

# LINEAMIENTOS NACIONALES 2019

## VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA

### Estrategia basada en casos predefinidos

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
DIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA

Bogotá DC – Colombia,  
Versión 1 - 28 de diciembre del 2018

1 de 108

**Martha Lucia Ospina Martínez**  
Directora Instituto Nacional de Salud

**Franklyn Edwin Prieto**  
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

**Claudia Llerena Polo**  
Director Redes en Salud Pública (E)

Profesionales que participaron en la elaboración de los lineamientos 2019

**Grupo análisis de casos especiales**

Norma Rocío Lozano Falla  
Diana Paola Bocanegra Horta  
Jessica Alexandra Manrique Sánchez  
Helena Patricia Salas Suspes  
Deccy Magnolia González Ruje

**Equipo Sivigila**

Claudia Marcella Huguett Aragón  
Catalina Arias Caicedo  
Víctor Casallas Bedoya  
Verónica Tangarife Arredondo

**Subdirección de Prevención vigilancia y control en salud pública**

Oscar Eduardo Pacheco García

**Grupo enfermedades transmisibles**

José Orlando Castillo Pabón

**Equipo Inmunoprevenibles e Infección Respiratoria Aguda**

Luz Amparo Sastoque Díaz  
Diana Carolina Malo Sánchez  
Paola Andrea Pulido Domínguez

**Equipo enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis**

Sara Gómez Romero  
Daniela Salas Botero  
Irene Alejandra Pinilla Farías  
Angelica Rojas Bárcenas  
Nieves Agudelo Chivata  
Andrea Rodríguez Reyes  
Ricardo Andrés Caicedo

**Equipo IAAS**

Adriana Gómez Rubio  
Sandra Rivera Vargas

**Compilación y edición del documento**

Claudia Huguett Aragón

**Equipo Mycobacterias e Infecciones de transmisión sexual**

Norma Constanza Cuellar Espitia  
Amparo Liliana Sabogal Apolinar  
Santiago Fadul Pérez  
Martha Patricia López Pérez

**Grupo enfermedades no transmisibles**

Vilma Fabiola Izquierdo Charry

**Equipo crónicas**

Víctor Manuel Martínez Gómez  
Sandra Patricia Misnaza Castrillón  
Marcela Pilar Rojas

**Equipo maternidad segura**

Greace Alejandra Ávila Mellizo  
Nathaly Roza Gutiérrez  
Nubia Narváez Díaz

**Equipo vigilancia nutricional**

Giomar Sichacá Ávila  
Magda Rodríguez Paipilla

**Grupo factores de riesgo ambiental**

María Nathalia Muñoz Guerrero  
Luis Carlos Gómez Ortega  
Luisa Fernanda Soto Alegría

**Grupo de salud mental y lesiones de causa externa**

Ana María Blandón Rodríguez  
Nidia Esperanza González  
Alejandra Díaz Gómez  
Natali Paola Cortes

**Subdirección de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública**

Hernán Quijada Bonilla

**Grupo gestión del riesgo, respuesta inmediata y comunicación del riesgo**

Jorge Luis Díaz Moreno  
Javier Alberto Madero Reales  
Martha Cecilia Santos  
Ana Victoria Padilla  
Ana Cristina Suarez  
Luz Mary Velandia Nieto

## Contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>6</b>
<b>3. ALCANCE.....</b>	<b>6</b>
<b>4. RESPONSABILIDADES.....</b>	<b>6</b>
<b>5. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES .....</b>	<b>10</b>
5.1. Abreviaturas.....	10
5.2. Definiciones.....	12
<b>6. CONDICIONES GENERALES.....</b>	<b>16</b>
6.1. Marco normativo nacional.....	16
6.2. Marco normativo internacional .....	27
6.3. Talento humano .....	29
6.3.1. Equipos de respuesta inmediata. ....	29
6.3.2. Referentes de la vigilancia en salud pública de los EISP.....	30
6.4. Educación continuada.....	31
6.4.1 Certificaciones de competencia laboral .....	32
6.4.2 Curso básico en epidemiología de campo -Frontline .....	33
6.5. Gestión documental.....	34
6.6. Acompañamiento territorial .....	37
<b>7. INSUMOS REQUERIDOS.....</b>	<b>39</b>
<b>8. EQUIPOS.....</b>	<b>41</b>
<b>9. DESCRIPCIÓN .....</b>	<b>43</b>
<b>9.1. Subsistema de información .....</b>	<b>43</b>
9.1.1. Caracterización de la red de operadores.....	44
9.1.2. Aplicativo Sivigila 2018-2020.....	48
9.1.3 Notificación simplificada .....	59
9.1.4 Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basado en la web (SVEMMBW) .....	60
9.1.5 Correspondencia con otras fuentes de información.....	62
9.1.6 Creación de eventos de notificación municipal – departamental.....	63
9.1.7 Otras consideraciones de la operación del sistema.....	64
9.1.8 Estrategias de identificación de eventos de interés en salud pública.....	65

<b>9.2. Subsistema de análisis y divulgación .....</b>	<b>67</b>
9.2.1. Estrategias de análisis .....	67
<b>9.3. Subsistema de intervención .....</b>	<b>81</b>
9.3.1 Investigación de brotes .....	81
9.3.2 Análisis y evaluación del riesgo en salud pública .....	86
<b>9.4. Subsistema de evaluación .....</b>	<b>88</b>
9.4.1. Cumplimiento en la notificación .....	88
9.4.2. Desempeño de la vigilancia por evento de interés.....	90
9.4.3 Evaluación de capacidad de respuesta .....	92
<b>9.5. Requerimientos y seguimiento al incumplimiento en las responsabilidades del sistema. ....</b>	<b>93</b>
<b>9.6. Control de cambios del sistema .....</b>	<b>93</b>
<b>10. ASISTENCIA TÉCNICA Y SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS.....</b>	<b>95</b>
<b>11. NOVEDADES EN LA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA .....</b>	<b>96</b>
11.1. Recomendaciones para la intensificación de la vigilancia .....	101
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>106</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

Las acciones de Vigilancia en Salud Pública (VSP) están dirigidas a detectar, identificar y recolectar información que permita el análisis y comprensión de las situaciones en salud definidas como prioritarias para el país, las cuales están soportadas en la normatividad vigente, que define las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema.

El Instituto Nacional de Salud (INS) ha diseñado metodologías y herramientas para fortalecer la vigilancia en salud pública mediante la estandarización de acciones, la definición de procedimientos y la generación de capacidades, para garantizar su operación, en cumplimiento a una de sus funciones definidas en la normatividad.<sup>1</sup>

El INS tiene definidas sus acciones dentro del sistema, así como las correspondientes a las partes involucradas, para garantizar la ejecución del proceso de vigilancia. Las actividades que están descritas en los Lineamientos 2019 y sus documentos relacionados deben comprenderse y cumplirse en el territorio como base del funcionamiento del sistema, en su estrategia basada en casos predefinidos, y las responsabilidades y obligaciones de cada actor. El incumplimiento de estos lineamientos puede afectar la seguridad sanitaria de cada nivel territorial.

Los lineamientos para la vigilancia y control de los eventos de interés en salud pública consolidan las acciones a desarrollar en el territorio nacional, teniendo como fundamento los procesos y procedimientos que complementan las acciones definidas en los protocolos de vigilancia en salud pública para cada uno de los eventos de interés, así como la respuesta a brotes, epidemias y situaciones de emergencia en salud pública.

## 2. OBJETIVO

Definir las líneas de acción obligatorias para realizar la vigilancia basada en notificación de casos predefinidos y el análisis del riesgo de eventos de interés en salud pública (EISP) en el territorio colombiano en la vigencia 2019.

## 3. ALCANCE

Este documento define los lineamientos para realizar la vigilancia y análisis del riesgo de los eventos de interés en salud pública en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las redes integrales de atención, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las entidades adaptadas y exceptuadas. Los lineamientos se encuentran focalizados en la estrategia de vigilancia basada en casos predefinidos mediante la notificación rutinaria de eventos de interés en salud pública.

## 4. RESPONSABILIDADES

En consonancia con lo definido en la normatividad, cada uno de los actores del sistema debe desarrollar acciones con el fin de garantizar la operación de la vigilancia en salud pública, complementadas en los presentes lineamientos. Por lo tanto, respecto al cumplimiento de las directrices establecidas en estos lineamientos se definen las siguientes responsabilidades:

### Instituto Nacional de Salud

- Coordinar con el Ministerio de Salud y Protección Social, las acciones de vigilancia en salud pública a ser realizadas con las entidades territoriales de salud y otros integrantes de acuerdo con los requerimientos del Sistema;
- Implementar las recomendaciones del Ministerio de la Protección Social en lo referente a las acciones para mitigar, eliminar o controlar un evento de interés en salud pública;
- Realizar las acciones que garanticen la operación del Sistema de vigilancia en salud pública
- Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la definición de las normas técnicas y estrategias para la vigilancia en salud pública.
- Supervisar y evaluar las acciones de vigilancia en salud pública realizadas por las entidades territoriales, en las áreas de su competencia.



- Participar en la planeación, desarrollo y coordinación de los sistemas de información en salud pública, con el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales y demás entidades del sistema de salud. <sup>1,2</sup>

### Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo del INS

- Planificar, organizar y evaluar la gestión técnica administrativa de vigilancia en salud pública.
- Apoyar el desarrollo, coordinación y supervisión de los procesos sistémicos para la prevención, vigilancia y control en salud pública a nivel nacional y territorial.
- Coordinar la producción, análisis y generación de información estratégica para la toma de decisiones en salud pública. <sup>1</sup>

### Direcciones Departamentales y Distritales de salud

- Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del Sistema de vigilancia en salud pública y en el desarrollo de las acciones de vigilancia y control epidemiológico y sanitario.
- Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública de su jurisdicción.
- Cumplir y hacer cumplir en el área de su jurisdicción las normas relacionadas con el Sistema de vigilancia en salud pública y los presentes lineamientos.
- Dar aplicación al principio de complementariedad en los términos del literal e) del artículo 3° de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de los municipios o áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen. <sup>1</sup>

### Direcciones municipales de salud

- Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y el desarrollo de acciones que garanticen el flujo continuo de información de interés requerida por el sistema de Vigilancia en salud pública en su jurisdicción. <sup>1</sup>
- Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en el ámbito municipal de acuerdo con su categoría. <sup>1</sup>

### Unidades Primarias Generadoras del Dato y Unidades Informadoras

- Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás

7 de 108

procedimientos, asegurando las acciones e intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia.

- Notificar la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos y suministrar la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria, para los fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.<sup>1</sup>

#### Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

- Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con los procesos básicos de la vigilancia en sus redes de servicios, así como participar activamente en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.
- Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso.
- Estructurar, mantener actualizadas las bases de datos, analizar y utilizar la información sobre los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de la Protección Social.<sup>1</sup>

El **Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)** tiene entre sus funciones dirigir el Sistema de Vigilancia en salud Pública (SVSP), reglamentar políticas, planes programas y proyectos; reglamentar todos los aspectos relacionados con la VSP del país; entre otras.

Corresponde a la **Superintendencia Nacional de Salud**, ejercer la inspección, vigilancia y control sobre la administración de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los riesgos sistémicos, así como la supervisión de las entidades territoriales, prestadores y EAPB, en lo relacionado con el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control y la prestación de servicios de salud, de conformidad con sus competencias y en los términos señalados en la normativa vigente.<sup>3</sup>

El **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)** busca proteger y promover la salud de la población, mediante la gestión del riesgo asociada al consumo y uso de alimentos, medicamentos, dispositivos médicos y otros productos objeto de vigilancia sanitaria.<sup>1,4</sup>



La **Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres** tiene como responsabilidades, entre otras: dirigir y coordinar el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres; hacer seguimiento a su funcionamiento y efectuar propuestas para su mejora en los niveles nacional y territorial, así como la coordinación y fortalecimiento de capacidades para el conocimiento del riesgo, reducción del mismo y manejo de desastres; todo esto como parte en la mitigación de los efectos que los eventos de interés en salud pública puedan tener en la población afectada por este tipo de situaciones.<sup>5</sup>

El **Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario** tiene como responsabilidades relacionadas con el sistema de vigilancia en salud pública, entre otras: desarrollo de acciones que garanticen el derecho a la vida y la salud; contar con programas de limpieza y desinfección de áreas, programa de gestión integral de residuos, control de vectores y plagas y planes de atención y respuesta ante emergencias; garantizar, en coordinación con la USPEC, los recursos necesarios para la implementación de los diferentes procesos del Sivigila; facilitar la realización de los estudios e investigaciones que permitan conocer y analizar la situación de salud y aplicar las medidas de contención de brotes emitidas por la autoridad sanitaria en cada establecimiento.<sup>6</sup>

Las **Fuerzas Militares** y la **Policía Nacional**, adicional a las responsabilidades de vigilancia en salud pública, establecidas en el Decreto 780 de 2016 (vigente) para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, deberán Prestar el Servicio de Sanidad inherente a las Operaciones Militares y del Servicio Policial como parte de su logística Militar y además brindar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios.<sup>7</sup>

El **Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses**, tiene como responsabilidad la realización de autopsias médico-legales como procedimientos para determinar las causas de muerte, de las defunciones debidas a causas externas o aquellas que sean solicitadas por Fiscales, jueves, policía judicial, defensoría del pueblo y demás autoridades competentes en todo el territorio nacional, la realización de dichos procedimientos y la toma de muestras durante su práctica, son un insumo fundamental en la configuración de aquellas muertes atribuidas a eventos de interés en salud pública.

## 5. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES

### 5.1. Abreviaturas

APS: Atención primaria en salud  
APTR: Animal potencialmente transmisor de rabia  
BAC: Búsqueda Activa Comunitaria  
BAI: Búsqueda Activa Institucional  
BES: Boletín Epidemiológico Semanal  
CAR: Corporaciones Autónomas Regionales  
CNE: Centro Nacional de Enlace  
COE-ESP: Centro de Operaciones de Emergencia, Eventos y Epidemias en Salud Pública.  
COVE: comités de vigilancia en salud pública  
DNT: desnutrición  
DVARSP: Dirección De Vigilancia y Análisis del Riesgo En Salud Pública  
EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios.  
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda  
EISP: Eventos de Interés en Salud Pública.  
ESPIL: Emergencia en salud pública de importancia internacional  
ET: Entidades territoriales  
FRA: Factor de Riesgo Ambiental  
GFRA: Grupos de Factores de Riesgo Ambiental  
GRRICR: Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo.  
TIC: Tecnologías de Información y Comunicaciones  
IAAS: Infecciones asociadas a la atención en salud  
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
IDEAM: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales  
IEC: Investigación epidemiológica de campo  
IPS: Institución prestadora de servicios de salud  
IRA: Infección Respiratoria Aguda  
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave  
INS: Instituto Nacional de Salud  
INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos  
IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud  
IVE: Interrupción voluntaria del embarazo  
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud  
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social  
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud  
ONS: Observatorio Nacional de Salud  
OPS: Organización Panamericana de la Salud  
PAIS: Política de Atención Integral en Salud  
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública  
PND: Plan Nacional de Desarrollo  
POA: Plan Operativo Anual  
PTS: Plan Territorial de Salud  
REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud  
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud  
RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios  
RSI: Reglamento Sanitario Internacional  
RUAF: Registro Único de Afiliados a la Protección Social  
SAR: Sala de Análisis del Riesgo  
SAT: Sistema de Alerta Temprana  
SATAES: Sistema de Alerta Temprana Ambiental y Efectos en Salud  
SARA: Sala de Análisis del Riesgo Ambiental  
SCTI: Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.  
SIANIESP: Sistema de información de apoyo a la notificación e investigación de eventos de interés en salud pública.  
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud  
SVSP: Sistema de vigilancia en salud pública  
SIVIGE: Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género  
SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública  
SVEMMBW: Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basado en la web  
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos  
UI: Unidad Informadora  
UND: Unidad Notificadora Departamental o Distrital  
UNM: Unidad Notificadora Municipal  
UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos  
USPEC: Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios  
VSP: Vigilancia en Salud Pública

## 5.2. Definiciones

**Alerta:** estado que se declara con anterioridad a la manifestación de un evento peligroso, con base en el monitoreo del comportamiento del respectivo fenómeno, con el fin de que las entidades y la población involucrada activen procedimientos de acción previamente establecidos.

**Atención Primaria en Salud:** de acuerdo con la OMS es "la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país".

**Búsqueda Activa Comunitaria:** es la indagación o rastreo intencionado de casos sospechosos o probables que pueden estar ocurriendo o pudieron haberse presentado en la comunidad y que no hayan consultado a una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

**Búsqueda Activa Institucional:** es la estrategia para la detección de casos que por cualquier razón no fueron notificados o ingresados al sistema; fuente de información en salud; instrumento de control de calidad de la vigilancia de rutina.

**Brote:** es el aumento inusual en el número de casos o dos o más casos relacionados epidemiológicamente, de aparición súbita y diseminación localizada en un espacio específico.

**Centro Nacional de Enlace:** es la instancia designada por el país "*responsable de intercambiar información con la Organización Mundial de la Salud y demás organismos sanitarios internacionales, en cumplimiento de las funciones relativas a la aplicación del reglamento sanitario Internacional (2005)*", en términos de comunicación, análisis y evaluación de eventos que podrían considerarse graves en salud pública y que pueden constituirse en una emergencia de importancia nacional o internacional.

**Centro de Operaciones de Emergencia, Eventos y Epidemias en Salud Pública:** es la combinación de instalaciones, equipamiento, protocolos, procedimientos y comunicaciones que opera en una estructura organizacional común, que tiene como responsabilidad la administración de recursos para el cumplimiento de objetivos y estrategias que permitan identificar, valorar y modificar una potencial situación de emergencia en salud pública.

**Comité de Vigilancia Epidemiológica:** espacio de análisis que busca generar insumos para la toma de decisiones concretas, que lleven a acciones tendientes a controlar situaciones que ponen en riesgo la salud de la población en las diferentes escalas del territorio.

**Desastre:** es el resultado que se desencadena de la manifestación de uno o varios eventos naturales o antropogénicos no intencionales que al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en las personas, los bienes, la infraestructura, los medios de subsistencia, la prestación de servicios o los recursos ambientales, causa daños o pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales, generando una alteración intensa, grave y extendida en las condiciones normales de funcionamiento de la sociedad, que exige del Estado y del sistema nacional ejecutar acciones de respuesta a la emergencia, rehabilitación y reconstrucción (Ley 1523 de 2012).

**Emergencia en Salud Pública:** hace referencia a un evento inusitado o imprevisto que constituye un riesgo para la salud pública nacional o con riesgo de propagación internacional a otros países y que requiere de una respuesta coordinada del país o con apoyo del nivel internacional.

**Evaluación del Riesgo Ambiental:** proceso de análisis mediante el cual se determina si una amenaza o situación ambiental que compromete los componentes agua, aire, suelo o clima, pueden generar efectos potenciales en la salud de la población o pueden modificar las condiciones eco-epidemiológicas para a la presentación de eventos de interés en salud pública.

**Evento de interés en salud pública:** aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público; que, además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.

**Factor de Riesgo Ambiental:** es toda posibilidad de lesión, enfermedad o muerte como consecuencia de la exposición humana a un posible factor ambiental peligroso de tipo físico, químico o biológico (11).

**Investigación Epidemiológica de Campo:** es 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.

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Red de Vigilancia en Salud Pública: conjunto de personas, organizaciones e instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como otras organizaciones de interés distintas del sector, cuyas actividades influyen directa o indirectamente en la salud de la población, que de manera sistemática y lógica se articulan y coordinan para hacer posible el intercambio real y material de información útil para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud, así como el intercambio de experiencias, metodologías y recursos, relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública.

Reglamento Sanitario Internacional (2005): acuerdo internacional jurídicamente vinculante suscrito por 196 países, entre los que se encuentran todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La finalidad y el alcance del RSI (2005) consisten en prevenir la propagación internacional de enfermedades y proporcionar protección frente a ellas, controlarlas y darles una respuesta de salud pública, todo ello de forma proporcional a los riesgos que supongan para la salud pública y evitando interferencias innecesarias con los viajes y el comercio internacionales.

Riesgo Ambiental: está relacionado con los daños que puedan producirse por factores del entorno/ambiente, ya sean propios de la naturaleza o provocados por el ser humano. La actividad productiva, económica y la ubicación geográfica, son asuntos que pueden dejar a una persona o a un grupo de personas en una situación de riesgo ambiental (12).

Sala de Análisis del Riesgo: espacio físico o virtual para el análisis y evaluación del riesgo de amenazas en salud pública para la toma de decisiones, a nivel territorial, cuya gestión estará a cargo de las dependencias de salud pública (13).

Sala de Análisis del Riesgo Ambiental: espacio físico o virtual utilizado para realizar el análisis y evaluación del riesgo relacionados con los eventos de interés en salud pública, para la toma de decisiones.



Sistema de Alerta Temprana: conjunto de capacidades necesarias para generar y difundir información de alerta oportuna y significativa para que los individuos, las comunidades y organizaciones amenazadas por riesgo o peligro en el cual puedan prepararse y actuar adecuadamente y con tiempo suficiente para reducir la posibilidad de daño o pérdida.

Sistema de Alerta Temprana Ambiental y Efectos en Salud: conjunto de habilidades a través de las cuales se recolecta, analiza y evalúa información sobre el riesgo ambiental que se pueden generar por la incidencia de factores de riesgo ambiental en eventos de interés en salud pública, a modo que se puedan definir acciones ante alertas y de respuesta ante emergencia de forma oportuna y adecuada, para reducir posibilidad de daño o pérdida en las poblaciones expuestas (12).

Sistema de Vigilancia en Salud Pública: conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.

## 6. CONDICIONES GENERALES

Para la operación de la vigilancia en salud pública en el país, es necesario que cada nivel cumpla con sus responsabilidades, para garantizar la recolección sistemática de información de los eventos que afectan la salud de la población, y a partir de su análisis, las autoridades correspondientes definan las acciones para que sean mitigados los daños en salud en la comunidad.

Las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud deben garantizar los recursos financieros y humanos en su Plan Operativo Anual (POA), así como los mecanismos que le permitan cumplir con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de todos los eventos de notificación obligatoria en Colombia, en el marco de la normatividad vigente.

### 6.1. Marco normativo nacional

Tabla 1. Leyes relacionadas con la vigilancia en salud pública\*.

Norma	Descripción
<b>Ley 9 de 1979</b>	Código sanitario nacional Título VII: vigilancia y control epidemiológico
<b>Ley 629 de 2000</b>	Por medio de la cual se aprueba el "Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático", hecho en Kioto el 11 de diciembre de 1997.
<b>Ley 670 de 2001</b>	Por medio de la cual se desarrolla parcialmente el artículo 44 de la Constitución Política para garantizar la vida, la integridad física y la recreación del niño expuesto al riesgo por el manejo de artículos pirotécnicos o explosivos.
<b>Ley 715 de 2001</b>	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Título III: Sector salud
<b>Ley 1384 de 2010</b>	Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia
<b>Ley 1388 de 2010</b>	Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.
<b>Ley 1392 de 2010</b>	Por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores.

Norma	Descripción
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Título II: Salud pública, promoción y prevención
Ley 1523 de 2012	Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el sistema nacional de gestión del riesgo de desastres y se dictan otras disposiciones
Ley 1753 del 2015	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país" Capítulo II: Movilidad social
Ley 1616 de 2013	Por la cual se expide la ley de salud mental

\*La vigencia de la normativa, fue consultada en el Sistema Único de Información Normativa (SUIN, disponible en <http://www.suin-juriscol.gov.co>).

Tabla 2. Decretos relacionados con la vigilancia en salud pública.

Norma	Descripción
Decreto 1601 de 1984	Por el cual se reglamentan parcialmente los Títulos III, V y VII de la Ley 09 de 1979, en cuanto a sanidad portuaria y vigilancia epidemiológica en naves y vehículos terrestres.
Decreto 2257 de 1986	Por el cual se Reglamentan Parcialmente los Títulos VII y XI de la Ley 09 de 1979, en cuanto a investigación, Prevención y Control de la Zoonosis. Compilado en el Decreto 780 del 2016.
Decreto 3518 de 2006	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Compilado en el Decreto 780 del 2016.
Decreto 2323 de 2006	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones. Compilado en el Decreto 780 del 2016.
Decreto 1575 de 2007	Por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano.
Decreto 859 de 2014	Por el cual se crea la comisión intersectorial de salud pública. Compilado en el Decreto 780 del 2016.
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. <i>PARTE 8. Normas relativas a la salud pública</i> <i>Título IV: Sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas.</i> <i>Título VIII: Sistema de vigilancia en salud pública</i> - <i>Capítulo 1. Creación del Sivigila</i>

Norma	Descripción
	- <i>Capítulo 2. Red nacional de laboratorios</i>
	- <i>Capítulo 4. Víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano</i>

Tabla 3. Resoluciones relacionadas con la vigilancia en salud pública.

Norma	Descripción
<b>Resolución 1543 de 1997</b>	Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
<b>Resolución 3374 de 2000</b>	Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las EAPB sobre los servicios de salud prestados.
<b>Resolución 3384 del 2000</b>	Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000 Capítulo IV, detección de alteraciones del embarazo.
<b>Resolución 3577 de 2006</b>	Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB
<b>Resolución 3442 de 2006</b>	Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica
<b>Resolución 3990 de 2009</b>	Por la cual se conforma el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización, CNPI.
<b>Resolución 2121 de 2010</b>	Por la cual se adoptan los Patrones de Crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud, OMS, en el 2006 y 2007 para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años y se dictan otras disposiciones.
<b>Resolución 5195 de 2010</b>	Por la cual se reorganiza el Comité Asesor de Tuberculosis y se dictan otras disposiciones
<b>Resolución 2823 de 2011</b>	Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 003990 de 2009, en cuanto a la conformación del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización

<b>Norma</b>	<b>Descripción</b>
<b>Resolución 2590 de 2012</b>	Por la cual se constituye el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010.
<b>Resolución 4496 de 2012</b>	Por la cual se organiza el sistema nacional de información en cáncer y se crea el observatorio nacional de cáncer
<b>Resolución 4505 de 2012</b>	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
<b>Resolución 1383 de 2013</b>	Por el cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021.
<b>Resolución 1442 de 2013</b>	Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica - GPC para el manejo de la Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata y se dictan otras disposiciones
<b>Resolución 1841 de 2013</b>	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
<b>Resolución 2338 de 2013</b>	Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS.
<b>Resolución 418 de 2014</b>	Por la cual se adopta la ruta atención de niños y niñas con presunción o diagnóstico de leucemia en Colombia.
<b>Resolución 518 de 2015</b>	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).
<b>Resolución 2048 de 2015</b>	Por la cual se actualiza el listado de enfermedades huérfanas y se define el número con el cual se identifica cada una de ellas en el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas.
<b>Resolución 1536 del 2015</b>	Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, estableciendo las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal.



<b>Norma</b>	<b>Descripción</b>
<b>Resolución 5159 del 2015</b>	Por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC
<b>Resolución 1619 de 2015</b>	Por el cual se establece el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de la Calidad
<b>Resolución 256 de 2016</b>	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud
<b>Resolución 429 de 2016</b>	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.
<b>Resolución 2465 de 2016</b>	Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones
<b>Resolución 3202 de 2016</b>	Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones.
<b>Resolución 3595 de 2016</b>	Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015, la cual adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC
<b>Resolución 1692 de 2017</b>	Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos para la Hepatitis C crónica y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con dicha patología y se dictan otras disposiciones. Artículo 6°. Distribución y entrega de medicamentos
<b>Resolución 1487 de 2018</b>	Por la cual se proroga la emergencia sanitaria declarada mediante la Resolución 1302 de 2014, prorrogada por la Resolución 1209 de 2017



Norma	Descripción
<b>Resolución 3280 de 2018</b>	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación

Tabla 4. Planes de salud pública relacionados con la vigilancia en salud pública.

Norma	Descripción
<b>Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú</b>	El Plan Decenal de Salud Pública es la ruta trazada para 10 años, por los ciudadanos, ciudadanas, expertos y el gobierno nacional, para converger el desarrollo social, económico y humano de nuestro país, en respuesta a la Ley 1438 de 2011.
<b>Plan Decenal para el control del cáncer 2012-2021</b>	Modelo conceptual que orienta y organiza el quehacer y las actividades para el control del cáncer en el país.
<b>Plan de acción nacional e intersectorial para la prevención, vigilancia y control de algunas zoonosis y manejo del accidente ofídico en Colombia (PANIZOO)</b>	Corresponde a los eventos de interés en la salud humana y animal: rabia, leptospirosis, encefalitis equina venezolana y del Este, enfermedades endo y ectoparasitarias y accidente ofídico. Propone estrategias de vigilancia activa.
<b>Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y Hepatitis B y C, Colombia 2018 - 2021</b>	Plan para la aceleración de los mecanismos de mitigación del riesgo de exposición, la detección temprana y la atención integral de las personas en el reconocimiento de sus individualidades y de las condiciones diferenciales que permiten la conformación de los grupos prioritarios para focalizarla respuesta.
<b>Plan estratégico nacional de control de la lepra (enfermedad de Hansen) 2016-2025</b>	Considera como objetivo estratégico “Ejecutar efectivamente acciones de Investigación, Vigilancia y Control por parte de las entidades responsables de la eliminación de la lepra”
<b>Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis”.</b> <b>Colombia 2016-2025</b>	El plan establece la necesidad de Realizar los análisis de situación en tuberculosis en los departamentos, distritos y municipios de categoría 1, así como en las EAPB
<b>Plan de intensificación para la eliminación de la sífilis congénita 2014-2021</b>	Establece como línea estratégica: “Establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación que permitan tomar decisiones oportunas”

Norma	Descripción
<b>Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018. Colombia, 2015</b>	Directriz técnica para orientar el proceso de planeación, organización, gestión, seguimiento y evaluación, del plan de sincronización global, para el cambio en la utilización de la vacuna trivalente oral VOPt- a la vacuna Bivalente oral- VOPb, conocido mundialmente como switch, proyectado a realizarse en Colombia, el 1 de mayo de 2016.

Tabla 5. Normas de competencia laboral para la vigilancia en salud pública.

Norma	Descripción
<b>N.C.L A.3.4</b>	Sistematizar la información V.S.P. de acuerdo con los lineamientos y los requerimientos del ente administrativo y rector
<b>N.C.L A.3.2</b>	Determinar la presencia de eventos de interés en salud pública a partir de las definiciones de casos de salud pública.

Tabla 6. Documentos CONPES relacionados con la vigilancia en salud pública.

Norma	Descripción
<b>CONPES 3344 de 2005</b>	Lineamientos para la formulación de la política de prevención y control de la contaminación del aire.
<b>CONPES 3550 de 2008</b>	Lineamientos para la formulación de la política integral de Salud ambiental Con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de Agua y seguridad química.
<b>CONPES 3676 de 2010</b>	Consolidación de la política sanitaria y de inocuidad para las cadenas láctea y cárnica.
<b>CONPES 3700 de 2011</b>	Estrategia Institucional para la Articulación de Políticas y Acciones en Materia de Cambio Climático en Colombia
<b>CONPES 155 de 2012</b>	Política farmacéutica nacional
<b>CONPES 3920 de 2018</b>	Política nacional de explotación de datos (Big data)
<b>CONPES 3918 de 2018</b>	Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia

Tabla 7. Circulares para la vigilancia en salud pública.

<b>Norma</b>	<b>Descripción</b>
<b>Circular externa MSPS 0045/2012</b>	Implementación de la estrategia de Vigilancia en Salud Pública de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud-IAAS Resistencia y Consumo de Antimicrobianos
<b>Circular externa MSPS 0039/2014</b>	Determinación de las metas de adaptación al cambio climático en el marco del plan decenal de salud pública PDSP 2012-2021 (Resolución 1841 de 2013)
<b>Circular externa conjunta MSPS - UNGRD 0040/2014</b>	Participación del sector salud en los procesos de gestión del riesgo de desastres
<b>Circular externa MSPS 09/2015</b>	Recomendaciones ante la introducción del virus chikunguña en el territorio nacional.
<b>Circular externa INS 0014/2016</b>	Vigilancia de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años.
<b>Circular externa 021/2016 INS</b>	Fortalecimiento de acciones frente al uso de plaguicidas de uso agrícola en entornos domiciliarios.
<b>Circular externa 022/2017 INS</b>	Intensificación de la vigilancia de enfermedades huérfanas en especial del Síndrome del Guillain Barré.
<b>Circular externa 0025/2016 INS</b>	Fortalecimiento de la Vigilancia y Control de Leptospirosis.
<b>Circular externa 0040/2016 INS</b>	Vigilancia epidemiológica intensificada para Difteria en departamentos fronterizos con Venezuela.
<b>Circular externa 004/2017 INS</b>	Lineamientos epidemiológicos y de laboratorio en la vigilancia de IRAG inusitado ante un caso sospechoso por nuevos virus con potencial pandémico
<b>Circular externa 005/2017 INS</b>	Nuevo sistema para reporte de atenciones en salud de accidentes de tránsito
<b>Circular externa 008/2017 INS</b>	Inclusión de Nuevos Operadores que pueden captar Enfermedades Huérfanas-raras al sistema de vigilancia en salud pública.
<b>Circular externa 009/2017 INS</b>	Reporte de enfermedades huérfanas-raras al Sivigila
<b>Circular externa 0018/2017 MSPS</b>	Directrices para el control de la Fiebre Amarilla y exigencia de certificación internacional o carné nacional de vacunación.
<b>Circular externa 0019/2017 INS</b>	Priorización de la contratación y vinculación del personal necesario para garantizar la vigilancia en salud pública, la investigación de brotes y las unidades de análisis.

Norma	Descripción
<b>Circular externa 0020/2017 INS</b>	Ajuste en la definición operativa de caso de la mortalidad perinatal y neonatal tardía y en el porcentaje de análisis individual.
<b>Circular externa 0021/2017 INS</b>	Intensificación de las acciones de Vigilancia en Salud Pública para Sarampión y Rubéola y la identificación de casos sospechosos ante la alerta de la Organización Panamericana de la Salud.
<b>Circular externa 0025/2017 INS</b>	Fortalecimiento de las acciones de vigilancia, control de brotes y prevención de nuevos casos de infecciones invasivas causadas por la levadura multi-resistente, <i>Cándida auris</i> , dando alcance a la alerta emitida en septiembre de 2016.
<b>Circular externa 0025/2017 MSPS</b>	Fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública para responder a la situación de migración de la población proveniente de Venezuela.
<b>Circular externa 006/2018 MSPS</b>	Instrucciones permanentes prevención, atención y vigilancia y control para evitar la introducción o aparición de casos de sarampión y rubéola en el país y acciones de sanidad portuaria.
<b>Circular externa 012/2018 INS</b>	Obligatoriedad de notificación universal de enfermedades huérfanas raras, cáncer en menores de 18 años, defectos congénitos y VIH.
<b>Circular externa 0017/2018 MSPS</b>	Instrucciones de prevención, atención, vigilancia y control de la difteria en el país.
<b>Circular externa 0021/2018 INS</b>	Fortalecimiento de la vigilancia de Parálisis Flácida Aguda en el país.
<b>Circular externa 0027/2018 MSPS</b>	Directrices para el fortalecimiento de las acciones de prevención, vigilancia, atención y control de cólera.
<b>Circular externa 0030/2018 MSPS</b>	Instrucciones para la comunicación de eventos que pueden convertirse en probables Emergencias en Salud Pública de Interés Nacional (ESPIN) o Emergencias en Salud Pública de Interés Internacional (ESP II), en el marco del Reglamento Sanitario internacional - RSI (2005), al Centro Nacional de Enlace (CNE).
<b>Circular externa 0031/2018 INS</b>	Intensificación de las acciones para la prevención, atención y el control de la Infección Respiratoria Aguda IRA
<b>Circular externa 0043/2018 INS</b>	Fortalecimiento de la vigilancia de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> por laboratorio

Tabla 8. Guías y lineamientos relacionados con la vigilancia en salud pública.

Norma	Descripción
<b>GUÍAS Y LINEAMIENTOS</b>	
<b>Guía de Vigilancia Entomológica y Control de Malaria 2010.</b>	Gestión para la vigilancia entomológica y control de la transmisión de malaria
<b>Guía clínica malaria 2010.</b>	Guía para Atención Clínica Integral del paciente con malaria
<b>Guía clínica de leishmaniasis 2010.</b>	Guía para Atención Clínica Integral del paciente con Leishmaniasis
<b>Guía práctica para la atención integral de personas agredidas por un animal potencialmente transmisor de rabia.</b>	Dirigido al personal de salud, que tiene la responsabilidad de atender a las personas con lesiones ocasionadas por perros, gatos y otros animales domésticos o silvestres, para elegir eficiente y oportunamente la conducta a seguir con el paciente.
<b>Guía del sistema de información y vigilancia epidemiológica de las encefalitis equinas en Colombia.</b>	Se contemplan las Encefalitis equina venezolana, Encefalitis equina del oeste, Encefalitis equina del este y Encefalitis del Nilo occidental
<b>Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niños y niñas menores de 13 años</b>	Hace recomendaciones para el diagnóstico, la valoración inicial, el manejo y el seguimiento de niños y niñas menores de 13 años, con infección por VIH/Sida, en diferentes niveles de atención nacional.
<b>Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niños y niñas (mayores de 13 años) y adultos 2014</b>	Hace recomendaciones para el diagnóstico, la valoración inicial, el manejo y el seguimiento de personas con 13 años o más (incluidas gestantes), con infección por VIH/Sida, en diferentes niveles de atención nacional.
<b>Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B Crónica Adopción 2016.</b>	Orientada a la prevención, cuidado y tratamiento de personas con el virus de la hepatitis B crónica (VHB) – definida como la persistencia del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) durante seis meses o más.
<b>Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.</b>	Se establecen a las acciones de detección temprana, manejo inicial de la sífilis gestacional, como también acciones de prevención de la reinfección, seguimiento y referencia. Incluye además acciones de prevención de la sífilis congénita, así como la notificación y reporte de los casos probables y confirmados de sífilis gestacional ante las instancias pertinentes.



Norma	Descripción
<b>Guía de práctica clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C 2016.</b>	Proporcionar un marco para el desarrollo o fortalecimiento de los programas de tratamiento de la Hepatitis C en los países de bajos y medianos ingresos.
<b>Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.</b>	Brinda recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales, recopila las prácticas disponibles en la literatura médica, cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos.
<b>Guía de práctica clínica (GPC) Detección de anomalías congénitas en el recién nacido</b>	Las recomendaciones cubren aspectos involucrados en la detección clínica y paraclínica de anomalías congénitas en recién nacidos durante su atención en sala de partos, servicio de hospitalización conjunta post-parto madre-hijo, y unidad de recién nacidos de nivel I, II, III.t
<b>Guía de práctica clínica (GPC) Complicaciones del embarazo, parto o puerperio.</b>	Dirigida al personal clínico asistencial que brinda cuidados a mujeres en la prevención, detección temprana y atención de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio, en los diferentes niveles de atención en salud.
<b>Lineamiento táctico y operativo de la estrategia de gestión integrada para las enfermedades transmitidas por vectores (EGI-ETV) a nivel territorial 2017</b>	Metodología para la elaboración de manera conjunta y articulada con el grupo funcional territorial de la de la Estrategia de 12 Gestión Integrada para la Vigilancia, Promoción, Prevención y Control de las ETV y las zoonosis, EGI-ETV Zoonosis.
<b>Lineamiento para la atención clínica integral de leishmaniasis en Colombia, abril de 2018.</b>	Conjunto de recomendaciones para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención, opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas respecto de la Leishmaniasis.
<b>Lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza, junio de 2018.</b>	Definir los lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de la influenza
<b>Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad</b>	Lineamiento de manejo integrado de la desnutrición aguda que busca proveer una herramienta de apoyo a los trabajadores de salud en la adecuada identificación, tratamiento y seguimiento de la desnutrición aguda moderada y severa.



## 6.2. Marco normativo internacional

Tabla 9. Normatividad internacional, para la vigilancia en salud pública.

Norma	Descripción
<b>Iniciativa Salud Pública de las Américas 1999</b>	Su propósito es el de desarrollar un concepto común de la salud pública y de sus funciones esenciales en la Región de las Américas.
<b>Protocolo de Kioto 1997</b>	Por medio de la cual se aprueba el "Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático", hecho en Kioto el 11 de diciembre de 1997.
<b>Funciones esenciales de salud pública (FESP) 2000</b>	FESP 2. Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud.
<b>Reglamento sanitario internacional 2005</b>	El alcance es prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.
<b>Objetivos de desarrollo sostenible 2015, agenda 2030</b>	Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
<b>Directrices para la vigilancia de la farmacoresistencia en la tuberculosis - 5ª edición</b>	Este documento tiene en cuenta los adelantos recientes en diagnósticos de laboratorio y las subsecuentes recomendaciones de la OMS.
<b>Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023</b>	Corresponde a la hoja de ruta concreta, con líneas estratégicas de acción, objetivos e indicadores, a fin de evitar el restablecimiento de la transmisión endémica de los virus del sarampión y la rubéola en cualquiera de los países de nuestra Región.
<b>Estrategia y el Plan de Acción para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita fueron aprobados en el 2010 mediante la resolución CD50.R12 del 50</b>	Estableció para el 2015 las metas de eliminación de transmisión materno infantil (TMI) del VIH y de la sífilis congénita. Este documento informa sobre el progreso hacia las metas de eliminación entre el 2010 y el 2014.

Norma	Descripción
<p><b>Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018</b></p>	<p>En el Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 se prevé la erradicación de todo tipo de poliomielitis, ya sea causada por polio virus salvajes o por polio virus circulantes de origen vacunal, y a la vez se planea utilizar el armazón de las actividades antipoliomielíticas para prestar otros servicios de salud a los niños más vulnerables del mundo.</p>
<p><b>Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019</b></p>	<p>En este plan se proponen acciones para la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y los Estados Miembros en relación con las ENT, teniendo en cuenta las iniciativas, los contextos y los logros regionales y subregionales, y siguiendo la cronología del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.</p>
<p><b>Plan de Acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas 2017-2022</b></p>	<p>Instrumento que consolida las principales líneas de acciones para fortalecer la vigilancia y control de la enfermedad en la región.</p>
<p><b>Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022</b></p>	<p>Considerandos para la prevención, la eliminación, el control ampliado, y el monitoreo y la vigilancia posteriores a la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en la Región son posibles en cada país y territorio en el futuro previsible.</p>
<p><b>Estrategia mundial para la lepra 2016 – 2020</b></p>	<p>La estrategia mundial aborda el marco conceptual; el manual operativo, los procedimientos para propiciar el cambio; y la guía de monitoreo y evaluación, los procedimientos para medir los avances, al tiempo que proporciona orientación para señalar las necesidades de mejora en la lucha contra la lepra en todos los niveles.</p>
<p><b>Marco para la eliminación de la malaria, Organización Panamericana de la Salud, 2017.</b></p>	<p>Este documento tiene como finalidad orientar sobre las herramientas, actividades y estrategias necesarias para lograr la interrupción de la transmisión y prevenir el restablecimiento de la enfermedad en todos los países, independientemente de la intensidad de transmisión, para adaptarlas localmente en los planes estratégicos nacionales de eliminación.</p>
<p><b>Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030</b></p>	<p>Establece Tomar la vigilancia del paludismo como una intervención Básica. Requiere el seguimiento del IPA como indicador clave de seguimiento de la estrategia.</p>

### 6.3. Talento humano

Para la operación del sistema de vigilancia, los profesionales o técnicos a cargo o contratados para la operación del sistema deben estar certificados en las normas de competencia laboral en epidemiología, salud pública, sistemas de información o en vigilancia en salud pública (ver Tabla 5). Cada entidad territorial debe garantizar la continuidad de los procesos de vigilancia, de manera ininterrumpida, durante todas las semanas epidemiológicas del año.

**Las ET deben garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del SVSP y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública, en su jurisdicción.**

Este talento humano debe asegurar la continuidad del control de calidad y el análisis de la información recolectada, la respuesta a emergencias en salud pública ante casos de EISP, brotes y epidemias y el monitoreo y reporte de situaciones de salud. La continuidad de este personal permite promover la seguridad sanitaria de los habitantes de un territorio de acuerdo con las delegaciones normativas en cada nivel (Circular externa 019 de 2017).

#### 6.3.1. Equipos de respuesta inmediata.

Las Secretarías Departamentales y Distritales de salud deberán conformar, tener disponible y desplegar los equipos de respuesta inmediata ante la presentación de alertas, brotes, epidemias o potenciales ESPII, preferiblemente mediante acto administrativo y en concordancia con sus procesos de gestión de la calidad. El primer respondiente ante una situación de este tipo es el nivel municipal en articulación y concurrencia con el nivel departamental, cuya disponibilidad deberá ser 24 horas por 7 días (24/7).

En algunos casos, la secretaría departamental puede promover la conformación de los equipos de respuesta inmediata en el nivel municipal, en especial aquellos de categorías especial, I, II y III. Algunos municipios (categorías IV, V y VI) tendrán una menor capacidad de respuesta, situación en la cual, el departamento concurre como primer respondiente.

El INS acompañará la respuesta territorial de acuerdo con la valoración del riesgo en el contexto de la vigilancia del evento de interés en salud pública que realiza la Sala de Análisis del Riesgo y Centro de Operaciones de Emergencias (COE-ESP). Ver capítulo 9.3.

Los departamentos y distritos deben mantener este equipo de respuesta inmediata para la atención de brotes y situaciones de emergencia en salud pública. Los equipos pueden conformarse con profesionales de otras dependencias de la institución que tengan competencias en epidemiología o salud pública, por ejemplo, de los Centros Reguladores de Urgencias, de Promoción y Prevención, de Salud Pública, de Programas, de las Dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, entre otras. Estos equipos deben ser interdisciplinarios, incluyendo los profesionales de vigilancia en salud pública, salud ambiental, laboratorio de salud pública, comunicación del riesgo y centros reguladores de urgencias y emergencias, entre otros. Estos equipos deben contar con profesionales médicos para la valoración integral de los casos.

Las secretarías departamentales y distritales de salud tendrán un profesional responsable del mecanismo de respuesta inmediata (que puede ser el mismo para el CNE), quien será el punto de contacto con el Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo, responsable de este proceso en el INS.

Enviar la estructura de los equipos de respuesta inmediata departamentales o distritales y los datos completos del profesional responsable del mecanismo de respuesta inmediata a la dirección electrónica [eri@ins.gov.co](mailto:eri@ins.gov.co) antes del 15 de enero de 2019 (en caso de contar con acto administrativo, adjuntarlo). Si se realizaran cambios en el equipo o en el profesional responsable, debe informarse inmediatamente. Anexo 1. Talento humano

### 6.3.2. Referentes de la vigilancia en salud pública de los EISP.

Las entidades territoriales, en especial las departamentales y distritales, deben asegurar la continuidad de la prestación del servicio de vigilancia en salud pública de los siguientes grupos de eventos:

- Enfermedades transmitidas por vectores (ETV)
- Infecciones respiratorias
- Zoonosis
- Infecciones de transmisión sexual
- Enfermedades prevenidas por vacunas
- Enfermedades crónicas no transmisibles
- Maternidad segura
- Lesiones de causa externa
- Nutrición

Es necesario que cada entidad territorial garantice la infraestructura y el talento humano para la gestión del sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública, en su jurisdicción (Dto. 780 de 2016). Deberá tener en cuenta la magnitud y características de su población para cubrir las actividades de vigilancia en salud pública – Circular externa 0019/2017 INS

El 15 de enero de 2019, la secretaria departamental o distrital de salud debe enviar el listado de talento humano disponible para cada grupo de eventos de vigilancia en salud pública al correo [lineamientosins@ins.gov.co](mailto:lineamientosins@ins.gov.co). Anexo 1. Talento humano

#### 6.4. Educación continuada

El talento humano, tanto el responsable de la operación del sistema como el equipo de salud que atiende a los usuarios en las Redes Integrales de Atención en el Modelo Integral de Atención en Salud requiere de capacitación continua sobre estos lineamientos, los protocolos de vigilancia en salud pública, los procedimientos de laboratorio, las acciones individuales y la comunicación del riesgo. Las entidades territoriales departamentales deben realizar las capacitaciones en estos temas al personal de los municipios, convocando a la red pública, privada, mixta y especial. Las EAPB deben complementar las actividades de capacitación que realizan las entidades territoriales para mantener actualizado al personal en los protocolos de vigilancia, para sus redes integrales o integradas de atención.

El nivel departamental debe garantizar procesos de inducción en los eventos de interés en salud pública a los nuevos contratistas o profesionales de salud que trabajarán en la implementación de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública y los Planes de Intervenciones Colectivas, así como de los profesionales que realizarán el servicio social obligatorio en su territorio y demás profesionales de responsables de la vigilancia en salud pública. Durante los procesos de asistencia técnica nacional se verificará el cumplimiento de estas actividades.

Las Unidades Primarias Generadoras de Datos que correspondan a hospitales universitarios, hospitales de alta complejidad u hospitales de referencia deben asegurar la capacitación de su personal en los protocolos de vigilancia en salud pública.



#### 6.4.1 Certificaciones de competencia laboral

El proceso de certificación de competencia laboral hace referencia a las actividades por las que un organismo de certificación expide la decisión de certificación a las personas que se desempeñan en vigilancia en salud pública. El INS es la única institución que certifica a los profesionales y técnicos de salud en los siguientes esquemas de certificación:

- Sistematizar la información de interés en salud pública de acuerdo con lineamientos y requerimientos de la autoridad sanitaria.
- Establecer la presencia de eventos de salud pública según normativa nacional.

El objetivo es garantizar que, el talento humano que trabaja en vigilancia en salud pública cumpla con los requisitos de conocimiento, desempeño y producto, establecidos en las normas de competencia laboral en salud pública con el fin de mejorar los procesos de calidad y oportunidad de la notificación al sistema de vigilancia en salud pública.

Las secretarías de salud deben garantizar y exigir que su personal esté certificado en las competencias de vigilancia en salud pública.

En el proceso, el profesional que tiene más de doce (12) meses de experiencia en vigilancia en salud pública, que va a certificarse, debe cumplir las evaluaciones dirigidas por examinadores calificados. El INS realiza la auditoría y la certificación final de ese profesional. El proceso de certificación tiene una duración de cuatro días.

La entidad territorial, puede solicitar al INS apoyo para este proceso, que incluye la formación de profesionales de planta de su institución como examinadores, y el proceso de auditoría. La entidad territorial debe aportar el tiempo persona para la certificación de sus profesionales de planta como examinadores, la gestión de los gastos de desplazamiento de los profesionales candidatos a certificación y la logística del evento de cuatro días, que incluye servicio de internet y computadores.

La Entidad Territorial debe enviar una solicitud escrita a la oficina de Grupo de Talento Humano del Instituto Nacional de Salud, manifestando el interés de certificar al personal y los aportes que realizará para este fin.



#### 6.4.2 Curso básico en epidemiología de campo -Frontline

El Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (*Field Epidemiology Training Program – FETP*) del INS, adscrito a la Red de Programas de Entrenamiento en Epidemiología y de Intervenciones de Salud Pública (*Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network –TEPHINET*) capacita para fortalecer el talento humano en la vigilancia en salud pública en el país.

El curso básico en epidemiología de campo -Frontline tiene como objetivo promover habilidades de análisis epidemiológico a los profesionales y técnicos de la salud pública, la epidemiología o la auditoría del nivel local (municipal, de instituciones de salud y EAPB) para mejorar y fortalecer la respuesta a la vigilancia de eventos de importancia en salud pública o interés internacional, mediante el desarrollo de competencias para el análisis y la comunicación adecuada de la información de vigilancia en salud pública, para los tomadores de decisiones.

El curso tiene una duración de 12 semanas, tres de ellas presenciales (una por mes). En las otras nueve semanas, el profesional en entrenamiento desarrolla productos de trabajo de campo en sus sitios de trabajo (entrenamiento en servicio).

Las Entidades Territoriales pueden acceder a cursos *Frontline* manifestando mediante comunicación escrita al grupo de Formación del Talento Humano en Salud Pública, el interés de realizar el curso. En su comunicación, la Entidad Territorial debe garantizar la logística necesaria: salón con mesas de trabajo, computadores, impresión de material de apoyo para tutores y participantes (tres libros en total por participante), alimentación, asegurar la presencialidad de los estudiantes durante el curso, disponer de personal preferiblemente de planta que se capacitarán en Bogotá y se desempeñarán como tutores en la entidad territorial.

Los tutores seleccionados para adelantar el entrenamiento preferentemente deben ser personal de planta, con postgrado en epidemiología o salud pública o, garantizar experiencia en vigilancia en salud pública. La disponibilidad de tutores permitirá desarrollar nuevas cohortes directamente por la entidad territorial, con la auditoría del INS.

El Instituto Nacional de Salud acompañará de manera permanente con la asesoría, planeación y desarrollo del curso, suministro de material para imprimir y tutores para el entrenamiento a nuevos tutores.

## 6.5. Gestión documental

Las entidades territoriales deben asegurar que los actores del sistema de vigilancia ubiquen, identifiquen, conozcan y usen los siguientes documentos:

- Protocolos de vigilancia de eventos de interés en salud pública: documentos que estandarizan la identificación, la confirmación y el desarrollo de acciones individuales y colectivas ante la presentación de casos de dichos eventos. Los protocolos han sido ajustados, para el periodo 2018-2020.
- Fichas de notificación: son los registros físicos utilizados para recolectar de manera estandarizada la información mínima de los casos de eventos de interés en salud pública. Estas fichas contienen la información a ser ingresada en la herramienta del sistema de información (aplicativo Sivigila). Para la notificación individual existen dos clases, las fichas de datos básicos que es común a todos los eventos y la ficha de datos complementarios que es específica para cada evento. Para la notificación colectiva existen fichas específicas para infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, enfermedad transmitida por alimentos, infecciones asociadas a dispositivos, infecciones del sitio operativo y consumo de antibióticos.
- Manuales, guías y procedimientos para obtención, toma, envío y procesamientos de muestras de laboratorio para eventos de interés en salud pública: son documentos técnicos, elaborados por el Instituto Nacional de Salud (INS), quien como autoridad científico técnica nacional en salud, tiene la responsabilidad de actuar como laboratorio de referencia nacional y coordinar técnicamente la red nacional de laboratorios de salud pública, busca estandarizar y garantizar la calidad, eficiencia y eficacia de los procedimientos diagnósticos de laboratorio que apoyan la vigilancia y control en salud pública.
- Fichas especiales: en esta categoría se encuentran los registros para apoyar el proceso de vigilancia, aquí se encuentra las fichas de solicitud de laboratorios (también llamadas “cara C”), ficha de vigilancia de la rabia por laboratorio y ficha de rabia animal.
- Fichas de caracterización: son instrumentos que describen las características de las UPGD y UI, que contienen los datos de capacidad instalada de las entidades que ingresan al sistema de vigilancia y otra ficha específica para aquellas entidades que notifican Infecciones Asociadas a la

atención en salud, la cuales contienen variables específicas para la notificación de estos eventos.

- Manual de Búsqueda Activa Institucional: que implementa la metodología mediante la fuente de información RIPS de acuerdo con criterios establecidos, incluye anexo con la matriz para sistematizar los resultados de la búsqueda.
- Manual para la realización de unidades de análisis de caso: en el cual se realiza el análisis de los casos de eventos de interés en salud pública priorizados, de manera individual o colectiva, para su clasificación final y la identificación de los factores relacionados con su ocurrencia.
- Manual investigación de brotes: el cual define la metodología para llevar a cabo la investigación de brotes y emergencias de los eventos de interés en salud pública.
- Manual de notificación de EISP por RIPS: por medio del cual se define la metodología para la notificación de los EISP con base a la fuente de información RIPS.
- Manual del usuario aplicativo Sivigila: cuya finalidad es disponer de una guía práctica y sencilla para que los funcionarios responsables de los procedimientos del subsistema de información en salud pública estén en capacidad de operar el sistema aplicativo Sivigila escritorio, diseñado para facilitar el procesamiento, reporte y análisis de los datos generados por las fichas de notificación de los casos de eventos objeto de vigilancia y control en salud pública.
- Manual portal Sivigila: cuyo contenido orienta al usuario en el manejo del portal con el fin de facilitar el procesamiento y consolidación de la información generada por cada uno de los actores del sistema para la notificación de estos dentro del flujo semanal y notificación inmediata.
- Manual para la vigilancia de las intoxicaciones por sustancias químicas: cuyo contenido orienta la identificación de toxidromes de acuerdo con el tiempo, vía de exposición y a los grupos de sustancias químicas (plaguicidas, medicamentos, metanol, sustancias psicoactivas, metales, gases y otras sustancias químicas) vigiladas en el país.

- Modelo metodológico y operativo de gestión de riesgos ambientales para la definición de alertas tempranas en salud pública: cuyo contenido orienta el análisis y evaluación de las situaciones y amenazas ambientales relacionados con eventos de interés en salud pública.
- Manual del usuario SVEMMBW: es la guía práctica para que los funcionarios responsables de los procedimientos del subsistema de información en salud pública específico para la muerte materna estén en capacidad de operar el aplicativo web y los siete módulos que lo componen.
- Guía de análisis integrado de la mortalidad materna basado en la web: documento que busca orientar a los diferentes actores del SGSSS a la evaluación y clasificación de las muertes maternas a través del análisis de la información disponible en el Sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad materna basado en la web (SVEMMBW).
- Instrumento de autopsia verbal: documento guía para la evaluación de una muerte materna cuando no se tenga información o esta se incompleta en las otras fuentes de información.
- Instrumento de entrevista familiar: es una actividad extramural realizada por un profesional con experiencia en su manejo técnico y en el abordaje del duelo familiar en toda muerte materna.
- Instructivo de Sala de Análisis del Riesgo: en el cual se establecen las actividades de implementación de la Sala de Análisis de Riesgos - SAR en salud pública del Instituto Nacional de Salud – INS, que permita un adecuado manejo de la información y elaborar las recomendaciones de seguimiento de las acciones en salud pública a nivel local y departamental.
- Documento de detecciones de comportamientos inusuales de defectos congénitos: describe un modelo de monitoreo de comportamientos inusuales o conglomerados de defectos congénitos para identificar incrementos en la frecuencia del evento en comparación con el número de casos esperados para un territorio en un periodo determinado.
- Manual de brotes de IAAS: documento de apoyo para abordaje integral del brote de infecciones asociadas a la atención de salud, de manera que se controle de manera oportuna. Tiene dos anexos, el primero es la matriz de caracterización de brotes en el ámbito hospitalario que consolida la

información de tiempo, lugar y persona requerida para el análisis y el segundo hace referencia a los aspectos que se deben considerar en los informes de 24 y 72 horas y el informe final de la investigación del brote.

- Documentos de ETA: documentos de apoyo para la configuración y atención de brotes, los cuales incluyen i) tabla resumen de variables para caracterizar el brote (enfermedad, agente, incubación, signos y síntomas, alimentos, especímenes, factores contribuyentes), ii) encuesta a consumidores, iii) formato de investigación de brotes y iv) manual de brotes.
- Documento del sistema de alertas tempranas para enfermedades transmisibles: documento para fortalecer las capacidades del sistema de alerta temprana en salud pública para la identificación y valoración del riesgo en los niveles local, territorial y nacional, que permita implementar una respuesta oportuna y adecuada de enfermedades transmisibles.
- Documento del sistema de alertas tempranas para enfermedades no transmisibles: documento para fortalecer las capacidades del sistema de alerta temprana en salud pública para la identificación y valoración del riesgo individual, que permita implementar una respuesta oportuna y adecuada antes la presencia de enfermedades no transmisibles.

## 6.6. Acompañamiento territorial

Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales deben desarrollar actividades de asistencia técnica, asesoría, control o seguimiento al cumplimiento de los protocolos, lineamientos y manuales de vigilancia en salud pública, el diligenciamiento de las fichas correspondientes, la recolección de muestras y la realización de las pruebas de laboratorios de su competencia, la investigación de campo, la búsqueda activa institucional, la notificación negativa, el uso correcto del sistema de información (aplicativo Sivigila) y de los procesos de análisis y divulgación de la información. Las entidades deben contar con un plan de actividades que se pueda verificar durante los procesos de asistencia técnica del nivel nacional.

Las entidades territoriales deben realizar seguimiento a las acciones de vigilancia desarrolladas en sus territorios, mediante los indicadores descritos en los protocolos de vigilancia en salud pública u otras herramientas dispuestas para tal fin, por medio de las cuales se examinará el proceso en sus territorios y se determinarán acciones que minimicen el impacto del incumplimiento que se pueda presentar. La base de



este proceso debe ser el informe departamental de retroalimentación del sistema de vigilancia y su análisis en el nivel municipal. Dichas acciones serán realizadas por las entidades territoriales dando cumplimiento a sus obligaciones definidas en la normatividad vigente.

La entidad territorial departamental o distrital debe integrar al laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del sistema en su jurisdicción, en consonancia con los lineamientos definidos por la Red Nacional de Laboratorios y el MSPS.

## 7. INSUMOS REQUERIDOS

En el marco del Decreto 780 del 2016 y del MIAS, se debe garantizar la toma de muestra y realización de pruebas o cualquier proceso, que pretenda determinar en un paciente la presencia de eventos de interés en salud pública, necropsias y valoraciones especializadas a las que haya lugar (por ejemplo, seguimiento neurológico en PFA), cuyos resultados serán útiles tanto para la notificación como para el ajuste de casos previamente reportados en el sistema de vigilancia en salud pública.

Los laboratorios departamentales y el distrital deben asegurar la oferta de pruebas de laboratorio de eventos de interés en salud pública, de acuerdo con los lineamientos definidos por la Dirección de Redes en Salud Pública del INS y de la normatividad vigente.

El MIAS establece las estrategias y mecanismos por medio de los cuales se realizará una prestación de servicios de salud integral que responda a las prioridades en salud colectivas e individuales de la población. La utilización de metodologías definidas que articulan intervenciones se convierte en una herramienta básica para cumplir las funciones definidas, garantizando la utilización de instrumentos estandarizados establecidos en las RIAS basadas en las guías de atención clínica vigentes validadas por el MSPS, entre las que se encuentran:

- a. RIAS - Promoción y mantenimiento de la salud.
- b. RIAS – Para población con riesgo o presencia de cáncer específicas para cáncer de mama y cuello uterino.
- c. RIAS – Para población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales y de atención a la desnutrición aguda.
- d. RIAS – específicas de enfermedades transmitidas por vectores.
- e. RIAS – Para población materno-perinatal.

*Nota: Las RIAS para: población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones; población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento; población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal; población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales; para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente; población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas; se encuentran en proceso de construcción.*

Otras rutas disponibles, que apoyan el proceso de la vigilancia son:

- a. Ruta de atención para niños y niñas con presunción o diagnóstico de Leucemia en Colombia – Resolución 418 de 2014.
- b. Ruta de atención integral para víctimas de violencia de género – Resolución 459 de 2012, Resolución 4568 de 2014.
- c. Guía para el manejo de urgencias toxicológicas
- d. Protocolo de atención de urgencias a víctimas de ataques con agentes químicos - Resolución 4568 de 2014.
- e. Lineamiento para la implementación de la Atención integral en salud de la primera infancia, infancia y adolescencia.
- f. Ruta de atención integral a la desnutrición aguda en niñas y niños menores de cinco años.

Para el cumplimiento de las rutas en lo que corresponde a vigilancia en salud pública, es importante que las entidades territoriales de salud garanticen los insumos y reactivos necesarios para que los laboratorios de salud pública puedan cumplir con el soporte que prestan a la vigilancia, para confirmar o descartar un evento de interés en salud pública o en los casos que sea necesario. En las Rutas se debe garantizar el proceso diagnóstico en su red de atención.

## 8. EQUIPOS

Para la operación de los subsistemas se requiere de insumos mínimos para la implementación de los mecanismos dispuestos por el INS para recolección y consolidación de información hasta los recursos tecnológicos para la comunicación de las situaciones de los eventos de interés en salud pública.

- Equipos disponibles para instalación del aplicativo Sivigila: para que funcione adecuadamente se requieren computadores con procesador de 1 GHz o superior, memoria RAM de 512 MB o superior, disco duro con 1GB libre de espacio, con sistema operativo Windows 2000, XP, Vista, 7, 8, 8.1 o 10 y tarjeta de video con resolución mínima de 1024\*768 píxeles a 512 colores.<sup>13</sup>
- Recursos de procesamiento y análisis: el acceso a recursos de software para el proceso de depuración y análisis de la información generada mediante la vigilancia se asocia con la utilización de herramientas informáticas de acceso libre o licenciados para optimizar al máximo la información generada y producir datos valiosos para la toma de decisiones.
- Telecomunicaciones: es necesario que los departamentos y distritos con sus respectivas redes de VSP, cuenten con acceso a servicios de internet con el fin de facilitar la transferencia de información inmediata o rutinaria generada posterior a la identificación, así como a equipos de comunicación permanente tales como móviles, fax, radioteléfono o teléfono, especialmente en aquellos territorios donde la conectividad es débil por falta de la prestación del servicio. El sistema de vigilancia en una UPGD o UNM debe tener mecanismos alternativos de reporte ante la dificultad de utilizar el aplicativo Sivigila directamente, como el caso del fax, teléfono, radio-teléfono u otro medio que permita dar conocimiento de los eventos de interés en salud pública presentes en un territorio.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto de La red nacional de telecomunicaciones del Centro Nacional de Enlace - CNE, que se constituye en una herramienta tecnológica para la comunicación de riesgos o eventos que puedan constituirse en emergencias de interés en salud pública, en el marco del RSI (2005), la cual debe garantizar un servicio permanente las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Ahora bien, con el fin de unificar las directrices de uso de las tecnologías, a través de los "Lineamientos para el buen uso de las tecnologías de la información y la

41 de 108



comunicación - TIC de la red nacional de telecomunicaciones del Centro Nacional de Enlace - CNE-, para la Vigilancia en Salud Pública, el Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-, otros Programas de Salud Pública y el Instituto Nacional de Salud", se deben seguir las instrucciones definidas en la circular 030 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.





## 9. DESCRIPCIÓN

El proceso de VSP articula la recolección de datos, el análisis, la interpretación y la divulgación de información, de acuerdo con las características propias de los eventos a vigilar, las condiciones epidemiológicas, las posibilidades del desarrollo de intervenciones de control, prevención y atención de cada sector y entidad territorial.

En la Figura 1 se describen los cuatro subsistemas que integran la VSP del país con los respectivos lineamientos requeridos en cada uno de ellos. En el caso del subsistema de intervención se delimita a las acciones realizadas en la fase inicial de la investigación de campo para el control de la situación.

**Figura 1. Componentes del sistema de vigilancia en salud pública del país.**



### 9.1. Subsistema de información

El sistema de información Sivigila soporta la estrategia de notificación de casos, establecida en el Decreto 780 de 2016 (Artículo 2.8.8.1.2.7 *Sistema de información* y Artículo 2.8.8.1.2.8 *Flujo de información*), en el cual se definen los diferentes

niveles del flujo de información y las responsabilidades de los actores. Para garantizar el funcionamiento del subsistema se requiere de la definición de aspectos puntuales a organizar desde los actores hasta los mecanismos y flujos de transferencia.

### 9.1.1. Caracterización de la red de operadores

Los operadores del sistema son las UPGD y las UI. La Unidad Primaria Generadora de Datos - UPGD es *“la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila. (Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), los laboratorios clínicos y de citohistopatología, los bancos de sangre, los bancos de órganos y componentes anatómicos, las unidades de biomedicina reproductiva y demás entidades del sector, así como entidades de otros sectores, que cumplan con los requisitos establecidos), contemplando entre sus responsabilidades “realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia”, así como “Notificar la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos, y suministrar la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria, para los fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública”.*

En el mismo nivel primario del flujo de información están las Unidades Informadoras (UI). Esta clase de operador no fue establecida en el Decreto 3518 de 2006, sin embargo, ha sido adoptada por el INS para diferenciar los operadores que son objeto de seguimiento al cumplimiento en la notificación semanal (UPGD), de quienes solo reportan de forma esporádica teniendo en cuenta sus características (UI). La ausencia de su reporte no constituye bajo nivel de gestión; las UI no deben emitir notificación negativa. Entre las UI están los prestadores de servicios de salud con baja producción de servicios o con oferta de especialidades donde la probabilidad de captar alguno de los eventos de interés es baja.

La caracterización de cada prestador de servicios de salud en el departamento o distrito define si corresponde o no a una de las dos categorías, de lo contrario puede mantenerse en observación para su posterior inclusión.



Los lineamientos 2019 sobre los operadores son:

- Cada entidad territorial deberá verificar y garantizar que todos los nuevos prestadores que sean habilitados para prestar servicios de salud en su territorio sean visitados para su caracterización, establecer su clasificación en el sistema, capacitarlos en el Sivigila e iniciar el proceso de notificación correspondiente.
- Las IPS especializadas no están excluidas del proceso de notificación dado que son potenciales captadores de eventos de interés en salud pública. Estas IPS deben ser caracterizadas e incluidas como UPGD o UI. En esta categoría se incluyen las IPS que ofrecen programas de atención a personas con VIH, con enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades huérfanas o enfermedades crónicas transmisibles (tuberculosis, hepatitis, etc.) y los centros de excelencia, entre otras.
- Los consultorios de especialistas en cardiología, genética, perinatología, endocrinología, oncología, hematología y reumatología deben ser caracterizados e incluidos para asegurar la detección oportuna de los eventos relacionados con su práctica. Podría considerarse en el nivel local, delimitar los eventos, como se hace en las estrategias de vigilancia centinela.
- Laboratorios clínicos que tengan capacidad para realizar las pruebas diagnósticas de eventos de interés en salud pública, en especial para enfermedades huérfanas deberán estar integradas al sistema de vigilancia en salud pública, sin embargo, *quien debe hacer la notificación de enfermedades huérfanas debe ser la EAPB o el médico especialista que interpreta el resultado del laboratorio.*
- Los laboratorios de patología y citohistología deberán constituirse en el sistema como UI para eventos específicos que así lo requieran.
- Los servicios subcontratados con otro prestador al interior de una IPS, que detecten eventos de interés en salud pública, deben constituirse como UPGD o UI y caracterizarse con su respectivo código de habilitación cuando actúen de forma independiente del prestador donde están funcionando, como en el caso de las UCI neonatales, pediátricas o adultos, que son una fuente importante para la vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, así como las unidades de diálisis. En el caso que el



servicio subcontratado este integrado en el proceso de reporte, según lo evaluado en la caracterización, no se considerará necesario.

- En el caso de constituir modelos de redes integradas, cada unidad de atención será caracterizada como UPGD o UI, según sea el caso. El INS determinará el mecanismo mediante el cual se crearán sus codificaciones. Esto se utilizará también en el caso de las redes de USPEC, Fuerzas Militares y Policía Nacional.
- En el caso de cambio de nombres o división de una IPS, debe actualizarse el registro de UPGD o UI, y realizar los ajustes para acceder al Sivigila.
- No se continuará realizando caracterización de nuevas Comisarías de familia ni de defensorías o centros zonales del ICBF para la notificación de casos de violencia de género e intrafamiliar: actualmente en el marco del Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género- SIVIGE, el Ministerio de Salud y Protección Social realiza un proceso de interoperabilidad de fuentes de información, el cual incluye la integración de los registros administrativos de las entidades que capturen información relacionada con violencias de género. Cada institución debe transferir sus bases de datos al MSPS para que sean integradas al SIVIGE. Teniendo en cuenta que el ICBF cuenta con un sistema de información propio le corresponde a esta institución enviar sus bases de datos al Ministerio de Salud y Protección Social para que sean integradas al SIVIGE; en cuanto a las Comisarías de Familia, dado que aún no se ha establecido qué entidad será responsable de consolidar y reportar la Información al SIVIGE, el INS mantendrá el reporte de los casos notificados en las comisarías que actualmente se encuentran caracterizadas en el Sivigila hasta que se defina el mecanismo a través del cual puedan reportar la información directamente al Ministerio de Salud y Protección Social.

#### 9.1.1.1 Verificación de la caracterización de operadores

El equipo Sivigila del INS establece la lista actualizada de prestadores para verificación y clasificación como UPGD o UI, para lo cual utiliza las bases de datos de prestadores inscritos vigentes y de los prestadores inscritos vigentes del REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicio), en el primer trimestre del año. Sin embargo, ante el registro de un nuevo prestador en lo corrido del año, es importante

verificar la capacidad de este prestador para detectar eventos de interés que pongan en riesgo la salud de la población atendida.

Teniendo en cuenta la lista actualizada de prestadores se realiza una depuración para detectar posibles UPGD o UI faltantes mediante las siguientes actividades:

- Eliminación de aquellas cerradas a la fecha del corte.
- Identificación de los servicios que ofrecen y que podrían captar eventos de interés en salud pública en las instituciones.
- Descarte de aquellos servicios que potencialmente no captan eventos de interés en salud pública y aquellos operadores que no tienen inscrito algún servicio.
- Verificación de la razón social, manteniendo aquellas que captarían eventos de interés en salud pública y retirando sedes clasificadas como transporte especial.
- Cruce con la red de UPGD y UI caracterizadas en cada departamento o distrito a periodo XIII del año anterior, para saber cuántos están caracterizados en Sivigila y excluirlos del listado.

Con el procedimiento anterior se obtiene el listado de potenciales operadores a ser revisados por cada departamento, debido a que no se encuentran activos en Sivigila y que podrían captar eventos de interés en salud pública. Con este listado, las Secretarías Departamentales o Distritales deben caracterizar los operadores para su inclusión en el sistema de vigilancia.

Ante cualquier duda sobre la caracterización y notificación de las UPGD o UI, la entidad territorial puede comunicarse a través de los canales virtuales ([sivigila@ins.gov.co](mailto:sivigila@ins.gov.co) o [ayudasivigila@ins.gov.co](mailto:ayudasivigila@ins.gov.co)), escritos, presenciales o telefónicos creados por el INS en la página institucional ([www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)).

Las EAPB realiza este procedimiento de verificación para garantizar que su red de prestadores notifique los eventos de interés en salud pública. La EAPB puede informar a través de [sivigila@ins.gov.co](mailto:sivigila@ins.gov.co) sobre la detección de instituciones prestadoras que no se encuentran en Sivigila.

La UMD debe reportar mensualmente el proceso de actualización y verificación de su red de operadores del sistema de vigilancia.



### 9.1.2. Aplicativo Sivigila 2018-2020

Desde el 2018, se inició el uso del aplicativo Sivigila 2018-2020, con las actualizaciones a que hubiere lugar, las cuales serán adoptadas de manera secuencial, iniciando en la UND y terminando en las UPGD y UI (siendo opcional la instalación en la UI, que se realizará siempre y cuando la unidad cuente con los recursos tecnológicos suficientes para su adopción), dado que en ningún caso los niveles inferiores podrán utilizar versiones posteriores a las del nivel al que reportan. Esto asegura la integridad de los datos y que su estructura sea compatible con la versión utilizada por quien consolida la información.

El aplicativo Sivigila 2018-2020 contendrá los ajustes realizados tanto a los protocolos de vigilancia como a sus fichas de notificación.

No existirán nuevas versiones de la aplicación, pero si actualizaciones que permitan mejorar los procesos identificados por los usuarios.

Las actualizaciones que fueran implementadas estarán disponibles en el portal sivigila (<http://portalsivigila.ins.gov.co/sivigila/index.php>), donde se detallan las características mejoradas.

El INS ha iniciado un proceso de modernización del software, bajo la denominación Sivigila INS 4.0, que tendrá sus primeras pruebas y desarrollos durante 2019, para su implementación en 2020.

#### 9.1.2.1. Notificación

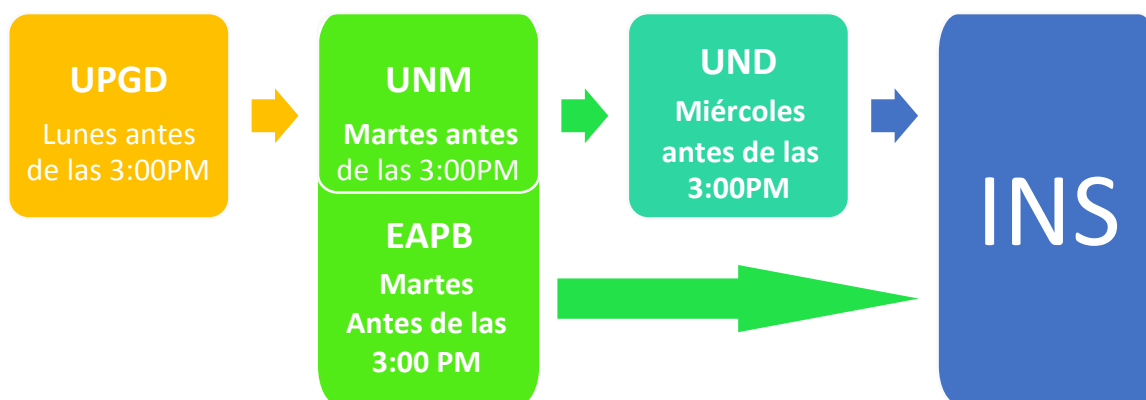
Todos los integrantes del sistema de vigilancia en salud pública realizarán la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los protocolos de vigilancia, en los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando 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 (ver figura 2).

Para la notificación es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- No se exceptúan días festivos.

- Se requiere la revisión de los archivos planos cargados al aplicativo antes del envío de la notificación a cualquier nivel. En particular, las UND revisarán la notificación de los municipios y corregimientos departamentales para que se identifique alguna de las siguientes situaciones:
  - El reporte es negativo en las UPGD del municipio o corregimiento departamental, definiendo la secuencia de dicha notificación y estableciendo acciones de seguimiento para identificar las causas. Ver Documento técnico para la realización de Búsquedas activas institucionales.
  - Operación con versiones del aplicativo Sivigila diferentes a la última publicada y difundida por el INS, posterior a la actualización de la UND.
  - Inoportunidad o incumplimiento en el reporte semanal, en cuyo caso la entidad territorial proporcionará soporte técnico e informará al INS, las razones por las cuales no notificaron las UNM que se registren en silencio para la semana.

**Figura 2. Flujo de la notificación de Eventos de Interés en Salud Pública de entidades territoriales y EAPB mediante correo electrónico y portal web, Colombia, 2018-2020\***



El envío de los archivos planos de la notificación rutinaria e inmediata de las UND y EAPB deberá ser generado en la versión más reciente y vigente de la herramienta y deberá ser cargado al portal Sivigila disponible en la página Web institucional en el enlace: <http://portalsivigila.ins.gov.co/sivigila/index.php>.

En caso de que las UND o EAPB presenten inconvenientes en el cargue de los archivos planos al portal Sivigila, reportarán dicha situación mediante alguno de los canales de comunicación del INS; en caso de que persistan las dificultades enviarán los archivos planos al correo electrónico: [sivigila@ins.gov.co](mailto:sivigila@ins.gov.co). Recuerde que los archivos planos y su contenido interno no podrán ser modificados por algún motivo.

Las entidades territoriales realizarán requerimiento inmediato a toda UPGD que se encuentre en silencio epidemiológico durante la semana correspondiente. Se considera que la no notificación o silencio epidemiológico de una UPGD debe ser asumida como una alerta respecto a la verdadera captación de casos; por lo tanto, se recomienda realizar BAI a toda UPGD en las situaciones descritas en el numeral 5.2 del documento técnico de “Metodología de BAI de RIPS”, que incluye:

- Silencio para un evento por más de dos (2) semanas epidemiológicas en eventos transmisibles que han sido priorizados en el nivel departamental.
- Silencio para el evento por más de un (1) periodo epidemiológico en eventos no transmisibles e intoxicaciones.
- Silencio para el evento por más de un (1) periodo epidemiológico en los eventos de morbilidad materna extrema y defectos congénitos.
- Silencio para el evento por más de una (1) semana epidemiológica en los eventos de mortalidad materna y perinatal.

**No es silencio epidemiológico si la UPGD realiza notificación negativa semanal.**

Las UI que no realicen notificación durante seis periodos epidemiológicos consecutivos, deberán ser valoradas de acuerdo con criterios de priorización para seleccionar aquellas que requieran verificación de este comportamiento mediante una BAI, la cual será verificada por el INS durante las asistencias técnicas realizadas.

Como soporte de este seguimiento, la entidad territorial deberá remitir al INS semestralmente los formatos BAI realizados y el acta o encuesta de visita.

Además de los aspectos administrativos del funcionamiento del sistema y debido a la persistencia de errores identificados en la notificación durante el 2018, es necesario tener en cuenta aspectos puntuales de los eventos objeto de vigilancia,

resaltando que los mencionados en la siguiente tabla complementan lo establecido en sus protocolos de vigilancia:

**Tabla 10. Consideraciones de la notificación de algunos eventos de interés en salud pública.**

Evento	Algunas consideraciones para la notificación
Chagas crónico	Deben ser notificados los casos de Chagas crónico en personas menores de 18 años, gestantes y población indígena.
Dengue	Los casos de dengue sin signos y con signos de alarma, ingresan al sistema desde probables (código 210). La notificación de casos de muertes probables por dengue se deberá hacer de forma individual e inmediata bajo el código 580 y se revisará que haya sido notificado para el evento dengue grave como probable (código 220)
Endometritis puerperal Individual	Los casos deben ingresar a la notificación con el código 351 como caso confirmado por clínica y caso confirmado por laboratorio.
Enfermedades Huérfanas – raras	Los casos que deben ser notificados son los casos nuevos recién diagnosticados o caso con diagnóstico antiguo que no fue reportado antes en el Censo de enfermedades huérfanas 2013, censos de hemofilia o en el SIVIGILA, teniendo en cuenta lo establecido en los anexos técnicos para pruebas de laboratorio.
Enfermedades transmitidas por alimentos y agua	Es potestad de las entidades territoriales hacer uso de la notificación individual mediante la ficha epidemiológica individual (355). Es obligatoria la notificación de brotes mediante la ficha colectiva (349).
Enfermedad por virus Zika	La notificación de casos en gestantes se realizará semanalmente con el código 895, además de tener en cuenta las recomendaciones de la Circular 0020 de 2016 Los casos en los que se sospeche una alta probabilidad de transmisión materno - fetal del virus Zika durante la gestación (productos del embarazo vivos o muertos, con evidencia de defectos congénitos del sistema nervioso central) deben ser notificados con la ficha 895 como caso sospechoso. Los productos del embarazo de mujeres diagnosticadas durante la gestación con la infección por el ZIKV, aparentemente sanos (vivos o muertos) <b>no deben ser notificados a través de la ficha 895.</b>
ESAVI	Los casos de ESAVI leve no deben ser notificados. Únicamente deben ser notificados los eventos graves.
ESI-IRAG	Se realizará notificación únicamente por las instituciones centinela seleccionadas para el evento, relacionadas en la Circular externa conjunta 0031/2018 y el anexo 04 de los presentes lineamientos.

Evento	Algunas consideraciones para la notificación
<b>Fluorosis</b>	Se realizará notificación únicamente por las instituciones centinela seleccionadas para el evento (descritos en el anexo 3 del presente documento)
<b>Infecciones Asociadas a Dispositivos colectiva</b>	La notificación colectiva (reporte de denominadores) deberán realizarla todas las UPGD activas en el sistema, así no tengan casos reportados en el mes.
<b>Infecciones Asociadas a Dispositivos individual</b>	<p>Los casos de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter, infección sintomática del tracto urinario, neumonía asociada a ventilación mecánica tipo NEU2 (definida por laboratorio) y tipo NEU 3 (paciente inmunocomprometido) solo serán notificados como caso confirmado por laboratorio.</p> <p>La NAV tipo NEU 1 (definida por clínica) deberá ingresarse como caso confirmado por clínica.</p> <p>NOTA: Para aquellos pacientes que cumplan criterios para dos tipos de IAD, en el Sivigila deberán ingresar el segundo caso incluyendo en el número de identificación -1.</p>
<b>Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico-individual</b>	Los casos deben ingresar a la notificación como caso confirmado por clínica o por laboratorio
<b>Intento de suicidio</b>	En el caso en el cual se identifique una intoxicación con intencionalidad suicida, la notificación deberá realizarse como Intento de suicidio únicamente (Código 356).
<b>IRA grave inusitada</b>	Hacer verificación de los casos teniendo en cuenta que cumplan con lo establecido en el numeral b) de la definición de caso para este evento: Paciente de 5 a 65 años previamente sano con infección respiratoria aguda grave con antecedente de fiebre y tos que requiera manejo hospitalario con necesidad de vasopresores y/o apoyo ventilatorio y que tenga un deterioro clínico rápido en menos de 72 horas desde el inicio de síntomas. Cuando el caso de IRAG inusitado cumple con algún criterio de clasificación diferente al establecido en el numeral b) podrá ser notificado sin tener en cuenta la edad.
<b>Leishmaniasis visceral</b>	Es necesario hacer seguimiento a casos probables en menores de 5 años para su confirmación o descarte en el sistema.
<b>Lepra</b>	Se notifican los casos nuevos y casos retratados, (retratamiento después de la pérdida al seguimiento y recidivas de lepra confirmadas).
<b>Lesiones por pólvora pirotécnica, minas antipersonal y municiones sin explosionar</b>	Las Secretarías de Salud Municipal, Departamental y Distrital deben intensificar la vigilancia de lesiones por pólvora durante las ferias y fiestas municipales y departamentales, los casos que sean notificados de forma inmediata no están eximidos de la notificación rutinaria semanal.



Evento	Algunas consideraciones para la notificación
	<p>Las Secretarías de Salud Municipal, Departamental y Distrital deben realizar vigilancia intensificada de lesiones por pólvora en la celebración de Navidad y fin de año, según lo establecido en la metodología de notificación de vigilancia intensificada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificación inmediata de casos a partir del 1 de diciembre del año 2019 hasta la segunda semana epidemiológica del 2020.</li> <li>• Notificación negativa a través de la plataforma web de Sivigila, si no se presentan casos de lesionados en las últimas 24 horas.</li> </ul> <p>Se mantiene la notificación de minas antipersonal y municiones sin explotar en el Sivigila 2018-2020, con el código 452.</p>
<b>Meningitis bacteriana</b>	<p>Notificar de manera inmediata e individual, en cada nivel del sistema, todos los casos probables por <i>H. influenzae</i> y de enfermedad meningocócica. Las meningitis por otros agentes se notificarán de manera rutinaria semanal.</p>
<b>Mortalidad infantil integrada</b>	<p>La notificación de los eventos Mortalidad por IRA, por EDA y por Desnutrición en menores de 5 años, se integró en el evento mencionado bajo el código 591, desde 2018.</p>
<b>Mortalidad materna</b>	<p>Todos los casos de muerte materna deben ser notificados tanto en SIVIGILA como en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna Basado en Web SVEMMBW.</p> <p>El evento en el aplicativo Sivigila contendrá únicamente la ficha de datos básicos.</p>
<b>VIH-SIDA y mortalidad</b>	<p>Los casos de VIH-Sida que fueron notificados una vez, con el estadió registrado en el momento (VIH, Sida o mortalidad por Sida), no deben ser notificados nuevamente ante un cambio de estadió.</p>
<b>Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar</b>	<p>Desde el 2019, el cálculo de la semana epidemiológica se hará a partir de la “fecha de consulta” lo que permitirá el ingreso de casos con fecha de ocurrencia anteriores al año de la vigencia.</p>

Debido a que la particularidad de cada uno de los EISP se define en los protocolos de vigilancia, es necesario consultarlos para la información relevante a su vigilancia.

Todos los brotes de EISP y en especial, de población a riesgo, deben ser notificados de manera simultánea a  
 INS [eri@ins.gov.co](mailto:eri@ins.gov.co) y MSPS [cne@minsalud.gov.co](mailto:cne@minsalud.gov.co)

#### 9.1.2.2. Notificación negativa

La notificación negativa es el proceso de reporte de la inexistencia de casos relacionados con los EISP de interés nacional e internacional, posterior a la revisión y búsqueda activa en las fuentes de información disponibles.

Es necesario que semanalmente cada unidad del flujo de información (UPGD, UNM y UND) realice la notificación negativa de los eventos priorizados en este numeral. Para facilitar esta actividad, el aplicativo Sivigila 2018-2020 hace un barrido por los diferentes casos a fin de identificar estos eventos y es la unidad quien confirma la veracidad del reporte. El administrador del sistema deberá validar que efectivamente no se presentaron dichos eventos en la semana correspondiente. El reporte será enviado con los archivos planos a los canales definidos.

Los eventos a los cuales, se debe realizar notificación negativa semanal, son:

- Casos sospechosos de sarampión
- Casos sospechosos de rubéola
- Casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita
- Casos probables de parálisis flácida aguda en menores de 15 años
- Casos probables de fiebre amarilla
- Casos sospechosos de cólera
- Casos probables de difteria

#### 9.1.2.3 Notificación inmediata

Es necesario realizar la notificación de los eventos establecidos de acuerdo con el documento de codificación de eventos o aquellos que representen un riesgo para la salud pública de la población, mediante la opción “transferir notificar-inmediata” del menú de procesos del programa Sivigila 2018-2020 y en el caso de las UND hacer la respectiva carga al portal Sivigila.

La presentación de los casos bajo notificación inmediata implica tanto diligenciar la ficha de notificación como disminuir el tiempo entre el registro físico y el ingreso al aplicativo Sivigila. El INS está diseñando procesos denominados notificación super-inmediata que establece una alarma por correo electrónico a las UND.

En la Tabla 11 se aclaran algunos aspectos relacionados con los eventos de notificación inmediata, complementarios a lo establecido en los protocolos de vigilancia en salud pública.

**Tabla 11. Eventos de interés en salud pública de notificación inmediata.**

<b>Código de evento</b>	<b>Nombre de evento</b>
235	Carbunco
205	Chagas agudo
200	Cólera
215	Defectos congénitos
220	Dengue grave
230	Difteria
607	Ébola
250	Encefalitis del Nilo occidental en humanos
270	Encefalitis equina del oeste en humanos
290	Encefalitis equina venezolana en humanos
295	Enfermedades de origen priónico
349	Enfermedades transmitidas por alimentos o agua ETA (brotes)
298	Evento adverso seguido a la vacunación Grave.
901	Evento colectivo sin establecer
900	Evento individual sin establecer
310	Fiebre amarilla
348	Infección respiratoria aguda grave (en unidades centinela) e IRAG inusitada
365	Intoxicaciones por metanol (asociado a bebida alcohólica adulterada)
440	Leishmaniasis visceral
452	Lesiones por pólvora pirotécnica
465	Malaria complicada y muertes por malaria
535	Meningitis bacteriana por H. influenzae y enfermedad meningocócica
549	Morbilidad materna extrema
570	Mortalidad por cólera
580	Mortalidad por dengue
591	Vigilancia integrada de la mortalidad infantil por IRA, EDA y DNT
610	Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)
630	Peste (bubónica/neumónica)
650	Rabia animal en perros y gatos
670	Rabia humana
710	Rubeola

Código de evento	Nombre de evento
730	Sarampión
720	Síndrome de rubeola congénita
770	Tétanos neonatal
800	Tos ferina
875	Violencias de género e intrafamiliar (solo las relacionadas con quemaduras por ácido, álcalis y sustancias corrosivas)
895	Muertes debidas a Enfermedad por virus Zika

Los archivos planos generados deberán ser enviados al nivel correspondiente de acuerdo con el flujo de información establecido; para las UND únicamente al portal Sivigila. Se deben adjuntar los dos archivos planos generados por el sistema Sivigila 2018-2020; con las carpetas comprimidas en .zip que contienen los archivos de texto y los archivos Excel (txt - xls) las cuales se crean en la ruta por defecto del SIVIGILA - Mis Documentos\SIVIGILA - 2018\ARCHIVOS PLANOS.

La notificación mediante el aplicativo Sivigila complementa la notificación vía telefónica o canal establecido a la UNM o UND, según el caso, de manera que se inicien las actividades de investigación y control específicas.

#### 9.1.2.4 Ajustes

Los eventos probables o sospechosos notificados en el Sivigila, que requieren la clasificación final del caso, deberán ser ajustados en el sistema de información dentro de las cuatro semanas epidemiológicas siguientes a su notificación, a excepción de algunas consideraciones que se encuentran en la tabla 12. Las unidades notificadoras departamentales, distritales y municipales garantizarán el flujo continuo de esta información de ajuste, así como verificarán que las UPGD estructuren y actualicen las bases de datos sobre los eventos en salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos.

Los ajustes pueden ser el resultado de confirmación o descarte del caso, complementación de información (cuando se mide oportunidad), estado final (si muere o no) o de la clasificación en una unidad de análisis. Estos ajustes son parte de los criterios para evaluar el desempeño en el sistema de vigilancia de una UND.

**Tabla 12. Consideraciones para el ajuste de algunos EISP.**

Evento	Condición inicial	Observaciones/Tiempo de ajuste
<b>Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia</b>	Confirmado por clínica	Es necesario verificar la adecuada clasificación de la agresión como no exposición, exposición leve o grave.
<b>Dengue</b>	Probable	Tiempo máximo de 4 semanas para ajuste. Utilizar ajustes 3, 6, 5 y D
<b>ETA (Brotos)</b>	Abierto	Tiempo máximo de 6 semanas para ajuste. Es posible ajustar el brote como “cerrado con identificación de agente etiológico” o “cerrado sin identificación de agente etiológico”. Después de la IEC, es necesario hacer ajuste de la notificación inicial, específicamente en las siguientes variables: número de expuestos y número de casos, identificación de fuente y modo de transmisión; esto es posible hacerlo con un ajuste “7”.
<b>Encefalitis equina</b>	Probable	Para todo caso probable ingresado al Sivigila con resultado de laboratorio negativo para el grupo de las encefalitis equinas, se debe realizar unidad de análisis para identificar el diagnóstico final y según hallazgos realizar el ajuste.
<b>ESAVI</b>	Sospechoso	Tiempo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste. Los casos graves que requieran exámenes complementarios pueden ser ajustados hasta 8 semanas posteriores a la notificación.
<b>Fiebre amarilla</b>	Probable	Tiempo máximo de 4 semanas para ajuste.
<b>Leishmaniasis visceral</b>	Probable	Tiempo máximo de 4 semanas para ajuste. El tipo de ajuste puede ser 3, 6 o D.
<b>Leptospirosis</b>	Sospechoso	Tiempo máximo de 6 semanas para ajuste, 15 días entre pruebas.
<b>Malaria</b>	Sospechoso	Aplica solo para los municipios en <b>eliminación</b> de malaria, con un tiempo máximo de 4 semanas para ajuste.
	Confirmado por laboratorio Probable (muertes) Laboratorio	Tiempo máximo de 4 semanas para ajuste.  Los tipos de ajuste pueden ser D.
<b>Mortalidad por dengue</b>	Probable	Tiempo máximo de 8 semanas para ajuste. Los ajustes pueden ser: 3, 6 y D



Evento	Condición inicial	Observaciones/Tiempo de ajuste
<b>Mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años</b>	Probable	Tiempo máximo de 8 semanas para ajuste.
<b>Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)</b>	Probable Confirmado por laboratorio Confirmado por clínica	Tiempo máximo de 10 semanas para el ajuste junto con un resultado de laboratorio negativo y al menos una valoración neurológica. Es obligatorio realizar una valoración neurológica, idealmente a los 60 días de la notificación del caso probable, recuerde que, para incluir esta información, podrá hacer un ajuste "7".
<b>Rubeola</b>	Sospechoso	Tiempo máximo de 6 semanas para ajuste
<b>Sarampión</b>	Sospechoso	Tiempo máximo de 6 semanas para ajuste
<b>VIH-Sida</b>	Confirmado por laboratorio	Todo paciente que ingrese y cambie de estadio clínico NO debe ser ajustado o ser notificado nuevamente, independientemente de la fecha en que fue captado.
<b>Enfermedad por virus Zika</b>	Sospechoso	En el momento que se confirme una transmisión materno-fetal de un caso notificado como sospechoso, debe ser ajustado como caso confirmado por clínica o por laboratorio según sea el caso; y si se descarta la asociación, el caso debe ser descartado con el ajuste 6.

**El ajuste 6 puede ser utilizado para descartar casos que son valorados mediante unidad de análisis.**

Las EAPB, realizarán los siguientes ajustes en el sistema (con ajuste "7"):

- Enfermedades huérfanas – nombre de la enfermedad, fecha de diagnóstico y nombre de la prueba de laboratorio.
- Cáncer en menores de 18 años – fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico.
- Cáncer de mama y cuello uterino – tratamiento inicial del tumor, tipo de tratamiento y fecha de inicio de tratamiento.
- Datos básicos - cuando se identifique que un paciente no se encuentra en su base de afiliados, es posible ajustar la variable "*tipo de seguridad social*" con "I= indeterminado pendiente" y remitir el archivo plano resultante al INS para su consolidación en la base nacional y cruce al cierre de la vigencia con BDUA; no es válido para estos casos la utilización de otro tipo de ajuste como D ó 6.

Adicional a estos ajustes, las EAPB podrán ajustar el criterio de confirmación de cáncer en menores de 18 años así: ajustando la fecha de toma y fecha del resultado y realizando un ajuste 3 para confirmación de caso (recuerde que todo ajuste 3 va acompañado del diligenciamiento de prueba confirmatoria).

**La fecha límite para realizar ajuste de los casos del año epidemiológico 2018 es el 27 de marzo de 2019.**

#### 9.1.2.5 Mantenimiento de las bases de datos

Es importante que todos los niveles del flujo de información (UPGD, UI, UNM, UND, EAPB) realicen mantenimiento preventivo a las bases de datos del aplicativo Sivigila, lo cual se debe realizar mínimo cada dos semanas epidemiológicas. Estos procedimientos están incorporados en la herramienta Sivigila y son:

- Datos - Depuración - Duplicados
- Datos - Depuración - Faltantes
- Datos - Verificar tablas de UPGD
- Datos - Depurar tablas de UPGD
- Datos - Calcular inicio de operación UPGD

#### 9.1.3 Notificación simplificada

A partir del 9 de julio de 2018 fue implementada la estrategia de notificación simplificada para cáncer en menores de 18 años, defectos congénitos y VIH.

Esta notificación es exclusiva para los profesionales que no están caracterizados como Unidades Primarias Generadoras de Datos o Unidades Informadoras. Las UPGD e UI solo podrán notificar en el aplicativo Sivigila.

Todos los casos ingresados a la notificación simplificada serán sujetos a verificación por los referentes nacionales de manera que sean ingresados por la entidad territorial correspondiente dentro de la notificación regular del Sivigila.

La Circular 012 de 2018, puntualiza sobre la obligatoriedad y las características de las fuentes de reporte, así como hacer el énfasis en que todas las instituciones que capten eventos de interés en salud pública deben ser caracterizadas en el sistema, bien sea como UPGD o UI.

A partir de la semana epidemiológica 01 de 2019 la estrategia de notificación simplificada de enfermedades huérfanas se inactiva, de tal forma que los casos deben ingresar al sistema únicamente confirmados a través de portal web o aplicativo Sivigila escritorio.

Los consultorios de especialistas que confirmen enfermedades huérfanas y no estén actualmente caracterizados en el Sivigila deberán solicitar a las Secretarías Departamentales o Distritales de salud la caracterización o podrán realizar la solicitud a través del correo electrónico [ayudasivigila@ins.gov.co](mailto:ayudasivigila@ins.gov.co).

El acceso a la notificación simplificada es:  
<https://www.ins.gov.co/Paginas/Notificacion-simplificada.aspx>

La notificación simplificada **NO REEMPLAZA** la notificación rutinaria semanal al aplicativo Sivigila

#### *9.1.4 Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basado en la web (SVEMMBW)*

Este sistema tiene el propósito de identificar, recolectar los datos y analizar la información de todas las muertes maternas ocurridas en el país y transferir de manera electrónica los datos. Su fuente son las muertes de mujeres en edad fértil generadas a partir de los certificados de defunción de RUAF- módulo de nacimientos y defunciones o certificados de defunción en físico.

En la actualidad las muertes maternas son ingresadas en este sistema y notificadas al aplicativo Sivigila con la ficha de datos básicos bajo el código 551.

##### 9.1.4.1 Módulos:

Está compuesto por siete módulos armonizados en el marco del ciclo de la vigilancia de la mortalidad materna (19).

Módulo 1 - Listado de muertes en mujeres de 10 a 54 años: para identificar todas las muertes ocurridas en mujeres del grupo de 10 a 54 años, y a partir de allí identificar las muertes maternas. Esto obedece al desarrollo de la estrategia de búsqueda intencionada.

Módulo 2 - Notificación de muertes maternas confirmadas: para reportar los casos confirmados de muertes maternas ocurridas en el grupo de mujeres de 10 a 54 años.

Módulo 3 - Hoja de verificación de embarazo: tiene como objetivo, una vez revisada la historia clínica, confirmar o descartar las muertes maternas dudosas, confirmar o no el antecedente de embarazo en el último año de la mujer fallecida, entrevistando directamente a un miembro de la familia o persona allegada a la mujer fallecida.

Módulo 4 A – Entrevista familiar: para identificar los factores no médicos relacionados con la muerte materna. Se realiza en todos los casos de muerte materna temprana.

Módulo 4 B - Autopsia verbal: para identificar las muertes maternas que ocurrieron en la comunidad y reconstruir la historia y el camino recorrido por la mujer, incluyendo la morbilidad y las complicaciones que enfrentó hasta su fallecimiento. Este módulo sólo debe realizarse en casos de muerte materna temprana ocurridos fuera de una institución de salud.

Módulo 5 - Resumen de la atención clínica de la mujer fallecida: para recolectar la información de los factores médicos y de la atención en salud que influyeron en la muerte materna.

Módulo 6 - Resumen de caso e informe técnico: es uno de los insumos más importantes y tiene como objetivo resumir los factores médicos y no médicos que influyeron en la muerte materna y después del análisis en el comité, clasificar la muerte materna como evitable o no evitable.

Módulo 7 - Planes de mejoramiento: busca establecer actividades de mejoramiento de los "determinantes modificables" médicos y no médicos que influyeron en la muerte materna. El uso de tableros de control de mandos apoya la priorización de las acciones, y el seguimiento de su cumplimiento a través de indicadores cuantitativos y cualitativos. Este módulo se encuentra disponible para uso, sin embargo, es importante resaltar que la elaboración y seguimiento de los planes de acción no hace parte de las responsabilidades del área de vigilancia en salud pública y cada entidad territorial debe establecer los actores y mecanismos para su desarrollo.

Todos los casos de mortalidad materna deben ser notificados en Sivigila y en SVEMMBW. Todo el registro, desde la notificación hasta la unidad de análisis se realiza en el SVEMMBW.

Para los casos de mortalidad materna temprana se realizará entrevista familiar y resumen de las atenciones clínicas.

Los casos de muerte materna temprana que ocurren fuera de una institución de salud deben tener autopsia verbal.

Las unidades de análisis deben realizarse en los 45 días calendario posteriores a la fecha de notificación.

### 9.1.5 Correspondencia con otras fuentes de información

Debido a las características del sistema de información, la realización de ejercicios de correspondencia **nominal** entre la fuente de información Sivigila y otros registros relacionados, permite obtener información veraz y confiable respecto al comportamiento de los EISP objeto de vigilancia. Las UPGD, UNM, UND y EAPB deberán hacer la correspondencia para los siguientes eventos:

**Tabla 13. Fuentes de información para correspondencia de EISP.**

Evento	Fuente con la que se correlaciona	Quien lo debe hacer	Frecuencia mínima	Observaciones
Bajo peso al nacer a término	RUAF-ND	UPGD	Semanal	Búsqueda de recién nacidos con peso inferior a 2500 gramos
Cáncer de mama y cuello uterino	Cuenta de alto costo	EAPB	Anual	
Cáncer de menores de 18 años	Cuenta de alto costo	EAPB	Anual	
Chagas	RIPS y SIHEVI	UPGD UND	Semestral	Detección de casos crónicos que asisten a servicios transfusionales o por prestación de servicios
Enfermedades huérfanas/raras	Censo de enfermedades huérfanas 2013 Cuenta de alto costo (Hemofilia)	EAPB	Semanal	
Fiebre amarilla	RIPS	UPGD	Semanal	Detección de casos que no ingresan por la notificación rutinaria.



Evento	Fuente con la que se correlaciona	Quien lo debe hacer	Frecuencia mínima	Observaciones
Fiebre tifoidea y paratifoidea	Laboratorio de salud pública departamental	UND	Semanal	Verificar hemocultivos, coprocultivos o aislamientos que ingresen para diagnóstico de Salmonella.
Infecciones Asociadas a Dispositivos	WHONET 5.3 (LSPD)	UND	Semanal	
Lepra, Tuberculosis sensible, Tuberculosis farmacorresistente	Programa de tuberculosis, LDSP, RUAF	UND	Mensual	Ver comentario <sup>1</sup>
Mortalidad materna	RUAF-ND	UPGD	Semanal	El módulo de defunciones del Registro Único de Afiliados es la fuente oficial de las muertes en el país y esto hace necesario el cruce permanente con aquellos eventos que se notifican con condición final muertos
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	RUAF-ND			
Mortalidad por dengue	RUAF-ND			
Mortalidad por Malaria	RUAF-ND			
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por IRA, EDA y/o DNT	RUAF-ND			

<sup>1</sup>Realizar reuniones de evaluación mensual en las que se realice la correspondencia de la información reportada a través de las fuentes de información para tuberculosis sensible, tuberculosis farmacorresistente, lepra y coinfección TB-VIH: Sivigila (TB, TBFR, VIH, lepra), laboratorio departamental o distrital, programa departamental de micobacterias (MSPS) y fuente DANE- RUAF, una vez realizado el análisis se realizarán los ajustes necesarios a la notificación, las actas producto del análisis serán consolidadas y reposarán en el área de vigilancia y serán solicitadas de acuerdo a la necesidad por parte del INS.

Para los eventos de TB sensible y resistente, las entidades territoriales de: **Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, Barranquilla, Meta, Risaralda, Medellín y Cali**, y para el evento lepra: **Santander, Norte de Santander y Cali** deben enviar las actas mensuales consolidadas de manera trimestral al correo [sfadul@ins.gov.co](mailto:sfadul@ins.gov.co) y [mlopez@ins.gov.co](mailto:mlopez@ins.gov.co)

### 9.1.6 Creación de eventos de notificación municipal – departamental

En el caso de un evento de interés en salud pública municipal o departamental que la entidad territorial considera necesario vigilar utilizando la herramienta Sivigila, la UNM o UND deberá solicitar, previo a la implementación, la autorización al INS. La solicitud deberá estar acompañada del protocolo de vigilancia, el cual debe contener las partes propuestas en la “*Guía metodológica para el desarrollo de protocolos de vigilancia de eventos de interés en salud pública en Colombia*”.

Una vez el INS haga la revisión respectiva asignará el código para ser incluido en el sistema de manera que sea único y no se sobreescriba con los códigos nacionales o departamentales. El INS informará si otro departamento lo ha creado.

#### 9.1.7 Otras consideraciones de la operación del sistema

Al finalizar cada período epidemiológico las UND remitirán al INS:

- i. Listado depurado de UPGD, UI y UNM activas en Sivigila (diferenciado) en la estructura Sivigila, es decir con la totalidad de variables de la caracterización.
- ii. Copia de respaldo (Backup).
- iii. El reporte Positivo Negativo y Silencio (PNS) donde se incluyan UI y UPGD, para efectos de evaluación de indicadores de operación del sistema.
- iv. Actualización del directorio actualizado de los encargados de Sivigila de cada municipio en el portal Sivigila y
- v. Avances de las visitas de verificación de la caracterización de UPGD y UI (encuestas de verificación de criterios de inclusión, fotos, certificaciones, actas de visita, pantallazos de caracterización, certificados de habilitación, entre otros).

Cada entidad territorial deberá verificar y garantizar que todos los prestadores que sean habilitados como nuevos en su territorio sean visitados, para establecer su clasificación en el sistema y capacitarlos en Sivigila.

Todo actor del sistema que quiera realizar un proceso de ejercicios en la herramienta Sivigila como proceso de certificación en competencia laboral, prueba de la herramienta o ejercicio académico, deberá activar el "MODO PRUEBAS" ubicado en la opción Sistema.

Toda la información del sistema de vigilancia es validada acorde a las características de los casos, establecidas en los protocolos de vigilancia. El control de la calidad de los datos es un ejercicio permanente el cual tiene como resultado la publicación anual de las estadísticas del Sivigila en el cubo dispuesto por el Sistema Integral de Información de Salud y Protección Social (SISPRO) y cuyos datos son considerados como oficiales para todo el país. En la actualidad se encuentra disponible la serie 2007 – 2017

### 9.1.8 Estrategias de identificación de eventos de interés en salud pública

Uno de los retos del sistema de vigilancia es la reducción del subregistro por la no identificación de casos relacionados con eventos de interés en salud pública. El INS ha generado estrategias para minimizar la no identificación de potenciales situaciones tales como las búsquedas activas institucional y comunitaria, como complemento a la vigilancia rutinaria.

El sistema de vigilancia en salud pública basado en casos predefinidos no es un registro poblacional.

#### 9.1.8.1. Búsqueda activa institucional (BAI)

El proceso de BAI se encuentra definido en el documento técnico “Metodología de búsqueda activa institucional en RIPS”, en el que se establecen las particularidades para su realización en los diferentes niveles del flujo de información, de la misma manera se ha desarrollado el módulo en el aplicativo Sivigila, denominado SIANIESP el cual facilita el proceso en las instituciones a partir de los registros que están sistematizados. Los criterios para su realización se describen a continuación:

- Ante silencio epidemiológico (ver numeral 9.1.2.1)
- Ante la identificación de indicadores de vigilancia en niveles inadecuados
- Ante comportamientos inusitados como las situaciones de alerta, brotes, epidemias y caso de potenciales ESPII o la presencia de eventos emergentes.

El INS evaluará durante las asistencias técnicas o el acompañamiento a la investigación de brotes, la realización de este procedimiento de acuerdo con el manual. Las entidades territoriales departamentales solo deben enviar los formatos solicitados que resuman estas actividades (Anexo 1, del documento de BAI), pero no las bases de datos ni los registros uno a uno de la actividad. Los casos que sean detectados en las BAI deben ser ingresados en el aplicativo Sivigila.

#### 9.1.8.2. Búsqueda activa comunitaria (BAC)

La búsqueda activa comunitaria es el rastreo de casos de EISP que no han sido atendidos por el sistema de salud. La estrategia consiste en la identificación de personas que cumplan con la definición de caso a partir de encuestas casa a casa, a líderes comunitarios, residentes, personal de las guarderías, población escolar, entre otros.

Hay situaciones específicas ante las cuales se debe realizar una BAC:

- Muertes debidas a EISP: para detectar otras muertes no reportadas o posibles casos relacionados que cumplan con los criterios del evento a investigar.
- Eventos potenciales ESPII o brotes de EISP: para identificar otros casos relacionados con el evento índice notificado. En esta se incluyen los casos de dengue grave, leishmaniasis visceral y enfermedad de Chagas aguda.
- En las actividades realizadas en la comunidad rural, por los equipos de trabajo extramural, se debe revisar la presentación histórica de casos de EISP, en especial de mortalidad de eventos de interés en salud pública (incluyendo materna y perinatal).

Los casos identificados deben verificarse con el responsable de la vigilancia de la UND para tomar las acciones que sean requeridas. Los casos detectados deben ser reportados en el sistema de información.

#### 9.1.8.3. Notificación de eventos de interés en salud pública mediante la fuente de información RIPS

Los RIPS son una fuente de información para la vigilancia en salud pública, que pueden ser de utilidad si mantienen estándares mínimos de calidad. La notificación de eventos de salud pública con fuente RIPS se debe implementar en TODOS los prestadores de servicios de salud sean UPGD o UI del país, mediante el uso de las herramientas y en los flujos de notificación existentes.

La periodicidad esperada será de 25 días calendario posterior al cierre del mes, sin embargo, los canales para el envío de la notificación se mantendrán abiertos de manera semanal a través del correo: [sivigila@ins.gov.co](mailto:sivigila@ins.gov.co).

Se solicita que el envío de la información sea oportuno, teniendo en cuenta que la información recibida será procesada inmediatamente con el fin de dar cuenta del comportamiento de los eventos de interés en salud pública priorizados en un tiempo mínimo. La información que será enviada al INS debe contener registros correspondientes al periodo inmediatamente anterior al cierre de recepción de RIPS, es decir las fechas deberán ser definidas en el aplicativo teniendo en cuenta el mes correspondiente que se desea enviar. Dado el caso se reciba información correspondiente a periodos anteriores, éstos no deben sobrepasar el año epidemiológico lectivo (únicamente año 2019).

Con el fin de definir los eventos y la metodología a seguir para la notificación de EISP mediante este mecanismo, se puede remitir al documento técnico

66 de 108

“Notificación de eventos de interés en salud pública mediante la fuente de información RIPS”.

## 9.2. Subsistema de análisis y divulgación

El subsistema de análisis y divulgación está comprendido por el proceso regular de tabulación, interpretación, análisis y difusión de la información generada por el sistema de vigilancia para detectar cambios en tiempo, lugar y persona, la generación de las alertas y acciones correspondientes, y la información a la comunidad sobre la situación.

### 9.2.1. Estrategias de análisis

#### 9.2.1.1 Unidades de análisis

Es un proceso metodológico que permite caracterizar los casos priorizados de eventos objeto de vigilancia en salud pública priorizados por medio del estudio de sus fuentes de información para clasificarlos e identificar los factores relacionados con su ocurrencia. Constituye un insumo en cada uno de los niveles de competencia de la Red de Vigilancia en Salud Pública, para cumplir con la función de realizar el análisis de la situación de salud descrita en el Decreto 780/2016, para definir áreas prioritarias de intervención en salud y orientar las acciones de promoción, prevención y control (Art. 2.8.8.1.1.8, 2.8.8.1.1.9, 2.8.8.1.1.10 del Decreto 780/2016)”

#### Unidad de análisis individual

“Es un método de investigación cualitativa que permite caracterizar una situación o problema y determinar sus causas, mediante el análisis de los hechos y a partir de la descripción e interpretación de la situación con su contexto. Las fuentes de información para el análisis pueden ser: documentos, registros, entrevistas, observación directa y materiales como fotografías, videos, entre otras”

#### Unidad de análisis colectiva

Es el estudio de un grupo de casos notificados por un evento de interés en salud pública a partir de la recolección descriptiva o exploratoria de sus características, que utiliza diferentes fuentes de información, con el propósito de identificar problemas comunes o factores relacionados. Estos análisis pueden partir de un listado previo de problemas que resultó de las unidades de análisis individuales o de información consolidada de bases de datos útiles como fuentes de información para identificar problemas comunes. La unidad de análisis colectiva genera un tablero de problemas departamental que se irá alimentando a medida que se van

67 de 108



realizando unidades individuales. No se requiere generar un tablero de problemas por unidad, aunque es necesario identificar los problemas en cada caso para su agrupación.

Los eventos o situaciones ante las que se deben realizar unidades de análisis son:

- Eventos en erradicación, eliminación y control internacional
- Eventos bajo control nacional

Tabla 14. Delimitación de unidades de análisis de los eventos en erradicación, eliminación y control internacional.

Evento	Condición final	Plazo <sup>1</sup>	Grupos priorizados
<b>Fiebre amarilla</b>	Vivos y muertos	<b>Inmediato</b> para la unidad de análisis inicial	Todos
<b>Encefalitis</b>	Vivos y muertos	48 horas <sup>1</sup>	Todos
<b>Rabia humana</b>	Vivos y muertos	48 horas <sup>1</sup>	Todos
<b>Sarampión<sup>2</sup></b>	Vivos y muertos	48 horas <sup>1</sup>	Todos
<b>Rubeola<sup>2</sup></b>	Vivos y muertos	<b>Variable</b> para la unidad de análisis final	Todos
<b>Síndrome de rubeola congénita<sup>2</sup></b>	Vivos y muertos	48 horas <sup>1</sup>	Menores de un año
<b>Tétanos neonatal</b>	Vivos y muertos	48 horas <sup>1</sup>	Menores de 28 días de nacidos
<b>Parálisis flácida aguda<sup>3</sup></b>	Vivos y muertos	48 horas <sup>1</sup>	Menores de 15 años

<sup>1</sup>Es el tiempo máximo de envío al INS después de ocurrido el evento. Se realizará otra reunión para la clasificación final, cuyo plazo dependerá de los resultados confirmatorios que genere la Institución encargada.

<sup>2</sup> Para los eventos Sarampión, Rubeola y Síndrome de rubeola congénita, se hará unidad de análisis individual solo en casos con resultados IgM positivo o dudoso y casos sin muestras vivos y muertos. Siempre requieren unidad de análisis aquellos casos que no tengan clara una fuente de infección.

<sup>3</sup>Para parálisis flácida aguda se realizarán unidades de análisis individuales a casos vivos sin muestra o casos fallecidos (con o sin muestra). También para todo caso en donde se detecte por laboratorio un PVS (poliovirus salvaje) o por un PVDV (poliovirus derivado de vacuna 1 y 3).

**Tabla 15. Condiciones para la realización de las unidades de análisis de los eventos de control nacional.**

Tipo de evento	Evento de interés en salud pública	Condición final	Plazo <sup>1</sup>	Grupos priorizados
<b>INMUNOPREVENIBLES</b>	Tos ferina <sup>2</sup>	Vivos y Muertos	8 semanas	Todos
	Meningitis <sup>3</sup> bacteriana aguda	Muertos	8 semanas	Todos
	Varicela	Muertos	8 semanas	Todos
	Difteria <sup>4</sup>	Vivos y muertos	8 semanas	Todos
	ESAVI grave	Vivos y muertos	8 semanas	Todos
<b>ZOONOSIS</b>	Leptospirosis	Muertos	8 semanas	Todos
	Accidente ofídico	Muertos	8 semanas	Todos
<b>ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES</b>	Malaria	Muertos	8 semanas	Todos
	Dengue	Muertos	8 semanas	Todos
	Chikungunya	Muertos	8 semanas	Todos
	Enfermedad por virus Zika	Muertos	8 semanas	Todos
	Chagas agudo	Muertos	8 semanas	Todos
	Leishmaniasis visceral	Muertos	8 semanas	Todos
<b>RESPIRATORIAS</b>	IRAG Inusitado	Muertos	8 semanas	Todos
<b>VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR IRA, EDA Y/O DNT</b>	IRA, EDA y DNT	Muertos	8 semanas	Menores de cinco años
<b>MATERNIDAD SEGURA</b>	Muerte materna	Muertos	45 días	Todos
	Muerte perinatal y neonatal tardía	Muertos	8 semanas	Cuatro casos por período epidemiológico, y los aspectos de selección de las muertes para el análisis están relacionados con las prioridades del territorio, teniendo en cuenta que serán casos emblemáticos
<b>MICOBACTERIAS</b>	Tuberculosis sensible <sup>5</sup> y farmacorresistente	Muertos	8 semanas	Coinfección TB/VIH en población menor o igual a 49 años
<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	VIH/SIDA <sup>5</sup>	Muertos	8 semanas	Coinfección TB/VIH en menores de 49 años
	Sífilis congénita	Muertos	8 semanas	Todos
	Transmisión materno infantil (VIH/SIDA)	Vivos y muertos	8 semanas	Todos

<sup>1</sup>Tiempo para realizar la unidad de análisis a partir de la fecha de ocurrencia.

<sup>2</sup>Unidad de análisis a casos probables vivos y muertos sin muestra, muestra rechazada por motivo de recolección o conservación inadecuada; y toda muerte confirmada por laboratorio.

<sup>3</sup>Solo para *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*.

<sup>4</sup>Unidad de análisis en vivos y muertos con y sin muestra, y en casos no concluyentes.

<sup>5</sup>Unidades de análisis deben partir del cruce de las bases de datos de tuberculosis y VIH y será liderado por los referentes de los dos eventos.

El INS solo solicitará unidades de análisis de lo que está contenido en las tablas 14 y 15 del presente documento, invitamos a todas las entidades del orden departamental, distrital, municipal, UPGD a racionalizar este proceso, para no afectar la operación rutinaria del sistema de vigilancia en salud pública.

Las entidades territoriales departamentales y distritales deben enviar el resultado de las unidades de análisis individuales de acuerdo con la periodicidad establecida (tiempo esperado entre el suceso y la realización de la unidad de análisis) y actualizar el tablero de problemas por evento de acuerdo con la metodología del Manual para la realización de unidades de análisis de caso. Estas unidades de análisis serán enviadas al referente nacional del evento de interés en salud pública con los soportes correspondientes.

Las entidades territoriales deben asegurar la promoción del uso del tablero de problemas como un insumo para la planeación corriente o por contingencia, así como la divulgación a todas las dependencias relacionadas. El plan de acción que se genere es una responsabilidad de la entidad territorial y no debe recaer en los servicios de vigilancia en salud pública.

Los casos clasificados deben ser ajustados en el aplicativo Sivigila y si corresponde a un caso de mortalidad, solicitar adicionalmente una enmienda estadística de acuerdo con el procedimiento establecido con la UPGD y el comité de estadísticas vitales.

#### 9.2.1.2. Sistema de alerta temprana

Este sistema funciona a partir de la convergencia de capacidades institucionales que trabajan permanentemente para alertar sobre situaciones particulares que pondrían en riesgo la salud de las poblaciones, y de esta manera, generar mecanismos oportunos de respuesta ante la presencia de factores que potencialicen el efecto.

Han sido identificadas situaciones prioritarias en el país que requieren de la activación de dichos sistemas, de manera que al identificar la presencia del factor o de los eventos, se activen mecanismos de intervención de actores determinantes para reducir el impacto de la situación identificada.

### Sistema de alerta temprana para eventos con comportamientos inusuales

Los comportamientos inusuales son las diferencias establecidas entre los casos observados y los casos esperados, por semana epidemiológica, mediante diversas técnicas estadísticas.

Es función de la VSP identificar el comportamiento inusual de los EISP de manera rápida y oportuna. Es indispensable contar con métodos de análisis para contrastar los casos observados frente a lo esperado en un periodo y de esta manera definir situaciones de riesgo territorial.

Por lo tanto, se recomienda promover la valoración del riesgo para los eventos clasificados como de eliminación, erradicación y control internacional o de eventos de interés en salud pública que presenten comportamientos inesperados o inusuales y que requieran de la orientación de acciones inmediatas para reducir el impacto.

Estos eventos también pueden ser monitorizados en grupos especiales como poblaciones indígenas, privadas de la libertad, fuerzas militares, poblaciones fronterizas, migrantes, mineros, entre otros, para detectar situaciones inusuales, así como grupos de edad o procedencia. Esto aplica tanto en el nivel municipal como en el departamental, y para eventos bajo análisis transversal o acumulado.

El INS orientará a las entidades territoriales que lo requieran, en el análisis de los datos que permitan determinar el incremento o decremento de los casos en los eventos priorizados, mediante las metodologías de detección de comportamientos inusuales.

En el nivel nacional está funcionando la notificación super-inmediata, que una vez una UPGD o UN reporta en el aplicativo Sivigila, genera un archivo plano a correos seleccionados de oficinas del INS, aumentando la oportunidad en la detección. En este proceso serán involucrados progresivamente los niveles departamentales y distritales.

### Sistema de alerta temprana para eventos No Transmisibles

El sistema de alerta temprana de los eventos no transmisibles -SAT-NT- tiene como objetivo integrar los procesos de detección, intervención, evaluación, divulgación y planeación, ante la presentación de estos eventos, por los diferentes actores el sistema involucrados en su atención.

Se han definido estrategias para la notificación de la alerta, dentro de las que se encuentran:

- Notificación superinmediata: alerta que es recibida al correo electrónico de un destinatario definido por el sistema el cual tiene anexo un archivo de texto que contiene los datos de la ficha de notificación que fue ingresada en el aplicativo Sivigila escritorio.
- SAT Sivigila: alerta generada desde el nivel nacional, posterior a la consolidación de los datos recibidos de la notificación rutinaria semanal de todo el país. El destinatario recibirá un archivo de extensión .xls con el consolidado de casos por cada evento priorizado.

Una vez el destinatario definido recibe la alerta (entidad territorial, EAPB o institución relacionada), deberá realizar la verificación de los casos. En aquellos eventos que representan un riesgo para la vida (bajo peso al nacer extremo y desnutrición aguda) se deberá asegurar la atención inmediata del paciente, en aquellos otros eventos donde se generan alertas porque no tienen datos de diagnóstico y tratamiento (cáncer), es necesario verificar la atención y realizar el ajuste correspondiente al Sivigila.

La descripción de todo el proceso se encuentra en el documento técnico “*Sistema de alertas tempranas para eventos no transmisibles*”, disponible en el sitio de la DVARSP en [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co). En la tabla 16 se encuentran los eventos y su delimitación para los cuales el sistema de alerta temprana funciona.



**Tabla 16. Sistema de alertas tempranas para eventos No transmisibles prioritizados.**

Evento	Criterios de alerta	Periodicidad	Mecanismo	Estructura
Desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años	Casos a riesgo de muerte por desnutrición, de acuerdo con el valor del tamizaje del perímetro braquial inferior a 11,5 cm.	Diario	Notificación super inmediata	Archivo de texto con los datos de notificación
Cáncer en menores de 18 años	<u>Alerta por inoportunidad en el diagnóstico:</u> Casos probables que no ha sido ajustada su o han sido ajustados posterior a 8 días de ser notificado por primera vez, <u>Alerta por Inoportunidad en el tratamiento:</u> Casos confirmados por laboratorio con diagnóstico definitivo y cuya fecha de inicio de tratamiento está vacía y/o supera por 8 días.	Semanal	SAT-Sivigila	Datos básicos y complementarios
Cáncer de mama y cuello uterino.	Casos sin fecha de tratamiento y cuya notificación supera los 20 días.	Semanal	SAT-Sivigila	Datos básicos y complementarios
Morbilidad Materna Extrema	Los eventos registrados de MME con por lo menos una de las siguientes variables marcadas en 1=SI; Eclampsia Preeclampsia severa Hemorragia obstétrica.	Diario	Notificación super inmediata	Archivo plano
Bajo peso al nacer a término	Casos cuyo peso al nacer sea inferior a los 2000 g.	Semanal	SAT-Sivigila	Datos básicos y complementarios

Evento	Criterios de alerta	Periodicidad	Mecanismo	Estructura
Enfermedades huérfanas	Casos identificados en menores de un año: Hiperplasia suprarrenal congénita -Déficit de biotinidasa -Fenilcetonuria – Galactosemia -Déficit de acil-CoA deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena media Acidemia propiónica – Drepanocitosis -Fibrosis quística	Semanal	SAT-Sivigila	Datos básicos y complementarios

Todos los mecanismos de intervención inician con la identificación del paciente una vez se recibe la alerta, posterior a eso, dependiendo del evento, es necesario que la IPS (UPGD) o EAPB canalice la atención a alguna de las rutas de atención integral existentes o verificar el tratamiento o diagnóstico, las cuales permitirán que se realice una intervención inmediata cuya finalidad es mitigar el riesgo de morir.

A continuación, se enumeran las rutas de atención establecidas por la Resolución 3202 de 2016, para los eventos priorizados en el SAT.

**Tabla 17. Rutas integrales de atención establecidas para los eventos priorizados en el SAT.**

Evento	Ruta de atención
<b>Bajo peso al nacer</b>	RIAS-Para población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales y de atención a la desnutrición aguda. RIAS- Para población materno-perinatal.
<b>Cáncer de mama y cuello uterino</b>	RIAS – Para población con riesgo o presencia de cáncer específicas para cáncer de mama y cuello uterino.
<b>Cáncer en menores de 18 años</b>	RIAS - Promoción y mantenimiento de la salud Ruta de Atención para niños y niñas con presunción o diagnóstico de Leucemia en Colombia – Resolución 418 de 2014
<b>Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años</b>	RIAS-Para población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales y de atención a la desnutrición aguda.
<b>Morbilidad materna extrema</b>	RIAS – Para población materno-perinatal.

### Sistema de Alerta Temprana Ambiental y Efectos en Salud (SATAES)

El SATAES es una herramienta para la vigilancia en salud pública que da a conocer anticipadamente y con cierto nivel de certeza en qué tiempo y espacio una situación o amenaza ambiental puede originar un efecto potencialmente peligroso por eventos de interés en salud pública.

Los territorios deben definir su contexto ambiental para caracterizar a nivel local las amenazas que inciden directa o indirectamente en el comportamiento de los eventos de interés en salud pública. También deben generar espacios para el análisis intersectorial de situaciones ambientales teniendo claro los potenciales efectos en salud y las intervenciones en salud pública a realizar con base en las amenazas que recaen en la población.

Por lo tanto, se recomienda generar e implementar sistemas de alerta temprana ambiental para los diferentes componentes ambientales, articulando las acciones entre vigilancia en salud pública y salud ambiental, estos sistemas serán asesorados por el INS para su implementación a nivel local.

#### 9.2.1.3. Sala de análisis del riesgo - SAR

El análisis de riesgo es definido como “una estrategia que opera permanente para los eventos que por su comportamiento y características clínicas y epidemiológicas requieren de un seguimiento estrecho para reducir la morbimortalidad o de los eventos que se encuentran en una alerta internacional sin presencia de casos aún en el país, como medida anticipatoria”. La SAR es la sala de crisis ante posibles amenazas o riesgos en salud pública como potenciales ESPII, un brote o comportamiento inusitado de los otros EISP, o la mitigación del riesgo de eventos de interés en salud pública ante una emergencia natural o antrópica.

La vigilancia en salud pública recolecta, tabula y analiza la información de los EISP, pero requiere mecanismos para generar respuestas oportunas ante los riesgos para la salud de las poblaciones. A partir del registro y monitoreo continuo de las situaciones de amenaza o riesgo, se determina si la situación amerita o no estar en SAR. Estas situaciones pueden ser generadas por rumores, notificación, análisis de comportamientos inusitados a partir de la información del Sivigila, alertas sanitarias, entre otras.

Las SAR deben asegurar la articulación inter e intra sectorial ante situaciones inesperadas que afecten las condiciones de vida de las poblaciones y de su

75 de 108

condición de salud. El INS ha diseñado y probado esta estrategia en el nivel nacional y progresivamente realizará asistencia técnica para su incorporación en los niveles territoriales departamentales y distritales.

Las entidades territoriales deben activar estas SAR ante situaciones que por su carácter de alerta, brote, epidemia o potencial emergencia ameritan el análisis y la orientación para la toma de decisiones.

El análisis realizado favorece una respuesta institucional de acuerdo con el evento de interés en salud pública y sus características de magnitud y gravedad, siendo variable según los hallazgos del seguimiento. Los eventos caracterizados y definidos, candidatos para la realización de SAR en los territorios, son establecidos por: potencial epidémico, situaciones bajo control nacional e internacional; eventos vigilados de manera rutinaria en el país de los cuales se identifiquen cambios en sus condiciones epidemiológicas o circunstancias solicitadas por entidades administrativas o gubernamentales.(13)

La respuesta a este análisis en el nivel nacional tiene cuatro escenarios, que pueden ser simultáneos y no excluyentes, desde el seguimiento a las acciones por parte de la entidad territorial, por el referente de evento o gestor del GRRI-CR, hasta la activación de un ERI o del COE-ESP del INS. La entidad territorial es el primer respondiente en caso de una emergencia en salud pública, y el resultado de la SAR nacional puede corresponder o no a un acompañamiento presencial o no del INS mediante su referente, un ERI o el COE-ESP.

Los planes de trabajo diseñados por estas SAR permiten: realizar gestión institucional, identificar necesidades, establecer estrategias, generar recursos, facilitar la toma de decisiones y evaluar el impacto de las intervenciones definidas.

#### 9.2.1.4. Sala de análisis del riesgo ambiental-SARA

Teniendo en cuenta que la vigilancia en salud pública requiere de mecanismos que den respuesta oportuna a los riesgos ambientales a los que se encuentran las poblaciones expuestas se hace necesario la articulación con actores de otros sectores, como Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - IDEAM, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, CAR, entre otros, en el nivel nacional, y sus equivalentes en el territorio, para analizar el riesgo de eventos de interés en salud pública relacionados con situaciones ambientales.

Desde nivel local se hace necesario identificar, analizar y evaluar situaciones o amenazas ambientales que pueden tener efectos adversos en salud, para prevenirlos o mitigarlos de manera oportuna y eficaz.

Desde el nivel nacional se ha probado este método de análisis y evaluación de riesgos ambientales con potenciales efectos en salud y se espera incorporarlo a los territorios a través de asistencias técnicas.

El análisis y la valoración del riesgo puede requerir del seguimiento y la participación desde el nivel local, departamental o nacional, por referentes de evento, referentes de salud ambiental o un trabajo conjunto gestione el riesgo identificado.

Para profundizar al respecto, consulte el documento “Instructivo de sala de análisis del riesgo” de la DVARSP, GRRICR, en el cual se especifican aspectos para tener en cuenta la para realización de las SAR en el territorio.

#### 9.2.1.5. Portal Sivigila web

Desde el 2018, el portal Sivigila dispone para todos los usuarios, un módulo de análisis gráfico para chikunguña, dengue, zika, malaria, leptospirosis y leishmaniasis que comprende:

- Mapas de riesgo y gráficas (mapas de calor, columnas y líneas) con las tasas de incidencias de los eventos transmitidos por vectores, a nivel departamental y municipal, desde el 2007 al 2017 con datos depurados y con datos preliminares de la vigilancia rutinaria que se encuentra en operación.
- Comparador de tasas de incidencia de ETV entre departamentos y municipios con población a riesgo en el país.
- Canales endémicos por percentilización, cuya línea de base puede ser construida por el usuario con los datos desde 2007.

<b>¿Cómo ingresar?</b>
<a href="http://www.ins.gov.co">www.ins.gov.co</a>
Accesos / Aplicativos de reporte de información / Sivigila / Análisis Gráfico



### 9.2.2. Estrategias de divulgación

Teniendo en cuenta que el sistema de vigilancia en salud pública debe “facilitar la planificación en salud, medidas de prevención y control; permitir el seguimiento y evaluación de las intervenciones realizadas; orientar acciones de mejora frente a la calidad de los servicios de salud prestados y orientar la toma de decisiones y generación de políticas en salud pública”, se hace indispensable contar con mecanismos de divulgación de la información, los cuales permiten al usuario final (trabajador de la salud, tomador de decisiones, comunidad, medios de comunicación) conocer el comportamiento de los eventos y así determinar mecanismos de control ante situaciones futuras. Es responsabilidad, en los niveles departamental y distrital, generar estrategias de divulgación como boletines epidemiológicos, COVE o informes de evento, entre otros.

#### 9.2.2.1. Boletines Epidemiológicos

El Boletín Epidemiológico es una estrategia de divulgación periódica de las características de todos los eventos o aquellos que han sido priorizados. En el Boletín se pueden incluir la descripción de los comportamientos inusuales, la tendencia temporal y espacial, y las características generales de los afectados.

El Instituto Nacional de Salud promoverá que las Secretarías de salud Departamentales, Distritales y Municipales (en especial, de grandes ciudades) desarrollen, mantengan o mejoren este medio de divulgación u otros mecanismos como hojas de datos, infografías, portales de inteligencia de negocios, tableros, microfichas, entre otros. En las visitas de asistencia técnica el INS evaluará el proceso de divulgación mediante este formato y su acceso para los potenciales usuarios.

Al mismo tiempo, el INS fomentará el uso del Boletín Epidemiológico Semanal nacional, con el objetivo que los diferentes actores del sistema de vigilancia reconozcan las alertas generadas en todos los eventos de interés en salud pública y la profundización en algunos eventos considerados prioritarios.

El INS recomienda a los departamentos y distritos el uso del cuadro de mando semanal de la vigilancia donde se reportan los comportamientos inusuales (aumentos o disminuciones) por territorio.

Este cuadro de mando se encuentra en las páginas finales del Boletín Epidemiológico Semanal.

El INS también promoverá la publicación de los informes de brotes y epidemias, incluyendo series o análisis de caso en revistas indizadas o en el Informe Quincenal Epidemiológico Nacional – IQEN, revista con ISBN, con reglas editoriales tipo publicación biomédica. Los artículos producidos en las entidades territoriales serán recibidos para su revisión y publicación en [iqen.editorial@ins.gov.co](mailto:iqen.editorial@ins.gov.co).

#### 9.2.2.2. Comité de vigilancia en salud pública – COVE

Los comités de vigilancia en salud pública tienen como objetivo presentar 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 posteriormente serán difundidas, y tener seguimiento de los indicadores de gestión e impacto en 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 y otros comités afines que se hayan conformado para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública.

Los comités de vigilancia epidemiológica deberán reunirse ordinariamente, al menos, una vez por periodo epidemiológico y serán presididos por el director territorial de salud o su delegado. La secretaría técnica estará a cargo del responsable de vigilancia en salud pública de la dirección territorial de salud.

Las entidades territoriales deben mantener una estructura en el comité que incluye: análisis de indicadores del subsistema de información, análisis de información sobre el comportamiento de uno o un grupo de eventos priorizados y revisión del estado de todos los brotes activos o situaciones de emergencia.

El INS en los procesos de asistencia técnica verificará la realización del COVE, con sus presentaciones y actas de reunión. Se espera que en cada sesión se generen acciones que eviten o mitiguen el daño que el o los eventos de interés en salud pública causen en la población a riesgo.

En los COVE se debe hacer referencia a las situaciones o amenazas ambientales de origen antrópico o naturales identificadas, analizadas y evaluadas, durante el periodo epidemiológico, si las hubo, con el fin de alertar a los referentes de los eventos priorizados de acuerdo con la particularidad del riesgo. Los comités en los

cuales participe activamente la comunidad son definidos como COVECOM y serán útiles como insumo de los COVE institucionales.

### 9.2.2.3. Informes de evento (BES-Compilado)

Las entidades territoriales deben analizar continuamente la información de los eventos de interés en salud pública, recolectada en el Sivigila. Para divulgar los resultados debe producir un informe anual de esta situación que puede hacer mediante informes individuales de eventos, por grupos de eventos o global de la vigilancia. Estos documentos deben tener la estructura de un documento técnico científico y estar disponibles para su consulta por los usuarios del sistema, en lo posible en la web.

Los informes de los siguientes eventos deben ser enviados al INS con las periodicidades descritas y son diferentes a la entrega del informe anual que compila todos los eventos:

Tabla 18. Periodicidad de envío de informes de EISP.

Evento	Trimestral	Semestral	Anual
Bajo peso al nacer		X	
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	X		
Dengue	X		
IAAS (IAD y CAB)		X	
Informe integrado Mortalidad materna, perinatal y neonatal tardía; Morbilidad materna extrema; Defectos congénitos	X		
Leptospirosis		X	
Malaria		X	
PFA	X		
Sarampión, Rubeola, SRC	X		
Tuberculosis sensible, Tuberculosis fármaco-resistente, Lepra <sup>1</sup>			X

<sup>1</sup> Es necesario incluir análisis en poblaciones especiales.

El único mecanismo de envío de los informes mencionados es correo electrónico: [lineamientosins@ins.gov.co](mailto:lineamientosins@ins.gov.co)

Las UND deben enviar un informe anual de todos los eventos.

Las fechas definidas para los envíos son:

- **Informe anual (todos los eventos) de 2018: 10 de mayo del 2019.**
- Informes trimestrales: 26 de abril y 18 de octubre del 2019
- Informes semestrales: 9 de agosto del 2019.
- Informe anual (todos los eventos) de 2019: 8 de mayo del 2020

Se entiende que los eventos con informe trimestral tienen un informe semestral y uno anual que reemplaza los trimestres 2 y 4, y para los semestrales, el segundo corresponde al anual.

Se sugiere tener en cuenta la estructura IMRD (Introducción, método, resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones) para la realización del informe, aclarando que los planes de análisis pueden ser consultados en los protocolos de cada uno de los eventos en los cuales, debido a sus particularidades, se han establecido métodos de análisis a utilizar en los territorios, (ver ejemplo, instrucciones para autores en revista Biomédica, disponible en <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/about/submissions>).

### 9.3. Subsistema de intervención

El subsistema de intervención de la vigilancia en salud pública incluye la fase aguda del control de un brote o un foco que incluye la investigación epidemiológica de campo y las acciones iniciales de respuesta. Las restantes acciones de intervención están relacionadas con los lineamientos y estrategias programáticas específicas o en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

#### 9.3.1 Investigación de brotes

Un brote es definido como “ el aumento inusual en el número de casos o dos o más casos relacionados epidemiológicamente, de aparición súbita y diseminación localizada en un espacio específico”, su presencia genera la necesidad de activar acciones tendientes a la caracterización de la situación con el fin de conocer las personas implicadas, los posibles factores desencadenantes y las acciones iniciales realizadas en los territorios; para lograr definir intervenciones y medidas a tener en cuenta ante la posible reaparición de un evento.

En el contexto de eventos inmuno-prevenibles en erradicación o eliminación (poliomielitis, sarampión, rubéola, SRC, fiebre amarilla, tétanos neonatal), un caso confirmado por laboratorio o por clínica se considera un brote y se deben implementar las acciones que permitan establecer la fuente de importación del virus. Esto también aplica para un caso confirmado o probable de potencial ESPII.

Ante cualquier situación de brote deben activar el Equipo de Respuesta Inmediata para valoración del riesgo de la situación con el fin de implementar actividades de investigación de brote y las técnicas de vigilancia intensificada, vigilancia sindrómica, BAI y BAC. En poblaciones cerradas como establecimientos penitenciarios y educativos y fuerzas militares debe evaluarse la existencia de brote ante la presentación de un caso.

En los brotes en establecimientos penitenciarios es responsabilidad de la Entidad Territorial realizar las actividades de investigación epidemiológica de campo en conformidad con la Resolución 3595 de 2016.

En el caso de las Fuerzas Militares, por razones de seguridad el primer respondiente es Sanidad Militar. En el caso que se requiera de la visita de acompañamiento de la entidad territorial o nacional, debe informarse a la Dirección General de Sanidad Militar a [saida.duran@sanidadfuerzasmilitares.mil.co](mailto:saida.duran@sanidadfuerzasmilitares.mil.co), para activar y respetar los protocolos de seguridad. Esto aplica también para las actividades de asistencia técnica.

La entidad territorial debe activar sus equipos de respuesta inmediata y ejecutar los planes de contingencia institucionales y sectoriales para una intervención oportuna y acorde a la situación de emergencia, manteniendo la información al grupo funcional del INS ([eri@ins.gov.co](mailto:eri@ins.gov.co)) y el MSPS ([cne@minsalud.gov.co](mailto:cne@minsalud.gov.co)) desarrolladas en la respuesta y el envío de informes de acuerdo a la periodicidad establecida, en los cuales se deben incluir, además del reporte del brote o alerta, las actividades de vigilancia, prevención y control realizadas.

Todo brote debe tener:

- Notificación inmediata vía telefónica de la UPGD al municipio, del municipio al departamento y del departamento al INS y al CNE.
- Investigación de brote (de campo) de acuerdo con lo planteado en el protocolo.
- Generación de un informe ejecutivo de reporte de situación – SITREP.
- Informes de avance de acuerdo con lo planteado en el protocolo.
- Recolección y envío de muestras en el periodo recomendado en el protocolo.

82 de 108



- Identificación de agente etiológico, fuente y mecanismo.
- Informe de cierre del brote

El procedimiento para el estudio de brotes se encuentra definido en el documento “Estudio de brote” generado por el INS. Las siguientes son solicitudes adicionales para el cumplimiento de los lineamientos:

**Tabla 19. Consideraciones para tener en cuenta para intervenciones a realizar en EISP.**

Evento	Aspectos clave
<b>ESTUDIO DE BROTES</b>	
<b>Chikungunya</b>	Se realizará investigación ante la aparición de casos en áreas con ausencia de circulación viral, para establecer las condiciones que han permitido la transmisión de la enfermedad.
<b>Enfermedad por virus Zika</b>	Se realizará investigación ante la aparición de casos en áreas con ausencia de circulación viral, para establecer las condiciones que han permitido la transmisión de la enfermedad.
<b>Malaria</b>	Se realizará la investigación de caso en todos los eventos que refieran transmisión periurbana y urbana, con el objeto de realizar la estratificación de riesgo en dichas áreas.
<b>Enfermedades transmitidas por alimentos</b>	<p>Los brotes que cumplan con criterios de notificación inmediata deben tener informe o sitrep de 24 horas, 72 horas e informe final; los que no cumplan con estos criterios un solo informe (final). Los informes se realizarán únicamente en los formatos estandarizados y publicados en la página del INS.</p> <p>Criterios de notificación inmediata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Brotes que involucren población cerrada o cautiva, como: centros penitenciarios, hogares geriátricos, instituciones educativas (públicas o privadas), guarderías, hogares comunitarios, batallones, así como congregaciones de personas, cadenas hoteleras, restaurantes, servicio de alimentación en casinos, ventas ambulantes, hogares de paso, resguardos, territorios colectivos y eventos masivos.</li> <li>✓ Brotes donde estén implicados productos alimenticios con alto volumen de comercialización, por ejemplo, leche y derivados lácteos, agua envasada.</li> </ul>
<b>Enfermedades transmitidas por alimentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Brotes que cumplan con criterios establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional – RSI (2005) (ver anexo 2 del RSI), contemplados como inusitados e imprevistos. Algunos ejemplos son el brote de Chagas vía oral, brotes de ciguatera o asociados con sustancias químicas.</li> </ul> <p>Los brotes de ETA que hayan ocurrido en hogar/familia y que no involucren alimentos de amplia distribución o alto consumo, no generaran informes, solo deben ser notificados al sistema de vigilancia (a excepción de aquellos en los</p>

<b>Evento</b>	<b>Aspectos clave</b>
<p><b>Infecciones asociadas a la atención en salud</b></p>	<p>cuales se presenten situaciones inusuales como mortalidad o pacientes en UCI; para estos se generara un informe de situación SITREP). Si es un brote con exposición intencional a una sustancia química en el cual el vehículo es un alimento se deberá notificar individual como intoxicación por sustancias químicas código 365.</p> <p>En brotes de ETA en los que estén involucrados alimentos industrializados o agua envasada será competencia del INVIMA la inspección vigilancia y control de los establecimientos involucrados.</p> <p>Solo se confirmará el brote una vez se realice la investigación de este. Para ello las UPGD deberán aplicar la metodología para la investigación de brotes estipulada por el INS y enviar los informes o SITREP de 24 horas, 72 horas y final según el desarrollo de la situación.</p> <p>La toma de muestras ambientales no se requiere en todos los brotes, sin embargo, pueden realizarse de acuerdo con el análisis epidemiológico y cuando la hipótesis establecida esté relacionada con el ambiente, medicamento o dispositivo médico. Estas muestras deberán ser procesadas por laboratorios certificados y no por los laboratorios de las UPGD o de la Red Nacional de Laboratorios.</p> <p>Todos los aislamientos relacionados con los brotes deberán enviarse al Laboratorio Nacional de Referencia del INS a través de los laboratorios Departamentales en Salud Pública (LDSP).</p> <p>Las autoridades de salud de las entidades territoriales deberán apoyar y supervisar la investigación de los brotes. De acuerdo con el microorganismo y en caso de que se sospeche que la fuente de infección es un dispositivo médico o medicamento, deberá notificarse al sistema nacional de Farmacovigilancia liderado por el INVIMA.</p> <p>En el proceso de acompañamiento del brote debe promoverse acciones de inspección, vigilancia y control de acuerdo con los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>
<p><b>Infección respiratoria aguda</b></p>	<p>Se realizará investigación ante la aparición de dos o más casos de IRAG en entornos familiares, lugares de trabajo, lugares con población confinada (colegios, universidades, cárceles, batallones, etc.) o grupos sociales en las primeras 72 horas de notificado el evento. La entidad territorial iniciará la investigación correspondiente de casos humanos de influenza por virus nuevo que se detecten en su territorio, de acuerdo con el protocolo de investigación de brotes y documentos vigentes del Plan Anti-pandemia de Influenza de Colombia. La confirmación por laboratorio de un caso humano de influenza por un nuevo subtipo debe desencadenar inmediatamente una investigación de campo a profundidad.</p>

Evento	Aspectos clave
<b>Parálisis Fláccida Aguda</b>	<p>Realizar la investigación epidemiológica de campo de todos los casos sospechosos durante las primeras 48 horas de notificados. Esto debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda Activa Institucional y Búsqueda Activa Comunitaria</li> <li>• Monitoreo rápido de coberturas de vacunación para Sarampión y Rubéola, así como vacunación en terreno de susceptibles.</li> <li>• Planeación y ejecución del barrido vacunal.</li> <li>• Si se identifica un caso confirmado, realizar seguimiento de contactos durante 30 días.</li> <li>• Realizar informe del brote de acuerdo con los requerimientos del protocolo de vigilancia.</li> <li>• La ficha epidemiológica (610) debe contener obligatoriamente la información para el cumplimiento de los indicadores de la vigilancia de un evento bajo eliminación: fecha investigación epidemiológica de campo, fecha toma de muestra y fecha/resultado de la valoración neurológica.</li> </ul>
<b>Sarampión y Rubeola</b>	<p>Realizar la investigación epidemiológica de campo de todos los casos sospechosos durante las primeras 48 horas de notificados. Esto debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda Activa Institucional y Búsqueda Activa Comunitaria</li> <li>• Monitoreo rápido de coberturas de vacunación para Sarampión y Rubéola, así como vacunación en terreno de susceptibles.</li> <li>• Planeación y ejecución del barrido vacunal.</li> <li>• Si se identifica un caso confirmado, realizar seguimiento de contactos durante 30 días.</li> <li>• Realizar informe del brote de acuerdo con los requerimientos del protocolo de vigilancia.</li> <li>• La ficha epidemiológica (710 o 730) debe contener obligatoriamente la información para el cumplimiento de los indicadores de la vigilancia de un evento bajo eliminación: fecha investigación epidemiológica de campo y fecha toma de muestra. Si no se registró al notificar, la UNM/D debe realizar el ajuste 7 correspondiente.</li> </ul>
<b>Tos ferina</b>	<p>Se realizará investigación de brote ante la presencia de dos o más casos confirmados por laboratorio o un caso confirmado por laboratorio y un segundo caso por nexo epidemiológico en las primeras 72 horas, identificación de contactos y posible fuente de infección y búsqueda activa comunitaria para la toma de muestras previo inicio de profilaxis, monitoreo rápido de coberturas de vacunación, vacunación de susceptibles, seguimiento a contactos hasta 21 días y elaboración de informe de brote en las primeras 72 horas e informe de cierre. Deben priorizarse las IEC en poblaciones indígenas.</p>

Evento	Aspectos clave
<b>ESTUDIO DE FOCOS</b>	
<b>Rabia humana y Rabia animal</b>	Para todo caso (probable o confirmado) de rabia humana, en animales de producción primaria, animales de compañía y otros, sin excepción, se deberá realizar de manera inmediata sesión extraordinaria del consejo de zoonosis para definir el plan de acción y realizar la investigación de foco y perifoco según hallazgos. Se deberán enviar los informes de 24, 72 horas y final, que consoliden los hallazgos de la investigación y los resultados de las acciones de intervención; así como, los informes de seguimiento 15, 30 y 60 días una vez terminado el trabajo de campo.
<b>Otras zoonosis</b>	Ante la notificación de otros eventos zoonóticos en humanos o focos en animales, es necesario que las entidades territoriales notifiquen de inmediato al equipo ETV – Zoonosis del INS, al correo <a href="mailto:zoonosis@ins.gov.co">zoonosis@ins.gov.co</a> , adicional a los correos <a href="mailto:eri@ins.gov.co">eri@ins.gov.co</a> y <a href="mailto:cne@minsalud.gov.co">cne@minsalud.gov.co</a> .
<b>TOMA DE MUESTRA</b>	
<b>IRAG inusitado</b>	A todo caso de IRAG inusitado que cumpla con la definición de caso establecida en el protocolo, deberá realizarse recolección de muestras respiratorias e investigación epidemiológica de campo en las primeras 72 horas.
<b>Mortalidad por IRA, EDA, y DNT en menores de 5 años</b>	Todo caso probable de muerte por IRA en menor de cinco años debe tener muestra respiratoria para análisis virológico e histopatológico según lo establecido en el protocolo de vigilancia.
<b>Tos ferina</b>	Todo caso probable de tos ferina notificado al Sivigila debe contar con muestra de aspirado o hisopado nasofaríngeo de acuerdo a la <b>Guía para la vigilancia por laboratorio de B. pertussis</b> , disponible en <a href="http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informacin%20de%20laboratorio/Gu%C3%ADa%20para%20la%20vigilancia%20por%20laboratorio%20de%20Bordetella%20spp.pdf">http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informacin%20de%20laboratorio/Gu%C3%ADa%20para%20la%20vigilancia%20por%20laboratorio%20de%20Bordetella%20spp.pdf</a> Las áreas de vigilancia epidemiológica y el laboratorio departamental deben verificar que todos los casos probables de tos ferina cuenten con muestra de laboratorio y a su vez todos los casos con muestras de laboratorio se encuentren notificados en el Sivigila. En caso de no obtener muestra antes del fallecimiento se deberá tomar una muestra de <b>lavado bronquial</b> y enviarla al Laboratorio de Salud Pública, <b>abstenerse de enviar tejidos</b> para búsqueda de <i>Bordetella pertussis</i> por la razón que no existe metodología estandarizada para este tipo de muestras.

### 9.3.2 Análisis y evaluación del riesgo en salud pública

El análisis y evaluación del riesgo implica el desarrollo y la comprensión de las situaciones de riesgo, su propósito es facilitar la toma de decisiones sobre las



estrategias y actividades más adecuadas para la modificación del riesgo y respuesta. En las salas de análisis del riesgo se debe establecer el nivel de riesgo y un eventual nivel de respuesta institucional frente a una situación; en este espacio confluyen los niveles técnico y estratégico.

Por lo general, establecer un nivel de riesgo y nivel de respuesta institucional es factible con metodologías de análisis y evaluación de las situaciones en matrices de riesgo o mapas de calor, por ejemplo. En el INS, las Salas de Análisis del Riesgo valoran el riesgo con los componentes del anexo 2 del Reglamento sanitario internacional mediante una matriz de estimación rápida de nivel de riesgo y eventual nivel de respuesta, que sirve como insumo para estimación del nivel de respuesta institucional del INS; para la estimación de los niveles de riesgo y respuesta se tienen en cuenta criterios orientados en términos de amenazas y vulnerabilidades en los niveles sub-nacionales (ver figura 3).

**Figura 3. Criterios de valoración del riesgo, niveles de riesgo y nivel de respuesta INS.**


Criterios			Puntaje			
			1	5	10	100
Amenaza	Impacto humano	Extensión geográfica	1	5	10	100
		Características del evento				
	Impacto sobre el SGSS	Número de consultas y disponibilidad de tratamiento				
		Impacto social				
	Acceso geográfico	Área afectada y convivencia social				
Vulnerabilidad	Perfiles, logística y recursos	Disponibilidad de ERI territorial con capacidad.				
	Vigilancia epidemiológica	Capacidades en vigilancia epidemiológica				
	Medios de comunicación	Divulgación en medios de comunicación / solicitud nacional				

Tabla de puntaje		
Puntaje	Nivel de riesgo	Posible nivel de respuesta
< 10	I	Local - municipal - departamental
11 a 50	II	Departamental
51 a 100	III	Departamental - Nacional
> 100	IV	Nacional - intersectorial

**Nivel de respuesta INS**



Esta valoración produce un puntaje que determina el papel del nivel nacional en la respuesta. Cuando se clasifica en nivel de riesgo III se determina el despliegue de ERI nacional para acompañamiento y en el IV, el liderazgo de respuesta cae en el



Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública del INS. Un mecanismo similar puede ser adoptado por el nivel departamental para coordinar su respuesta.

#### 9.4. Subsistema de evaluación

El fortalecimiento del sistema de vigilancia del país ha llevado a implementar acciones que permitan identificar su funcionamiento en el territorio nacional y de esta manera, establecer acciones específicas para garantizar su objetivo final.

##### 9.4.1. Cumplimiento en la notificación

Se consideran en incumplimiento y en silencio epidemiológico a las UND, UNM y UPGD que no envíen a tiempo los archivos planos de notificación (según el flujo de notificación descrito en la figura 2). Si alguna UND no realiza la notificación de acuerdo con las directrices, su nivel de cumplimiento disminuirá en los ámbitos de notificación en la evaluación que realiza el INS cada semana epidemiológica y afectará el promedio de este indicador en el periodo epidemiológico correspondiente; esta información será publicada en los Boletines epidemiológicos semanales e informes de evento publicados en la página web del INS.

#### Las causales del silencio epidemiológico se describen a continuación:

1. Envío inoportuno de los archivos planos de notificación al portal Sivigila sin comunicación previa (mínimo una hora) de la entidad territorial que refiera los inconvenientes presentados para el cargue de la información.
2. Envío de archivos planos con eventos de interés y vigilancia exclusiva del departamento o distrito.
3. Envío de archivos planos con ajustes realizados a casos notificados en semanas anteriores a la reportada.
4. Envío de archivos planos con casos reportados en semana adelantada o semanas anteriores a la evaluada.
5. Envío de archivos planos modificados o alterados que no permitan la consolidación de información al orden territorial.

No se considera silencio epidemiológico

1. Cuando la entidad territorial informa mínimo una hora antes del plazo de envío establecido en el flujo de información (3:00 pm) comunique los inconvenientes presentados en el cargue de los archivos planos de notificación al portal Sivigila.
2. Notificación negativa de los eventos de interés en salud pública de la semana evaluada sin embargo si esta notificación es reiterativa estará sujeta a la

solicitud de soportes que acrediten las Búsquedas Activas Institucionales que permitieron a la entidad territorial declarar al territorio con ausencia de casos de interés.

Lograr las metas definidas por el INS dependerá del cumplimiento de los lineamientos establecidos, los cuales se miden mediante indicadores de operación del subsistema de información.

**Notificación negativa:** este mecanismo de reporte, descrito en el numeral 9.1.2.2, el cual debe ser utilizado bajo la premisa “se realizó la búsqueda de casos en la semana y no se encontraron casos”, no puede ser utilizado como mecanismo para cumplimiento en el reporte, es por esta razón que se hace necesaria la revisión de la notificación negativa de UPGD, las cual no podrá ser superior a la proporción de semanas positivas, en caso de presentarse este comportamiento, es necesario reevaluar si se trata de una UI o se trata de un subregistro de casos.

**Tabla 20. Indicadores de evaluación de la gestión de subsistema de información, Colombia, 2019.**

INDICADOR	Nivel de desagregación	Cálculo	Meta
Cumplimiento en la entrega del reporte semanal	UPGD UNM	(UPGD que notifican en el día y hora establecida / total de UPGD caracterizadas y activas) * 100 (UNM que notifican en el día y hora establecida / total de UNM) * 100	Mínimo 90% Mínimo 97%
	UND	(UND que notifican en el día y hora establecida / total de UND) * 100	100%
Porcentaje de silencio epidemiológico*	UPGD, UNM, UND	(Total de UND, UNM o UPGD que no enviaron el reporte el día y hora establecida / total de UND, UNM o UPGD) * 100	0%
Oportunidad en la notificación semanal	UPGD, UNM, UND	$\sum$ (fecha de notificación – fecha de consulta) / Total de eventos notificados * 100	1 día para eventos de notificación inmediata y 8 para el resto de los eventos
Cumplimiento en el ajuste de casos**	UPGD, UNM, UND	(Casos ajustados en su clasificación inicial / Total de casos probables y sospechosos) * 100	100%
Oportunidad en el ajuste de casos	UPGD, UNM, UND	Promedio de la diferencia entre Fecha de ajuste – fecha de notificación	30 días













*Notas aclaratorias:*

*Las metas se mantienen teniendo en cuenta el ingreso de nuevas UPGD y UI del proyecto de ampliación de operadores del sistema de vigilancia.*

*Los indicadores de cumplimiento en el ajuste y oportunidad en el ajuste son descritos en el documento Indicadores Siviliga en el cual se especifican los eventos a los que aplican.*

Para establecer el riesgo del departamento, municipios y UPGD que no notifican semanalmente, se han creado cuatro categorías que clasifican el porcentaje del silencio epidemiológico en intervalos y de esta manera concluir si la entidad territorial está en riesgo bajo, medio y alto, para cada nivel del flujo de información, estos son:

**Figura 4. Intervalos de riesgo para el indicador de silencio epidemiológico por niveles del flujo de información, Colombia, 2019.**

Intervalo % de UND en silencio	Convención	Riesgo	Intervalo % de UNM en silencio	Convención	Riesgo	Intervalo % de UPGD en silencio	Convención	Riesgo
0		Ninguno	0		Ninguno	0		Ninguno
>0% a <10%		Bajo	>0% a <10%		Bajo	>0% a <10%		Bajo
De 10% a 20%		Medio	De 10% a 20%		Medio	De 10% a 20%		Medio
Mayor A 20%		Alto	Mayor A 20%		Alto	Mayor A 20%		Alto

\*\*Se exceptúan los casos de violencia de género que siempre permanecen sospechosos en el sistema.

*Nota: las metas se mantienen teniendo en cuenta el ingreso de nuevas UPGD y UI del proyecto de ampliación de operadores del sistema de vigilancia.*

#### 9.4.2. Desempeño de la vigilancia por evento de interés

El proceso de evaluación de la VSP involucra la necesidad de utilizar mecanismos mediante los cuales las entidades territoriales y EAPB conozcan el funcionamiento del sistema propuesto para cada uno de los ESPI y así mismo, reconozcan el estado de salud de sus poblaciones, realizando las respectivas acciones de competencia para cada uno de los niveles. Con base en esto se han definido dos métodos de realimentación, ante los cuales las entidades departamentales y distritales y las EAPB deberán generar las acciones pertinentes en la vigilancia de sus territorios:

##### 9.4.2.1. Informe de realimentación

El desempeño de la vigilancia por unidad notificadora es la evaluación trimestral, de los indicadores incluidos en cada uno de los protocolos de vigilancia en salud pública, con un mayor impacto de aquellos eventos en eliminación o erradicación, o considerados potenciales ESPII. La realimentación enviada por el INS a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales es un insumo fundamental para el reconocimiento del desempeño de la vigilancia de los eventos de interés en

salud pública en su ámbito territorial. Este informe es la base para la gestión en el nivel territorial y debe analizarse en el nivel municipal, para de esta manera, planear el acompañamiento territorial en términos de asistencia técnica y capacitación.

Las entidades a las cuales se les envía el informe de realimentación pueden solicitar ajustes a esta evaluación al correo [lineamientos@ins.gov.co](mailto:lineamientos@ins.gov.co). El INS responderá a sus comentarios en los siguientes diez días hábiles.

Durante el 2019 estaremos realizando la prueba de este mismo modelo para EAPB.

#### 9.4.2.2. Archivos planos de realimentación

Los archivos de realimentación entregados semanalmente por el INS son generados por la entidad territorial de procedencia del caso o residencia del paciente; su recepción implica la realización de acciones de seguimiento para casos priorizados y permite mejorar las estimaciones en el análisis de los eventos de interés en salud pública.

Esta información una vez es remitida desde el INS a la UND debe ser cargada a Sivigila 2018-2020 departamental o distrital, posteriormente debe ser realimentada al municipio de procedencia y residencia del paciente, con el fin sean identificados los casos y las UNM tengan conocimiento de los riesgos detectados durante la notificación de casos e igualmente puedan ingresar los datos correspondientes a investigaciones y visitas de campo (cuando aplique para el evento).

Para mayor claridad:

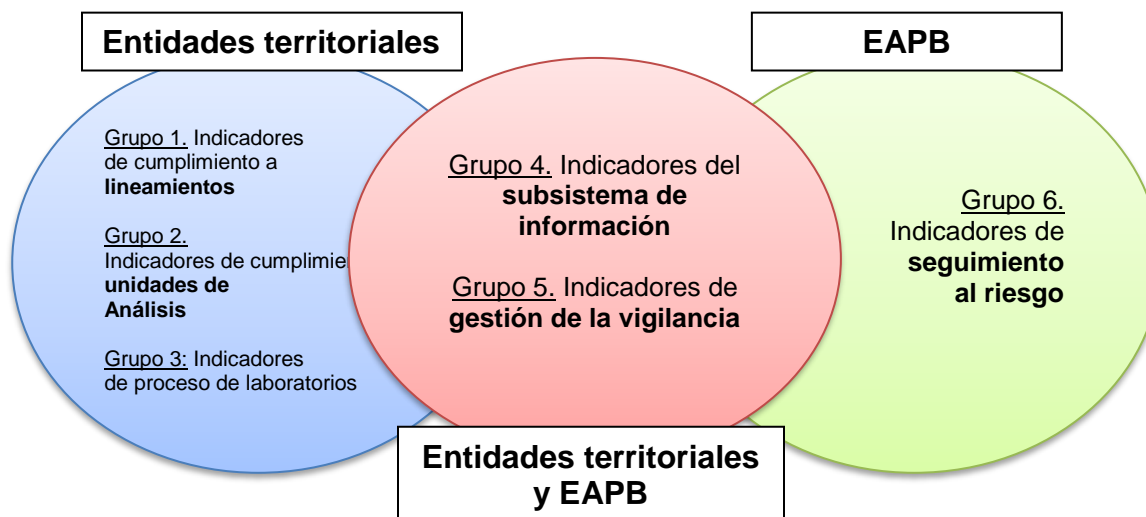
- Las UPGD, UI, UNM o UND no enviaran archivos de realimentación a otras entidades territoriales o EAPB, porque la realimentación a UND y asegurador es competencia del INS.
- Al recibir la sede principal de la EAPB la retroalimentación por el INS debe generar un mecanismo de reenvío a las sucursales regionales con las que cuenta en el territorio nacional, con el fin se tenga pleno conocimiento y oportunidad en el acceso a la atención dependiendo del evento notificado.

#### 9.4.2.3 Calificación de desempeño de ET y EAPB

Durante el 2019 será publicado el estado del comportamiento de los indicadores del sistema de vigilancia en salud pública desagregado por entidad territorial (nivel

departamental y distrital) y EAPB. Los indicadores priorizados se encuentran definidos en seis grandes grupos distribuidos según la entidad evaluada así:

**Figura 5. Distribución de los grupos de indicadores del Ranking de evaluación del sistema de vigilancia.**



Adicional al informe de realimentación, cada entidad territorial o cada EAPB recibirá información específica sobre los indicadores de calificación de desempeño, que serán incluidos en el ranking, su calificación ponderada por componentes principales y categoría, y su calificación final.

#### 9.4.3 Evaluación de capacidad de respuesta

Como parte del diagnóstico territorial de la capacidad instalada en las entidades territoriales, en el primer y cuarto trimestre de 2019 el coordinador de vigilancia en salud pública de cada entidad territorial, o quien haga sus veces, debe diligenciar la encuesta de capacidades básicas en gestión del riesgo en vigilancia en salud pública, respuesta inmediata y comunicación del riesgo que permite monitorizar el avance en los ajustes a los mecanismos de respuesta.

El Instituto Nacional de Salud realizará asistencia técnica para promover el fortalecimiento de esta capacidad de respuesta y el establecimiento de planes de trabajo para mejorar su línea de base.



## 9.5. Requerimientos y seguimiento al incumplimiento en las responsabilidades del sistema.

Ante el incumplimiento en los indicadores de evaluación del proceso de notificación, se realizará un primer llamado de atención vía telefónica o por correo electrónico de manera que sean corregidas las inconsistencias presentadas, de no obtener respuesta con el plan de mejoramiento o de continuar presentando incumplimiento se procederá a realizar los respectivos requerimientos siguiendo el orden establecido en los procedimientos internos del INS (primer requerimiento al coordinador de vigilancia, segundo requerimiento al Secretario de salud y tercer requerimiento al Secretario de salud con copia a la Superintendencia Nacional de Salud), no obstante se considera “caso especial” si el INS detecta una situación que ponga en riesgo a la población en un municipio o servicio de salud realizará el contacto directo para solicitar las acciones que mitiguen el silencio epidemiológico, en este sentido las UND podrán realizar comunicación directa con las UPGD.

En caso de existir silencio epidemiológico **por una semana epidemiológica**, en el nivel departamental o distrital, será enviado el requerimiento con copia a la Superintendencia Nacional de salud. Una situación de silencio epidemiológico semanal de una entidad territorial es una afectación a la seguridad pública.

El tiempo de respuesta será de acuerdo con la prioridad de la información con la que se requiere:

- **Inmediato** plazo mínimo de tres días hábiles una vez recibido el requerimiento por la entidad territorial (solicitud de archivos planos correspondientes a la vigilancia rutinaria o silencio epidemiológico en el orden departamental).
- **Diez días hábiles:** Plazo mínimo para requerimientos en los que se solicite identificar el plan de mejoramiento de la entidad territorial que minimice algún riesgo en salud pública (silencio epidemiológico municipal, no reporte de la notificación negativa de los eventos priorizados).
- **Quince días hábiles:** Plazo mínimo para requerimiento en los que la información requerida es de carácter periódica (Informes de evento, red de operadores, notificación de RIPS, entre otros, etc.).

## 9.6. Control de cambios del sistema

Las UND, UNM o EAPB podrá participar del proceso de control de cambios que se realiza de forma anual al sistema de vigilancia, esto incluye sugerencias para

93 de 108

modificaciones del subsistema de información (herramienta de notificación, fichas), subsistema de análisis, subsistema de intervención, lineamientos, manuales, entre otros que se consideren de interés. Este requerimiento podrá ser enviado al INS mediante memorando dirigido al director de vigilancia en salud pública. Los cambios para el 2020 serán recibidos hasta el 30 de junio de 2019, excepto una situación de emergencia o ajuste sectorial.

## 10. ASISTENCIA TÉCNICA Y SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS.

Una de las funciones del INS es ofrecer acompañamiento y soporte técnico a todo el territorio nacional, con el fin de fortalecer conceptos y generar capacidades suficientes para la vigilancia en salud pública. Estas asistencias técnicas están orientadas a proporcionar soporte técnico que mejore las capacidades territoriales para abordar los diferentes eventos, pero así mismo, identificar debilidades y hacer seguimiento al cumplimiento de los procesos establecidos tanto en los protocolos de evento como en los lineamientos nacionales. Los informes de realimentación y de operación del sistema son la base de la asistencia técnica.

El ejercicio debe extenderse a las unidades notificadoras departamentales y distritales quienes a su vez deben utilizar estos mecanismos para minimizar las debilidades en la vigilancia y generar herramientas suficientes para que el sistema fortalezca su operación y garantice la obtención de información en los municipios, corregimientos departamentales y UPGD. Las Secretarías de salud deben realizar un plan de asistencia técnica que asegure el mejoramiento continuo del sistema de vigilancia en su territorio.

Los departamentos y distritos realizarán por lo menos una asistencia técnica a los municipios o localidades de su jurisdicción incluyendo temas relacionados con protocolos, indicadores de desempeño, metodologías de análisis, gestión del riesgo, investigación de brotes, BAI, correspondencia de fuentes, sistemas de alerta temprana, vigilancia en salud pública durante emergencias, desastres, situaciones o amenazas ambientales y eventos de afluencia masiva de personas. El 30 de junio y 30 de noviembre de 2019 enviarán un informe con las asistencias técnicas realizadas en cada semestre.

Las asistencias técnicas pueden ser consideradas a demanda de acuerdo con las necesidades y compromisos planteados por la entidad territorial. Pueden ser realizadas presencial o virtualmente.

## 11. NOVEDADES EN LA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

A continuación, se describen las novedades en los protocolos de vigilancia que no han sido mencionadas en las secciones previas.

**Tabla 21. Novedades en la vigilancia de los ESPI**

Eventos	Novedades
<b>Accidentes por animales ponzoñosos (muertes)</b>	Los casos de muertes por otros animales ponzoñosos (escorpiones, arañas, orugas, avispas y abejas) deben ser notificados como evento código 900, sólo para muertes, sin importar el grupo de edad. La copia de la historia clínica debe ser enviada al correo <a href="mailto:sivigila@ins.gov.co">sivigila@ins.gov.co</a>
<b>Accidente ofídico</b>	Se incluye la definición de NO envenenamiento teniendo en cuenta la posibilidad que algunas mordeduras sean “secas”, es decir no haya inoculación de veneno y por lo tanto no se produce envenenamiento.
<b>Chagas Crónico</b>	Solo serán ingresados bajo el código 205 los casos de Chagas crónico de población priorizada (gestantes, menores de 18 años e indígenas). El resto de población se captará mediante la fuente secundaria de RIPS y el Sistema de hemovigilancia (SIHEVI).
<b>Consumo de antibióticos intrahospitalario</b>	Se incluyen en la vigilancia del evento los antibióticos ertapenem y cefepime y se excluye imipenem.
<b>Dengue</b>	Confirmar el 100% de casos de dengue grave y dengue con signos de alarma, a través de las pruebas diagnósticas referidas para cada fase de la enfermedad: pruebas moleculares RT-PCR (hasta el quinto día de inicio de los síntomas) ELISA NS1 (hasta el quinto día desde el inicio de síntomas) y prueba de ELISA IgM en fase de convalecencia (más de seis días de inicio de síntomas).  Recolectar y enviar muestras de tejido (hígado, riñón, pulmón, corazón, cerebro y bazo), para análisis por histopatología y virología, al laboratorio nacional de referencia de virología y patología de la Dirección Redes en Salud Pública del INS.
<b>Difteria</b>	Para la confirmación de casos de difteria se requiere el cultivo para identificar la producción de la toxina por medio de la prueba de Elek; a partir de los cultivos positivos, se realiza PCR en las muestras faríngea, en membranas o lesiones y confirma casos en situaciones de brote y diferencia el gen de la toxina de <i>C. diphtheriae</i> , <i>C. ulcerans</i> y <i>C. pseudotuberculosis</i> .

Eventos	Novedades
<b>Enfermedades huérfanas</b>	Con base en la Resolución 5265 de 2018 que actualiza el listado de enfermedades huérfanas y en el consenso realizado durante noviembre y diciembre por Ministerio de Salud y Protección Social, que actualizó 15 pruebas confirmatorias de enfermedades huérfanas, a partir de diciembre 13 de 2018 se actualiza el aplicativo SIVIGILA y los anexos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la notificación de estas al SIVIGILA.
<b>Intoxicaciones</b>	Las Secretarías de Salud Municipal, Departamental y Distrital deben realizar vigilancia intensificada de intoxicaciones por fósforo blanco y bebidas alcohólicas presuntamente adulteradas con metanol en las celebraciones de navidad y fin de año, <b>desde el 1 de diciembre de 2019 hasta la segunda semana epidemiológica de 2020</b> , situaciones en las cuales se debe realizar la notificación inmediata y la IEC correspondiente.
<b>Lepra</b>	Las Secretarías municipales o direcciones locales de salud deberán efectuar en conjunto con el programa de Lepra la visita epidemiológica de campo en los primeros ocho días de captado el caso (en donde se realizará búsqueda de contactos) y las visitas de seguimiento serán realizadas por el programa según los lineamientos del MSPS.
<b>Leptospirosis</b>	Un caso de leptospirosis solo se puede confirmar por laboratorio si tiene resultado positivo de la técnica MAT emitido por el Instituto Nacional de Salud. La entidad territorial debe garantizar la toma y envío de las muestras pareadas al INS para ser procesadas por técnica MAT.  Se realizará la recolección y envío de muestras de tejido (hígado, riñón, pulmón, corazón, cerebro y bazo), para análisis por histopatología, al laboratorio nacional de referencia de patología de la Dirección Redes en Salud Pública del INS y las muestras de suero disponibles, las muertes por Leptospirosis serán ajustadas al sivigila según la conclusión de la unidad de análisis.
<b>Lesiones por minas antipersonal y municiones sin explosionar</b>	Se incluye dentro del proceso de notificación la información inmediata de los casos desde la UPGD a los CRUE y de estos a Descontamina Colombia a través del correo electrónico <a href="mailto:accioncontraminas@presidencia.gov.co">accioncontraminas@presidencia.gov.co</a> o el teléfono 3175132265.



Eventos	Novedades
<b>Malaria</b>	<p>A partir de 2019, los casos de malaria podrán ingresar desde “Sospechoso”, en las zonas que entran en eliminación.</p> <p>A partir de 2019, se incluye en la ficha de notificación la variable “Desplazamiento en los últimos 15 días” y municipios con el departamento al cual se desplazó.</p> <p>Los municipios que se encuentren en el proceso de eliminación de la malaria deberán realizar BAI en sus instituciones dos veces al año con corte 15 de abril de 2019 y 14 de octubre de 2019</p>
<b>Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica</b>	<p>Se realizará vigilancia de las meningitis bacterianas causadas por <i>S. pneumoniae</i> y <i>H. influenzae</i> a través de cultivo de Líquido cefalorraquídeo; se vigilará la enfermedad meningocócica (sepsis y meningitis) mediante cultivo de Líquido cefalorraquídeo y hemocultivo.</p>
<b>Parálisis Flácida Aguda</b>	<p>Es necesario garantizar al menos una valoración neurológica del paciente a los 30, 60 y 90 días posteriores a la notificación del caso. Los ajustes deberán verse reflejados en la notificación del caso.</p>
<b>Rabia humana</b>	<p>El evento Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia (APTR), será separado del evento Rabia Humana, cuyos códigos serán diferentes para la vigencia 2018-2020. Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia (APTR) (código 300) Rabia humana (código 670)</p>
<b>Tracoma</b>	<p>Para la vigilancia evento Tracoma se realizará notificación con el código 305.</p> <p>La vigilancia de la triquiasis tracomatosa (TT) y la ceguera por tracoma, se basa en la identificación de nuevos casos de acuerdo a la definición operativa de caso del Protocolo de la Vigilancia, que son captados por personal de salud entrenado, a través de la Búsqueda Activa Institucional a partir de diagnósticos CIE10 compatibles, por medio de la búsqueda pasiva institucional durante la valoración clínica por sistemas y se complementa con los resultados de la tamización de la TT promovida por el Programa Nacional de EID, en el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud Plan de Salud y con la vigilancia de base comunitaria.</p> <p>Para la confirmación de los casos en aquellas entidades territoriales donde no se cuente con al menos una persona certificada o en los casos particulares donde exista la duda respecto a si corresponde a un caso de triquiasis tracomatosa/opacidad corneal, los referentes del Programa Nacional de EID del Ministerio de Salud y Protección Social y profesionales aliados realizarán la confirmación del caso. Para lo cual se debe: a) remitir una o más fotos de buena calidad en la que se evidencien los signos clínicos a los correos electrónicos: <a href="mailto:jtrujillot@minsalud.gov.co">jtrujillot@minsalud.gov.co</a> y <a href="mailto:programaleid@minsalud.gov.co">programaleid@minsalud.gov.co</a>. b) canalizar el paciente hacia el</p>

Eventos	Novedades
<p><b>Tuberculosis sensible y fármaco-resistente</b></p>	<p>servicio de salud que cuente con la persona certificada o c. Programar una visita al lugar de residencia del paciente por parte de una persona certificada para realizar el diagnóstico definitivo.</p> <p>Las Secretarías municipales o direcciones locales de salud deberán efectuar en conjunto con el programa de Tuberculosis la visita epidemiológica de campo en los primeros ocho días de captado el caso (en donde se realizará búsqueda de contactos) y las visitas de seguimiento serán realizadas por el programa del MSPS. Los formatos para esta actividad son los contemplados en el programa nacional de TB del MSPS.</p> <p>Se informa la modificación del esquema de vacunación antirrábica humana establecido por el MSPS.</p>
<p><b>Vigilancia por animales potencialmente transmisores de rabia. Rabia humana Rabia animal</b></p>	<p>Es indispensable realizar la vigilancia por laboratorio para proveer información sobre las variantes circulantes del virus de la rabia, con miras a orientar acciones sobre determinadas especies de animales y detectar oportunamente la introducción de una nueva variante o reintroducción en un área libre de circulación viral.</p> <p>Es necesario fortalecer las acciones de vigilancia de la rabia por laboratorio para proveer información sobre la circulación viral en cada territorio y orientar las acciones de vigilancia y control.</p>
<p><b>Violencia de género e intrafamiliar</b></p>	<p>Hasta el 2018, la semana epidemiológica del evento se calculó a partir de la fecha de ocurrencia del hecho (variable “<i>fecha del hecho</i>”); con el fin de permitir la notificación de casos ocurridos en vigencias anteriores es necesario cambiar la validación del evento, por lo tanto, a partir de 2019 el cálculo de la semana epidemiológica se hará a partir de la “<i>fecha de consulta</i>”. Es importante tener en cuenta esta modificación para el análisis de la información, especialmente cuando se quiera comparar los datos con años anteriores.</p> <p>El cierre de la base de datos se continuará haciendo anualmente, quedando registrados los casos que según la fecha de consulta correspondan a cada año epidemiológico, sin embargo, según fecha del hecho quedarán registrados casos ocurridos en diferentes vigencias, sin que esto signifique la modificación de las bases de datos oficiales de años anteriores.</p>

**Eventos**

**Novedades**

Con el fin de evitar doble notificación de casos y optimizar la operación del SIVIGILA, a partir de la semana epidemiológica 01 de 2019, la información de la vigilancia de los defectos congénitos metabólicos (fenilcetonuria clásica, mucopolisacaridosis y trastornos del metabolismo de las purinas y de las pirimidinas) que era notificada mediante ficha 215 de defectos congénitos, será notificada únicamente a través de la ficha 342 de la vigilancia en salud pública de enfermedades huérfanas (tabla A). Las enfermedades huérfanas listadas para país mediante resolución 2048 de 2015 continúan notificándose de manera rutinaria.

Tabla A. Defectos congénitos metabólicos y fuente de datos

**Defectos congénitos  
y  
Enfermedades huérfanas**

Código CIE 10	Nombre	Notificación
E700	Fenilcetonuria clásica	Ficha 342 - Enfermedades huérfanas
E763	Mucopolisacaridosis no especificada	Ficha 342 - Enfermedades huérfanas
E799	Trastornos del metabolismo de las purinas y de las pirimidinas, especificado	Ficha 342 - Enfermedades huérfanas

A continuación, se listan las malformaciones congénitas que a su vez corresponden a enfermedades huérfanas y que seguirán notificándose a través de la ficha 215 de defectos congénitos:

Tabla A. Malformaciones congénitas y fuente de datos

Código CIE 10	Nombre	Notificación
Q042	Holoprosencefalia	Ficha 215 - Defectos congénitos
Q172	Microtia	Ficha 215 - Defectos congénitos
Q431	Enfermedad de Hirschsprung	Ficha 215 - Defectos congénitos
Q792	Onfalocele	Ficha 215 - Defectos congénitos
Q793	Gastrosquisis	Ficha 215 - Defectos congénitos
Q969	Síndrome de Turner, no especificado	Ficha 215 - Defectos congénitos

### 11.1. Recomendaciones para la intensificación de la vigilancia

El Instituto Nacional de Salud hace un llamado a mejorar los procedimientos para la vigilancia en salud pública ante las siguientes situaciones:

- El fenómeno de El Niño, que de acuerdo con el IDEAM tiene una alta probabilidad de ocurrencia, por lo cual se debe incluir las acciones de vigilancia para los eventos priorizados en los planes de contingencia.
- El 2019 será, de acuerdo con el comportamiento cíclico del dengue, un año hiper-endémico para dengue y es posible, para otras arbovirosis. Deben establecerse los mecanismos para garantizar la atención en salud adecuada para los casos y revisar los planes de prevención de estas enfermedades en el marco de la Estrategia de Gestión Integrada.
- Durante 2019, el MSPS iniciará la implementación de los planes de eliminación de malaria en algunos municipios del occidente colombiano. Las entidades territoriales deben preparar su adaptación en la vigilancia y el diagnóstico para este reto.
- En 2019, OPS continuará con el proceso de certificación de la interrupción de la transmisión domiciliar de enfermedad de chagas por triatomíneos. Los municipios llamados a este proceso deben revisar el cumplimiento de los diferentes indicadores de vigilancia y diagnóstico.
- Aunque la ocurrencia de casos ha sido muy baja durante los últimos dos años (un caso), debe mantenerse la vigilancia de fiebre amarilla de acuerdo con la clasificación de riesgo establecida por el MSPS.
- Ante la situación de deterioro de la salud pública en Venezuela, es importante mantener la vigilancia intensificada ante la ocurrencia de casos de sarampión, rubeola, parálisis flácida aguda, difteria y tosferina. El antecedente de una caída progresiva y sostenida de las coberturas de vacunación hacen que el país, tanto en las zonas de frontera como en los municipios receptores de población migrante, no baje la guardia ante estos eventos.
- El INS hará un seguimiento estricto al cumplimiento de la vigilancia de la parálisis flácida aguda en menores de 5 años como medio para garantizar el estatus de certificación de la erradicación de poliomielitis en Colombia.
- El monitoreo estrecho de la información de la vigilancia en los niveles departamentales y municipales pueden llevar a un mayor control de la magnitud y gravedad de los aumentos de casos por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda. Una detección de los



primeros signos de alarma puede contribuir a la contención adecuada en el tiempo adecuado. Esto mismo puede aplicar para el monitoreo de situaciones inusuales de defectos congénitos, intentos de suicidios, entre otros.

- Colombia logró el reconocimiento por el mejoramiento del cumplimiento de indicadores de la vigilancia de meningitis y enfermedad meningocócica, La atención oportuna de los casos con su IEC contribuirá a continuar dicho mejoramiento.
- El aumento de la brecha entre casos de sífilis gestacional y congénita debe ser una meta en la gestión del riesgo, que contribuya el cumplimiento de la meta de eliminación.
- En octubre de 2018 se hizo el lanzamiento de la vigilancia en salud pública de tracoma. La entidad territorial del área afectada debe contribuir a mejorar sus procesos para iniciar la certificación de eliminación de esta enfermedad.
- Es necesario fortalecer los ejercicios de correspondencia de algunos eventos que tienen desarrollos programáticos: tuberculosis, malaria, enfermedad de chagas, hepatitis b, entre otros, que garanticen el acceso de la población captada a los servicios de salud. Esto mismo aplica en el caso de eventos no transmisibles como cáncer infantil, cáncer de mama y cérvix, enfermedades huérfanas/raras





## REFERENCIAS

1. República de Colombia, Ministerio de salud. Decreto 3518 del 2006 compilado en Decreto 780 del 2016.
2. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud. Decreto 2274 del 2012.
3. Funciones y objetivos de la Superintendencia nacional de salud. Disponible en: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/nuestra-entidad/objetivos-y-funciones>. Consultado el: 16-11-2017.
4. Funciones generales del INVIMA. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/nuestraentidad/funciones/generales.html>. Consultado el: 16-11-2017.
5. Departamento Administrativo de la Función Pública. Resolución 4147 del 2011. Disponible en: <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/Juridica/DECRETO%204147%20DEL%203%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202011.pdf>. Consultado el: 22-10-2018
6. República de Colombia, Ministerio de salud y protección social. Resolución 5159 de 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5159-de-2015.pdf>. Consultado el: 22-10-2018.
7. República de Colombia, Ministerio de defensa nacional. Decreto 1795 del 2000.
8. República de Colombia, Ministerio de ambiente y desarrollo sostenible. Ley 1523 del 2012.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE).2011. Disponible en: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=855-mopec3&Itemid=688](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=855-mopec3&Itemid=688).

10. Organización Mundial de la Salud. Reglamento sanitario internacional, 2005. Disponible en: [http://www.who.int/ihr/IHR\\_2005\\_es.pdf](http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf)
11. Rivadeneiral AG. Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. Monit Estraté. 2014;4.
12. Instituto Nacional de Salud. Modelo metodológico y operativo de gestión de riesgos ambientales para la definición de alertas tempranas en salud pública, 2018.
13. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta Temprana y Equipos de Respuesta Inmediata en Salud Pública, 2018.
14. República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 429 del 2016.
15. República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3202 del 2016.
16. Instituto nacional de salud. Manual del usuario aplicativo Sivigila. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/sivigila/Documentos%20SIVIGILA/Manual%20Sivigila%202017.pdf>
17. Ministerio de salud y protección social. *Guía metodológica para el desarrollo de protocolos de vigilancia de eventos de interés en salud pública en Colombia.* Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/Gu%C3%ADa%20metodol%C3%B3gica%20para%20el%20desarrollo%20de%20Protocolos%20de%20Vigilancia.pdf>. Consultado el: 22-10-2018
18. República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 2590 del 2012.
19. Organización Panamericana de la Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna Basada en la Web (SVEMMBW). Disponible en: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=895:sist](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=895:sist)

ema-de-vigilancia-epidemiologica-de-mortalidad-materna-basada-en-la-web-  
svemmbw&Itemid=551. Consultado el: 27-12-2018

## ANEXOS

### ANEXO 2.

#### Municipios donde no se ha identificado circulación del virus transmisor del Chikungunya

Departamento	Municipio
Amazonas	La Pedrera
Antioquia	Abriaquí, Alejandría, Briceño, Buriticá, Caramanta, Cisneros, Concepción, Gómez Plata, Santo Domingo, Toledo, Vigía del Fuerte, Yalí, Yolombó
Boyacá	Almeida, Berbeo, Briceño, Guayatá, La Capilla, Pachavita, Pisba, San Eduardo, San José de Pare, Santana, Sutatenza, Tenza
Caldas	Manzanares, Pensilvania
Caquetá	Solano
Cundinamarca	Venecia
Choco	Bahía solano, Bajo Baudó, Lloro, San José del palmar
Guaviare	Miraflores
Meta	Uribe
Nariño	El Charco, Magui, Policarpa, Santa Bárbara
Risaralda	Guática
Santander	Aguada, Aratoca, Charalá, Chima, Chipatá, Confines, Contratación, Coromoro, Curití, El Carmen de Chucuri, El Guacamayo, Gambita, Guadalupe, Guapota, Jordán, La Belleza, La Paz, Ocamonte, Oiba, Palmas del Socorro, Paramo, San Benito, Santa Bárbara, Santa Helena del Opón, Surata, Valle de San José
San Andrés	Providencia

### ANEXO 3

#### Listado de unidades centinela para vigilancia de Exposición a Flúor, Colombia, 2019.

Entidad territorial	Número de centinelas asignados
Amazonas	1
Antioquia	12
Arauca	2
Atlántico	3
Barranquilla	2
Bogotá D.C.	26
Bolívar	2
Boyacá	13
Caldas	3
Caquetá	1
Cartagena	2
Casanare	2
Cauca	5
Cesar	4
Chocó	7
Córdoba	4
Cundinamarca	9
Guainía	2
Guaviare	2
Huila	5
La Guajira	4
Magdalena	4
Meta	6
Nariño	10
Norte de Santander	5
Putumayo	1
Quindío	2
Risaralda	2
San Andrés	1
Santa Marta	1
Santander	13
Sucre	4
Tolima	6
Valle	13
Vaupés	2
Vichada	1
<b>Total</b>	<b>182</b>



## ANEXO 4

### Listado de unidades centinela para vigilancia de ESI-IRAG, Colombia, 2019.

Entidad Territorial	UPGD Centinela	Estrategia de vigilancia
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	IRAG
Barranquilla	Clínica General del Norte	IRAG
Bogotá	Hospital el Tunal	IRAG
	Fundación Cardioinfantil	IRAG
Cartagena	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	ESI
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	ESI-IRAG
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	IRAG
Nariño	Fundación Hospital San Pedro	IRAG
	Hospital Infantil Los Ángeles	IRAG
Norte de Santander	Hospital Universitario Erasmo Meoz	IRAG
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	IRAG
Valle del Cauca	Fundación Valle del Lili	IRAG