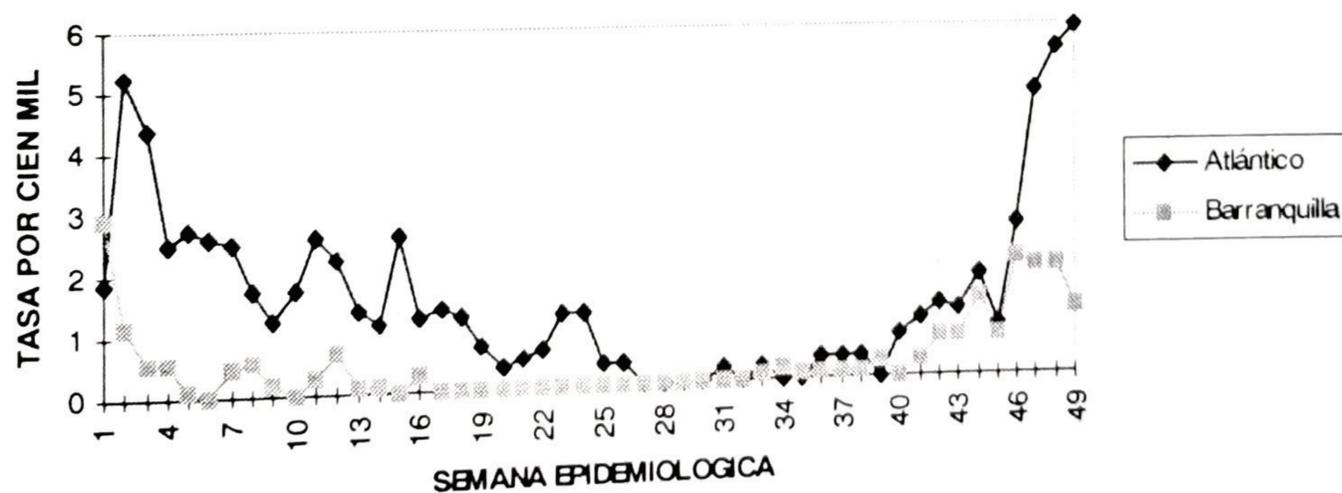
Hasta la semana 49, la tasa es de 5,0 por cien mil habitantes, la más baja de la costa atlántica (gráfica 6). Se han presentado tres brotes de poca magnitud en Bosconia, El Copey y La Jagua de Ibirico, con una respuesta rápida y efectiva de control.

Gráfica 6. Tasas de cólera por cien mil habitantes, Cesar, 1996.

**Atlántico**

La tendencia continúa en aumento en el departamento de Atlántico, como se observa en la gráfica 7; mientras que, en el distrito de Barranquilla, se mantiene el descenso de la incidencia. Las tasas acumuladas por cien mil habitantes, hasta la semana 49, son de 73,0 y 19,2 en el departamento de Atlántico y en Barranquilla, respectivamente.

Gráfica 7. Tasa de cólera por cien mil habitantes, Atlántico y Barranquilla, 1996.



En el cuadro 3 se observan las tasas de ataque entre las semanas 40 y 50, ordenadas según la magnitud del problema. Nótese la ventaja de calcular las tasas frente al uso del porcentaje, para identificar los municipios de mayor riesgo.

Hasta la semana 51, el municipio de Sabanalarga presenta el mayor número de casos, procedentes principalmente en las zonas rurales; sin embargo, el riesgo de enfermar es más del doble en Juan de Acosta.

Cuadro 3. Tasas de ataque por municipio, semanas 40 a 50.

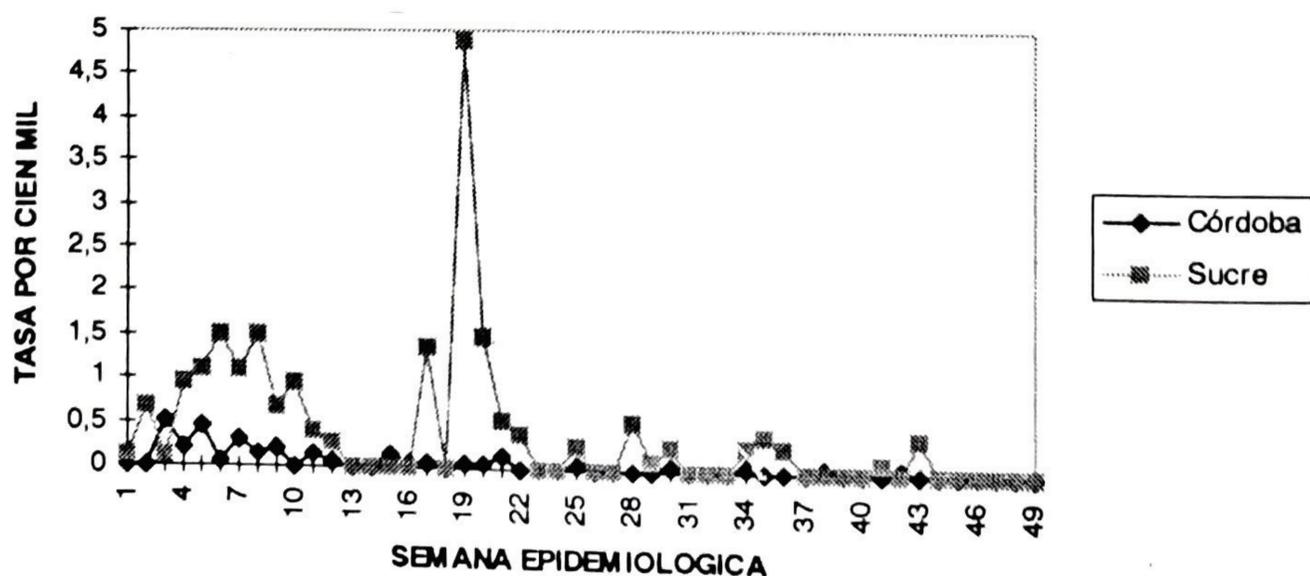
MUNICIPIO	TOTAL	%	TASA
Juan de Acosta	31	13,0	229,4
Sabanalarga	78	32,8	98,5
Sabanagrande	15	6,3	78,4
Galapa	8	3,4	42,5
Luruaco	7	2,9	30,1
Tubará	3	1,3	26,9
Puerto Colombia	8	3,4	24,3
Malambo	18	7,6	21,9
Soledad	57	23,9	20,1
Manatí	2	0,8	16,9
Santo Tomás	3	1,3	12,5
Usiacurí	1	0,4	12,0
Baranoa	4	1,7	8,7
Repelón	2	0,8	8,6
Ponedera	1	0,4	5,6
TOTAL	238	100,0	34,2
Confirm.por Lab.	94	39,5	
BARRANQUILLA	127		11,2

Tasa por cien mil habitantes (semanas epidemiológicas 40 a 50).

Sucre y Córdoba

El departamento de Sucre ocupa el sexto lugar entre los departamentos con mayor número de casos, con el 3,6% del total de los casos del país y una tasa de 24,0 por cien mil habitantes, sin muertes. El comportamiento, por períodos epidemiológicos, muestra dos ondas epidémicas entre los meses de enero a marzo y en mayo, para luego decrecer notablemente con casos esporádicos hasta la semana 43. Es de resaltar que la tasa de ataque general fue 12 veces menor que la de la epidemia de 1992 (288,2) por la oportuna alerta epidemiológica, la masiva acción de prevención y la inmediata atención de los brotes.

Gráfica 8. Tasas de cólera, Córdoba y Sucre, 1996.



Córdoba también mostró una baja frecuencia de casos, concentrados en el primer trimestre, con una tasa de ataque general de 3,7 casos por cien mil habitantes, 13 veces más baja que en la epidemia de 1991-92, y tres defunciones (tasa de letalidad de 7%) que refleja la rápida movilización social para controlar los brotes, que encabezó DASALUD.

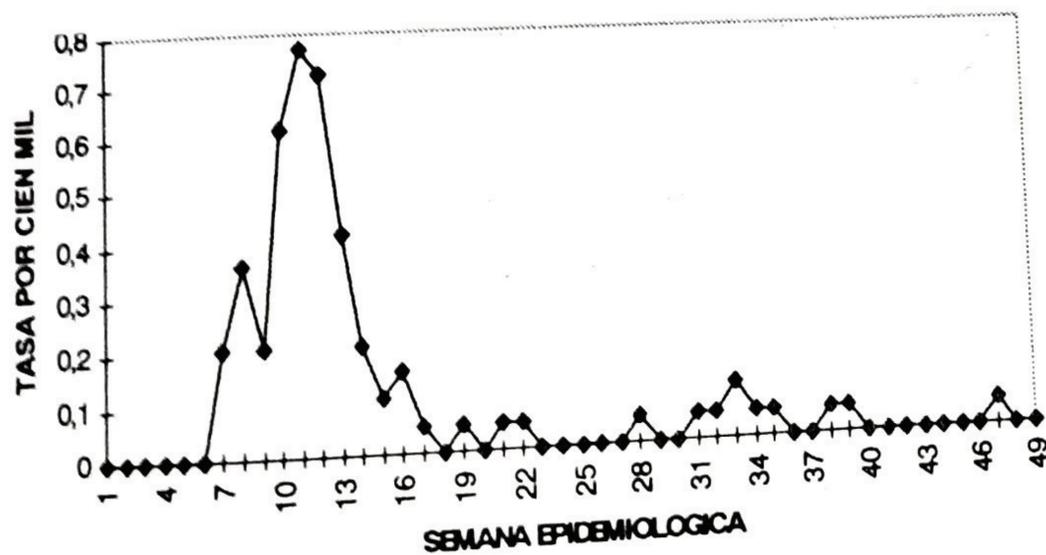
Tolima y Cundinamarca

Estos dos departamentos presentaron problemas epidémicos de cólera este año y ocuparon el cuarto y décimo lugar, respectivamente, según las tasas de ataque.

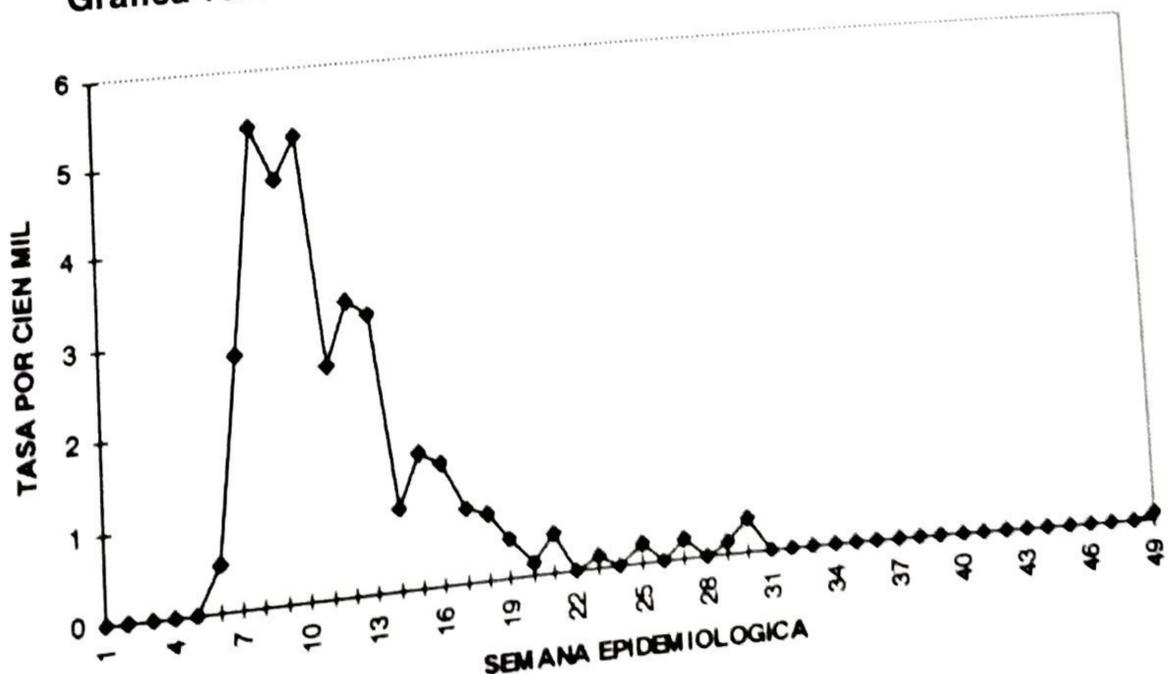
La epidemia se originó en el municipio de Honda en la semana epidemiológica 5 (enero 28 a febrero 3) y dos semanas después apareció en el municipio de La Mesa en Cundinamarca. La frecuencia de casos fue tres veces y media mayor en Tolima (462) que en Cundinamarca (109); las tasas de ataque fueron 35,3 y 5,6 por cien mil habitantes, respectivamente, es decir, seis veces más elevadas en Tolima.

El inicio de la epidemia se asoció con la población de pescadores que migra durante la subienda y se establece en asentamientos con condiciones precarias de vida. En las gráficas 9 y 10 se aprecia la curva epidémica en cada departamento, donde se observa que a partir de la semana 31 (julio 28 a agosto 3) no ha habido casos en Tolima, mientras que en Cundinamarca se han presentado casos esporádicos hasta la semana 47, con un brote en Girardot entre las semanas 31 y 36 (1 a 7 de septiembre).

Gráfica 9. Tasas de cólera por cien mil habitantes, Cundinamarca, 1996.



Gráfica 10. Tasas de cólera por cien mil habitantes, Tolima, 1996.



En Tolima, después de un silencio epidemiológico que viene desde la semana 31, en la semana 49 se registró un caso de cólera autóctono en el municipio de Coyaima, el cual fue confirmado por laboratorio.

RECOMENDACIONES

- 1- Evaluar la situación epidemiológica en cada entidad territorial con énfasis en el análisis de las localidades o barrios.
- 2- Revisar la ficha epidemiológica de los casos y adaptarla para una buena investigación de campo para poder identificar las fuentes de infección y los factores de riesgo específicos, factibles de intervenir en el futuro inmediato.
- 3- Analizar la situación de saneamiento básico y actualizar los diagnósticos con fines de planificación, evaluación, monitorización y control.
- 4- Definir y articular las medidas de prevención y control según el comportamiento epidemiológico y los factores de riesgo identificados.

Informado por: Oficina de Epidemiología, Dirección General de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud

Tabla de morbilidad y mortalidad por cólera y tabla de tasas de morbimortalidad por cólera, Colombia, 1991-1996

En las siguientes tablas se resume el comportamiento del cólera en el país por departamento desde 1991 hasta hoy. No obstante la observación de que la epidemia de 1996 no alcanzó las proporciones de la epidemia de 1991-92, la situación del cólera representó durante este año un importante problema para los departamentos de la costa atlántica y Tolima, principalmente.

Morbilidad y mortalidad por cólera, Colombia, 1991-1996

Depto	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
	casos	defunc.	casos	defunc.	casos	defunc.	casos	defunc.	casos	defunc.	casos	defunc.
Amazonas	72	2	23	1	0	0	13		17	1	6	0
Antioquia	1658	21	1674	26	0	0	9		4	0	113	1
Arauca	3	0	1	0	0	0	0		0	0	0	0
Atlántico	862	1	1128	3	4	0	0		112	1	619	0
B/quilla	0	0	0	0	0	0	0		70	1	225	0
Bolívar	1523	11	447	0	7	0	0		232	0	121	4
Boyacá	26	0	48	0	2	0	0		2	0	8	1
Caldas	13	0	62	0	0	0	0		0	0	15	0
Caquetá	1	0	0	0	2	0	0		0	0	0	0
Cartagena	0	0	0	0	0	0	0		105	1	29	0
Casanare	0	0	0	0	0	0	0		0	0	2	0
Cauca	1988	45	618	23	4	0	17		386	7	59	9
Cesar	31	1	182	3	0	0	0		0	0	65	0
Chocó	1776	78	2343	49	81	1	50		783	29	65	3
Córdoba	510	7	477	5	1	0	4		1	0	43	3
C/marca	21	0	59	1	0	0	0		0	0	87	0
Guainía	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
Guajira	311	31	1250	27	62	0	0		0	0	1366	38
Guaviare	2	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
Huila	60	1	18	0	0	0	0		0	0	7	0
Magdalena	718	3	896	2	30	1	6		14	1	582	2
Meta	1	0	0	0	0	0	0		0	0	1	1
Nariño	4261	64	875	2	226	3	755		96	0	75	1
N.Santand.	23	0	275	2	1	0	0		0	0	0	0
Putumayo	0	0	26	0	0	0	4		0	0	0	0
Quindío	8	0	1	0	0	0	0		0	0	8	0
Risaralda	1	0	34	3	0	0	0		0	0	0	0
San Andrés	73	0	365	0	0	0	0		30	0	145	3
Sta Marta	0	0	0	0	0	0	0		2	0	5	0
S. Bogotá	20	0	21	0	0	0	8		0	0	22	1
Santander	35	3	73	0	3	0	8		4	0	153	0
Sucre	628	1	1737	4	3	0	0		3	0	464	3
Tolima	206	3	156	5	1	0	6		3	0	464	3
Valle	1969	19	498	14	21	2	130		213	1	2	0
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0		0	0	1	0
Total	16800	291	13287	170	448	7	1002	0	2074	42	4288	70

Fuente: Sistema Alerta Acción, Oficina de Epidemiología y Oficina de Emergencias y Desastres, Minsalud

Tasas de morbimortalidad por cólera, Colombia, 1991-1996

Depto	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
	casos	defunc.	casos	defunc.	casos	defunc.	casos	defunc.	casos	defunc.	casos	defunc.
Amazonas	141,3	3,9	45,1	2,0	0,0	0,0	25,5	0,0	28,6	1,7	10,1	0,0
Antioquia	37,7	0,5	38,0	0,6	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	2,4	0,0
Arauca	3,1	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Atlántico	51,7	0,1	67,6	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	6,2	0,1	34,0	0,0
Bolívar	106,9	0,8	31,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	6,2	0,1	19,8	0,0
Boyacá	2,1	0,0	3,8	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,6	0,1
Caldas	1,4	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Caquetá	0,3	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cartagena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,2	0,1	3,7	0,0
Casanare	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
Cauca	215,9	4,9	67,1	2,5	0,4	0,0	1,8	0,0	39,7	0,7	6,1	0,9
Cesar	4,0	0,1	23,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,6	0,0
Chocó	514,9	22,6	679,3	14,2	23,5	0,3	14,5	0,0	211,5	7,8	17,6	0,8
Córdoba	46,5	0,6	43,4	0,5	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	3,7	0,3
C/marca	1,3	0,0	3,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0
Guainía	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Guajira	91,4	9,1	367,5	7,9	18,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	308,6	10,2
Guaviare	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Huila	7,9	0,1	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0
Magdalena	74,4	0,3	92,9	0,2	3,1	0,1	0,6	0,0	1,4	0,1	56,8	0,2
Meta	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
Nariño	370,8	5,6	76,2	0,2	19,7	0,3	65,7	0,0	7,9	0,0	6,2	0,1
N. Santand.	2,3	0,0	27,7	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Putumayo	0,0	0,0	12,1	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Quindío	1,9	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Risaralda	0,1	0,0	4,7	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
San Andrés	179,2	0,0	895,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sta Marta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0	0,0	43,3	0,9
S. Bogotá	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Santander	2,2	0,2	4,5	0,0	0,2	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	1,3	0,1
Sucre	104,2	0,2	288,2	0,7	0,5	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	24,0	0,0
Tolima	17,4	0,3	13,2	0,4	0,1	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	38,0	0,2
Valle	60,0	0,6	15,2	0,4	0,6	0,1	4,0	0,0	6,1	0,0	0,1	0,0
Vaupés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	51,2	0,9	40,5	0,5	1,4	0,0	3,1	0,0	5,9	0,1	12,2	0,2

Tasas por cien mil habitantes

Fuente: Sistema Alerta Acción, Oficina de Epidemiología y Oficina de Emergencias y Desastres, Minsalud

SISTEMA ALERTA ACCION

Semanas epidemiológicas 47 a 50 (17 de noviembre) y acumulado 1996

Región	Departamento	Cólera		Dengue Hemorrágico		Meningitis Meningocócica		Fiebre Amarilla		Rabia Humana		Mortalidad Perinatal		Mortalidad Materna		Sarampión		Parálisis Fláccida		Tétanos		Tosferina				
		Sem 47/50	Ac.96	Def.	Sem 47/50	Ac.96	Sem 47/50	Ac.96	Sem 47/50	Ac.96	Sem 47/50	Ac.96	Sem 47/50	Ac.96	Sem 47/50	Ac.96	Sem 47/50	Ac.96	Sem 47/50	Ac.96	Sem 47/50	Ac.96	Sem 47/50	Ac.96		
AMAZONIA	Amazonas	0	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Caquetá	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	10	77	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Putumayo	si	0	0	si	0	0	0	0	0	0	si	29	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ORINOQUIA	Arauca	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	6	63	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Casanare	0	2	0	0	0	45	0	0	0	0	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Guainía	si	0	0	si	0	0	0	0	0	0	si	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Guaviare	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	127	0	11	1	28	6	0	0	0	0	0	0	0	
	Meta	0	1	1	2	318	8	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Vichada	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1805	si	24	2	96	13	1	20	14	0	0	0	0	
	S. de Bogotá	0	5	0	0	2	0	22	0	0	0	13	203	0	11	1	6	1	0	17	10	0	0	0	0	
	Boyacá	0	8	1	1	21	4	0	0	0	0	si	0	0	0	2	116	1	4	13	5	0	0	0	0	
	Cundinamarca	1	110	0	3	79	0	6	0	0	0	0	7	0	7	0	18	3	0	0	0	0	0	0	0	
CENTRO ORIENTE	Huila	0	7	0	0	25	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	N. Santander	0	0	0	40	190	0	2	0	0	0	57	565	4	27	0	46	1	0	17	11	0	0	0	0	
	Santander	0	22	1	51	366	0	10	0	0	0	24	261	1	8	0	12	3	1	9	7	0	0	0	0	
	Tolima	2	464	3	20	434	2	6	0	0	0	56	722	3	37	15	352	0	1	49	43	0	1	1	43	
	Antioquia	0	113	1	0	20	11	87	0	0	0	12	137	1	16	2	71	4	0	6	5	0	0	0	0	
	Caldas	0	15	0	0	6	0	3	0	0	0	26	291	2	29	0	10	0	0	7	6	0	0	0	0	
	Cauca	0	59	9	0	3	0	0	0	0	0	2	20	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Chocó	0	65	3	0	0	1	24	0	0	0	si	317	si	18	0	41	3	0	5	3	0	0	0	0	
	Nariño	si	83	1	si	0	0	10	0	0	0	0	27	0	2	0	21	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	Quindío	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	15	200	3	9	1	7	1	0	2	0	0	0	0	0	0
OCCIDENTE	Risaralda	0	8	0	0	0	1	11	0	0	0	6	120	4	17	3	70	0	1	19	14	0	0	0	0	
	Valle	0	2	0	5	61	0	17	0	0	0	5	67	3	1	2	31	2	0	2	2	0	0	0	0	
	Atlántico	163	619	0	0	4	1	4	0	0	0	3	32	0	0	0	2	0	0	6	7	0	0	0	0	
	Barranquilla	62	225	0	0	8	0	10	0	0	0	6	148	0	10	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	
	Bolívar	14	121	4	0	5	0	1	0	0	0	18	235	0	12	0	2	0	0	5	0	0	0	0	0	
	Cartagena	12	29	0	1	47	2	15	0	0	0	6	132	4	14	0	12	0	1	10	9	0	0	0	0	
	Cesar	2	65	0	0	4	0	4	0	0	0	18	506	1	8	0	6	0	0	2	0	0	0	0	0	
	Córdoba	1	43	3	2	19	0	9	0	0	0	si	15	si	1	0	1	0	0	6	5	0	0	0	0	
	La Guajira	26	1399	38	si	0	0	0	0	0	0	22	197	0	4	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Magdalena	28	582	2	0	13	0	4	0	0	0	0	14	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
COSTA ATLANTICA	San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Santa Marta	18	145	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Sucre	0	153	0	0	17	0	13	0	0	0	6	99	0	2	0	5	0	1	6	5	0	0	0	0	
	TOTAL	330	4352	70	125	1713	19	283	0	6	330	6699	29	201	30	1056	42	10	231	182	0	25	21	111	17	

Fuente: Oficina de Epidemiología, Dirección General de Promoción y Prevención, Minsalud
 Nota: Las semanas 48 y 49 no fueron informadas por el PAI.

SISTEMA ALERTA ACCION
 Semanas epidemiológicas 47 a 50 (17 de noviembre al 14 de diciembre) y acumulado 1996

Región	Departamento	Dengue	Exp. Rabica	Hep B	Men. Hem	Mort Eda	Mort IRA	Mort Malaria	Rabia an	Rubeola	SH Cong.	Tel. otras form.
		Sem 47/50	Sem 47/50	Sem 47/50	Sem 47/50	Sem 47/50	Sem 47/50	Sem 47/50	Sem 47/50	Sem 47/50	Sem 47/50	Sem 47/50
AMAZONIA	Amazonas	0	15	1	0	0	0	0	0	0	0	si
	Caquetá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si
	Putumayo	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
ORINOQUIA	Arauca	19	0	0	1	1	1	0	0	0	3	si
	Casanare	1	2	0	0	1	1	1	0	0	1	si
	Guainia	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
	Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si
	Meta	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
	Vaupes	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	si
	Vichada	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	si
CENTRO ORIENTE	Bogotá	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	si
	Boyacá	si	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si
	Cundinamarca	si	2	si	si	si	si	si	si	si	si	si
	Huila	0	si	si	si	si	si	si	si	si	0	si
	N. Santander	70	24	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Santander	si	0	1	2	0	0	0	0	2	4	si
	Tolima	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
	Atlántico	4	11	si	si	si	si	si	si	si	si	si
	Barranquilla	54	83	0	1	0	0	0	0	0	0	si
	Bolívar	1	42	0	0	0	0	0	0	2	si	si
COSTA ATLANTICA	Cartagena	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si
	Cesar	3	12	0	1	0	2	0	si	0	1	si
	Córdoba	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si
	La Guajira	si	10	si	si	si	si	si	si	si	si	si
	Magdalena	0	si	0	1	1	1	0	si	0	0	si
	San Andrés	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
	Santa Marta	0	51	0	0	0	0	0	0	0	0	si
	Sucre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si
	Antioquia	60	9	44	7	0	1	0	si	99	2	0
	Caldas	10	5	5	0	1	1	0	0	27	2	si
OCCIDENTE	Cauca	0	6	0	0	0	0	0	0	1	1	si
	Chocó	10	0	3	0	0	si	0	0	0	0	si
	Nariño	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
	Quindío	0	50	0	0	0	0	0	0	4	1	si
	Risaralda	22	31	2	0	0	0	0	0	6	7	si
	Valle	73	44	3	1	1	0	0	0	6	2	si
	TOTAL	332	403	59	18	3	7	1	0	147	24	1

Laboratorio Nacional de Referencia. Enfermedades de notificación obligatoria. Aislamientos remitidos, julio a septiembre de 1996.

Seccional/ Ciudad	Meningitis									Tosferma			Salmonella			Shigella			V. cholerae		
	N meningitidis		H. influenzae			S. pneumoniae			R	(-)	(+))	R	C	NR	R	C	NR	R	C	NR	
	R	C	R	C	NR	R	*	C													
Amazonas			1	1					10	10											
Antioquia	6	6	5	5																	
Arauca																					
Atlántico																					
Bogotá	4	4	14	14	3	8	4	3	25	24	1				2		2				
Bolívar																					
Bovaca																					
Caldas	1	1				1		1													
Cali	1	1	2	1	1																
Caquetá																					
Casanare																					
Cauca									3	3											
Cesar									1	1											
Córdoba														1		1			5	1	4
Cundinamarca			1	1															2	1	1
Chocó																					
Guanía																			26	23	3
Guajira																					
Guaviare																					
Huila																			4	4	
Magdalena								2	2												
Medellin								4	2												
Metrosalud																					1****
Meta			3	3	1	2		2					1		1						
N. Santander	1	1							1	1											
Nariño																					
Putumayo																					
Quindío			2	2		5		5													
Risaralda	1**					1		1	2	2											
Santander																				5	5
San Andrés																					
Sucre																			2	2	
Tolima																					
Valle															1		1				
Belgica													2		2						
Invidia																					
Total	13	13	28	27	5	23	8	12	42	41	1	4	0	4	4	0	4	45	36	8	

** Error Diagnostico
 *** Muestra
 R Aislamientos Remitidos
 C Aislamientos Confirmados
 NR Aislamientos no Recuperados
 * Aislamientos Confirmados Proyecto Vigilancia Centinela de S. pneumoniae

El *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional, IQEN*, es una publicación quincenal de la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y de la Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud.

Los editores del IQEN agradecen de antemano, el envío de sus contribuciones al boletín a través de los epidemiólogos locales o de las direcciones distritales y departamentales de salud, a la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud, teléfonos 336-5066, extensiones 1225, 1227 y 1228, FAX 336-5066, extensión 1226, o a la Subdirección de Epidemiología y LNR del Instituto Nacional de Salud, a los teléfonos 222-0577, extensiones 540, 541 o 548 o al FAX 222-0194.

Cualquier información contenida en el boletín IQEN es del dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente. Los datos y análisis son provisionales y están sujetos a cambios.

Cita sugerida: **Ministerio de Salud-INS**. El Niño-oscilación del sur y su relación con la incidencia de malaria. IQEN 1996; 1(3):30-33.

María Teresa Forero de Saade
Ministra de Salud

Moisés Wasserman
Director, INS

Editores

Rodrigo Rodríguez Jorge Raad
Margarita Ronderos Fernando de la Hoz

Consultores CDC

Carmen Sánchez y Víctor Cárdenas

Editor asociado

Carlos A. Hernández

Diagramación e impresión

División de Biblioteca y Publicaciones, INS

Ministerio de Salud
Carrera 13 No. 32 - 76

Instituto Nacional de Salud
Avenida Eldorado con carrera 50, CAN, zona 6,