



quincenal
INFORME
Epidemiológica Nacional

Contenido

Convocatoria de <i>Biomédica</i>	317
Algunos aspectos sobre la guerra biológica y química (continuación)	318
Financiamiento y acceso a la salud en el Distrito de Cartagena de Indias	319
SIVIGILA: semanas epidemiológicas 41 y 42 (del 7 al 20 de octubre del 2001)	325

Convocatoria de *Biomédica*

El Comité Editorial de la revista *Biomédica* dedicará un número del volumen 22 del 2002 al tema de los desplazados y su impacto en la salud pública. Con el fin de enriquecer el contenido de dicho número, convocamos a los investigadores con trayectoria en los estudios en este campo a participar en esta convocatoria enviando sus artículos.

Los artículos que participen deberán llenar los siguientes requisitos:

1. ser trabajos originales;
2. ajustarse a las normas de presentación de artículos originales de la revista *Biomédica*;
3. a fecha límite de recepción de artículos es el 15 de abril del 2002;
4. todos los trabajos remitidos serán sometidos al proceso de evaluación por pares que regularmente sigue la revista;
5. con base en las evaluaciones de los pares académicos, el Comité Editorial de *Biomédica* aceptará, devolverá para correcciones o rechazará los artículos para la publicación.
6. Los artículos deberán ser enviados por correo al Comité Editorial de *Biomédica*, Avenida Calle 26 No. 51-60, zona 6, CAN o a los apartados aéreos 80080 y 80334, Bogotá, D.C., Colombia.

Continuación

Gas nervioso

Fue utilizado por primera vez durante la segunda guerra mundial; adquirió su nombre por ocasionar alteraciones del sistema nervioso.

Pertenece al grupo de los organofosforados; es de fácil producción y estable en su dispersión y efecto inmediato; es altamente tóxico.

Se absorbe por la piel y por las vías respiratorias.

Se clasifican según su volatilidad:

- 1) GB volátiles:
 - sarin
- 2) GD moderadamente volátiles:
 - Soman
- 3) GF: baja volatilidad:
 - cycloexil

Se caracterizan por aumento en la producción de saliva; hay miosis que altera la capacidad de acomodación inusual; náuseas, alteración del sensorio con alucinaciones, alteración del estado de conciencia, convulsiones y marcada broncoconstricción; existe la combinación de dos efectos que son los responsables directos de la muerte: la depresión del centro respiratorio y la afección de los músculos respiratorios.

El agente nervioso posee un efecto extremadamente rápido por lo cual no permite una atención oportuna de las personas expuestas al agente.

Antídoto:

- 5 mg de HI-6, IM, que inhibe la acción del agente en la sinapsis nerviosa.
- 2 mg de atropina

Referencias

1. **Centers for Disease Control and Prevention.** Biological and chemical Terrorism: Strategic Plan for preparedness and response. Recommendations of the CDC Strategic Planning Workgroup. MMWR 2000;49(No RR-4).
2. **Benenson A.** Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Publicación Científica No. 564. Washington, D.C.: OPS; 1997.
3. **Faucy A.** Harrison. Principios de medicina interna. Decimacuarta edición. New York: McGraw Hill Interamericana; 1998.
4. **Organización Mundial de la Salud.** Normas de vigilancia recomendadas por la Washington, D.C.: OPS; 1997.
5. **WHO.** Anthrax. Memorandum from a WHO meeting. Bull World Health Organ 1997.
6. **WHO.** Guidelines for the surveillance and control of anthrax in humans and animals, 1998. <http://www.who.int/emc-documents/zoonoses/docs/whoemczdi986.html>.
7. **Thomas V, Inglesby MD, et al.** Medical and public health management: anthrax as a biological weapon. JAMA 1999;281(18).
8. **Sahfazand S et al.** Inhalation, epidemiology, diagnosis, and management. Chest 1999;116(5).

Financiamiento y acceso a la salud en el Distrito de Cartagena de Indias

Nelson Alvis, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

Con el propósito de cumplir el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud y a la seguridad social a todos los colombianos, el Congreso de la República promulgó en 1993 la Ley 100, mediante la cual creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) orientado por los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia.

El SGSSS, que representa la mayor reforma del sector salud emprendida en Colombia en la última década, estableció que todos los colombianos deberían estar obligatoriamente afiliados al sistema mediante uno de los regímenes propuestos en la ley: contributivo para las personas con capacidad de pago y el subsidiado para aquellos pobres sin capacidad de pago, identificados como beneficiarios de subsidios. De igual modo, planteó fuentes mixtas para el financiamiento del SGSSS: el aporte de los particulares representado en las cotizaciones de los asalariados y sus patronos y la de los trabajadores independientes, por un lado, y los aportes que el estado debe hacer, en concurrencia con la solidaridad de los cotizantes del régimen contributivo, a fin de lograr el financiamiento de los servicios de salud a las personas más pobres y vulnerables, mediante el otorgamiento de un subsidio.

Además, como uno de los antecedentes esgrimidos para el montaje del nuevo sistema era la gran dispersión de fondos, el SGSSS creó un único fondo (Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA) en el cual debían depositarse todos los recursos destinados a financiar el sistema. Pero ante los altos costos que implicaba el aseguramiento inmediato de toda la población colombiana, se estimó un período de transición (1993-2001) en el cual se lograría la incorporación de todos los colombianos al SGSSS y, además, todos los recursos debían recolectarse en el FOSYGA desde donde se giraría una Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las distintas aseguradoras: Empresas Promotoras de Salud (EPS) para los afiliados contributivos y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) para los subsidiados.

El insumo básico para el estudio de la sostenibilidad financiera del SGSSS lo constituyó la encuesta CASEN (encuesta de caracterización socioeconómica) elaborada por el Departamento Nacional de Planeación en mayo de 1993. Sin embargo, la información bruta contenida en dicha encuesta, necesitó de supuestos que permitieran proyectar los ingresos y egresos del SGSSS. Estos supuestos incluían el cálculo de los ingresos de los hogares colombianos durante el período de transición para el cual se asumió que el crecimiento económico del país, representado por la evolución del PIB, debía estar por encima del 3,5%, lo cual implicaba el crecimiento de los asalariados de 3,5% y de los independientes del 2,1% (3). Además, se estimó por parte del Ministerio de Salud, como salario promedio para el cálculo de la sostenibilidad financiera del SGSSS, 2,5 salarios mínimos. En tal sentido, el desempleo en Colombia, que para 1993 era de 7,8%, debía disminuir y el crecimiento económico que era de 5,3%, por lo menos, debía mantenerse. Como puede observarse, las posibilidades de financiamiento de la afiliación al SGSSS son dependientes del comportamiento del empleo y del crecimiento real de los salarios.

Sin embargo, no sucedió así; para el período de transición, el país no sólo no creció al ritmo esperado sino que la tasa de desempleo se multiplicó por tres y se deterioró el ingreso real de los hogares colombianos.

Esta situación condujo, no sólo al estancamiento en el proceso de afiliación al SGSSS, sino a mantener, por lo menos, al 40% de los colombianos por fuera del sistema. A esta población, que en su mayoría son pobres, el Ministerio de Salud les ha denominado 'vinculados' y el acceso a los servicios de salud deben hacerlo a través de la Red de Hospitales Públicos (Empresas Sociales del Estado) cuyo financiamiento depende de la transferencia de recursos, tanto por situado fiscal como por ingresos corrientes de la Nación a los respectivos entes territoriales.

Para el caso de Cartagena de Indias, según la Dirección de Salud, en el 2000, de los 949.897 habitantes del distrito, el 58% de la población pertenecía al SISBEN; de ésta, el 37% (351.907 personas) pertenecían a los niveles 1 y 2, de los cuales el 39% (137.129) se encuentra afiliada a una ARS. La población vinculada para estos estratos de pobreza, es decir, la que está por fuera del SGSSS, era del 61% de los pobres y del 22,6% de la población total.

Es de preguntarse, entonces, ¿cómo acceden los pobres 'vinculados' de Cartagena al sistema de salud? ¿Cómo se financia la prestación de sus servicios? ¿Con cuánto dinero cuenta el Distrito para tal fin?

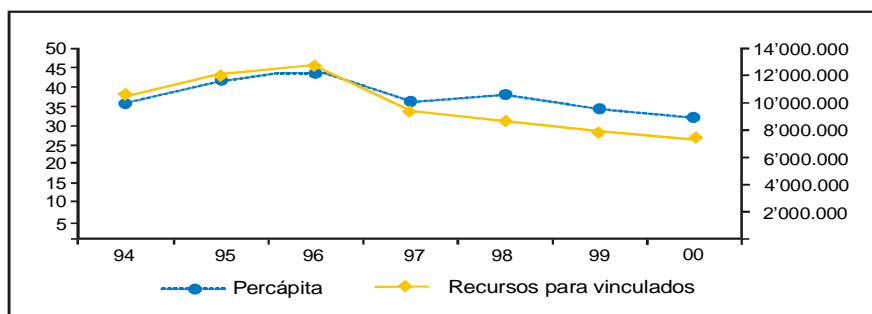
Responder estas preguntas implica reconocer que el acceso a los servicios de salud por parte de las personas pobres no afiliadas al SGSSS, depende esencialmente de cuatro factores: 1) la cobertura de afiliación de pobres al régimen subsidiado; 2) la disponibilidad de recursos por parte del ente territorial, los cuales provienen de transferencias por ingresos corrientes y situado fiscal, prioritariamente, además de los que por esfuerzo propio éste asigne; 3) la eficiencia de los hospitales públicos, la cual como mínimo se mediría por el hecho de estar abiertos y prestando servicios, y 4) la tendencia de la pobreza, es decir, no sólo el número de pobres sino la manera como el desempleo y la precariedad del empleo afectan los ingresos del hogar y, por tanto, la disponibilidad de recursos para gastar en salud.

Comportamiento de estas variables en el distrito de Cartagena de Indias

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada por el DANE en 1997, reveló que el 57,19% de la población colombiana está cubierta por la seguridad social, el 37,63% por el régimen contributivo y el 19,56% por el régimen subsidiado. Con respecto a la afiliación al régimen subsidiado en Cartagena de Indias, como ya lo hemos comentado, sólo el 39% de los pobres de Cartagena están afiliados a una ARS, lo que equivale al 13,88% de la población total.

Con relación a la disponibilidad de recursos destinados a atender a la población pobre (vinculada) no afiliada al SGSSS, ésta se puede analizar observando la tendencia de las transferencias por situado fiscal e ingresos corrientes. Aunque, en términos corrientes, tales recursos parecerían haberse incrementado, en términos reales (pesos constantes de 1994) tales recursos se redujeron en cerca del 40%. Esta reducción en la disponibilidad de recursos condujo a una pérdida igual de la disponibilidad *per capita* de los mismos (figura 1). Aunque la tendencia de reducción *per capita* es menor que la de la totalidad de los recursos, esto se debe al aumento de cobertura del régimen subsidiado.

Figura 1. Recursos para financiar la salud de los vinculados en miles de pesos constantes de 1994, Cartagena de Indias, 1994-2000.



Dados los respectivos valores de UPC definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para el 2000, se puede afirmar que tanto en Cartagena de Indias como en el resto del país, existen tres tipos de poblaciones: 1) los afiliados al SGSSS mediante el régimen contributivo para quienes el SGSSS dispone anualmente de cerca de US \$120 *per capita* para atender su salud y que reciben un Plan Obligatorio de Servicios (POS) el cual, salvo algunas excepciones de procedimientos estéticos y otros, contiene la mayoría de los servicios; 2) los afiliados al régimen subsidiado para quienes el SGSSS dispone de cerca de US \$64 y que tienen derecho a un POS de menor tamaño que cubre parcialmente los servicios, y 3) la población pobre no afiliada al SGSSS, para la cual, en el caso del Distrito de Cartagena, se dispone de US \$38 *per capita* para atender sus problemas de salud y que, supuestamente, tendría derecho a todos los servicios a través de la Red Pública de Hospitales. Esto constituye una grave situación de iniquidad frente a la distribución de los recursos, no sólo dentro del sistema sino dentro del marco de transferencias que la nación hace a los entes territoriales. Aquí hay que preguntarse ahora, con la evolución del valor *per capita* para los vinculados en Cartagena, ¿tendrán acceso efectivo a todos los servicios?

Esta situación es coincidente con los resultados de los estudios realizados por el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud, en donde se estimó el *per capita* para la población pobre del país distribuido por departamento (cuadro 1) en los que se revela una media de \$165.011 para los 24 departamentos estudiados, entre ellos, el de Bolívar que presenta un *per capita* de \$81.660 siendo sólo superado por Magdalena como el de peor comportamiento. Es decir, Bolívar y su capital Cartagena de Indias están ubicados en situación de marginalidad frente a la distribución de los recursos destinados a la salud, pues sólo reciben menos de la mitad del *per capita* del promedio nacional. Esta aberrante situación de iniquidad, coloca a esta región en desventaja estructural frente al resto del país hacia el logro de las metas propuestas por el SGSSS.

Con relación al tercer factor, la eficiencia de los hospitales públicos, se puede decir que la constante en la red de hospitales de Cartagena a partir de 1995, ha sido la crisis para el financiamiento independiente de sus condiciones de eficiencia, lo cual ha llevado a que - entre 1995 y el 2000 - la red hospitalaria hubiese estado físicamente cerrada por espacio de cerca de 6 meses (al agregar todos los períodos de cese de actividades en la prestación del servicio). Esto sin contar el cierre de camas hospitalarias, como es el caso del Hospital

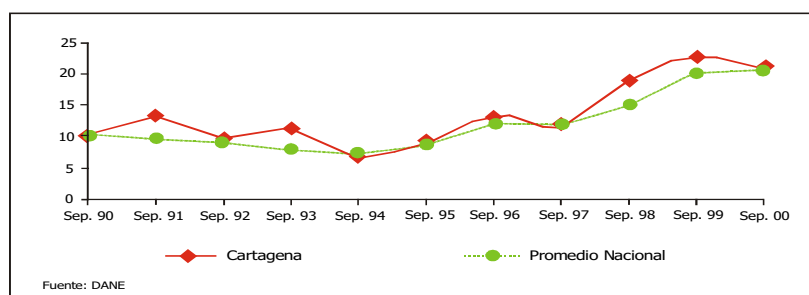
Cuadro 1. Distribución por departamento de la Unidad de capacitación por pobre no afiliado.

Departamento	per cápita pobre no afiliado
Quindío	391.619
Cundinamarca	289.004
Meta	201.448
La Guajira	188.243
Cesar	176.242
Huila	169.023
Bogotá	166.163
Valle	165.011
Santander	163.714
Risaralda	152.988
Nariño	137.245
Caldas	134.545
Atlántico	126.905
Boyacá	124.446
Caquetá	120.507
Tolima	119.388
Chocó	107.476
Cauca	106.415
Sucre	103.495
Norte de Santander	94.697
Córdoba	85.615
Antioquia	84.231
Bolívar	81.660
Magdalena	79.705
Promedio	165.011

Fuente: Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud 2000.

Universitario de Cartagena que redujo en cerca de 30% su disponibilidad de camas. Es importante resaltar que la transferencia efectiva de recursos a estos hospitales se ha reducido efectivamente, dada la reducción en la disponibilidad de los mismos por parte del distrito.

Por ultimo, el desempleo y la precariedad del empleo en el distrito de Cartagena de Indias, marcan una tendencia del empobrecimiento de los hogares (figura 2).

Figura 2. Desempleo en Colombia y Cartagena de Indias, 1990-2000.

Al conjugar estas variables, la resultante en el análisis cualitativo, es una pérdida progresiva por parte de los pobres vinculados de Cartagena de Indias, de la capacidad de acceder a servicios de salud de manera oportuna y, por lo menos, con los estándares de calidad dispuestos para los afiliados al SGSSS. Esto se constituye claramente en una situación de iniquidad.

¿Qué hacer frente a esta situación?

Es indudable que de continuar esta tendencia, no sólo se agravará la situación de desigualdad de los pobres de Cartagena con respecto a sus posibilidades de acceso a los

servicios de salud, sino que la administración distrital se verá cada vez más abocada a un colapso en su capacidad de respuesta frente al deber de garantizar el acceso a la salud a las personas más pobres y vulnerables. En tal sentido, es perentorio que se diseñen nuevas estrategias encaminadas a dos propósitos:

1. Mejorar la disponibilidad de recursos: se necesita una mayor participación en las transferencias, procurando corregir las desigualdades en el acceso a la salud de los habitantes del distrito de Cartagena de Indias.

De igual modo, el Consejo Distrital de Cartagena es responsable de las asignaciones que de recursos propios se destinen para el sector salud. En tal sentido, en la aprobación del nuevo plan de desarrollo y, por ende, del plan plurianual de inversiones, debe quedar claro cómo atender esta situación en las respectivas apropiaciones presupuestales. Es decir, se necesitan decisiones audaces por parte de los concejales con respecto al uso de los recursos destinados a la inversión social en los próximos tres años.

2. Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos

- Se debe crear, organizar y ponerse en funcionamiento el Sistema Distrital de Salud, el cual debe ser mucho más que un agregado de instituciones y debe estar orientado por los principios de integración funcional y eficiencia respecto a la prestación de servicios en todos sus niveles de atención.
- La Dirección de Salud debe asumir su papel de rector y ente coordinador del sistema, a fin de que, realizados los respectivos estudios técnicos, se defina una verdadera red hospitalaria en todos los niveles de atención y un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia que integre a los sectores público y privado a fin de optimizar el uso de los recursos destinados a garantizar la salud de los cartageneros.
- Se debe replantear la estrategia de transferencias de recursos a los hospitales, con quienes se deben concertar planes de desarrollo institucional que les permitan ser más eficientes en términos sociales y económicos. Es de anotar que el presente estudio no analiza los costos ineficientes de los hospitales públicos, lo cual agrava aún más la situación.
- La Dirección de Salud, como apoyo técnico, debe orientar las políticas institucionales de los hospitales públicos y, en concurrencia con Planeación Distrital, presentar proyectos ante el Fondo Nacional de Regalías con el propósito de mejorar la infraestructura física y tecnológica de los hospitales, centros y puestos de atención y, a la vez, construir y poner en funcionamiento el Laboratorio de Salud Pública del Distrito, que le permita servir de observatorio de los cambios en materia de salud, mantener la vigilancia y control del perfil epidemiológico y planear y ejecutar las intervenciones adecuadas.
- De igual modo, la Dirección de Salud debe disponer de un sistema de información que integre los datos de cobertura, calidad y eficiencia en el uso de los recursos y los convierta en información insumo para la toma de decisiones. Esto permitirá no sólo fortalecer el sistema de vigilancia y control, sino excluir las posibilidades de evasión y elusión en el régimen contributivo, la doble afiliación al SGSSS y los subsidios cruzados, es decir, asignación de subsidios a personas con capacidad de pago. Invertir en este sentido es plantear un proyecto con una alta tasa de retorno en términos de eficiencia del uso de los recursos en salud. Debe, entonces, actualizarse el SISBEN, aplicándolo técnicamente y definir la tasa de inmigración que determine el flujo de desplazados, cuyos costos de salud asume el distrito sin que se estimen claramente sus fuentes y montos de financiamiento.
- La participación de la comunidad debe ser un eje que atraviese los escenarios de decisiones, a fin de incorporar al ciudadano como actor y a la comunidad como decisor de la política pública de salud del distrito.

Por último, queda claro que el problema no sólo es de financiamiento, ubicando fuentes y usos de recursos, sino de voluntad política combinada con decisiones técnicas que optimicen la aplicación de los recursos y mejoren la calidad de vida de los pobres de Cartagena de Indias.

Referencias

1. **Alvis N.** El régimen subsidiado de la seguridad social en salud. Un salto al vacío. Cartagena: Universidad de Cartagena; 1996.
2. **Alvarado E.** El régimen subsidiado de salud. Bogotá: Fundación CREER; 1998.
3. **Giedion U, Wüllner A.** La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud. Santa Fe de Bogotá: Fedesarrollo; 1996. p. 22.
4. **Gallardo H, Camacho M.** La evasión en el sistema de salud de Colombia. *Vía Salud* 1998.
5. **Jaramillo I.** El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la Ley 100. Tercera edición. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1997.
6. **Londoño JL, Beltrán LU, Redondo H, Granados M.** Opinión de los actores del SGSS. *Revista Hospitalaria-ACHC* (Santafé de Bogotá) 1999;2(7):3-14.
7. **Montoya A, Estrada A.** Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
 SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SIVIGILA
 SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 41 y 42 (7 AL 20 DE OCTUBRE DEL 2001)

Región	Departamento o distrito	Mortalidad por cólera		Dengue clásico		Dengue hemorrágico		Malaria por P. falciparum		Malaria por P. vivax		Rabia humana			
		41	42	Ac	41	42	Ac	41	42	Ac	41	42	Ac		
AMAZONIA	Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Caquetá	0	0	11	8	1387	4	10	309	8	4	1421	19	22	7944
	Putumayo	0	0	0	0	70	0	4	6	2	413	9	9	1933	
ORINOQUIA	Arauca	0	0	28	22	1638	1	5	194	0	0	0	3	6	355
	Casanare	0	0	0	3	204	0	0	31	0	0	2	0	1	44
	Guainía	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	29	8	4	172
	Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	7	15	28	1.910	57	19	3816
	Meta	0	0	8	19	828	0	0	43	19	43	1.845	93	95	5100
	Vaupés	0	0	0	0	31	0	0	0	0	0	82	0	0	205
	Vichada	0	0	0	0	7	0	0	3	1	565	18	22	839	
CENTRO ORIENTE	Bogotá	0	0	0	0	39	0	0	16	0	0	0	0	0	0
	Boyacá	0	0	4	14	580	1	0	184	0	0	12	2	5	110
	Cundinamarca	0	0	46	30	1484	7	10	305	0	1	32	5	2	115
	Huila	0	0	69	58	6558	0	0	152	1	0	36	1	3	55
	Norte de Santander	0	0	227	315	6515	21	28	614	0	0	72	134	3412	0
	Santander	0	0	94	183	4457	60	78	2213	0	0	17	6	24	396
	Tolima	0	0	150	70	3208	1	7	179	0	1	7	0	1	53
OCCIDENTE	Antioquia	0	0	13	18	940	0	0	74	50	80	4137	112	248	12684
	Caldas	0	0	6	10	304	0	0	3	0	0	4	1	0	35
	Cauca	0	0	0	0	42	0	0	114	17	2975	7	5	443	
	Chocó	0	0	5	2	108	0	0	225	43	5521	54	19	2133	
	Nariño	0	0	0	0	23	0	0	0	0	2	0	0	0	4
	Quindío	0	0	165	163	2391	0	7	55	0	0	5	1	2	46
	Risaralda	0	0	27	41	897	1	0	2	0	1	32	51	4	1288
COSTA ATLANTICA	Valle	0	0	207	204	6328	42	16	377	21	42	1654	24	26	1583
	Atlántico	0	0	27	21	975	0	0	13	0	0	1	0	0	0
	Barranquilla	0	0	0	0	1193	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Bolívar	0	0	6	13	198	0	0	10	1	0	112	2	1	153
	Cartagena	0	0	3	3	86	0	0	4	0	0	11	0	0	26
	Cesar	0	0	39	73	1402	5	1	132	0	0	1	1	0	51
	Córdoba	0	0	46	34	892	2	3	104	189	278	10.196	425	552	19449
	La Guajira	0	0	10	4	175	0	0	12	0	0	115	0	2	123
	Magdalena	0	0	2	11	190	0	0	7	0	1	1	0	3	20
	San Andrés	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta	0	0	9	6	107	2	3	16	0	0	15	0	0	35	
Sucre	0	0	14	4	308	14	3	130	0	0	6	1	1	21	
T O T A L		0	0	1216	1329	43570	161	171	5.190	652	543	31.478	972	1210	63323

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SIVIGILA
SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 41 Y 42 (7 AL 20 DE OCTUBRE DEL 2001)

Región	Departamento o distrito	Fiebre amarilla		Meningitis meningocócica		Meningitis haemophilus		Sifilis congénita		Hepatitis B		Rabia animal							
		41	42	Ac	41	42	Ac	41	42	Ac	41	42	Ac	41	42				
AMAZONIA	Amazonas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1			
	Caquetá	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	13	0	0	7	0	0		
	Putumayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	36	0	0		
ORINOQUIA	Arauca	0	0	0	0	1	0	0	3	0	3	21	0	4	37	0	4		
	Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	2	0	0		
	Guainía	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	0	0	0		
	Guaviare	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Meta	0	0	1	1	4	0	1	2	3	3	34	0	0	6	0	0		
	Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0		
	Vichada	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		
CENTRO ORIENTE	Bogotá	0	0	0	0	10	0	17	6	3	137	4	3	159	0	0	1		
	Boyacá	0	0	0	0	7	0	0	5	0	23	0	0	12	0	0	1		
	Cundinamarca	0	0	0	0	6	0	0	9	0	10	0	1	134	0	0	0		
	Huila	0	0	0	0	0	0	1	1	1	32	0	1	41	0	0	0		
	Norte de Santander	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	25	0	0	6	0	0		
	Santander	0	0	0	0	7	0	0	6	0	0	75	5	4	71	1	0		
	Tolima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	0	92	0	0		
OCCIDENTE	Antioquia	0	0	0	1	26	0	1	16	1	2	92	1	2	77	0	0		
	Caldas	0	0	0	0	2	0	0	2	0	2	16	3	0	35	0	0		
	Cauca	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	25	0	1	4	0	0		
	Chocó	0	0	0	1	15	0	0	2	0	0	5	0	0	12	0	0		
	Nariño	0	0	0	0	1	0	0	7	0	0	21	0	0	23	0	0		
	Quindío	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	13	0	0	7	0	0		
	Risaralda	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	31	0	0	12	0	0		
	Valle	0	0	0	0	11	0	0	0	4	4	140	3	0	14	0	0		
	Atlántico	0	0	0	0	8	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0	0		
	Barranquilla	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
COSTA ATLÁNTICA	Bolívar	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	9	0	0	36	0	6		
	Cartagena	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	3	0	0	0		
	Cesar	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	27	1	0	42	1	0		
	Córdoba	0	0	0	0	9	2	0	6	0	0	6	0	4	53	0	0		
	La Guajira	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	6	0	0	10	0	0		
	Magdalena	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	7	0	0		
	San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Santa Marta	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	6	0	1	43	0	0			
Sucre	0	0	0	0	2	0	0	1	5	0	8	0	0	6	0	0			
T O T A L		0	0	5	3	7	133	2	3	92	17	22	803	18	21	1000	2	0	63

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
 SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SIVIGILA
 SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 41 Y 42 (7 AL 20 DE OCTUBRE DEL 2001)

Región	Departamento o distrito	Sarampión		Rubéola		Parálisis fláccida		Tos ferina		Tétanos neonatal		Tuberculosis pulmonar				
		41	42	Ac	41	42	Ac	41	42	Ac	41	42	Ac	41	42	
AMAZONIA	Amazonas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	73	0	0	0	0	13
	Caquetá	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	85
	Putumayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	1	204
	Arauca	0	0	4	0	4	0	0	2	0	0	0	1	1	3	58
	Casanare	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	26
ORINOQUIA	Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	16
	Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Meta	0	0	0	0	4	0	1	1	0	1	0	0	1	2	5
	Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0	1
	Vichada	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
CENTRO ORIENTE	Bogotá	9	3	100	28	7	340	1	0	14	4	1	99	0	11	20
	Boyacá	0	0	12	1	0	17	0	0	7	2	0	19	0	3	2
	Cundinamarca	1	1	30	2	4	102	0	3	9	0	0	1	0	2	4
	Huila	0	0	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
	Norte de Santander	0	0	20	0	0	5	1	0	6	0	0	0	0	8	6
OCCIDENTE	Santander	3	1	45	1	4	86	0	0	4	0	0	14	0	4	6
	Tolima	0	0	6	0	0	25	0	0	2	0	0	19	0	4	125
	Antioquia	2	0	46	3	2	144	1	0	12	1	2	152	0	10	14
	Caldas	2	0	30	2	6	149	0	0	0	0	0	1	0	2	2
	Cauca	0	0	2	0	0	1	0	0	4	0	0	5	0	2	108
OCCIDENTE	Chocó	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	86
	Nariño	0	0	27	0	0	9	0	0	5	1	0	11	0	3	1
	Quindío	0	0	2	0	2	24	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	Risaralda	1	0	39	1	1	49	0	0	1	0	0	0	0	4	1
	Valle	0	0	29	1	1	31	2	0	14	0	1	18	0	20	12
COSTA ATLÁNTICA	Atlántico	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	5	0	3	2	120
	Barranquilla	0	0	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	257
	Bolívar	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	9	0	1	0	95
	Cartagena	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71
	Cesar	0	0	5	0	0	2	0	0	1	0	16	0	1	2	4
COSTA ATLÁNTICA	Córdoba	0	1	4	0	0	0	0	0	6	0	0	1	0	2	4
	La Guajira	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	2
	Magdalena	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4	0	0	3	4
	San Andrés	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0
	Santa Marta	0	0	9	0	0	2	0	0	4	0	8	0	0	0	6
T O T A L	Sucre	0	0	4	0	0	9	0	0	3	0	0	0	0	0	5
		18	6	458	39	27	1012	5	3	104	9	4	492	0	1	10

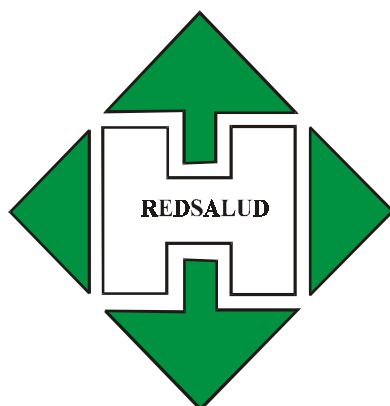
El *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional, IQEN*, es una publicación quincenal de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud y de la Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud, con un tiraje de 3.500 ejemplares.

Los datos y análisis son provisionales y pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones no institucionales, enviadas por los autores para estudio de publicación, son de exclusiva responsabilidad de los mismos y todas deberán ceñirse a las normas éticas internacionales vigentes.

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, al Grupo de Vigilancia en Salud Pública del Ministerio de Salud, teléfonos 336-5066, extensiones 1400, 1414 y FAX 336-5066, extensión 1431, o a la Subdirección de Epidemiología y LNR del Instituto Nacional de Salud, a los teléfonos 220-7700, extensiones 540, 541, 543 o 548 o al FAX 220-0934 o a cualquiera de las direcciones electrónicas.

Cualquier información contenida en el boletín IQEN es del dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

Cita sugerida: Quintero J, Rodríguez F, Rodríguez D, Porras A, et al. Algunos aspectos sobre la guerra biológica y química. Inf Quinc Epidem Nac 2001;6(20):301-12.



A.P.C. COHOSVAL
 CODEMCUN
 COHOSAN
 COODESC
 COODESUR
 COODESURIS
 COODESTOL
 COOPSALUM
 COOSBOY
 COODESCOR
 COHOSPICOSTA

Miguel Germán Rueda
Ministro de Salud (e)
Dirección General de
Salud Pública

Jorge Boshell
Director, INS
Subdirección de Epidemiología y
Laboratorio Nacional de Referencia

Comité editorial

Isabel Cristina Ruiz
 Víctor Hugo Alvarez

Fernando de la Hoz
 Martha Velandia
 Diana Carolina Cáceres
 Jacqueline Acosta

Editores

Martha Velandia
 Carlos A. Hernández

Apoyo logístico

Jorge Eliécer González

Gabriel Perdomo
 Francisco Rodríguez

Diagramación e impresión

División de Biblioteca y Publicaciones, INS

Ministerio de Salud
 Carrera 13 No. 32-76
 Bogotá, D.C., Colombia
 e-mail epidemio@minsalud.gov.co

Instituto Nacional de Salud
 Avenida calle 26 No. 51-60
 Bogotá, D.C., Colombia
 e-mail publicacion@hemagogus.ins.gov.co