
 Libertad y Orden	República de Colombia Ministerio de Trabajo y Salud Dirección General de Salud Pública	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA	 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
---	--	--	--

SIVIGILA

Sistema de Vigilancia en Salud Pública

Boletín Epidemiológico Semanal

Semana Epidemiológica No. 02

Enero 5 a 11 de 2003

MORTALIDAD POR CAUSAS EVITABLES POR MUNICIPIOS CONSOLIDADO, 52 SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS DE 2002, COLOMBIA	1
Mortalidad Materna	2
Mortalidad Perinatal	3
Mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años	5
Mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años	7
Mortalidad por Malaria	8
Mortalidad por Dengue.....	9
Discusión.....	10
¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?	11
FIEBRE AMARILLA	11

MORTALIDAD POR CAUSAS EVITABLES POR MUNICIPIOS CONSOLIDADO, 52 SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS DE 2002, COLOMBIA

(FUENTE PRIMARIA SIVIGILA, DENOMINADORES DE POBLACION PROYECCIONES DANE)

Dando continuidad a la difusión de la información sobre muertes por causas evitables notificadas a través del SIVIGILA, se presenta a continuación el consolidado del año 2002 de los eventos incluidos bajo esta denominación por municipios.

Esta información debe servir no solo para que cada departamento y municipio evalúe su situación con respecto a los eventos aquí relacionados, sino que se efectúe un proceso de verificación de los datos que se presentarán a continuación.

Desde el Centro para el Control de Enfermedades se insistió durante todo el año 2002 en que se realizara el ejercicio de ajuste del número de muertes notificadas a través del SIVIGILA en comparación con lo que cada departamento y municipio recibe por certificados de defunción, para así tener un dato más depurado y cercano a la realidad local. Algunos departamentos como Caquetá lograron hacer este ejercicio por trimestre, lo cual los llevó a tener por vigilancia en salud pública un dato inmediato y real, desde luego teniendo en cuenta los problemas de subregistro y cobertura con el certificado de defunción.

Es importante resaltar que los departamentos han realizado un gran esfuerzo en la

notificación de muertes, pero es importante que el proceso avance hacia el análisis integral de la información generada por el SIVIGILA y más allá de esto hacia la focalización de municipios críticos en los cuales se deban fortalecer las actividades en pro del acceso a los servicios de salud y del mejoramiento de la calidad de la atención de las patologías que conllevan a estas muertes.

Mortalidad Materna

En el 2002 se notificaron por el SIVIGILA 296 muertes maternas de 143 municipios, la mediana para estos municipios de la tasa de mortalidad fue de 1.68 por 1.000 menores de un año. Con respecto al 2001 la notificación de muertes maternas disminuyó en un 12.6% (43 muertes). Hubo nueve muertes en las cuales no se registró el municipio de procedencia: Boyacá (4 muertes), Casanare (1), Chocó (1), Meta (1), Putumayo (1) y Vichada (1).

Se realizó una clasificación de municipios según el riesgo con respecto a los siguientes intervalos:

Riesgo bajo: Tasa de mortalidad materna menor a 0.81 por 1.000 menores de un año

Riesgo medio: Tasa de mortalidad materna entre 0.81 y 3.21 por 1.000 menores de un año

Riesgo alto: Tasa de mortalidad materna mayor a 3.21 por 1.000 menores de un año

En la tabla 1 se presenta el número de municipios por cada uno de los departamentos que notificaron muertes maternas en el 2002 al SIVIGILA según la tasa de mortalidad. En total el 26% (37 municipios) clasifican en un alto riesgo, 49% (71 municipios) en mediano riesgo y 25% (35 municipios) en bajo riesgo.

Tabla No. 1. Número de municipios por departamento según el riesgo para mortalidad materna.

DEPARTAMENTO	NUMERO DE MUNICIPIOS POR DEPARTAMENTO SEGÚN EL RIESGO		
	BAJO (TASA DE MORT. < 0.81)	MEDIO (TASA DE MORT. 0.81-3.21)	ALTO (TASA DE MORT. >3.21)
AMAZONAS		1	1
ANTIOQUIA	2	10	2
ARAUCA			1
ATLANTICO	1	3	1
BOGOTA	1		
BOLIVAR	3	2	1
BOYACA		6	8
CALDAS	1	5	2
CAQUETA	2	1	1
CARTAGENA	1		
CAUCA	2	5	1
CESAR	2	3	
CORDOBA	1	5	
CUNDINAMARCA	2	5	5
CHOCO		1	1
GUAINIA		1	
HUILA		1	
LA GUAJIRA	1		
MAGDALENA	2	4	
META	1	1	1
NARIÑO	1	3	1
NORTE DE STDER.			2
PUTUMAYO		1	
QUINDIO	1	1	
RISARALDA	1	3	1
SAN ANDRES	1		
SANTANDER	2	2	2
SUCRE	1	2	
TOLIMA	1	1	2
VALLE	5	4	2
VAUPES			2
TOTAL	35	71	37

Según estos datos preocupa la situación de algunos municipios con tasas de mortalidad materna con valores extremos: Taraira 28.6 (Vaupés); Yavarate 14.5 (Vaupés); San José de Pare 14.2 (Boyacá); Entrerrios 11.2 (Antioquia).

Como respuesta a la solicitud realizada por el INS de fichas de mortalidad, durante el 2002 se recibieron 27 fichas (9%) de las 286 muertes que fueron notificadas. Estas fichas fueron ingresadas en una base de datos para el respectivo análisis el cual será publicado en el primer trimestre del presente año.

En el anexo de éste boletín se encuentra la relación de municipios que notificaron muertes maternas y sus respectivas tasas de mortalidad y la relación de fichas enviadas por departamento.

Mortalidad Perinatal

Durante el 2002 fueron notificadas al SIVIGILA 5.108 muertes perinatales de 678 municipios. En 78 muertes no se especificó el municipio de procedencia ubicándose el mayor número en los departamentos de Boyacá (13 muertes) y Cundinamarca (15 muertes). Con respecto al 2001 la notificación de muertes perinatales disminuyó en un 5.8% (319 muertes). La mediana de la tasa de mortalidad para los 678 municipios fue de 6.03 por 1.000 menores de un año.

Se clasificaron los municipios por riesgo según los siguientes intervalos en la tasa de mortalidad por 1.000 menores de un año:

Riesgo bajo: Tasa de mortalidad perinatal menor a 3.61 por 1.000 menores de un año.

Riego medio: Tasa de mortalidad perinatal entre 3.61 y 10.46 por 1.000 menores de un año.

Riesgo alto: Tasa de mortalidad perinatal superior a 10.46 por 1.000 menores de un año.

En la tabla 2, se muestra el número de municipios por departamento según esta clasificación de riesgo. El 25% (170 municipios) tiene tasas de mortalidad que los clasifican en bajo riesgo, 50% (340 municipios) clasifican en riesgo medio y 25% (168 municipios) clasifican en riesgo alto. Algunos municipios presentan tasas de mortalidad perinatal con valores extremos (Tabla 3).

Con respecto a la solicitud de algunas fichas de mortalidad perinatal durante el 2002 se recibieron 192 (4%) de fichas con respecto al total de muertes notificadas. Al igual que en mortalidad perinatal está siendo objeto de análisis para posteriormente presentar el informe.

Debido a que no todas las entidades territoriales tienen el mismo concepto con referencia a la definición de muertes perinatales de notificación obligatoria, actualmente se está afinando el documento de vigilancia de la mortalidad para el país el cual será enviado en el primer trimestre de 2003 a los departamentos para su análisis, discusión y ajuste.

Tabla No. 2. Número de municipios por departamento según la clasificación de riesgo para mortalidad perinatal.

DEPARTAMENTO	NUMERO DE MUNICIPIOS POR DEPARTAMENTO SEGÚN EL RIESGO		
	BAJO (TASA DE MORT. <3.61)	MEDIO (TASA DE MORT. 3.61-10.46)	ALTO (TASA DE MORTA. >10.46)
AMAZONAS		3	1
ANTIOQUIA	30	42	13
ARAUCA		4	1
ATLANTICO	4	11	6
BOGOTA		1	
BOLIVAR	8	16	4
BOYACA	2	39	38
CALDAS		10	15
CAQUETA	3	7	5
CARTAGENA		1	
CASANARE	3	3	2
CAUCA	10	16	7
CESAR	6	15	3
CORDOBA	7	9	2
CUNDINAMARCA	10	36	17
CHOCO		4	1
GUAINIA		3	
GUAVIARE	2	1	
HUILA	4	3	5
LA GUAJIRA		4	2
MAGDALENA	8	5	
META	3	14	5
NARIÑO	10	20	5
NORTE DE STDER.	8	3	
PUTUMAYO	5	2	1
QUINDIO	2	8	2
RISARALDA	2	7	5
SAN ANDRES		1	
SANTA MARTA	1		
SANTANDER	6	24	17
SUCRE	10	4	2
TOLIMA	12	13	3
VALLE	12	10	4
VAUPES		1	1
VICHADA	2		1
TOTAL	170	340	168

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL POR 1.000 <1 AÑO
BOYACA	Socha	70.35
CUNDINAMARCA	Guataqui	46.51
BOYACA	Villa de Leyva	40.72
ARAUCA	Saravena	40.56
BOYACA	Tunungua	40.00
SANTANDER	Santa Barbara	39.22
SANTANDER	Jesus Maria	38.46
BOYACA	Garagoa	37.69
CUNDINAMARCA	Choconta	37.25
META	El Dorado	35.71
SANTANDER	Jordan	35.71
BOYACA	Cubara	32.68
CUNDINAMARCA	Cucunuba	31.75
SANTANDER	San Jose de Miranda	31.50

Tabla No. 3. Municipios con las tasas de mortalidad perinatal más altas para el 2002.

Mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años

Durante el 2002 fueron notificadas al SIVIGILA 280 muertes por esta causa,

precedentes de 98 municipios. La mediana en la tasa de mortalidad para estos municipios fue de 5.68 por 10.000 menores de cinco años. Con respecto al año 2001, la notificación de muertes por IRA disminuyó para el 2002 en un 20% (61 muertes).

En 21 muertes no se especificó el municipio de procedencia: Cundinamarca (6 muertes), Boyacá (5), Tolima (5), Vaupés (2), Caquetá (1), Guaviare (1), Meta (1).

Se clasificaron los municipios según el riesgo para mortalidad así:

Riesgo bajo: Tasa de mortalidad por IRA menor a 2.91 por 10.000 menores de cinco años

Riesgo medio: Tasa de mortalidad por IRA entre 2.91 y 8.16 por 10.000 menores de cinco años

Riesgo alto: Tasa de mortalidad por IRA superior a 8.16 por 10.000 menores de cinco años

De acuerdo a esto el 24% (24 municipios) clasificaron en riesgo bajo, 50% (49 municipios) en riesgo medio y 26% (25 municipios) en riesgo alto (Tabla 4).

Tabla 4. Número de municipios por departamento según el riesgo para muerte por IRA en menores de cinco años.

DEPARTAMENTO	NUMERO DE MUNICIPIOS POR DEPARTAMENTO SEGUN EL RIESGO		
	BAJO (TASA DE MORT. <2.91)	MEDIO (TASA DE MORT. 2.91-8.16)	ALTO (TASA DE MORT. >8.16)
AMAZONAS			1
ATLANTICO	2	5	1
BOGOTA	1		
BOLIVAR	1	8	
BOYACA	1	2	6
CALDAS	2	5	1
CAQUETA		4	
CASANARE	1	1	
CAUCA	1	3	
CESAR	3	1	2
CUNDINAMARCA	2	8	8
CHOCO	1		
GUAINIA	1		1
GUAVIARE		1	
LA GUAJIRA	1		
MAGDALENA	1		
META		2	
NARIÑO	1	2	1
SANTANDER	3	1	3
TOLIMA	1	3	
VALLE	1	3	
VAUPES			1
TOTAL	24	49	25

Algunos municipios que se encuentran dentro del rango de riesgo alto presentan unas tasas de mortalidad con valores extremos (Tabla 5).

Tabla 5. Municipios con las tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años más altas con respecto al resto del país.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TASA DE MORTALIDAD POR IRA POR 10.000 <5 AÑOS
BOYACA	Panqueba	34.60
VAUPES	Caruru	29.94
SANTANDER	Chima	26.60
CUNDINAMARCA	El Rosal	25.94
SANTANDER	La Belleza	21.37
CUNDINAMARCA	Sopo	20.88
CUNDINAMARCA	Alban	20.33

A pesar de que a través de epidemiología y del programa de vigilancia y control de la IRA del INS se solicitó en varias ocasiones el envío de las fichas de muerte por esta causa, durante el 2002 se recibieron 42 fichas (8%).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años

En el 2002 a través del SIVIGILA fueron notificadas 186 muertes por EDA en menores de cinco años, procedentes de 84 municipios. La mediana en la tasa de mortalidad para estos municipios fue de 3.68 por 10.000 menores de cinco años. Con respecto al año 2001 la notificación de muertes por EDA aumentó en un 19.5% (36 muertes).

En siete muertes no se especificó el municipio de procedencia: Cundinamarca (2 muertes), Chocó (2), Santander (1), Tolima (1), Vaupés (1).

Se establecieron los siguientes intervalos para clasificar a los municipios según el riesgo para muertes por EDA:

Riesgo bajo: Tasa de mortalidad por EDA menor de 2.38 por 10.000 menores de cinco años

Riesgo medio: Tasa de mortalidad por EDA entre 2.38 y 5.94 por 10.000 menores de cinco años

Riesgo alto: Tasa de mortalidad por EDA superior a 5.94 por 10.000 menores de cinco años.

El 26% (22 municipios) que notificaron muertes por EDA clasifican en riesgo bajo, el 50% (42 municipios) clasifican en riesgo medio y el 24% (20 municipios) clasifican en riesgo alto (Tabla 6).

Tabla No.6. Número de municipios por departamento según el riesgo para mortalidad por EDA en menores de cinco años.

DEPARTAMENTO	NUMERO DE MUNICIPIOS POR DEPARTAMENTO SEGUN EL RIESGO		
	BAJO (TASA DE MORT. <2.38)	MEDIO (TASA DE MORT. 2.38-5.94)	ALTO (TASA DE MORTA. >5.94)
AMAZONAS			1
ARAUCA		1	
ATLANTICO	4	2	6
BOLIVAR	1	5	1
BOYACA	1	2	2
CALDAS	1	2	
CAQUETA	3	4	3
CAUCA	2	3	1
CESAR		7	
CUNDINAMARCA			2
CHOCO			1
GUAJIRA		1	
GUAVIARE	1		
LA GUAJIRA	1	2	
MAGDALENA	3	2	
META		1	1
NARINO	1	1	
QUINDIO		1	
RISARALDA		2	
SANTA MARTA	1		
SANTANDER	3	2	1
SUCRE		1	
TOLIMA		2	
VICHADA		1	1
TOTAL	22	42	20

Algunos municipios que clasificaron en el grupo de alto riesgo presentan tasas de mortalidad con valores extremos: San Eduardo (Boyacá): 43.48, Polo Nuevo (Atlántico): 19.93, Pueblo Bello (Cesar): 16.47, Ponedera (Atlántico): 14.1, Páez (Cauca): 14.

Del total de muertes notificadas se recibieron 67 fichas (37%).

Mortalidad por Malaria

En el 2002 fueron notificadas por el SIVIGILA 40 muertes por malaria, procedentes de 23 municipios. Para éstos la mediana de mortalidad fue de 3.85 por 100.000 habitantes.

Tabla No. 7. Número de municipios por departamento según el riesgo para muertes por malaria

DEPARTAMENTO	NUMERO DE MUNICIPIOS POR DEPARTAMENTO SEGUN EL RIESGO		
	BAJO (TASA DE MORT. <2.22)	MEDIO (TASA DE MORT. 2.22-6.74)	ALTO (TASA DE MORTA. >6.74)
ANTIOQUIA		1	
BOGOTA	1		
CAUCA		3	1
CHOCO		1	3
LA GUAJIRA	1		
MAGDALENA	1		
META		1	1
NARINO	2	4	1
PUTUMAYO		1	
SANTA MARTA	1		
TOTAL	6	11	6

Con respecto al 2001 la notificación de muertes por malaria disminuyó en un 33% (20 muertes).

Se establecieron los siguientes intervalos para clasificar los municipios por el riesgo de morir por malaria:

Riesgo bajo: Tasa de mortalidad por malaria menor a 2.22 por 100.000 habitantes

Riesgo medio: Tasa de mortalidad por malaria entre 2.22 y 6.74 por 100.000 habitantes

Riesgo alto: Tasa de mortalidad por malaria superior a 6.74 por 100.000 habitantes

El 26% (6 municipios) clasifican en riesgo bajo, el 48% (11 municipios) clasifican en riesgo medio y 26% (6 municipios) en riesgo alto (Tabla 7).

Dos municipios presentan la tasa de mortalidad con los valores más altos para el país: Novita (Chocó): 11.41 y Tadó (Chocó): 13.02.

En el 2002 se solicitó a los departamentos que notifican muertes por malaria enviar copia de la historia clínica o el resumen del mismo, a ésta solicitud se respondió únicamente en el 50% de las muertes.

En el análisis de las historias y fichas recibidas se identificaron serios inconvenientes en el diagnóstico diferencial de malaria, el empleo de cloroquina en sitios en los cuales se ha identificado fracaso terapéutico, esquemas de tratamiento diferentes a los establecidos en la guía de atención integral de malaria de la resolución 412, deficiencias en la lectura de placas de malaria, manejo inadecuado de complicaciones, entre otros.

Mortalidad por Dengue

En el 2002 fueron notificadas al SIVIGILA 27 muertes por dengue de 19 municipios. La mediana en la tasa de mortalidad para estos municipios fue de 2.03 por 100.000 habitantes. Con respecto al 2.001 la notificación de muertes por dengue disminuyó en un 48% (26 muertes).

Los intervalos para la clasificación de riesgo fueron los siguientes:

Riesgo bajo: Tasa de mortalidad por dengue inferior a 0.65 por 100.000 habitantes

Riesgo medio: Tasa de mortalidad por dengue entre 0.65 y 3.48 por 100.000 habitantes

Riesgo alto: Tasa de mortalidad por dengue superior a 3.48 por 100.000 habitantes

El 26% (5 municipios) clasifican en bajo riesgo, el 42% (8 municipios) en riesgo medio y 32% (6 municipios) en riesgo alto (Tabla 8).

Tabla No. 8. Número de municipios por departamento según riesgo de muerte por dengue

DEPARTAMENTO	NUMERO DE MUNICIPIOS POR DEPARTAMENTO SEGÚN EL RIESGO		
	BAJO (TASA DE MORT. <0.65)	MEDIO (TASA DE MORT. 0.65-3.48)	ALTO (TASA DE MORTA. >3.48)
BARRANQUILLA	1		
BOLIVAR		1	
CAQUETA		1	
CASANARE		1	
CESAR			2
LA GUAJIRA			1
NORTE DE STDER	1		
QUINDIO		2	1
RISARALDA	1		
SANTA MARTA	1		
SUCRE		1	
VALLE	1	2	2
TOTAL	5	8	6

Dos municipios tienen las tasas de mortalidad por dengue más altas en el país: Gamarra (Cesar): 8.52 y Ansermanuevo (Valle): 6.31.

Al igual que en malaria, se había solicitado para muertes por dengue el resumen de historia o copia de la historia clínica, a esta solicitud se obtuvo el 74% de respuesta, lo cual es de resaltar y de felicitar a los departamentos que hicieron posible esta notificación.

En el análisis de historias clínicas remitidas se logro establecer que se siguen presentando problemas en el manejo clínico de pacientes con dengue, aún existe desconocimiento de la guía de atención integral de dengue normada por la resolución 412 y las IPS no realizan capacitación continuada a su personal medico asistencial en el manejo de esta patología, sobre todo al personal nuevo que llega de ciudades en las cuales no se presentan casos de dengue. La identificación de pacientes en riesgo de choque aún tiene fallas, por lo cual los pacientes hospitalizados que no tiene un monitoreo adecuado evolucionan rápidamente a choque y sus complicaciones. En el manejo del paciente es notoria la ausencia de controles con pruebas hematológicas como el hematocrito y se sigue centrando la atención en el control exclusivo de plaquetas. El manejo con componentes sanguíneos se ha convertido en una de las primeras elecciones frente a la trombocitopenia, concepto que es errado, toda vez que lo que se debe controlar y manejar es la pérdida de líquidos intravasculares.

Discusión

Es importante resaltar la importante labor que han desempeñado las entidades territoriales en el fortalecimiento de la notificación a través del SIVIGILA de las muertes por causas evitables. El envío de fichas de notificación, de informes de investigación de campo y de historias clínicas ha permitido al nivel nacional conocer algunos de los factores que están determinando la ocurrencia de las mismas.

Es grato ver cómo algunos departamentos que habían abandonado el análisis de la mortalidad en su jurisdicción retoman actividades básicas de la vigilancia como la recopilación de datos, ajuste de los mismos, construyendo así bases sólidas para realizar un análisis integral.

Desde luego aún falta realizar ajustes, pero estamos seguros de que ésta labor será mucho más fácil con la participación decidida y comprometida de las entidades territoriales.

Es importante que cada departamento y aún mejor cada municipio revise los datos de su ejercicio de vigilancia en lo referente a mortalidad y analice si el comportamiento con referencia al total nacional es similar, pues vale la pena indagar la disminución en la notificación de muertes para el 2002 por IRA, malaria, dengue, mortalidad materna y perinatal, respondiendo a interrogantes como: es producto este descenso de fallas en el sistema de vigilancia que llevaron a subregistro o no notificación de muertes?, notificaron todas las unidades notificadoras de cada jurisdicción?, tenían todas las unidades notificadoras incluida en su vigilancia las muertes por causas evitables?, mejoraron las actividades de atención y acceso en los servicios de salud de forma tal que causaron un impacto positivo en estos problemas?. Estas y otras muchas preguntas deberán hacerse cada uno de los niveles locales actores de la vigilancia en salud pública.

Dar continuidad o implementar las actividades de cruce de información entre diferentes fuentes. Para este caso específico la notificación por SIVIGILA en comparación con lo que se recibe de certificados de defunción por municipios y departamentos.

Es necesario que cada entidad territorial retome los espacios creados dentro del sistema de estadísticas vitales como los grupos de estadísticas vitales en el nivel municipal y el comité de estadísticas vitales en el departamento. Trabajar conjuntamente con las oficinas regionales del DANE y de la Registraduría con el fin de estandarizar la información que se maneja en estos niveles y que las fuentes manejen siempre el mismo dato.

A pesar de los problemas de subregistro algunos municipios muestran unas tasas de mortalidad con valores bastante altos con referencia a los datos nacionales, por lo tanto en éstos es necesario revisar la información y generar de forma inmediata planes que permitan identificar y caracterizar la problemática y así implementar actividades que respondan a las necesidades identificadas.

Si no se cuenta con datos inmediatos, ajustados y confiables, difícilmente se podrán trazar políticas de mejoramiento en la calidad de los servicios de salud y el acceso de la población a los mismos, habrá dificultades en el seguimiento, monitoreo y evaluación de estrategias y por lo tanto no habrá cómo justificar si lo que el país está realizando se adecua o no a su situación real. Desde luego en el cumplimiento de en esta tarea hay muchos inconvenientes, pero es necesario y urgente comenzar e ir afinando los instrumentos y las actividades que hemos de realizar con el fin de causar el impacto deseado en la salud pública de los colombianos.

¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?

FIEBRE AMARILLA

Se confirmó un caso procedente del municipio de Puerto Rico (Meta), ante el cual se solicitó al departamento adelantar un proceso inmediato de capacitación para el recurso humano de los

municipios receptores del departamento y de otros lugares, a fin de mantenerse pendientes ante cuadros compatibles con la definición, y facilitar su manejo oportuno.

SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.

Direcciones Territoriales de Salud que no notificaron a tiempo esta semana:

BARRANQUILLA, CAQUETA, CHOCO, GUAVIARE, QUINDIO Y SANTANDER

El porcentaje de cumplimiento en la notificación de las unidades notificadoras locales fue de 72%

La notificación es obligatoria y debe realizarse a más tardar hasta las 6 p.m. del día miércoles de cada semana.

Publicado en Web por la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Colombia. Encontrará otros boletines en <http://www.col.ops-oms.org/sivigila>