LINEAMIENTOS DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA 2013

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Colombia. Diciembre de 2012

Tabla de contenido

Tabla de contenido *2*

1. OBJETIVO **6**

2. ALCANCE **6**

3. RESPONSABILIDAD **6**

4. DEFINICIONES **6**

5. CONDICIONES GENERALES **7**

6. MATERIALES Y REACTIVOS **7**

7. EQUIPOS **7**

8. CONTENIDO ..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

8.1. LINEAMIENTOS PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA 2012 7

8.1.1. Marco normativo *7*

8.1.2. Lineamientos generales *8*

Confirmación por laboratorio 9

Búsquedas activas institucionales (BAI) y búsquedas activas comunitarias (BAC) 10

Vigilancia comunitaria 13

8.1.3. Subsistema de información *13*

Lineamientos Sivigila 13

Fortalecimiento del Talento Humano 15

Se recomienda a las entidades territoriales asumir con apoyo del INS durante 2013, el proceso de evaluación para la certificación de competencias laborales en vigilancia en salud pública, en coordinación con el SENA para la norma "Sistematizar la información VSP de acuerdo con los lineamientos y los requerimientos del ente administrativo y rector", dirigido a operadores del Sivigila con más de seis meses de experiencia en la función laboral. 15

Es recomendable que las personas que operan el Sivigila a nivel territorial y local se encuentren certificados como "competentes" en esta norma, como un mecanismo de garantía a la calidad del sistema. 15

8.1.4. Subsistema de análisis *16*

Comité de vigilancia en salud pública 16

Retroalimentación 17

Análisis de muertes por eventos de interés en salud pública 18

Concordancia Sivigila - Estadísticas vitales 18

Estudio anatomopatológico y necropsia 19

8.1.5. Lineamiento para la Vigilancia y Control en Salud Pública Eventos Inmunoprevenibles *19*

8.1.5.1. Lineamientos Generales de inmunoprevenibles 19

8.1.5.2. Parálisis flácida aguda (PFA) 20

8.1.5.3. Sarampión/Rubéola, y Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) 20

8.1.5.4. Tétanos neonatal 20

8.1.5.5. Tétanos accidental 21

8.1.5.6. Tos ferina y difteria 21

8.1.5.7. Varicela 22

8.1.5.8. Eventos supuestamente atribuidos a la inmunización (Esavi) 22

8.1.5.9. Meningitis Bacteriana Aguda 22

8.1.5.10. Infección respiratoria aguda 23

8.1.5.11. Morbilidad en todos los grupos de edad y mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años 25
8.1.5.12. Enfermedad diarreica aguda Causada (EDA) por Rotavirus 25
SÓLO APLICA PARA UPGD CENTINELA 25
8.1.6. Micobacterias *26*
8.1.6.1. Tuberculosis 26
8.1.6.2. Tuberculosis Farmacorresistente 26
8.1.6.3. Lepra 27
8.1.7. Lineamientos para la vigilancia y control en salud pública de enfermedades transmitidas por vectores ETV *27*
8.1.8. Lineamientos para la vigilancia y control de infecciones de transmisión sexual (ITS) *28*
8.1.8.1. Sífilis gestacional y congénita 29
8.1.8.2. Hepatitis B 29
8.1.8.3. VIH / SIDA 30
8.1.9. Lineamientos para la vigilancia y control en salud pública de zoonosis *30*
8.1.9.1. Rabia 30
8.1.9.2. Accidente ofídico 32
8.1.9.3. Leptospirosis 32
8.1.9.4. Encefalitis equinas 33
8.1.9.5. Otros eventos de zoonosis 33
8.1.10. Lineamientos para la vigilancia y control en eventos asociados a factores de riesgo ambiental 33
8.1.10.1. Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), fiebre tifoidea/paratifoidea, cólera y hepatitis A. 2013 34
8.1.10.2. Intoxicaciones agudas por sustancias químicas 34
8.1.11. Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibióticos *35*
8.1.12. Mortalidad materna, perinatal, neonatal tardía y morbilidad materna extrema (MME). .. *36*
8.1.13. Lineamientos para la vigilancia y control de enfermedades crónicas *39*
8.1.13.1. Leucemias Agudas Pediátricas 39
8.1.13.2. Hipotiroidismo congénito 41
8.1.13.3. Lesiones por pólvora 42
8.1.13.4. Violencia ..... **¡Error! Marcador no definido.**
8.1.13.5. Morbi-mortalidad relacionada con el Tránsito 44
8.1.13.6. Vigilancia centinela de la exposición a flúor 44
Vigilancia centinela de la exposición a flúor 44
8.1.13.7. Vigilancia anomalías congénitas 46
8.1.14. Lineamientos para la vigilancia nutricional *47*
8.1.15. Lineamientos para equipos de repuesta inmediata *49*
8.1.16. Lineamientos del grupo de epidemiología aplicada *50*
8.1.15.1 Informe quincenal epidemiológico nacional - IQEN 50
8.1.15.2 Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS): 51

9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA **53**

10. ANEXOS **53**

ANEXO1. CORREOS ELECTRÓNICOS SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA 53

Marcela Varona
Directora del Instituto Nacional de Salud (E)

Danik de los Ángeles Valera Antequera
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

Mauricio Beltrán
Subdirector Red Nacional de Laboratorios

Profesionales que participaron en la elaboración de los lineamientos 2013

Análisis de Situación de Salud
Ivonne Natalia Solarte Agredo
Diana Patricia Díaz Jiménez
Heidy García Orozco
Eddier Martínez Álvarez
Ruben Dario Cáceres

Sivigila
Claudia Marcela Huguett Aragón
Norma Rocío Lozano Falla

Grupo de Epidemiología Aplicada
Oscar Pacheco Garcia
Claudia Marcela Muñoz
Máncel Martínez Ramos (Corrección de estilo)

Eventos prevenibles por vacunación
Helena patricia Salas Suspes
Orlando Castillo
Consuelo Pinzón
Adriana Ulloa
Adriana Heredia Arevalo
Sandra Lucero Bonilla Molano
Angela Gallego
Flor Esperanza Gómez Rodríguez
José Alejandro Daza Vergara

Micobacterias
Santiago Elias Fadul Pérez
Diana Marcela Castillo Rico
Sandra Marina Ariza Matiz

Factores de riesgo ambiental
Jacqueline Espinosa Martínez
Maria Nathalia Muñoz Guerrero
Jaime Alberto Guerrero Montilla.
Martha Patricia López Pérez.
Milena Edith Borbón Ramos.
Claudia Jimena Álvarez Álvarez
Lady Jhoana Domínguez Majin
Karla Mabel Cárdenas Lizarazo
Ariadna Lorena Rodríguez Vargas

Enfermedades transmitidas por vectores
Pilar Zambrano
Pablo Enrique Chaparro Narváez

Maternidad segura
Ângela Patricia Gómez Sotelo
Esther Liliana Cuevas
Sara del Socorro Garcia Forero

Infecciones de transmisión sexual
Amparo Liliana Sabogal Apolinar
Norma Constanza Cuellar Espitia
Rubén Eduardo Robayo Rico

Zoonosis
Andrea Elizabeth Paredes Medina
Milena Rodríguez Bedoya
Diana Marcela Walteros Acero

Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibiótico

Andrea Villalobos
Liliana Isabel Barrero
Miguel Hernando Díaz
Sandra Milena Rivera

Grupo de enfermedades crónicas no transmisibles

Maritza Adegnis Gonzalez Duarte
Nidia Gonzalez Tolosa
Luis Alejandro Gomez
Maira Ortiz Pinzòn
Yomar González González
Fredy Mendivelso Duarte
Luz Janeth Forero Martínez
Sandra Patricia Misnaza Castrillón

Grupo de vigilancia nutricional

Vilma Fabiola Izquierdo Charry
Edwin Fernando Quiroga Villlalobos
Claudia Patricia Roncancio
Giomar Sichacá Avila
Diana Alexandra Moreno

1. OBJETIVO

Definir las líneas de acción para realizar la Vigilancia y Control de eventos de interés en salud pública en el país.

2. ALCANCE

Este documento define los lineamientos para realizar Vigilancia y Control en Salud pública a nivel Nacional, Departamental, Distrital y Municipal.

3. RESPONSABILIDAD

Instituto Nacional de Salud
Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública
Subdirección Red Nacional de laboratorios

4. DEFINICIONES

EAPB: Empresa administradora de planes de beneficios

Investigación epidemiológica de campo: puede ser definida como la aplicación de los principios y métodos de la investigación epidemiológica para el estudio de problemas de salud inesperados, para los cuales se demanda una respuesta inmediata y una intervención oportuna en la población. (1)

La investigación epidemiológica de campo es una actividad fundamental en el sistema de vigilancia epidemiológica y es utilizada en eventos como muertes evitables y brotes y determinando la movilización de equipos especiales que deberán identificar la causa, la fuente y forma de transmisión y establecer rápidamente las medidas de control más adecuadas, respetando el rigor científico y técnico, usando una variedad de principios, métodos y aplicaciones de las ciencias básicas, clínicas, sociales, estadísticas y epidemiológicas.(1)

Las investigaciones epidemiológicas de campo son responsabilidad de las unidades notificadoras municipales o departamentales de acuerdo a la categoría municipal.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

RIPS: Registro individual de prestación de servicios

RUAF: Registro Único de Afiliados a la Protección Social

Tenga en cuenta las demás definiciones contenidas en el decreto 3518 de 2006.

UND: Unidad notificadora departamental o distrital

UNM: Unidad notificadora municipal

UPGD: Unidad primaria generadora de datos

Unidad Informadora: Es una fuente de información del sistema de vigilancia en salud pública proveniente de instituciones (diferentes de las IPS) o personas naturales que caractericen eventos de interés en salud pública, cuya notificación es esporádica y están representados principalmente por puestos de microscopistas, ámbitos comunitarios y ámbitos escolares.

5. CONDICIONES GENERALES

Contar con profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares calificados en vigilancia en salud pública y epidemiología.

6. MATERIALES Y REACTIVOS

Equipamiento para trabajo de campo en investigaciones epidemiológicas y equipos básicos de bioseguridad.

7. EQUIPOS

Equipos de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC)

8. DESCRIPCIÓN

8.1. Lineamientos para el sistema de vigilancia y control en salud pública 2013

8.1.1. Marco normativo

En el marco del sistema de seguridad social de salud y del sistema de ciencia, tecnología e innovación de acuerdo al decreto 4109 de 2011, el Instituto Nacional de Salud, en su carácter de autoridad científico técnica tiene como objeto: (I) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; (II) realizar investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina; (III) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del instituto; (IV) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la producción de insumos y biológicos; y (V) actuar como laboratorio nacional de referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Las direcciones municipales de salud o la dependencia que haga sus veces, las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las administradoras del régimen subsidiado, las empresas de medicina prepagada y las entidades responsables de los regímenes de

excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, , las unidades primarias generadoras de datos y otras entidades que participen en los procesos de vigilancia, todas deben cumplir con las funciones en relación con el sistema nacional de salud pública descritos en el decreto 3518 de 2006.

Las competencias territoriales para la vigilancia en salud pública están definidas en la Constitución Política, la Ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Decreto 3518 de 2006, Decreto 2323 de 2006, reglamentarios de la vigilancia y control epidemiológico, el reglamento sanitario internacional y las Metas del Milenio.

De igual forma es prioridad garantizar el uso de los recursos en las acciones de salud pública y en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, esta última como uno de los pilares de la estrategia de la Atención Primaria en Salud, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011.

Estas acciones serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada.

De acuerdo al plan nacional de desarrollo 2010 – 2014, capítulo IV: igualdad de oportunidades para la prosperidad social, "es necesario fortalecer la vigilancia en salud pública de los eventos de notificación obligatoria, las enfermedades transmitidas por alimentos, las enfermedades crónicas no trasmisibles, la desnutrición, determinantes de los sistemas de información nacionales y locales para el monitoreo y seguimiento de eventos en salud mental, de las diferentes formas de violencia y consumo de sustancias psicoactivas, de otra parte, se requiere desarrollar la capacidad y evaluación de tecnología en el país".

Para el efecto, se deberá precisar el carácter y alcance, así como fortalecer la capacidad técnica y operativa del sistema de vigilancia y control de salud pública. Buscando transcender de un sistema de vigilancia epidemiológica a uno de evaluación del riesgo que garantice la oportuna detección y gestión de los riesgos epidemiológicos y sanitarios y avanzar hacia la generación de conocimiento en salud pública.

El Instituto Nacional de Salud –INS- compuesto por la Dirección de Investigación en Salud Pública, la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, la Dirección de Redes en Salud Pública y la Dirección de Producción, en cumplimiento de sus funciones planteadas por la ley 1122 de 2007, el decreto 3518 de 2006, el decreto 4109 de 2011 y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), emite desde la Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública los lineamientos para 2013 que orientan las acciones para fortalecer el proceso de vigilancia y control de eventos de interés en salud pública en el país.

8.1.2. Lineamientos generales

Se debe asegurar en el plan operativo anual (POA) los recursos financieros y humanos y los mecanismos que le permitan a los municipios, departamentos y distritos cumplir con los procedimientos establecidos para la vigilancia y control de todos los eventos de

notificación obligatoria en Colombia en el marco de la normatividad y lineamientos establecidos, incluyendo los subsistemas de información, análisis e intervención, toma, procesamiento y transporte de muestras.

Es necesario que las entidades de orden departamental, distrital, municipal y las UPGD adopten las recomendaciones de los protocolos de vigilancia epidemiológica de los eventos de notificación obligatoria, siguiendo las orientaciones individuales y colectivas para cada evento, de acuerdo con sus competencias y respetando las fichas de notificación, los flujos de información y periodicidad establecida para cada caso.

Las entidades territoriales deben ejecutar un plan de capacitación, asesoría, asistencia técnica y supervisión de las estrategias de vigilancia definidas para los eventos de interés en salud pública de acuerdo a las competencias normativas de cada nivel, siguiendo las guías, lineamientos y protocolos emitidos desde el instituto nacional de salud.

Las entidades territoriales deben contar con recurso humano permanente y suficiente para llevar a cabo las acciones de vigilancia y control de todos los eventos de interés en salud pública.
Las entidades territoriales deben, informar antes del 30 de enero de 2013, el nombre teléfono y correo de los responsables de la vigilancia de cada departamento o distrito y de cada uno de los eventos o grupo de eventos al correo electrónico asis@ins.gov.co

Todas las entidades territoriales deben diseñar y conformar grupos de disponibilidad para la verificación de información y la atención de todos los brotes durante el 2012. Enviar antes de 30 de enero de 2013 a los correos electrónicos eri@ins.gov.co y asis@ins.gov.co el cronograma de disponibilidad por semana con nombre completo, teléfono (casa – celular) y correo electrónico de la persona contacto.

Se requiere realizar y actualizar el censo de las festividades de cada municipio del departamento para establecer las acciones de fortalecimiento de la vigilancia intensificada para la detección de las lesiones por pólvora, la fecha máxima de envío es 30 de enero de 2013 al correo electrónico asis@ins.gov.co

Confirmación por laboratorio

El laboratorio departamental o distrital en salud pública debe realizar el diagnóstico por laboratorio de los brotes de eventos de interés en salud pública que lo requieran y acudir al Instituto Nacional de Salud en caso de no contar con la capacidad resolutiva para hacerlo o como complementariedad diagnóstica.

La entidad territorial debe abogar ante las IPS para la confirmación de casos individuales de eventos de interés en salud pública.

Los procesos de laboratorio de confirmación diagnóstica y control de calidad de los eventos de interés en salud pública, deberán seguir los lineamientos dados por la Subdirección Red Nacional de Laboratorios del Instituto Nacional de Salud. Los Laboratorios de Salud Pública Departamental y el Laboratorio de Salud Pública Distrital deben cumplir los tiempos de procesamiento y entrega de resultados de las pruebas de

los eventos de interés en salud pública y participar activamente según cronograma establecido por la Red Nacional de Laboratorios de la evaluación externa del desempeño.

Búsquedas activas institucionales (BAI) y búsquedas activas comunitarias (BAC)

La búsqueda activa pretende detectar aquellos casos que no fueron notificados a través de la vigilancia rutinaria, permitiendo la inclusión de la información de estos casos en el sistema para la realización de acciones pertinentes y actuando como control de la calidad del proceso de notificación establecido.

Las búsquedas activas pueden ser institucionales y comunitarias.

Búsqueda activa institucional (BAI)

La búsqueda activa institucional de eventos de interés en salud pública se realiza a partir de la revisión de registros de consulta externa, urgencias, hospitalización, y laboratorios clínicos.

Se recomienda a las entidades territoriales realizarla en instituciones de alto flujo, UPGD, instituciones con indicadores de vigilancia en salud pública en rangos inadecuados, teniendo en cuenta la endemicidad del evento y las características de la población atendida por las diferentes instituciones. Algunos eventos como aquellos en programas de eliminación y erradicación deben tener búsqueda en todas las IPS del territorio.
En el caso de los distritos, las búsquedas se deben realizar en las UPGD que se encuentran en su territorio.

El cuadro 1 muestra los eventos en los que la UPGD debe realizar búsqueda activa institucional mediante RIPS a través del módulo de BAI de Sianiesp o diagnósticos diferenciales para cada evento y otras fuentes, incluye adicionalmente la periodicidad para su realización y envío al INS. Usar los formatos BAI del instituto nacional de salud disponible en página web en http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/lineamientos-y-documentos.aspx

Las UPGD deben realizar la BAI de los eventos de interés en salud pública relacionados en el cuadro 1 y enviar el consolidado de los resultados de la BAI los encargados de vigilancia del nivel municipal.
En el anexo de flujogramas para BAI se puede encontrar la orientación de las acciones tras la BAI para las UPGD.

Cuadro 1. Eventos de interés en salud pública que requieren búsquedas activas como estrategia de vigilancia. 2013

Eventos	Periodicidad	Envío al INS desde la entidad terriorial	Fuentes BAI		
			RIPS	Estadísticas vitales	Laboratorios
Sarampión-rubéola, Parálisis flácida aguda en menores de 15 años, Tétanos neonatal, Tos ferina, Difteria, Síndrome de Rubéola Congénita, Parotiditis, Varicela, Meningitis bacterianas agudas.	Mensual	Trimestral 30/04/2013 30/07/2013 30/10/2013 30/01/2014	x		X
Tuberculosis Lepra	Mensual		x	X	X
Sífilis gestacional y congénita VIH Hepatitis B	Mensual		x	X	X
Fiebre tifoidea/paratifoidea Hepatitis A	Mensual		x		
Anomalías congénitas Hipotiroidismo congénito Leucemias agudas pediátricas	Mensual	Trimestral 30/04/2013 30/07/2013 30/10/2013 30/01/2014	x		
Exposición rábica Accidente ofídico	Anual	Informe y plan de mejoramiento 30/07/2013	x		
Dengue Malaria	En caso de brote				

El cuadro 2 muestra lo relacionado con la búsqueda activa institucional de muertes maternas y morbilidad materna extrema.

Cuadro 2. Búsqueda activa institucional muertes maternas y morbilidad materna extrema

Búsqueda activa Institucional para mortalidad materna			
Eventos	**Periodicidad**	**Envío al INS**	**Fuente**
Muerte de mujeres en embarazo, parto y primer año postparto y muertes perinatales y neonatales tardías	Mensual	Trimestral 30/04/2013 30/07/2013 30/10/2013 30/01/2014	Estadísticas vitales. (certificado defunción electrónico (RUAF) o en físico)
Morbilidad materna extrema**	Diaria Mensual		Registros de los servicios de: urgencias, sala de partos, hospitalización, UCI, Unidades Transfusionales, bancos de sangre y laboratorio clínico.

Casos sospechosos de muertes maternas en el grupo muertes de mujeres en edad fértil (de 10 a 54 años de edad)	Trimestral		Certificado de defunción (en línea o en físico) en que no se haya diligenciado ninguna de las variables del capítulo tres o que en alguna de las tres variables se haya diligenciado el ítem "sin información" y revisar las causas que sean compatibles con muerte materna aunque en el capítulo tres del certificado de defunción se haya descartado el embarazo.

** La vigilancia de morbilidad materna extrema debe realizarse en las UPGD que participan en la vigilancia del evento, considerando los códigos relacionados en el protocolo. Para la BAI diaria ver lineamientos de maternidad segura.

BAI de salud bucal

Se realizará BAI mensual de salud bucal a partir de la herramienta Sianiesp a partir de RIPS. Con los registros obtenidos de la BAI se deben estimar los indicadores citados en el documento para análisis de RIPS en salud bucal disponible en http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/lineamientos-y-documentos.aspx

Búsqueda activa comunitaria BAC

La búsqueda activa comunitaria se realiza a través de un rastreo en la comunidad habitualmente a partir de entrevistas casa a casa, a líderes comunitarios, residentes, guarderías, colegios, entre otros, buscando casos probables , sospechosos o confirmados de eventos de interés en salud pública que estén ocurriendo o hayan ocurrido en dicha comunidad y que no hayan ingresado al sistema de vigilancia epidemiológica, direccionándolos a la institución prestadora de servicios correspondiente o haciendo seguimiento directo del caso hasta el cierre del mismo.

Para los eventos prevenibles por vacunación se debe enviar trimestralmente el consolidado de la búsqueda activa comunitaria de acuerdo a lo enunciado en los protocolos, relacionado en el instructivo para búsqueda activa de eventos prevenibles por vacunación y formato BAC disponibles en página web.

Realizar la búsqueda activa de muertes maternas, perinatales y neonatales tardías en la comunidad a través de los equipos de trabajo extramural que realizan actividades de salud pública (promotores de salud, brigadas interdisciplinarias, jornadas de vacunación extramurales, monitoreo rápido de cobertura de vacunación, control de vectores etc.); los casos que se identifiquen se deben verificar con el responsable de la vigilancia de la dirección local de salud para tomar las acciones de vigilancia epidemiológica que sean requeridas.

Vigilancia comunitaria

"La vigilancia en salud pública es un sistema capaz de registrar, consolidar y analizar los datos de interés en salud pública con el fin de realizar acciones oportunas que permitan mejorar las condiciones de vida de los individuos y la comunidad. Es parte fundamental de este sistema la participación comunitaria que permite avanzar en la identificación de problemáticas y construcción de respuestas integrales y conjuntas entre los actores del sistema de salud y la comunidad". (2)

Una de las estrategias relacionada con la participación comunitaria, que se desarrolla regularmente en las diferentes entidades territoriales es la vigilancia epidemiológica comunitaria, que favorece la detección y notificación de casos y establecimiento oportuno de medidas de control. Por ello se debe fortalecer permanentemente el desarrollo de estrategias en los niveles departamentales y municipales.

8.1.3. Subsistema de información

Lineamientos Sivigila

Durante el 2013, se hará uso del aplicativo Sivigila2012 V2.0.0 con las actualizaciones a que hubiere lugar, las cuales deberán ser adoptadas de manera gradual dado que en ningún caso los diferentes niveles (UPGD, UNM, UND) podrán utilizar versiones posteriores a las del nivel a quien reportan, esto con el fin de garantizar la integridad de los datos y que la estructura de los datos notificados sea compatible con la versión utilizada por quien consolida la información.

Todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, que generen información de interés, deberán realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada; para tal fin el flujo de la información debe cumplir con los tiempos establecidos en cada nivel, establecidos de acuerdo a la figura 1.

Figura 1. Notificación semanal de eventos de interés en salud pública

Se requiere la revisión de los archivos planos cargados al aplicativo antes del envío de la notificación al INS, de tal manera, que si uno o más municipios que notificaron oportunamente no pudieron ser cargados por problemas técnicos, se identifique cuáles son, se envíen los archivos planos adjuntos con la notificación, se describa el problema en el correo y se busquen los mecanismos necesarios para resolver el problema.

Correo electrónico: con el envío del correo semanal de la notificación, es obligación de las UND enviar la siguiente información:

En el Asunto: Enunciar el departamento, semana de notificación y año.

En el contenido del correo:

-Porcentaje de cumplimiento en la notificación semanal de UNM indicando el (Numerador/Denominador).
.-Porcentaje de cumplimiento en la notificación semanal de UPGD indicando el (Numerador/Denominador).
-Listado con los municipios silenciosos (describir las razones del silencio por municipio - si no se conocen las razones, especificar).
-Novedades que deban ser tenidas en cuenta en el INS respecto al cargue de información de la semanas.

Datos del referente de Sivigila: Nombre, Teléfono fijo y/o celular, Correo institucional.

Datos de Coordinador de vigilancia: Nombre, Teléfono fijo y/o celular, Correo institucional.

Los eventos notificados en el Sivigila, que requieren de ajuste, deben reflejarse en el sistema de información dentro de las cuatro (4) semanas siguientes a su notificación; las Unidades Notificadoras Departamentales, Distritales y Municipales deberán garantizar el flujo continuo de esta información así como verificar que las UPGD estructuren y mantengan actualizadas las bases de datos sobre los eventos en salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos.

La fecha límite para realizar ajuste de los casos que ingresaron en 2012 es el 31 de Marzo de 2013.

Cuando no se presenten casos de ningún evento individual o colectivo en la semana a reportar, se debe realizar notificación negativa.

Realizar la notificación inmediata de los eventos establecidos de acuerdo al documento de codificación de eventos (http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/documentos.aspx) o aquellos que representen un riesgo para la salud pública de la población, mediante la opción transferir notificar inmediata del menú de procesos del software Sivigila2012 V2.0.0. Los archivos planos generados deberán ser enviados mediante correo electrónico al nivel correspondiente de acuerdo al flujo de información establecido. Para las UND al correo ins.sivigila@gmail.com y sivigila@ins.gov.co.

Del cumplimiento de los lineamientos expuestos dependerá la consecución de las metas de los indicadores de operación del subsistema de información (Ver cuadro 3).

Cuadro 3. Indicadores de operación del subsistema de información

INDICADOR		META
Cumplimiento en la entrega del reporte semanal	Unidades Primarias Generadoras de Datos	Mínimo el 84%
	Unidades Notificadoras Municipales	Mínimo el 93%
	Unidades Notificadoras Departamentales	100%
Oportunidad en el ajuste de casos		30 días promedio
Cumplimiento en el ajuste de casos		100%
Oportunidad en la notificación semanal		7 días
Porcentaje de silencio epidemiológico		0%

Retroalimentación: La retroalimentación enviada por el INS a las Unidades Notificadoras Departamentales es un insumo fundamental para el conocimiento de sus eventos de interés en salud pública atendidos en diversas instituciones que no se encuentran en su territorio, pero que aportan a la incidencia o prevalencia real de los eventos, además de generar alertas para la identificación de casos relevantes que no son observables en la notificación que reciben semanalmente. Es por esta razón que esta información una vez es remitida desde el INS a la UND debe ser cargada al Sivigila2012 V2.0.0 y esta a su vez debe ser retroalimentada al municipio de procedencia del paciente, con el fin que sean identificados los casos y las UNM tengan conocimiento de los riesgos identificados durante la notificación de casos

Fortalecimiento del Talento Humano

En cumplimiento de la norma de competencia laboral N° 230101202 denominada "Sistematizar la información de vigilancia en salud pública de acuerdo con los lineamientos y requerimientos del ente administrativo y rector" es necesario garantizar el cumplimiento de las acciones y fortalecer las competencias del talento humano del país que se desempeña en vigilancia en salud pública, mediante la capacitación y asistencia técnica permanentemente de los profesionales, técnicos y auxiliares que operan el sistema de vigilancia en salud pública.

Se recomienda a las entidades territoriales asumir con apoyo del INS durante 2013, el proceso de evaluación para la certificación de competencias laborales en vigilancia en salud pública, en coordinación con el SENA para la norma "Sistematizar la información VSP de acuerdo con los lineamientos y los requerimientos del ente administrativo y rector", dirigido a operadores del Sivigila con más de seis meses de experiencia en la función laboral.

Es recomendable que las personas que operan el Sivigila a nivel territorial y local se encuentren certificados como "competentes" en esta norma, como un mecanismo de garantía a la calidad del sistema.

8.1.4. Subsistema de análisis

Las entidades territoriales de salud deben garantizar el análisis del comportamiento de los eventos sujetos a la vigilancia en salud pública, teniendo en cuenta los lineamientos, protocolos de vigilancia en salud pública, manual de indicadores para análisis y guía para informe por departamento, con el objeto de orientar las intervenciones en salud dirigidas al individuo y a la colectividad y la formulación de planes de acción en salud pública en su jurisdicción. http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/lineamientos-y-documentos.aspx#.UNc2LeTWjHg

Se debe realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras fuentes que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública, orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia en el área de su jurisdicción y evaluar la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores en su territorio.

La entidad territorial debe desarrollar espacios de análisis como comités de vigilancia epidemiológica, reuniones de análisis para los eventos que lo requieran, salas situacionales, entre otros y, con base en la información generada, formular las recomendaciones científicas y técnicas concretas y sostenibles, realizando su seguimiento a través de indicadores de proceso e impacto para la prevención y control de los problemas de salud de la población.

Las EAPB, IPS, Direcciones locales Municipales, Distritales y Departamentales, según sus competencias, deben realizar el seguimiento mensual a los planes de mejoramiento elaborados en los espacios de análisis y evaluar los mismos de manera trimestral.

Comité de vigilancia en salud pública

Los comités de vigilancia en salud pública tienen como objetivo hacer los análisis pertinentes de la información generada por el sistema, establecer criterios para la programación de actividades y facilitar la toma adecuada de decisiones, que se deben traducir en acciones concretas que deben ser socializadas y tener seguimiento a través de indicadores de gestión e impacto para el control de los eventos, brotes o epidemias.
Actuarán como comités de vigilancia en salud pública: los comités de vigilancia epidemiológica (Cove); los comités de infecciones intrahospitalarias; los comités de estadísticas vitales; los comités de vigilancia epidemiológica comunitaria (Covecom); otros comités afines que se hayan conformado para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública (3).

Los comités de vigilancia epidemiológica deberán reunirse ordinariamente una vez al mes y serán presididos por el director territorial de salud. La secretaría técnica estará a cargo del responsable de vigilancia epidemiológica de la dirección territorial de salud.

Las entidades territoriales deben incluir el análisis de información sobre el comportamiento de cada grupo de eventos al menos en un Cove departamental o distrital en cada semestre del año.

Las entidades territoriales deben participar en el Cove nacional todos los miércoles en el canal destinado para tal fin vía Elluminate, como asistentes y realizando presentaciones de acuerdo a solicitud.

Retroalimentación

- ✓ Se debe realizar retroalimentación trimestral del cumplimiento según los indicadores del Sivigila.
- ✓ Las entidades territoriales deben divulgar los resultados de la vigilancia en su ámbito de influencia, con el propósito de orientar las acciones colectivas, en la forma y periodicidad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, adaptando la información para su difusión, de acuerdo con el medio de divulgación, tipo de población y usuarios a los que se dirige (3) por medio de la publicación de boletines o informes epidemiológicos periódicos.

Se debe enviar un informe digital del comportamiento epidemiológico de los eventos (ver anexo de guías para informe por departamento http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/lineamientos-y-documentos.aspx#.UNc5SOTWjHh) y de las actividades realizadas semestralmente con base en los indicadores definidos en los protocolos en las siguientes fechas. Para los eventos de maternidad segura y enfermedades crónicas no transmisibles tener en cuenta las recomendaciones para el informe consideradas en los lineamientos y documentos anexos en la página web.

Las fechas para envío serán:

Informe anual 2012: 30 de Abril de 2013 (corte a 31 de marzo de 2013)

Informe semestral 2013: 30 de julio de 2013 (corte a 30 de junio de 2013)

Enviar al correo asis@ins.gov.co

Comunicación efectiva de casos entre entidades territoriales:

- ✓ Para los eventos de interés en salud pública, debe existir comunicación efectiva entre los diferentes niveles, especialmente entre las entidades territoriales (secretarías departamentales y distritales de salud) para informar de manera inmediata entre las mismas, los casos procedentes de otros departamentos o distritos que requieran intervención inmediata.
- ✓ En caso de que se presente un evento de interés de salud pública en una territorial diferente a la de residencia del paciente es responsabilidad de las entidades territoriales que notifican, informar a la entidad territorial correspondiente de residencia, y apoyar los procesos relacionados con análisis y ajustes de los casos. La entidad territorial de residencia deberá hacer la retroalimentación posterior de los resultados a la entidad territorial de notificación para los ajustes que se requieran.

Análisis de muertes por eventos de interés en salud pública

Se le debe realizar reunión (unidad) de análisis a toda muerte relacionada con un evento de interés en salud pública, excepto para mortalidad perinatal que se realizará de acuerdo al porcentaje estipulado en el protocolo de vigilancia.

La información que debe llegar hasta el nivel nacional (Instituto Nacional de Salud) debe ser enviado al grupo correspondiente, a los correos relacionados en el anexo 1, apenas se concluya el estudio de cada caso (máximo 45 días después de la notificación de la muerte) es la siguiente:

- ✓ Copia de la investigación de campo o entrevista (si aplica)
- ✓ Copia del resumen de historia clínica
- ✓ Copia del acta del análisis del caso en el nivel departamental o distrital.
- ✓ Copia del plan de mejoramiento.
- ✓ Copia certificado de defunción
- ✓ Para los eventos inmunoprevenibles y Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización: adjuntar copia del carné de vacunación
- ✓ Seguimiento a planes de mejoramiento
- ✓ Para muerte materna cumplimiento de acciones mínimas de atención prenatal ,parto y postparto, carné materno, parto grama, cuadro consolidado de laboratorios y otros exámenes.
- ✓ Reporte de autopsia (si aplica)

Se debe realizar el análisis de las muertes utilizando idealmente la metodología “La ruta de la vida, camino a la supervivencia” (cuatro demoras)

Concordancia Sivigila - Estadísticas vitales

Las entidades territoriales deben realizar con periodicidad mínima mensual el análisis de la concordancia entre la notificación de muertes en Sivigila y la información que ingresa por los certificados de defunción (RUAF y papel) a las secretarías departamentales y distritales de salud, realizando ajustes de los casos encontrados en ambos sistemas.

La UPGD, el municipio y el departamento deben velar por el correcto diligenciamiento de la ficha de notificación, en especial de la causa básica de muerte en los casos requeridos, la cual es de utilidad para las acciones en salud pública frente a la toma de decisiones y acciones.

Para bajo peso al nacer a término se debe calcular mensualmente el porcentaje de concordancia entre Sivigila y estadísticas vitales o certificados de nacidos vivos en los sitios donde no está implementado el RUAF.

Una vez se concluya el estudio de caso se deben realizar los ajustes respectivos al Sivigila y la enmienda al certificado de defunción que sea requerida.

Para la vigilancia de eventos de interés en salud pública es prioritario el trabajo conjunto entre vigilancia epidemiológica y el laboratorio departamental de salud pública, por lo tanto, en cada entidad territorial se debe realizar una retroalimentación de los casos reportados al Sivigila y las muestras recibidas en laboratorio con el fin de realizar el respectivo seguimiento y confirmación diagnóstica. Estas dos fuentes de información deben ser 100% concordantes.

Estudio anatomopatológico y necropsia

En los casos de muertes por eventos de interés en salud pública se recomienda la toma de muestras para estudio anatomopatológico y el envío de las mismas al laboratorio de patología del Instituto Nacional de Salud al se le debe anexar un informe que incluya la causa de muerte, agentes causantes, epicrisis y el resumen de la historia clínica. En caso de no tener la autorización de los padres o cuidadores, se buscará amparo para la toma de las mismas, en el decreto 786 de 1990 y en la ley 9 de 1979.

Se deben seguir las recomendaciones establecidas en el protocolo de vigilancia y el manual para obtención y envío de muestras de interés en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Ante todo caso de muerte materna en donde la causa básica de muerte no está claramente establecida y la probable manera de muerte sea natural, se procederá a realizar la necropsia clínica; y en caso de que la probable manera de muerte sea violenta se solicitara la necropsia médico legal de acuerdo al decreto 786 de 1990 y el decreto 3518 de 2006.

8.1.5. Lineamiento para la Vigilancia y Control en Salud Pública Eventos Inmunoprevenibles

Estos lineamientos recogen los compromisos adquiridos por el país que favorecen la salud pública, en particular en la iniciativa de Salud de las Américas, que incluye el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública, la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como otros compromisos internacionales en temas específicos para eventos inmunoprevenibles, como la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal como logros del Programa Ampliado de Inmunizaciones y definido como prioridad Nacional en materia de salud pública por la ley 715 de 2001 y la ley 1122 de 2007.

8.1.5.1. Lineamientos Generales de inmunoprevenibles

Se insta a las entidades territoriales a realizar unidades de análisis mensuales entre los responsables de vigilancia en salud pública, responsables del programa ampliado de inmunizaciones PAI y el personal de laboratorio; con el fin de analizar la información o la falta de la misma sobre la situación de las enfermedades prevenibles por vacunación así como para la revisión de la calidad de los datos, clasificación de los casos reportados y realizar los ajustes respectivos al Sivigila en cada periodo epidemiológico.

En los eventos en los que se requiere quimioprofilaxis a contactos de casos probables o confirmados, estos contactos deben ser canalizados a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

8.1.5.2. Parálisis flácida aguda (PFA)

Con el objeto de mantener la certificación de la erradicación de la poliomielitis en Colombia, cada entidad territorial del orden departamental y distrital debe:

Mantener el 100% de correlación de la información enviada por el Sivigila, con las demás fuentes de información (Laboratorio de Salud Pública, oficina de Vigilancia en Salud Pública, PESS *-polio erradicationsurveillancesystem; ISIS sistema de información de vigilancia integrada de enfermedades inmunoprevenibles-*, etc, en coordinación con el referente nacional del evento.

Se debe cumplir con la tasa esperada de notificación igual o mayor a un caso probable por cada 100000 menores de 15 años.

8.1.5.3. Sarampión/Rubéola, y Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)

En el contexto de la certificación de la eliminación de la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el sarampión, se solicita a las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal fortalecer el análisis sistemático de la integridad y consistencia de los datos de vigilancia de sarampión/rubéola para así ir mejorando su calidad, para el cumplimiento de los indicadores establecidos para esto se debe:

Lograr el 100% de correlación de la información enviada por el Sivigila, con las demás fuentes de información (Laboratorio de Salud Pública, oficina de Vigilancia en Salud Pública, MESS *–measleseliminatonsurveillancesystem, ISIS sistema de información de vigilancia integrada de enfermedades inmunoprevenibles* etc.).

Se debe cumplir con la tasa esperada de notificación para la vigilancia integrada de sarampión/rubeola en dos o más casos sospechosos por 100000 habitantes y para síndrome de Rubéola Congénita mayor o igual a un caso sospechoso por 10000 nacidos vivos

Todos los laboratorios deben enviar de inmediato las muestras de casos sospechosos de sarampión/rubéola con resultado de IgM positivo o dudoso, para su confirmación en el INS.

Todo caso de sarampión/rubéola con resultado de IgM positivo o dudoso, debe tener una segunda muestra de suero tomada 15 días después de la primera y enviarse al INS, con el objeto de determinar los niveles IgG en muestras pareadas. También aplica este lineamiento para todo caso en donde se dude del diagnóstico de sarampión o rubéola.

8.1.5.4. Tétanos neonatal

Con el objeto de mantener la meta de eliminación el tétanos neonatal por debajo de un caso por 1000 nacidos vivos en Colombia, cada entidad territorial del orden departamental y distrital debe realizar lo siguiente:

- ✓ Mantener en 0% la letalidad por tétanos neonatal durante el año 2013 en el nivel nacional.
- ✓ Mantener la tasa anual de tétanos neonatal por debajo de un caso por cada 1000 nacidos vivos, en su departamento o distrito, con el mejoramiento de la vigilancia de tétanos neonatal en cuanto a la identificación y control de los municipios de alto riesgo en el departamento.
- ✓ Participar en el fortalecimiento de actividades de capacitación para el manejo clínico adecuado de los casos de tétanos neonatal.
- ✓ Ante todo caso notificado se deberá realizar una reunión de análisis con el fin de confirmar o descartar el caso. Reunión de análisis solo para los casos confirmados, ya que la mayoría de los casos son por error de digitación o no cumplen con la definición de caso de entrada. Adicionalmente, se deberán incluir en estas discusiones a representantes de las empresas administradoras de planes de beneficios encargados de la atención integral de la mujer gestante para que en caso de encontrarse fallas de atención, se establezcan planes de acción tendientes a prevenir la aparición de nuevos casos. La reunión de análisis se llevara a cabo posterior a la confirmación del caso.

Ver en anexos el “Formulario para la investigación de casos de tétanos neonatal” de la Guía práctica Eliminación del tétanos neonatal, de la Organización Panamericana de la Salud.

8.1.5.5. Tétanos accidental

Con el objetivo de lograr la caracterización de la morbilidad y mortalidad por tétanos accidental en Colombia se deben realizar las acciones contenidas en el protocolo.

Si el evento se presenta en un niño menor de 10 años, deberá realizarse una unidad de análisis que incluye a los encargados del PAI, con el fin de detectar la causas por las cuales estas personas no fueron inmunizados

8.1.5.6. Tos ferina y difteria

Con el objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad por tos ferina y difteria, cada entidad territorial debe realizar las acciones contenidas en el protocolo ante la notificación de casos y lo siguiente:

- ✓ Fortalecer la vigilancia, el control y manejo de los casos de tos ferina y difteria desde las unidades primarias generadoras del dato para evitar la muerte por estos eventos en menores de cinco años.
- ✓ Dar cumplimiento obligatorio, a las actividades que contemplan las circulares 009 de febrero de 2012 y la 039 de 2012 emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

- ✓ Ante la presencia de un brote de tos ferina o difteria se deben enviar el informe de avance de la investigación de campo en las siguientes 48 horas de identificado el brote y el informe final al terminar el brote o cuando se logre controlar.

8.1.5.7. Varicela

Ante la ocurrencia de un brote de varicela se debe realizar la investigación epidemiológica de acuerdo a lo establecido en los protocolos de vigilancia correspondientes, de forma inmediata.

Si el caso se presenta en una mujer en estado de embarazo debe realizar investigación epidemiológica de campo y enviarse al referente del evento del grupo inmunoprevenibles del INS.

8.1.5.8. Eventos supuestamente atribuidos a la inmunización (Esavi)

Con el objeto de lograr la caracterización de los eventos adversos que se presentan después de la administración de las vacunas, cada ente territorial del orden departamental y distrital debe realizar las siguientes acciones:

- ✓ Las muertes que ocurran posterior a la administración de un biológico, deben notificarse inmediatamente al Nivel nacional de acuerdo con lo establecido en el protocolo de vigilancia
- ✓ Realizar capacitaciones periódicas dirigidas a profesionales del PAI y Vigilancia en Salud Pública, respecto a las reacciones esperadas después de la administración de las vacunas y la clasificación de los casos presentados.
- ✓ Las oficinas de epidemiología en cada nivel (municipal, departamental o distrital) deberán tener a su disposición los informes o insertos de cada una de las vacunas que se estén administrando por el Programa Ampliado de Inmunizaciones en su área de influencia; estos deberán ser actualizados cada vez que durante la recepción de las vacunas se observe cambios en las presentaciones o en los fabricantes de las vacunas.
- ✓ En los casos en que se presenten fallas en el proceso de preparación, manejo o administración de una vacuna (errores programáticos) y que ocurran en uno o varios personas, se deberá realizar la notificación inmediata al INS aun cuando no se haya evidenciado un deterioro de la salud de los receptores; en este caso no será necesario el diligenciamiento de la ficha individual. Al finalizar la investigación se deberá presentar un informe que contenga la descripción del hallazgo encontrado, las causas del error y el plan de mejoramiento para prevenir la presentación de nuevas situaciones similares.

8.1.5.9. Meningitis Bacteriana Aguda

Con el objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad por Meningitis Bacterianas Agudas causada por *S. pneumoniae*, *N. meningitidis* y *H. Influenzae*, cada ente territorial debe realizar las siguientes acciones:

- ✓ Fortalecer la capacitación del recurso humano en la detección de casos probables, toma de muestra y notificación de los casos de Meningitis Bacteriana Aguda desde las unidades primarias generadoras del dato (UPGD) hasta el ente territorial.
- ✓ Todo caso notificado como probable de meningitis bacteriana, deberá tener la muestra correspondiente (líquido cefalorraquídeo), para la identificación del agente causal, y así, establecer la clasificación final de casos y realizar el ajuste pertinente.
- ✓ *Si el agente etiológico encontrado es diferente a Streptococcus pneumonie*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*, debe informarse de que germen se trata al realizar el ajuste en datos de laboratorio, con el fin de conocer los agentes etiológicos bacterianos que pueden estar causando meningitis a nivel nacional.
- ✓ Todos los cultivos o las muestras obtenidas de casos confirmados de meningitis bacterianas por *S. pneumoniae, H. influenzae y N. meningitidis*, deberán ser enviados al grupo de Microbiología de la Subdirección Red Nacional de Laboratorios del INS, con el fin de ser caracterizados fenotípicamente y genotípicamente.

8.1.5.10. Infección respiratoria aguda

El objetivo es realizar el seguimiento continuo y sistemático de las diferentes estrategias para la vigilancia de la infección respiratoria aguda de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención, vigilancia y control:

La vigilancia de la infección respiratoria aguda se realizará a nivel nacional a través de cinco estrategias que son: vigilancia centinela de Enfermedad Similar a Influenza-Infección Respiratoria Aguda Grave (ESI-IRAG), vigilancia de la morbilidad por IRAG, vigilancia intensificada de IRAG inusitado, vigilancia de la mortalidad por IRA en menores de cinco años e IRAG en todos los grupos de edad y monitoreo de la morbilidad por IRA en todos los grupos de edad, a través de los Registros Institucionales o Individuales de Prestación de servicios en Salud. Las que se notificarán al Sivigila de acuerdo a lo establecido en el protocolo del evento.

Para la vigilancia centinela de ESI – IRAG se continuará con las UPGD caracterizadas en todo el territorio nacional.

En casos de ESI (paciente ambulatorio) la recolección semanal de las 5 muestras respiratorias para diagnóstico de virus respiratorios debe realizarse sólo en las UPGD establecidas para la vigilancia centinela.

En casos de IRAG (paciente hospitalizado o paciente en UCI) la recolección semanal de las 5 muestras respiratorias para diagnóstico de virus respiratorio debe realizarse en las UPGD establecidas para la vigilancia centinela de IRA en los departamentos priorizados.
Implementar la notificación de los casos de infección respiratoria aguda grave de origen bacteriano en las UPGD centinelas para IRAG, con el fin de monitorear el comportamiento de este evento.

Cumplir con lo previsto en el Reglamento Sanitario Internacional 2005, en lo relacionado a influenza humana causada por un nuevo subtipo y otros agentes respiratorios de importancia en salud pública internacional.

Todo caso de mortalidad por IRA en menores de 5 años y mortalidad por IRAG en todos los grupos de edad deberán ser analizados por la técnica de PCR en tiempo real para la detección del virus de Influenza A y PCR convencional para la identificación de *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* Las muestras respiratorias o de tejidos deberán ser procesadas por el Laboratorio de Salud Pública con capacidad diagnóstica o en el Laboratorio de Referencia del INS.

En casos de IRAG inusitado y mortalidad por IRAG se debe realizar recolección de muestras respiratorias para diagnóstico de virus respiratorios solo cuando el caso cumpla la definición establecida en el protocolo nacional en todas las UPGD del país.
Cada caso debe ingresarse al Sivigila de acuerdo al código establecido y la estrategia de vigilancia por la cual se capte, notificarse con la ficha epidemiológica acorde al Protocolo de Vigilancia en Salud Pública en los tiempos establecidos.

Toda muestra debe ser remitida al Laboratorio de Salud Pública (LSP) correspondiente según lineamientos y protocolos establecidos.

Es responsabilidad de los LSP con capacidad diagnóstica para la prueba de inmunofluorescencia en la identificación de Influenza A y B, VSR, Adenovirus y Parainfluenza 1, 2 y 3 procesar las muestras respiratorias de las UPGD centinelas seleccionadas para la vigilancia de ESI y/o IRAG

Los LSP que identifiquen Influenza A por la técnica de inmunofluorescencia sin capacidad diagnóstica para PCR deben remitir en un tiempo no mayor a 48 horas la muestra al INS para su confirmación

Es responsabilidad de los LSP con capacidad diagnóstica para la identificación del virus de Influenza A por prueba de PCR procesar las muestras respiratorias de las UPGD centinelas seleccionadas para IRAG y las muestras respiratorias de casos de IRAG inusitado y mortalidad por IRAG de todas las UPGD de su territorio.

Es responsabilidad de los LSP con capacidad diagnóstica garantizar el recurso humano y los recursos necesarios para realizar la prueba de inmunofluorescencia para la identificación de Influenza A y B, VSR, Adenovirus y Parainfluenza 1, 2 y 3.

El personal de salud deberá manipular las muestras conservando prácticas de bioseguridad de nivel BSL-2. Todos los procedimientos deberán realizarse dentro de cabina de seguridad biológica clase II (CSB-II)

Remitir los aislamientos confirmados de *S. pneumoniae* y de *H.influenzae* de casos de IRAG a los Laboratorios de Salud Pública departamentales para posteriormente ser enviados al Grupo de Microbiología del INS para su serotipificación y pruebas de susceptibilidad antimicrobiana acorde a los lineamientos establecidos de conservación y transporte de muestras.

8.1.5.11. Morbilidad en todos los grupos de edad y mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años

La UPGD debe notificar al Sivigila todos los casos de muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años empleando la ficha de notificación individual datos básicos (código 590) establecida y los casos de morbilidad por enfermedad diarreica aguda en la ficha de notificación colectiva (código 998)

Notificar posterior a la realización de la unidad de análisis todos los casos de muerte por EDA al Sivigila, con los datos de la investigación de campo y las conclusiones de la unidad de análisis, empleando la ficha de notificación de datos complementarios o de investigación de campo (código 595) establecida.

Las entidades territoriales deben elaborar tendencias del comportamiento de la notificación de morbilidad por EDA con el fin de detectar tempranamente cambios que puedan sugerir la presencia o no de un brote.
Implementar las acciones de vigilancia establecidas ante la presencia de eventos de interés en salud pública y que por su comportamiento puedan considerarse un ESPII.

8.1.5.12. Enfermedad diarreica aguda Causada (EDA) por Rotavirus SÓLO APLICA PARA UPGD CENTINELA

La vigilancia centinela de este evento se realiza con el fin de hacer seguimiento continuo y sistemático de los casos de morbilidad y mortalidad por EDA causada por rotavirus en población menor de cinco años, mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, que en etapas posteriores permitirá evaluar el impacto de la vacunación contra rotavirus así como vigilar la distribución de los genotipos presentes en el país.

En caso de que la entidad territorial o UPGD esté interesada en participar como UPGD centinela, debe revisar los criterios de selección para UPGD centinela contenidos en el protocolo para la vigilancia centinela rotavirus y comunicarse con el grupo de inmunoprevenibles del INS. La entidad territorial deberá disponer de recursos económicos suficientes para la compra de reactivos y demás insumos de laboratorio requeridos en el diagnóstico de enfermedad diarreica aguda por rotavirus (pruebas rápidas).

Como parte de esta vigilancia se debe realizar:

- ✓ Captación diaria de al menos un caso sospechoso de Enfermedad Diarreica Aguda Causada por Rotavirus (mínimo 20 casos/mes).
- ✓ Recolección y procesamiento de muestras fecales por el laboratorio de la IPS centinela según protocolo de Vigilancia centinela de Enfermedad Diarreica Aguda pro Rotavirus versión 2010 (Componente parásitos, bacterias y virus).
- ✓ Enviar el 100% de las muestras positivas para virus al LSPD para control de calidad de los resultados y el 20% de las muestras negativas (envase original) utilizando.
- ✓ Recolectar y consolidar mensualmente los indicadores para seguimiento en el software VINUVA de la OPS

8.1.6. Micobacterias

8.1.6.1. Tuberculosis

Con el objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis, cada entidad territorial debe:

- ✓ Realizar visita epidemiológica de campo ante todo caso de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en los primeros ocho días después de ser captado el caso, de igual manera se debe repetir el seguimiento al caso y sus contactos mediante visitas domiciliarias a los seis meses y 12 meses de detectado el caso.
- ✓ Realizar reuniones de evaluación trimestrales en las que se compare y evalúe la información reportada a través de las tres fuentes de información existentes para tuberculosis: Sivigila, programa y laboratorio, deberán estar soportadas con actas, planes de mejoramiento y porcentaje de correlación en el número de casos reportados al Sivigila versus Programa de Control de la tuberculosis y laboratorio.
- ✓ Ante todo caso de tuberculosis meníngea menor de 5 años identificado durante el año en curso, se debe enviar copia de tarjeta individual de tratamiento, investigación epidemiológica de campo, historia clínica y pruebas de laboratorio a la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública del Instituto Nacional de salud, al referente del evento en medio físico o magnético.
- ✓ Los departamentos y distritos deben incluir en el informe semestral de comportamiento de los eventos de vigilancia epidemiológica, el análisis de los indicadores establecidos en el protocolo de vigilancia de tuberculosis, incluyendo la información de: el número de pacientes con tuberculosis que recibieron asesoría en VIH, número de pacientes que se realizaron prueba para determinar coinfección tuberculosis/VIH, número de personas con coinfección TB/VIH y casos de coinfección tuberculosis/VIH que recibieron profilaxis con cotrimoxazol/TMP en el semestre.

8.1.6.2. Tuberculosis Farmacorresistente

- ✓ Todo caso de tuberculosis farmacorresistente (a excepción de los casos monorresistentes a estreptomicina) identificados durante el año en curso, deben ser notificados de acuerdo a la clasificación de caso confirmado establecida en el protocolo para el evento en coordinación con el laboratorio de salud pública a través del Sivigila con el código 825. Se deberá realizar investigación epidemiológica de campo en los primeros ocho días después de ser captado el caso, llevar a cabo el seguimiento mensual con baciloscopia y cultivo y efectuar visitas domiciliarias cada tres meses como parte de seguimiento a sus contactos.
- ✓ En todo caso de tuberculosis MDR y XDR identificado durante el año en curso, se debe efectuar la correspondiente unidad de análisis, los resultados y soportes de esta, deben ser enviados a la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública del Instituto Nacional de salud, junto con los soportes de tarjeta de tratamiento, resumen de historia clínica relacionada con el evento y resultados de laboratorio, adicionalmente se debe enviar el informe de investigación de campo. Estos pueden ser enviados en medio físico o magnético al referente del evento.

- ✓ Realizar reuniones de evaluación trimestrales en las que se compare la información reportada de farmacorresistencia al Sivigila y el laboratorio de salud publica en relación a los pacientes que están recibiendo medicamentos de segunda línea a través de las entidades responsables del aseguramiento en salud del paciente, esta actividades de correlación de información, deberán estar soportadas con actas, planes de mejoramiento y porcentaje de correlación en el número de casos reportados al Sivigila ,el Programa de Control de la tuberculosis, laboratorio y EPS s.
- ✓ Los departamentos y distritos deben incluir en el informe semestral de comportamiento de los eventos de vigilancia epidemiológica, el análisis de los indicadores establecidos en el protocolo de vigilancia de tuberculosis farmacorresistente.
- ✓ Se deben realizar ajustes de los casos notificados de tuberculosis farmacorresistente incluyendo la información del laboratorio y la investigación epidemiológica de campo.

8.1.6.3. Lepra

Con el objeto de disminuir la morbilidad y la discapacidad producida por la lepra, cada entidad territorial debe realizar las siguientes acciones:

Realizar la investigación de caso ante todo caso confirmado de lepra durante los ocho primeros días después de notificado, para los casos detectados como paucibacilares se realizarán dos visitas de seguimiento a contactos una a los 6 meses y la siguiente a los 12 meses de iniciado el tratamiento del caso índice y para los casos detectados como multibacilares se realizarán tres visitas de seguimiento a contactos a los seis, 12 y 24 meses.

Se deben realizar ajustes de los casos notificados de lepra incluyendo la información del laboratorio y el estudio histopatológico, como la investigación epidemiológica de campo en un máximo de cuatro semanas después de la notificación.

Los departamentos y distritos deben incluir en el informe semestral de comportamiento de los eventos de vigilancia epidemiológica, el análisis de los indicadores establecidos en el protocolo de vigilancia de lepra.

8.1.7. Lineamientos para la vigilancia y control en salud pública de enfermedades transmitidas por vectores ETV

- ✓ Todas las actividades de control vectorial químico, físico y biológico que se planeen desarrollar en los entes territoriales deben estar soportadas en el concepto técnico de la unidad entomológica departamental o distrital.

- ✓ El grupo funcional de ETV departamental o distrital debe estar conformado por los actores necesarios para el análisis de información y toma de decisiones que integren las áreas de entomología, epidemiología, laboratorio de salud pública, control de vectores y aseguramiento. Se debe realizar reuniones periódicas según la necesidad y el comportamiento de los eventos, dichas reuniones deben estar soportadas con su respectiva acta.

- ✓ Garantizar la toma y envío de muestras de suero a la red nacional de laboratorio del INS para confirmación diagnóstica mediante cuantificación de anticuerpos para todos los casos probables de fiebre amarilla y leishmaniasis visceral.

- ✓ En casos de muerte por malaria se debe enviar la lámina de la gota gruesa para verificación de resultados de lectura en el laboratorio de parasitología del INS.

- ✓ Realizar el envió al grupo de ETV del INS de las actas de las reuniones de análisis para todos los casos notificados de malaria complicada.

- ✓ Implementar el uso de Artesunato como primera línea en el tratamiento de la malaria complicada conforme a la indicación de la Guía para la atención clínica integral del paciente con malaria. (Resolución 002257 de junio de 2011)

- ✓ Implementar la vigilancia intensificada de Chagas agudo en por lo menos un municipio de los departamentos priorizados (Santander, Norte de Santander, Boyacá, Casanare, Arauca, Antioquia, Bolívar, Cesar)

8.1.8. Lineamientos para la vigilancia y control de infecciones de transmisión sexual (ITS)

- ✓ Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades para la vigilancia establecidas en la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, atención del parto y al recién nacido, la guía de atención para la sífilis gestacional y congénita y en la guía de atención del VIH/SIDA, resolución 412 de 2000 y sus actualizaciones.
- ✓ Apoyar el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de prevención y control de las ITS, teniendo en cuenta el Plan Nacional de Salud Pública y el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA, en la elaboración del Plan Territorial de Salud y del Plan de Intervenciones colectivas.
- ✓ Remitir mensualmente al correo electrónico its@ins.gov.co las actas de las reuniones de análisis, los planes de mejoramiento y de manera trimestral el seguimiento de dichos planes.

EVENTO	CASOS QUE REQUIEREN ENVÍO DE REUNIONES DE ANÁLISIS
VIH/SIDA	Mecanismo probable de transmisión: perinatal, transfusión sanguínea y accidente laboral
Sífilis gestacional y congénita	Mortalidades
Hepatitis B	Menores de cinco años y mortalidades

- ✓ Generar espacios de análisis de manera mensual, en conjunto, EAPB, IPS, direcciones locales Municipales, Distritales y Departamentales para analizar todos

los casos de Sífilis congénita, y de manera semestral para analizar el comportamiento de Hepatitis B y VIH/SIDA. En estas reuniones se debe:

- Analizar el comportamiento de la notificación de los casos incluyendo:
  - Distribución de los casos confirmados según la edad y sexo
  - Número e incidencia de casos notificados.
  - Principales modos de transmisión identificados.
  - Resultados de las pruebas de laboratorio.
  - Coberturas de vacunación en menores de un año (Hepatitis B).
  - Distribución geográfica (zona urbana o rural).
- Identificar fallas en la prevención, diagnóstico y atención de los casos (asociación en la progresión VIH-SIDA)
- Considerar la asociación de casos de VIH con TB, Hepatitis B, sífilis y otras ITS y su notificación al evento correspondiente.
- Analizar la frecuencia de Infecciones oportunistas en los casos de VIH/SIDA notificados al sistema de vigilancia.
- Elaborar el respectivo plan de mejoramiento.

8.1.8.1. Sífilis gestacional y congénita

- ✓ Los casos de Sífilis gestacional (SG) y Sífilis congénita (SC) deben ser notificados al Sivigila y su seguimiento a la "Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita" del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).
- ✓ Cotejar los casos de sífilis congénita con los casos de sífilis gestacional; la notificación de un caso de sífilis congénita supone la notificación de un caso de sífilis gestacional
- ✓ Apoyar el desarrollo y seguimiento de estrategias dirigidas al cumplimiento de la meta de eliminación de la SC.

8.1.8.2. Hepatitis B

- ✓ Informar de manera inmediata a los responsables de Salud sexual y reproductiva (SSR) los casos en gestantes para su seguimiento por parte de la EAPB correspondiente.
- ✓ Trabajar en coordinación con los responsables de SSR y con la respectiva EAPB para hacer el seguimiento de la gestante, de tal manera que se garantice la atención adecuada tanto de esta como del recién nacido (RN), de acuerdo a lo establecido en el PAI (administración de la gammaglobulina y de la vacuna de anti hepatitis B).
- ✓ Trabajar en coordinación con los responsables de SSR, EAPB y la UPGD que notifica el caso en el seguimiento al 100% de los RN de madres HBsAg (+) durante el primer año de vida, lo cual incluye el esquema PAI y marcadores serológicos (HBsAg y Anti HBs a partir de los nueve meses). Si se confirma un caso de transmisión perinatal deberá notificarse en la ficha 340.

8.1.8.3. VIH / SIDA

- ✓ Los casos de VIH en gestantes deben ser notificados al Sivigila (Ficha 850) y además a la "Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita" del MSPS.
- ✓ Los hijos(as) de madres que viven con VIH deben ser reportados a la Estrategia del MSPS sin importar su diagnóstico final.
- ✓ Si en el seguimiento, el niño(a) expuesto(a) al VIH (hijo(a) de madre con diagnóstico de VIH) se define como "NIÑO(A) INFECTADO CON EL VIRUS DEL VIH" se notificará como un caso nuevo en la ficha 850.
- ✓ Ante la presencia de casos en niños(as) se debe investigar el diagnóstico de infección por VIH de la madre durante la gestación. Si no hay evidencia de transmisión perinatal, se debe indagar sobre un posible abuso sexual en el menor u otros mecanismos de transmisión.
- ✓ Trabajar en conjunto con los responsables de SSR en la implementación de los Indicadores de alerta temprana (IAT) para la farmacorresistencia del VIH en población adolescente y adulta con el propósito de identificar puntos críticos en la calidad de la atención a los pacientes. (Remitirse al protocolo y guía de implementación de los IAT)
- ✓ Apoyar la implementación de la metodología de triangulación en el análisis territorial frente a la respuesta al VIH/SIDA. (Remitirse a la guía de recursos para la triangulación del VIH de OPS).

8.1.9. Lineamientos para la vigilancia y control en salud pública de zoonosis

El Consejo Seccional de zoonosis debe sesionar, de acuerdo al comportamiento epidemiológico de las zoonosis en cada territorio, con el fin de fortalecer las actividades intersectoriales de promoción, prevención y control.

Los accidentes ofídicos y agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia se confirman clínicamente (tipo de caso 4), por lo tanto en el sistema no se deben realizar ajustes con el código 6 (descartado). Cuando sea necesario hacer algún cambio en la clasificación del caso o cualquier otra modificación se debe emplear el ajuste 7 (otra actualización). De esta forma, todo ajuste de accidente ofídico (6 y D), debe ser justificado y reportado de forma mensual al correo electrónico zoonosisins@gmail.com.

8.1.9.1. Rabia

Se reitera la necesidad de asegurar el bienestar animal y utilizar las medidas de protección y bioseguridad para el personal que desarrolla las actividades de prevención, vigilancia y control de la rabia en los diferentes niveles

Actividades de prevención y control en animales

- ✓ Actualizar durante el primer mes del año el censo o proyección de población de perros y gatos por departamento y municipio y notificarlo en el SV1 código INS 680. , se recomienda tener en cuenta la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Vacunar anualmente contra la rabia perros y gatos mayores de 3 meses, por medio de jornadas masivas y campañas de mantenimiento para alcanzar una cobertura municipal mínima del 80%. Estas actividades se deben registrar mensualmente en el SV1 código INS 680.
- ✓ Se debe retroalimentar el resultado de la observación de los animales domésticos (perros y gatos) agresores potencialmente transmisores de rabia a la UPGD que notifica el caso para reclasificar la agresión e iniciar, suspender o modificar el tratamiento antirrábico humano.

Actividades de prevención y control en humanos

Vacunación en humanos

Se recomienda administrar esquema de vacunación pre exposición a la siguiente población y registrarlo en el SV1 código INS 680:

- Trabajadores en el área de laboratorio de diagnóstico de rabia.
- Personal involucrado en actividades de salud pública (técnicos, vacunadores, médicos, médicos veterinarios, zootecnistas, biólogos, otros profesionales de la salud)

Biológicos

- ✓ La solicitud de inmunoglobulina antirrábica y vacuna para humanos y animales (perros y gatos), deberá dirigirse al Ministerio de Salud y Protección Social, quien se encargará de su asignación y distribución a las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, la UPGD debe solicitar estos biológicos a las secretarías de salud correspondientes.
- ✓ Se debe recomendar a la UPGD verificar en el inserto del suero antirrábico antes de su aplicación, la dosis y la necesidad de realizar pruebas de sensibilidad, puesto que el uso del medicamento varía de acuerdo al producto:

Suero	Origen	Dosis	Pruebas de sensibilidad
Suero antirrábico homólogo	Humano	20 UI por Kg	No
Suero antirrábico heterólogo	Equino	40 UI por Kg	**Si**

Fuente: grupo zoonosis, INS

Vigilancia epidemiológica

- ✓ La ficha de rabia animal (código INS 650) debe ser empleada para el envío de muestras de cerebro de animales con signos y síntomas compatibles con rabia, una vez se cuente con el resultado se deben generar los ajustes pertinentes; la ficha de vigilancia de la rabia por laboratorio (código INS 652) se debe utilizar para el envío de muestras de cerebros de animales que aparezcan muertos en vía pública o que mueran sin causa clara.

Notificación

- ✓ La información derivada del programa para la prevención y control de la rabia debe ser notificada al Sivigila mensualmente en el SV1 (código INS 680), el técnico municipal debe consolidar la información durante la primera semana del mes vencido y enviar por archivos planos al referente departamental. A su vez, el referente departamental consolida la información de sus municipios y la tercera semana del mes vencido ingresa la información al sistema y envía los archivos planos al Instituto Nacional de Salud. Para el caso de los distritos la información proviene de los técnicos de las localidades o comunas, dentro de los tiempos establecidos.
- ✓ Para todos los pacientes que reciben tratamiento antirrábico pos exposición, se debe ajustar o actualizar la información de la notificación de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (código INS 300) cuando se termine el tratamiento con vacuna o suero, para ello se debe emplear el ajuste 7.

8.1.9.2. Accidente ofídico

- ✓ En caso de que en su municipio exista ofidiofauna del género *Micrurus*, se debe garantizar la existencia de suero específico cuya consecución debe ser gestionada ante los centros reguladores de urgencias departamentales.
- ✓ Los territorios que cuentan con poblaciones indígenas deben establecer un plan de acción especial en aras de capacitar líderes comunitarios que informen tempranamente la ocurrencia de casos, es necesario diseñar estrategias de educación y atención especiales dirigidas a este tipo de poblaciones.
- ✓ En cuanto a la consecución de sueros es importante recordar que el suero antiofídico es un medicamento esencial y está cubierto por el plan obligatorio de salud (POS), por tanto, las EPS e IPS deben garantizar el suministro para atender los casos que se presenten. En el caso de los no afiliados el Estado está en la obligación de proveer el suero.
- ✓ Las muertes por accidente ofídico deben notificarse de manera inmediata a l grupo de zoonosis del INS.

8.1.9.3. Leptospirosis

- ✓ Realizar quincenalmente la evaluación de concordancia entre los casos notificados al Sivigila y la información de las muestras que recibe el laboratorio.
- ✓ El control integral de roedores sinantrópicos (métodos físicos, químicos o biológicos) debe estar contemplado en el Plan Operativo Anual de zoonosis por ser una de las actividades prioritarias para la prevención y control de Leptospirosis.

8.1.9.4. Encefalitis equinas

- ✓ Todo caso probable o confirmado en humanos, équidos o aves silvestres nativas o migratorias, se debe notificar inmediatamente siguiendo el flujo de la información (por cualquier medio de comunicación) y generar una alerta en las autoridades de salud humana, salud animal y medio ambiente de la zona con el fin de ejecutar de forma inmediata y articulada las acciones de prevención y control de foco. Adicionalmente se debe enviar la información disponible, al grupo de zoonosis de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

8.1.9.5. Otros eventos de zoonosis

- ✓ La peste, rickettsiosis, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, carbunco y cualquier otra zoonosis con alto riesgo de transmisión (animal-humano o humano-humano), así corresponda a un caso aislado, exótico, etc, debe ser informado inmediatamente al grupo de zoonosis del Instituto Nacional de Salud de acuerdo al flujo de información para instaurar las medidas preventivas y de control a que haya lugar en aras de recibir la orientación técnica necesaria.
- ✓ Ante la notificación de un caso sospechoso de brucelosis humana, el sector salud debe realizar acompañamiento para asegurar las acciones de educación a la comunidad sobre los factores de riesgo que puedan existir e instaurar acciones preventivas.
- ✓ Se recomienda a las entidades territoriales que verifiquen la existencia de sueros para el manejo del envenenamiento por alacranes, arañas y orugas en las UPGD de su área de influencia; se debe tener en cuenta que el CRUE departamental, puede brindar orientación sobre la consecución de estos sueros.
- ✓ Se debe notificar inmediatamente al INS cualquier muerte producida por un accidente ocasionado por un animal venenoso y/o ponzoñoso, además de remitir los documentos requeridos para la investigación del caso.

8.1.10. Lineamientos para la vigilancia y control en eventos asociados a factores de riesgo ambiental

8.1.10.1. Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), fiebre tifoidea/paratifoidea, cólera y hepatitis A. 2013

Las entidades territoriales que presenten brotes de fiebre tifoidea/paratifoidea, hepatitis A y ETA que cumplan con los criterios de notificación inmediata, deberán enviar al grupo factores de riesgo ambiental del INS al correo electrónico eta.agua@gmail.com, los planes de mejoramiento generados a partir de la investigación epidemiológica de campo, teniendo en cuenta los factores de riesgo detectados y las medidas sanitarias aplicadas. La elaboración y seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento es de responsabilidad de equipo que realiza la investigación epidemiológica de campo en compañía de Invima, cuando la situación identificada así lo amerite.

Se debe continuar con las acciones de vigilancia intensificada de cólera, ETA y enfermedad diarreica aguda en las entidades territoriales priorizadas, contempladas en la circular 4000-2-4398 del 18 de noviembre de 2010 y la 045 del 13 de julio de 2012 emitidas por el INS.

Enviar trimestralmente al correo electrónico del grupo factores de riesgo ambiental el consolidado de muestras procedentes de brotes ETA, (de alimentos, biológicas, de superficies) y sus resultados, analizadas por el LDSP. (Ver formato Agentes patógenos en muestras procedentes de brotes de ETA – LSPD 2012) disponible en http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/lineamientos-y-documentos.aspx

Información de enero, febrero y marzo: 30 de abril de 2013
Información de abril, mayo y junio: 31 de Julio de 2013
Información de julio, agosto y septiembre: 31 de octubre de 2013
Información de octubre, noviembre y diciembre: 31 de enero de 2014

8.1.10.2. Intoxicaciones agudas por sustancias químicas

Dentro de las intoxicaciones por sustancias químicas es necesario identificar el grupo al que pertenece la sustancia que origina la intoxicación. La ficha de notificación de intoxicaciones por sustancias químicas cuenta con los siguientes grupos de sustancias para la vigilancia:

Grupo de sustancias	**Código**
Plaguicidas	360
Medicamentos	370
Metanol	380
Metales pesados	390
Solventes	400
Otras sustancias químicas	410
Monóxido de carbono y otros gases	412
Sustancias psicoactivas	414

Estos códigos deben diligenciarse en el programa Sivigila para su notificación.

Se deben notificar al INS de manera inmediata las alertas epidemiológicas y los brotes de intoxicación por sustancias químicas.

Estos deben ser notificados e investigados por parte de las unidades notificadoras municipales, dentro de las 24 horas siguientes a su ocurrencia. A su vez la UND deberá informar de manera telefónica (2207700 Ext 1432-1433), o por correo electrónico (intoxquimicas@gmail.com) al Instituto nacional de Salud

La entidad territorial departamental o distrital, según el caso debe enviar al INS copia del informe preliminar e informes de avance[1] de la investigación de brote o alerta epidemiológica, dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del evento, para lo anterior, debe usarse la estructura de los informes de 24 horas e informe final dispuestos por el INS.

El envío del informe final debe hacerse dentro de las cuatro semanas siguientes a la investigación del brote, con los anexos correspondientes a resultados de laboratorio. En el caso de que el departamento o el INS lo consideren, se podrá entregar el informe de 24 horas como final, pero esto deberá ser concertado con el INS.

La entidad territorial departamental o distrital deberá analizar su base de datos mensualmente, con el fin de configurar brotes y alertas, identificar errores de notificación e identificar reincidencias, lo anterior permitirá efectuar un mejor seguimiento e intervención a las intoxicaciones por sustancias químicas.

8.1.11. Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibióticos

- ✓ Todas las Entidades Territoriales (ET), de acuerdo a su nivel de competencia, deberán garantizar la divulgación, implementación y cumplimiento de las directrices nacionales emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Instituto Nacional de Salud (INS), correspondientes a los temas de prevención, vigilancia y control de IAAS, Resistencia y Consumo de antimicrobianos, incluyendo pero no limitándose a la Circular 045 de 2012 del MSPS.

- ✓ Las ET que cuenten con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con al menos una (1) Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) habilitada y/o que cuenten con servicios habilitados de UCI, deberán ser parte del Subsistema Nacional de Vigilancia de IAAS de acuerdo a lo establecido en los protocolos de vigilancia y a su vez deberán notificar los eventos de interés a través de la aplicación informática ó demás herramientas diseñadas por el INS.

- ✓ Una vez capacitada la ET por el INS, los Laboratorios de Salud Pública Distritales y

[1] El requerimiento de los informes de avance dependerán del evento presentado.

Departamentales y las IPS públicas y privadas del territorio nacional adscritas al Subsistema Nacional de IAAS deberán participar activamente en el programa de control de calidad de susceptibilidad antimicrobiana realizado por el Grupo de Microbiología del INS.

- ✓ Los Laboratorios de Salud Pública que fueron capacitados en el año 2012 por el Grupo de Microbiología del INS, deberán gestionar la adquisición de los insumos básicos para la detección fenotípica de los mecanismos de resistencia más frecuentes en el ámbito hospitalario para el año 2013.

8.1.12. Mortalidad materna, perinatal, neonatal tardía y morbilidad materna extrema (MME).

El lineamiento para maternidad segura dirigido a departamentos, debe ser replicado a nivel municipal e institucional para la mejor utilidad de la información en la solución de problemáticas y el logro de la garantía de derechos. Los formatos para informes y plantillas para indicadores estarán disponibles en http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/lineamientos-y-documentos.aspx

1. Informe cierre anual integrado de Maternidad Segura incluido el informe anual del comportamiento epidemiológico de los eventos de interés en salud pública de acuerdo a la guía.
2. Informe trimestral del seguimiento al proceso de vigilancia de los eventos de maternidad segura teniendo en cuenta el anexo de lineamientos de maternidad segura, el informe debe contener:
    a. Resultado del cálculo de los indicadores para morbilidad materna extrema, mortalidad materna, muerte perinatal y neonatal tardía de acuerdo al manual de indicadores para análisis.

    b. Consolidado de búsqueda activa institucional y comunitaria de casos de muerte materna, muerte perinatal y neonatal tardía y morbilidad materna extrema. De acuerdo al formato disponible en el anexo de lineamientos de maternidad segura

    c. Consolidado del análisis colectivo de casos muerte materna, perinatal-neonatal tardía y morbilidad materna extrema disponible en los protocolos de vigilancia de los eventos.

    d. Tabla consolidada de eventos en maternidad segura discriminada por municipios en frecuencia y según los nacidos vivos de cada municipio.

    e. Tabla consolidada de eventos en maternidad segura discriminada por EAPB en frecuencia y según los nacidos vivos de la EAPB especifica en el territorio

f. Acta del Cove trimestral departamental de maternidad segura.

g. Acta del consejo de política social departamental tema maternidad segura.

El informe debe enviarse al correo electrónico maternidadsegurains@gmail.com en las siguientes fechas:

Información de enero, febrero y marzo: 30 de abril de 2013
Información de abril, mayo y junio: 31 de Julio de 2013
Información de julio, agosto y septiembre: 31 de octubre de 2013
Información de octubre, noviembre y diciembre: 31 de enero de 2014

En morbilidad materna extrema para garantizar la canalización y atención inmediata a la gestante la IPS centinela debe realizar búsqueda diaria de los casos a cargo del jefe de servicio de cada turno, utilizando el formato de tamizaje disponible en el protocolo del evento.

- Censo de Gestantes.

Realizar el censo permanente de gestantes y su seguimiento estricto como parte del cumplimento de la garantía de las acciones oportunas y efectivas para la maternidad segura, donde se conozca el desenlace de cada gestación para la madre y el hijo (a). Los censos de gestantes y los registros comunitarios e institucionales de la atención de gestantes para lograr el óptimo seguimiento deben contener información básica como:

- Fecha
- Nombres y apellidos
- Número y tipo de documento de identificación
- Dirección completa incluyendo nombre del barrio municipio y departamento complementando en especial en zona rural de ayudas para la ubicación de estas en el caso de necesidad de ser buscadas por los servicios de salud (mapas si es necesario)
- Teléfonos de contacto de ella o de familiares o conocidos que ayuden en su ubicación
- EPS responsable de la gestante
- Semanas de gestación
- Patologías o riesgos que presente incluido el evento de morbilidad materna extrema.
- Observaciones, barreras, condiciones vulnerabilidades en torno a la gestación, familiares y sociales.
- Redes a activar.
- Resultado materno y perinatal

El departamento debe establecer la estrategia de flujo de información efectivo. Actores claves, fuentes, canalización y atención a gestantes: agentes comunitarios, IPS diferentes niveles de atención, EPS deben reunirse máximo

cada mes en secretaria municipal de salud para consolidar censo de gestantes municipal , coordinar y garantizar acciones requeridas evidenciadas y enviar consolidado máximo mensualmente a secretaria de salud departamental, Departamento debe diligenciar y enviar trimestralmente al INS el consolidado departamental de censo de gestantes.

- En morbilidad materna extrema anexar ficha tamizaje.

3. Estrategias de movilización de la información para la garantía de derechos en maternidad segura

- Comités departamentales de maternidad segura:
  La información resultado del análisis de los eventos relacionados con la maternidad segura del nivel departamental discriminado por municipios y aseguradoras debe ser un insumo indispensable de los Comités de vigilancia epidemiológica departamental de maternidad segura, con asistencia obligatoria de los directivos de las áreas claves de la secretaria de salud en la intervención de la problemática para asegurar eficacia en las acciones requeridas para el control de barreras y puntos críticos detectados, y se garantice la inspección, vigilancia y control que es función de obligatorio cumplimiento por el departamento (constitución política de colombia, ley 100, decreto 3518) : Secretario(a)de salud departamental quien lo preside, salud sexual y reproductiva, calidad, red de servicios, aseguramiento, CRUE, referencia y contra referencia, Vigilancia en salud pública, Infancia, Red de laboratorios, financiera, jurídica área sancionatoria, y otras áreas se considere deban participar.

  Se deben realizar mínimo un Cove trimestral en maternidad segura departamental.
  Se deben enviar las actas que incluyan:
  - Fecha
  - Lista convocados, asistentes y faltantes.
  - Orden del día
  - Desarrollo orden del día
  - Monitoreo eventos relacionados con la maternidad segura, demoras, puntos críticos e intervenciones realizadas.
  - Análisis detallado posibles factores contribuyentes puntos críticos detectados tanto a nivel mujer, como familia, comunidad, sistemas de salud y territorio, transcripción textual discusión, mapa esquemático proceso, puntos críticos e intervenibilidad.
  - Elaboración plan de intervención integral para la garantía de derechos en maternidad segura
  - Informe seguimiento a cumplimiento planes de mejoramiento previos

- Ajustes al plan de mejoramiento, nuevas acciones a realizar, o replanteamiento acciones listadas

- Consejos departamentales de política social:
  La información resultado de los análisis de los eventos que inciden en Maternidad segura debe ser socializada en la mesa del tema maternidad e infancia del consejo de política social de la entidad territorial, para toma de decisiones e intervenciones a nivel intersectorial en pro de la salud de las mujeres y los niños.
- Difusión trimestral de la situación de la mortalidad materna y perinatal a través de boletines epidemiológicos, página Web de la secretaria de salud y en otros medios de comunicación y/o espacios comunitarios.
- Desde el INS se podrá hacer uso de la conexión virtual para la socialización de los resultados de la vigilancia epidemiológica de estos eventos a nivel departamental o distrital, las entidades territoriales tienen la responsabilidad de participar en las reuniones virtuales convocadas por el INS y garantizar la participación de los actores locales.

8.1.13. Lineamientos para la vigilancia y control de enfermedades crónicas

8.1.13.1. Leucemias Agudas Pediátricas

Durante el año 2013 se realizará el proceso de pilotaje e implementación del Sistema Nacional de Información para el monitoreo, seguimiento y control de la atención de cáncer en los menores de 18 años, según lo establecido en la ley 1388 de 2010. La implementación del sistema de información se realizará de forma progresiva partiendo de la vigilancia a leucemias agudas pediátricas y se incluirán según consenso de expertos y necesidades de la nación otros tipos de cáncer.

Dado que el fin último del sistema de información es identificar oportunamente los eventos relacionados con la garantía de la calidad de atención, el sistema funcionará en ambiente web, por lo que las direcciones de salud de las entidades territoriales (ET) departamentales, distritales y municipales deberán garantizar:

1. Contar con un referente de Cáncer Infantil que realice control de la calidad del dato, seguimiento a la notificación y al ajuste de casos, así como seguimiento permanente a los casos que presenten alertas tempranas de inoportunidad según los indicadores establecidos en el sistema de información hasta que sean resueltos por las EAPB y/o las ET responsables del caso.
2. Definir un equipo de trabajo de respuesta inmediata a las alertas tempranas, que atienda el caso y realice seguimiento hasta que se dé solución al mismo, en el que participen funcionarios de todas las dependencias de las direcciones de salud según su área de competencia.
3. Las direcciones de salud de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales serán responsables del seguimiento monitoreo y control de la garantía de la calidad de atención de los menores de 18 años con cáncer” En cumplimiento de sus

competencias las ET deberán realizar el seguimiento al proceso de atención de cada caso e identificar aquellos en los que se presente inoportunidad de acuerdo a las alertas tempranas establecidas en el sistema de información, requerir a las EAPB e informar al Instituto Nacional de Salud con copia a la Superintendencia Nacional de Salud.

4. Realizar unidades de análisis semestrales de los casos identificados con inoportunidad en el proceso de atención y los casos de mortalidad que se presenten, con participación de las EAPB responsables de la atención de los menores, representantes de todas las dependencias técnicas de las direcciones de salud, la sociedad civil, la defensoría del pueblo y profesionales involucrados en la atención de los casos, idealmente oncólogos.

5. Deberán remitir al INS informe semestral de la gestión realizada por la ET para la vigilancia del cáncer infantil que incluya:

- Número total de casos notificados al sistema de información
- Número de casos identificados con inoportunidad en el proceso de atención
- Resumen ejecutivo del seguimiento a los casos identificados con inoportunidad en el proceso de atención
- Actividades específicas realizadas para garantizar la calidad de atención de los casos identificados con inoportunidad y estado actual de los menores a los que se les realizó seguimiento
- Procesos de capacitación realizados con los diferentes actores del sistema.
- Acta de la unidad de análisis y el plan de mejoramiento establecido para cada actor de acuerdo a los hallazgos identificados.

El informe correspondiente al primer semestre de 2013 debe ser enviado al INS el 30 de julio de 2013 y el del segundo semestre el 30 de enero de 2014

6. Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos en los planes de mejoramiento.

7. Solicitar a las IPS de su área de influencia Búsqueda Activa Institucional mensual para verificar la notificación del 100% de los casos de cáncer infantil objeto de vigilancia y enviar al INS informe semestral (en las fechas establecidas en el numeral 8) que contenga el consolidado de las BAI del territorio por UPGD y municipio. El INS publicará en la página web el formato para la consolidación de información

8. Producto del proceso de vigilancia generar el plan 2014 para la garantía de la calidad de atención de las personas con cáncer infantil en el Departamento o Distrito, el cual deberá ser remitido al INS antes del 30 de noviembre de 2013.

9. El INS realizará capacitación, asesoría y asistencia técnica durante y posterior al proceso de implementación del Sistema Nacional de Información del Cáncer, publicará en la página web los documentos técnicos relacionados con el tema.

LINEAMIENTO EAPB

Las EAPB deben cumplir con las responsabilidades definidas en el artículo 20 de la resolución 2590 de 2012 relacionadas con la garantía de la prestación integral de los servicios de salud a sus afiliados y la entrega de información requerida para el funcionamiento del Sistema Nacional de Información del Cáncer. Las EAPB serán usuarios del sistema de información y como responsables de la atención de sus afiliados serán el primer eslabón en la cadena de alertas tempranas de inoportunidad de atención, son responsables de realizar seguimiento al proceso de atención de todos sus afiliados y deberán dar respuesta inmediata a las necesidades identificadas en cada caso hasta resolverlas, dar respuesta a los requerimientos de información provenientes de las ET, del

INS y de la Superintendencia Nacional de Salud, así como participar en las unidades de análisis que sean convocadas y elaborar e implementar los planes de mejoramiento que se formulen de acuerdo a los hallazgos específicos.

8.1.13.2. Hipotiroidismo congénito

Todo laboratorio clínico que realice prueba de tamizaje de hipotiroidismo neonatal debe estar inscrito en el programa de control de calidad del INS.
Los laboratorios que procesan las muestras para medir TSH y T4, deben informar inmediatamente los resultados confirmados, además de concordar al 100% con los reportados por las IPS.
En caso de que estos que sean positivos, además de reportar a la IPS, lo hará en forma inmediata al Instituto Nacional de Salud y desarrollará todos los procesos operativos del control de calidad.
Se debe asegurar el seguimiento de los casos confirmados de hipotiroidismo congénito en articulación con la aseguradora. Una vez el paciente ha iniciado tratamiento, debe ser incluido en el programa de control y seguimiento de niños con hipotiroidismo congénito, establecido por la aseguradora, según las acciones establecidas en el protocolo de VSP.

Las entidades territoriales departamentales y distritales de salud deberán:

- Enviar informe donde se consolide y reporte los análisis que se realizaron del evento durante el año 2012, las conclusiones y acciones que se tomaron frente a los hallazgos del mismo y los espacios en los cuales se socializaron, que incluya:

    - Número y el porcentaje de UPGDs en silencio epidemiológico para el evento.
    - Número y el porcentaje de Unidades Municipales de Salud en silencio epidemiológico para el evento.
    - Estrategias de capacitación realizadas con las Unidades Municipales de Salud, UPGDs y los profesionales para el evento de Hipotiroidismo Congénito desde los municipios y el departamento.
    - Estrategias de retroalimentación realizadas con las UPGDs para el evento de Hipotiroidismo Congénito desde los municipios y el departamento.
    - Mecanismos y controles de verificación, validación, depuración y ajuste de las bases de datos del evento que se realizaron a nivel municipal y departamental, antes de ser enviadas al nivel nacional.

La entrega de la información correspondiente y consolidada a nivel departamental o distrital del periodo 2012 deberá entregarse al INS al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles en conjunto con el informe de eventos de interés en salud pública.

- Enviar informe donde se consolide y reporte las actividades de planeación para el evento durante el año 2013 y los espacios en los cuales se socializaran, este informe debe incluir:

    - Número de UPDG de los municipios que deberían reportar información para el evento.
    - Distribución de las UPDGs por los municipios.

- Número de Unidades Municipales de Salud que deberían estar reportar información para el evento.
- Estrategias de capacitación y/o cronograma de capacitación con las UPGDs y los profesionales para el evento de Hipotiroidismo Congénito desde los municipios y el departamento.
- Estrategias de retroalimentación y/o cronograma de retroalimentación con las UPGDs para el evento de Hipotiroidismo Congénito desde los municipios y el departamento.
- Mecanismos y controles de verificación, validación, depuración y ajuste de las bases de datos del evento que se realizaran a nivel municipal y departamental, antes de ser enviadas al nivel nacional.
- Tipo de análisis que se tienen planeados para el evento, frecuencia y espacios en los cuales se socializaran.

La entrega de la información correspondiente y consolidada a nivel departamental o distrital del periodo 2013 deberá entregarse al INS al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles.

El envío de la información debe hacerse por medio electrónico a los correos electrónicos: sivigila@ins.gov.co y cronicas.lce.ins@gmail.com. También debe enviarse la información en medio físico (CD/DVD) al INS a nombre del Grupo de Vigilancia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles antes de la fecha señalada a la siguiente dirección:

Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública
Avenida calle 26 No. 51-20 – Zona 6 CAN Bogotá, D.C.
Bloque B, oficina 230
Tel. (+571)2207700 – Extensión 1431 - Fax (+571) 2200901

8.1.13.3. Lesiones por pólvora

- Establecer junto con las secretarias de gobierno municipal y departamental la legislación específica, que facilite la disminución de la fabricación y venta de productos con pólvora, realizar trabajo intersectorial tendiente a disminuir la manipulación y almacenamiento de los mismos, bajo las directrices legales (Ley 670 de 2001). Las entidades territoriales departamentales y distritales de salud, deberán enviar al Instituto Nacional de Salud el plan de contingencia para las festividades o celebraciones departamentales de acuerdo con el Decreto 3888 del 2007 – plan nacional de emergencias y contingencias, donde se explican las responsabilidades especificas en el articulo 15 para los comités departamentales para la prevención y atención de desastres (CREPAD) con respecto al plan de emergencia y contingencia para eventos de afluencia masiva. Este plan debe tener en cuenta el "*plan de contingencia del sector salud para la preparación y respuesta ante el riesgo por la fabricación, almacenamiento, transporte, comercialización, manipulación y uso inadecuado de la pólvora y descripción de la problemática"*

que se encuentra publicado en el botón de pólvora en la página principal del Instituto Nacional de Salud.
Dicho plan de contingencia debe contener el análisis del comportamiento de las lesiones por pólvora del año inmediatamente anterior y las acciones a desarrollar para mejorar el comportamiento de este evento, se entregará durante el primer trimestre del año 2013 en la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública del INS, Avenida calle 26 N.º 51-20 – Zona 6 CAN, Bogotá, D.C. Bloque B, oficina 230 Tel. (+571)2207700 – Extensión 1431 - Fax (+571) 2200901, para esto deberán revisar el plan nacional de contingencia del sector salud elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el INS, el cual estará publicado en la página Web del INS.

- La entidad territorial y el equipo interdisciplinar constituido para la prevención de lesiones por pólvora debe realizar el seguimiento continuo y sistemático de las lesiones por pólvora, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control que reduzcan la incidencia de las lesiones por pólvora en el territorio colombiano. La entidad territorial debe:

  - Identificar el número y las fechas de las festividades de cada municipio del departamento para establecer las acciones de fortalecimiento de la vigilancia intensificada para la detección de las lesiones por pólvora.
  - Realizar las adaptaciones o ajustes requeridos al plan de contingencia para se ejecutado durante las fiestas locales o Departamentales.
  - Notificar al INS diariamente los días de vigilancia intensificada (fiestas decembrina y locales) y semanalmente los casos presentados durante el desarrollo de las fiestas, de la misma manera deberá notificar inmediatamente aquellos incidentes donde aumente el riesgo para la poblaciones de presentar algún tipo de lesiones por pólvora como: estallido de polvorearías o puntos de ventas de artefactos derivados de la pólvora o en aquellos casos donde halla grupo de personas afectadas.
- El INS emitirá durante la vigilancia boletín diario con el contenido del comportamiento de las lesiones por pólvora en época decembrina y año nuevo, y semanalmente con el consolidado de la semana los cuales serán publicados diariamente en la página del Instituto Nacional de Salud.

8.1.13.4. *Violencia contra la Mujer, Intrafamiliar y Sexual*

- Capacitar y sensibilizar a los profesionales de salud que atienden pacientes en la detección de casos, lo cual debe trascender del hecho o la lesión como una característica física, para adentrarse en la apreciación de las otras formas de violencia, que en la mayoría de los casos resultan ser más sutiles. Al igual que se interiorice el proceso de vigilancia, como parte integral del proceso de atención y que no se vea como una tarea independiente.
- Incentivar a los funcionarios del sector para que actúen como un ente articulador, que no solo atienda a las víctimas pacientes y realice los procesos de notificación, sino que promueva el tránsito de las víctimas por la interinstitucionalidad para que

la atención en salud, justicia, la protección y el restablecimiento de derechos sea una realidad.

- Los criterios de alto riesgo definidos desde el protocolo del evento, deben ser asumidos como criterios orientadores para la valoración del caso, pero en ningún momento remplazan la observación acuciosa y la capacidad de análisis de riesgo de los profesionales de la salud a través de la anamnesis.
- Para evitar el registro duplicado de casos, se recomienda que cuando la víctima sea referida de un nivel de menor complejidad al de mayor complejidad, antes de notificarlo al Sivigila, cerciorarse si el procedimiento se realizó en la institución que primero capto al paciente.
- Es necesario que en las diferentes entidades territoriales se desarrollen procesos de autocontrol y monitoreo a la calidad del dato, con lo que garantizaremos cada día datos y gestión de conocimiento con mayor grado de cualificación.

8.1.13.5. Morbi-mortalidad relacionada con el Tránsito

Dado que el INS está implementando procesos de vigilancia en salud pública, soportados en metodologías diferentes a la ficha de notificación, el cual en Lesiones de Causa Externa se aplica de manera concreta a la vigilancia de los traumatismos relacionados al tránsito, es importante que los profesionales de la salud reconozcan este tipo de prácticas para que cualifiquen el proceso de recolección de datos a través de los registros administrativos propios del sector, a los cuales se les está dando un nuevo valor agregado para la vigilancia.

En este sentido, las entidades territoriales deben desplegar estrategias para mejorar en los niveles territoriales el adecuado registro en RIPS, FURIPS, los cuales a través de posteriores desarrollos serán utilizados para la integralidad e interoperabilidad con otros sistemas de información y complementar la vigilancia.
Estas cualificaciones para el diligenciamiento de los registros administrativos deben incluir el adecuado manejo de los códigos CIE 10, en relación con todos los eventos relacionados con el tránsito.

8.1.13.6. Vigilancia centinela de la exposición a flúor

Vigilancia centinela de la exposición a flúor

Únicamente deben notificar al Sivigila las 180 unidades primarias generadoras de datos centinelas establecidas para la vigilancia, de acuerdo a la siguiente tabla:

Entidad territorial	Número de centinelas
Amazonas	1
Antioquia	12 (5 en Medellín)
Arauca	2 (1 en Arauca capital)
Atlántico	3
Barranquilla	2

Entidad territorial	Número de centinelas
Bogotá D.C.	26
Bolívar	4 en Cartagena
Boyacá	13 (1 en Tunja)
Caldas	3 (2 en Manizales)
Caquetá	1
Cartagena	4
Casanare	2 (1 en Yopal)
Cauca	5 (1 en Popayán)
Cesar	4 (1 en Valledupar)
Chocó	7 (1 en Quibdó)
Córdoba	4 (2 en Montería)
Cundinamarca	9
Guainía	2 (1 en Puerto Inírida)
Guaviare	2 (1 en San José del Guaviare)
Huila	3 (1 en Neiva)
La Guajira	4 (1 en Riohacha)
Magdalena	4
Meta	6 (1 en Villavicencio)
Nariño	10 (1 en Pasto)
Norte de Santander	5 (3 en Cúcuta)
Putumayo	1
Quindío	2
Risaralda	2
San Andrés	1
Santa Marta	1
Santander	13 (3 en Bucaramanga)

Entidad territorial	Número de centinelas
Sucre	4 (1 en Sincelejo)
Tolima	6 (1 en Ibagué)
Valle	13 (4 en Cali)
Vaupés	2 (1 en Mitú)
Vichada	1
Total	**180**

- ✓ Las entidades territoriales que cuenten con recursos físicos, financieros y humanos, para realizar un número de análisis de muestras de agua y sal mayor al establecido en la normatividad vigente, deben informarlo por escrito al INS, para que este calcule (de acuerdo a la notificación) una muestra representativa y establezca de forma aleatoria las fuentes a analizar.
- ✓ Los municipios y entidades territoriales que no han sido priorizados como centinelas, podrán sugerir al INS estudios puntuales enfocados al control e intervención de la intoxicación crónica por flúor.
- ✓ Las entidades territoriales que consideren estar en capacidad de realizar vigilancia en un número mayor de municipios (además de los centinelas establecidos), pueden sugerir por escrito al INS un proyecto de vigilancia, para el cual el INS realizará acompañamiento para el análisis de los datos, pero estos no podrán ser notificados al Sivigila ni analizados por el INS en los informes de vigilancia centinela; representarán análisis de vigilancia propios de la entidades territoriales.
- ✓ Las entidades territoriales, entidades administradoras de planes de beneficio e instituciones prestadoras de salud con el acompañamiento del INS, realizarán anualmente las propuestas, diseño e implementación de estrategias de información, educación y comunicación, enfocadas a la prevención y control de la intoxicación crónica por flúor. Dichas propuestas deben ser remitidas por las entidades territoriales (previa concertación con entidades administradoras de planes de beneficio e instituciones prestadoras de salud) al INS, al correo electrónico crónicas.lce.ins@gmail.com durante el último trimestre de 2013.
- ✓ Las entidades territoriales deben realizar cada seis meses visitas de seguimiento a las UPGD centinelas, a fin de actualizar conceptos para el diagnóstico de la fluorosis dental y sus diagnósticos diferenciales, para lo cual el INS realizará virtualmente acompañamiento y remitirá periódicamente y según necesidad, material bibliográfico; lo anterior teniendo en cuenta la rotación de personal sanitario en algunos centinelas.

8.1.13.7. Vigilancia anomalías congénitas

Las entidades territoriales departamentales y distritales de salud deberán:

- Enviar informe donde se consolide y reporte los análisis que se realizaron del evento durante el año 2012, las conclusiones y acciones que se tomaron frente a los hallazgos del mismo y los espacios en los cuales se socializaron, que incluya:

    - Número y el porcentaje de UPGDs en silencio epidemiológico para el evento.
    - Número y el porcentaje de Unidades Municipales de Salud en silencio epidemiológico para el evento.
    - Estrategias de capacitación realizadas con las Unidades Municipales de Salud, UPGDs y los profesionales para el evento de Anomalías desde los municipios y el departamento.
    - Estrategias de retroalimentación realizadas con las UPGDs para el evento de Anomalías desde los municipios y el departamento.
    - Mecanismos y controles de verificación, validación y depuración de las bases de datos del evento que se realizaron a nivel municipal y departamental, antes de ser enviadas al nivel nacional.

  La entrega de la información correspondiente y consolidada a nivel departamental o distrital del periodo 2012 deberá entregarse al INS al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles.

- Enviar informe donde se consolide y reporte las actividades de planeación para el evento durante el año 2013 y los espacios en los cuales se socializaran, este informe debe incluir:

    - Número de UPDG de los municipios que deberían reportar información para el evento.
    - Distribución de las UPDG por los municipios.
    - Número de Unidades Municipales de Salud que deberían estar reportar información para el evento.
    - Estrategias de capacitación y/o cronograma de capacitación con las UPGDs y los profesionales para el evento de Anomalías desde los municipios y el departamento.
    - Estrategias de retroalimentación y/o cronograma de retroalimentación con las UPGDs para el evento de Anomalías desde los municipios y el departamento.
    - Mecanismos y controles de verificación, validación y depuración de las bases de datos del evento que se realizaran a nivel municipal y departamental, antes de ser enviadas al nivel nacional.
    - Tipo de análisis que se tienen planeados para el evento, frecuencia y espacios en los cuales se socializaran.

8.1.14. Lineamientos para la vigilancia nutricional

Bajo peso al nacer a término

Notificación

La notificación debe realizarse en la ficha de datos complementarios y la investigación en la ficha de investigación de caso, disponibles en la página del Instituto Nacional de Salud. Es importante tener en cuenta en el proceso de notificación que el diligenciamiento de los datos básicos corresponde a información de la madre y los datos complementarios al recién nacido y antecedentes de la gestación.

- Investigaciones de caso:

La investigación de caso debe realizarse durante los primeros 15 días de nacido el menor y debe tener una segunda visita de cierre al mes de haber realizado la primera, es decir se calcula que el recién nacido puede tener alrededor de un mes y medio de nacido y que ha tenido una ganancia de peso mayor a 500 gramos en ese periodo. El ajuste en el Sivigila se realiza por medio de un ajuste 7 (otro ajuste).

Vigilancia nutricional centinela de la gestante

Se realizará a través del subsistema web de vigilancia nutricional módulo de gestantes (http://aplicacionesproduccion.ins.gov.co/gestantes) el cual capta la información de la gestante atendida en el control prenatal de forma inmediata y tanto la Secretaria de Salud Municipal, Distrital, Departamental y el INS contaran con la información a través del módulo de reportes.

La selección de las UPGD centinela se dará de acuerdo a la distribución por departamento y municipio (anexo 1 de protocolo). Los criterios de inclusión son:

- Unidades con servicio de consulta control prenatal.
- Prestación de servicios de salud a los regímenes: contributivo, subsidiado, pobre no asegurado o especial.
- Que concentre alta proporción de gestantes a nivel municipal o distrital (este ítem especifico puede ser apoyado por el componente de salud sexual y reproductiva).
- Que cuente con disponibilidad de equipos de cómputo (especialmente en el consultorio de atención prenatal).
- Acceso a Internet (en el consultorio de atención prenatal).

Se concertará con el INS cuáles son las unidades centinela que serán incluidas.

La implementación de este proceso será por fases de la siguiente forma:

En caso de que el Municipio o Departamento manifiesten que hay dificultades con una UPGD asignada a algún municipio, se podrá realizar reasignación de la misma previa concertación con el INS.

Inquietudes, dificultades u otras serán atendidas en el siguiente correo: vizquierdo@ins.gov.co – svcspnutricionins@gmail.com. Teléfono (1) 2207700 Ext. 139

8.1.15. Lineamientos para equipos de repuesta inmediata

- ✓ Los casos sospechosos o probables asociados a un brote deberán reportarse de manera inmediata (vía Sivigila-notificación inmediata y adicionalmente por, teléfono, fax o correo electrónico) desde la UPGD a la unidad notificadora municipal respectiva, para que esta inicie de manera inmediata la notificación y la investigación de campo dentro de las 24 horas siguientes.
- ✓ La Unidad Notificadora Municipal debe atender y configurar todos los brotes en su jurisdicción. Si el municipio no cuenta con la capacidad técnico-operativa para atender y controlar el brote, deberá solicitar apoyo de manera inmediata al nivel departamental y si es necesario el nivel departamental solicitará apoyo al nivel nacional.
- ✓ Cada entidad territorial debe garantizar que se realice la investigación y control del 100% de los brotes de su jurisdicción notificados al sistema.
- ✓ Una vez se tenga información preliminar de la situación presentada, notificar de manera inmediata desde la entidad territorial a la entidad competente de acuerdo al siguiente flujo de información (UNM a la UND de está al INS y del INS al Ministerio de Salud y Protección Social (Centro Nacional de Enlace - CNE), de acuerdo al procedimiento concertado para tal fin, teniendo en cuenta los formatos establecidos para la generación de informe de investigación de campo a 24 – 72 horas e informe final – preliminar o definitivo según sea el caso, http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/equipo-de-respuesta-inmediata.aspx#.UHXlym9mLks .
- ✓ Toda información sobre la ocurrencia de un brote o situación de emergencia en salud pública, se debe notificar de manera inmediata a los correos electrónicos del grupo funcional correspondiente con copia a los correos eri@ins.gov.co y equipoderespuestains@gmail.com.

- ✓ La investigación de los brotes debe ser realizada por un equipo funcional de respuesta inmediata, el cual debe estar conformado coordinadamente por profesionales de las áreas de vigilancia en salud pública y laboratorio de salud pública de la entidad territorial, según corresponda de acuerdo al evento.
- ✓ En toda situación de emergencia o brote atendido se debe realizar el análisis de riesgo de acuerdo al Anexo II del RSI y con base en el mismo definir si se trata de una emergencia en salud pública de interés internacional (ESPII).
- ✓ Cumplir con la investigación exhaustiva de campo basando su proceder en la metodología establecida en el instructivo para el estudio de un brote dispuesto por el INS http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/equipo-de-respuesta-inmediata.aspx#.UHXlym9mLks.
- ✓ Cumplir con el 80 % o más de los tres indicadores de la vigilancia de brotes o situaciones de emergencia, estos son:
    - Porcentaje de brotes o situaciones de emergencia informados al INS oportunamente.
    - Porcentaje de brotes o situaciones de emergencia intervenidos en menos de 48 horas.
    - Porcentaje de brotes o situaciones de emergencia con informe final de investigación de campo, enviados al grupo ERI del INS y el grupo referente según el caso.
- ✓ Generar actos administrativos que regulen la operación de los equipos de respuesta inmediata departamentales, contemplando los recursos para su desplazamiento, las funciones operativas, administrativas y de articulación de las diferentes dependencias departamentales (CRUE, Salud Pública, laboratorio, entre otras) con el fin de brindar una respuesta interinstitucional e intersectorial adecuada, oportuna, coordinada y en red ante la presencia de un brote, epidemia, desastre o emergencia en salud pública, con criterios de eficiencia y efectividad.
- ✓ Dar soporte técnico en la atención de brotes, epidemias o situaciones que ameriten el acompañamiento desde el nivel departamental o distrital, y en caso de necesitar apoyo técnico complementario solicitarlo a las instancias nacionales.
- ✓ En relación a brotes, epidemias, desastres o emergencias en salud pública de impacto nacional o internacional, deberá ser realizada con base en datos consistentes y deberán ser previamente notificados al Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección social por las entidades territoriales.

8.1.16. Lineamientos del grupo de epidemiología aplicada

8.1.15.1 Informe quincenal epidemiológico nacional - IQEN

La operación del sistema de vigilancia y control en salud pública incluye una apropiada gestión del conocimiento que permita fortalecer tanto el sistema de vigilancia y control como la gestión sanitaria, incluyendo procedimientos para la transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos e información.

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación del Instituto Nacional de Salud, cuyo fin primordial es difundir trabajos que contribuyen a ampliar los conocimientos en epidemiología y salud pública.

Las entidades territoriales deben fortalecer mecanismos de difusión y apropiación del conocimiento como el IQEN, los boletines epidemiológicos, otras publicaciones científicas y estrategias adicionales de comunicación dirigidas tanto a los trabajadores del sector salud como a la comunidad en general para difundir y socializar la información científica que se produce y hacer que esta información genere cambios en las prácticas del sector y de la población, que impacten y repercutan positivamente en la salud pública.

En el IQEN se publican, principalmente, escritos breves (de menos de 15 páginas) en español y tienen preponderancia: los estudios de brotes y otros estudios de campo, como ensayos de campo y ensayos comunitarios; artículos e informes finales de investigaciones epidemiológicas, como estudios descriptivos, de prevalencia, de casos y controles, de cohortes, experimentales y ecológicos y las evaluaciones de sistemas de vigilancia.

También se aceptan para su publicación: estudios cualitativos, notas técnicas de laboratorios de salud pública, ensayos, comentarios, reseñas históricas, revisiones de tema, estados del arte, presentación de casos, comentarios bibliográficos, trabajos ilustrados e informes de resultados parciales o finales de otras investigaciones cuya divulgación es de importancia para la salud pública nacional.

Todo material propuesto para publicación en el IQEN será revisado por al menos un evaluador o par científico (los autores pueden sugerir evaluadores) y una vez evaluado se le enviará al autor con quien se mantiene la correspondencia, un concepto de: Aprobado, Aprobado con modificaciones o Rechazado. Ver: www.ins.gov.co/?idcategoria=1661

8.1.15.2 Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS):

Los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), son una fuente importante de información para su uso en Vigilancia en Salud Pública, los RIPS pueden ser de utilidad si se mantienen unos estándares mínimos de calidad, lo cual fue demostrado en el estudio piloto realizado de manera conjunta por el Instituto Nacional de Salud, las entidades territoriales y UPGD piloto del proyecto durante el año 2012, en cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014.

De igual forma, se ha avanzado en modelos analíticos y de uso de los datos de los RIPS como una fuente importante, útil y de gran ayuda para la vigilancia en salud pública, que pueden reemplazar progresivamente y con esta fuente, el ejercicio de la notificación individual para algunos eventos que actualmente son informados por ficha (Morbilidad por IRA, Morbilidad por EDA, Varicela, Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, Hepatitis A, Hepatitis C, Parotiditis, Tifus entre otros cuya vigilancia pueda hacerse viable de manera progresiva por RIPS).

Durante el año 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Instituto Nacional de Salud abordarán estrategias para garantizar la disponibilidad oportuna de los registros de datos, el mejoramiento de la calidad de los mismos y el

aumento de la cobertura mediante su transferencia directa desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud al MSPS (SISPRO).

Actualmente cursa trámite proyecto de resolución modificatoria a los flujos de información establecidos para RIPS en la resolución 3374 de 2000, a fin de facilitar su uso en vigilancia en salud pública.

Con el fin de lograr el objetivo de contar con información sobre la prestación de servicios de salud oportuna y directa desde la fuente del dato, es necesario inicialmente formular, ejecutar y evaluar un plan de transferencia continua y sistemática de los Registros Individuales de Prestación de Servicios al MSPS, que garantice el acceso, calidad, seguridad y oportunidad de la información, detección y generación de alertas, para el desarrollo de acciones e intervenciones en salud pública.

De manera transitoria y hasta la expedición de la resolución que modifica en flujos la 3374 de 2000 y la puesta en marcha por el Ministerio de las herramientas para la transferencia directa RIPS-IPS-MSPS en todo el territorio nacional, la notificación de RIPS para la vigilancia en salud pública y con el objeto de avanzar en el diseño de los modelos analíticos y de uso de datos, se continuará haciendo SOLAMENTE para las UPGD que se incorporaron al piloto durante el año 2012, mediante el uso de las herramientas actualmente suministradas y en los flujos del Sivigila existentes. La periodicidad esperada para la notificación de cada UPGD al sistema será mensual, aun cuando los canales de comunicación se mantendrán abiertos de manera semanal.

Durante 2013 el MSPS y el INS capacitarán e informarán los momentos en los cuales se dará transito al nuevo esquema de notificación directa de RIPS-IPS-MSPS y a los modelos de uso de esta información para los niveles territoriales, priorizando inicialmente las UPGD que hicieron parte del piloto y progresivamente incrementando cobertura con IPS de Segundo y Tercer Nivel de Complejidad.

Para un desarrollo adecuado y preparación al proceso que se implementará durante 2013, las entidades territoriales deberán:

Identificar las IPS que no reportan RIPS, para informar a la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a lo dispuesto en la Resolución 951 de 2002

Hacer seguimiento a las UPGD definidas en el piloto para la notificación de RIPS.

Identificar eventos de interés en salud pública relevantes en la notificación realizada.

Desarrollar e implementar estrategias de mejoramiento de calidad de los Registros Individuales de prestación de Servicios – RIPS, que permitan integrarlos al Sistema de Gestión de la Información en Salud Pública, con el propósito de permitir disponer de información adecuada y oportuna para la toma de decisiones administrativas, la investigación y la formulación de políticas públicas.

Recomendamos realizar un Backup en la herramienta Sianiesp con la información del año 2012 y reinicializar bases de datos en esta herramienta para iniciar el año 2013.

Sianiesp es la herramienta local para consolidación, búsqueda activa y transferencia de RIPS pero no debe usarse como herramienta de almacenamiento de datos, por cuanto este almacenamiento final se logrará en SISPRO con acceso por parte de todos los usuarios a la información mediante CUBOS.

9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

1) Organización Panamericana de la Salud. Módulos de principios de epidemiología para el control de las enfermedades: MOPECE. Washington: OPS; 2001.OPS. Diagnóstico e investigación epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos. Disponible en http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroETAs/modulo6/modulo6e.html fecha de acceso. Noviembre 10 de2011
2) Instituto nacional de salud. Documento de trabajo guía para desarrollo de vigilancia comunitaria en albergues. Grupo de análisis de situación en salud
3) Decreto 3518 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones
4) Plan Nacional de Salud Pública. Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

10. ANEXOS

Anexo1. Correos electrónicos subdirección de vigilancia y control en salud pública

Grupo	Correo electrónico
Análisis de situación en salud (Asis)	asis@ins.gov.co
Sivigila	sivigila@ins.gov.co
Eventos prevenibles por vacunación	hsalas@ins.gov.co
Factores de riesgo ambiental (ETA)	eta.agua@gmail.com
Factores de riesgo ambiental (intoxicaciones)	intoxquimicas@gmail.com
Enfermedades transmitidas por vectores (ETV)	pzambrano@ins.gov.co
Zoonosis	zoonosisins@gmail.com
Enfermedades crónicas no transmisibles	crónicas.lce.ins@gmail.com, svcspcronicas@ins.gov
Infecciones de transmisión sexual	Its@ins.gov.co
Micobacterias	sfadul @ins.gov.co
Maternidad segura	sgarcia@ins.gov.co maternidadsegurains@gmail.com
Resistencia Microbiana	avillalobos@ins.gov.co
Equipo de respuesta inmediata	eri@ins.gov.co
Epidemiología aplicada	gea.institutonacionalsalud@gmail.com
vigilancia nutricional	svcspnutricionins@gmail.com vizquierdo@ins.gov.co