

LINEAMIENTOS NACIONALES 2020

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 2 - 27 de diciembre de 2019**

1 de 132

Martha Lucia Ospina Martínez

Directora Instituto Nacional de Salud

Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Astrid Carolina Flórez Sánchez

Directora de Redes en Salud Pública

Profesionales que participaron en la elaboración de los lineamientos 2020

Equipo Sivigila

Claudia Marcella Huguett Aragón
Catalina Arias Caicedo
Víctor Eduardo Casallas Bedoya
Verónica Tangarife Arredondo
Lady Patricia Flórez Tapiero
Diana Lucero Rivera Gómez
Oscar Iván Castro Calderón
Juan Carlos León Vásquez
Alexander Buitrago Puentes
Wilson Eduardo Aguilar Landinez
Liz Karine Morales Aguas
Yudy Estela Silva Lizarazo

Grupo análisis de casos especiales

Claudia Macella Huguett Aragón
Diana Paola Bocanegra Horta
Jessika Alexandra Manrique Sánchez
Deccy Magnolia González Ruje
Hector Eduardo Pachón Melo
Hernando Zapata Agredo
Maira Liliana Peñaranda García
Diego Felipe López Ávila
Yudy Estela Silva Lizarazo

Subdirección de Prevención vigilancia y control en salud pública

Diana Marcela Walteros Acero

Grupo enfermedades transmisibles

Helena Patricia Salas Suspes

Equipo Inmunoprevenibles e Infección Respiratoria Aguda

Sandra Milena Aparicio Fuentes
Luz Amparo Sastoque Díaz
Diana Carolina Malo Sánchez
Sandra Lucero Bonilla Molano
Adriana Lucia Medina Rubio
Consuelo Pinzón Gutiérrez
Natalí Paola Cortés Molano
Yenny Marcela Elizalde Rodríguez

Equipo Mycobacterias e Infecciones de transmisión sexual

Lisette Andrea Bermúdez Pinzón
Adriana Leonor Gómez Rubio
Luis Carlos Gómez Ortega
Vilma Fabiola Izquierdo Charry

Grupo enfermedades no transmisibles

Greace Alejandra Ávila Mellizo

Equipo crónicas

Nidia Esperanza González Toloza
Yenny Zulima Vásquez Alejo
María Paula Jiménez Herrera

Equipo maternidad segura

Greace Alejandra Ávila Mellizo
Nathaly Roza Gutiérrez
Diana Alexa forero Motta
María Eugenia Pinilla Saraza

Equipo vigilancia nutricional

Nidza Fernanda González Sarmiento
Yenny Zulima Vásquez Alejo

Grupo factores de riesgo ambiental

Milena Edith Borbón Ramos
Jorge Alberto Gamarra Cuellar
Ana Natalia Torres Labrador
Luisa Fernanda Soto Alegría
Johanna Katherine Bernal Sotelo
José Andrés Corredor Martínez
Mónica Carolina Carreño Niño
Juan Camilo Rojas Hernández

Grupo de salud mental y lesiones de causa externa

Alejandra Díaz Gómez
Yalena Mosquera Bahamon

Subdirección de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla

Equipo enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis

Irene Alejandra Pinilla Farías
Angélica Rojas Bárcenas
Javier Alberto Madero Reales
Andrea Rodríguez Reyes
Henry Sepúlveda Medina
Ricardo Andrés Caicedo
Carolina Ferro Méndez
Claudia Patricia Torres

Equipo IAAS

Sandra Rivera Vargas
Carlos Andrés Pinto Díaz
Luis Enrique Mayorga Mogollón

Compilación y edición del documento

Diana Marcela Walteros Acero
Yudy Estela Silva Lizarazo

Grupo gestión del riesgo, respuesta inmediata y comunicación del riesgo

Jorge Luis Díaz Moreno
Ángela Patricia Alarcón
Luz Alejandra Romero
Eliana Mendoza Niño
Martha Cecilia Santos
Claudia Rincón Acevedo
Víctor Zein Rizo
Christian Llano Villegas
Nubia Stella Narváez
Viviana Carolina Moreno

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVO	7
3. ALCANCE	7
4. RESPONSABILIDADES.....	7
5. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES.....	12
5.1. Abreviaturas	12
5.2. Definiciones.....	15
6. CONDICIONES GENERALES.....	19
6.1. Marco normativo nacional.....	19
6.2. Marco normativo internacional.....	35
6.3. Talento humano.....	38
6.3.1. Equipos de respuesta inmediata.....	39
6.3.2. Referentes de la vigilancia en salud pública de los EISP.....	40
6.4. Certificación de personas en salud pública	41
6.5. Educación continuada	42
6.6. Curso básico en epidemiología de campo -Frontline	43
6.7. Gestión documental.....	44
6.8. Acompañamiento territorial.....	48
7. INSUMOS REQUERIDOS.....	49
8. EQUIPOS.....	51
9. DESCRIPCIÓN.....	52
9.1. Subsistema de información	53
9.1.1. Caracterización de la red de operadores.....	53
9.1.2. Aplicativo Sivigila 4.0	59
9.1.3. Aplicativo Sivigila 2018-2020.....	60
9.1.4. Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basado en la web (SVEMMBW).....	76
9.1.5. Correspondencia con otras fuentes de información.....	78
9.1.6. Creación de eventos de notificación municipal – departamental	79
9.1.7. Otras consideraciones de la operación del sistema	79
9.1.8. Estrategias de identificación de eventos de interés en salud pública	80
9.2. Subsistema de análisis y divulgación.....	82
9.2.1. Unidad de análisis.....	82
9.2.2. Sistema de alerta temprana	86

9.2.3.	Sala de análisis del riesgo - SAR.....	91
9.2.4.	Reportes en Sivigila 4.0.....	93
9.2.5.	Estrategias de divulgación.....	94
9.3.	Subsistema de intervención	97
9.3.1.	Investigación de brotes.....	97
9.3.2.	Análisis y evaluación del riesgo en salud pública.....	103
9.4.	Subsistema de evaluación	105
9.4.1.	Cumplimiento en la notificación	105
9.4.2.	Desempeño de la vigilancia por evento de interés.....	108
9.4.3.	Evaluación de capacidad de respuesta.....	110
9.5.	Requerimientos y seguimiento al incumplimiento en las responsabilidades del sistema	111
9.6.	Control de cambios del sistema	112
10.	ASISTENCIA TÉCNICA Y SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS	112
11.	NOVEDADES EN LA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	113
11.1.	Recomendaciones para la intensificación de la vigilancia	119
	REFERENCIAS.....	123
	ANEXOS	126

1. INTRODUCCIÓN

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) está dirigida 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 misiones definidas en la normatividad.¹

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 2020 y sus documentos relacionados deben comprenderse y cumplirse en el territorio como base del funcionamiento del sistema, en su estrategia basada en casos predefinidos. 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 la vigilancia basada en notificación de casos predefinidos, así como la detección, el análisis, la valoración y la modificación del riesgo de eventos de interés en salud pública (EISP) en Colombia para 2020.

3. ALCANCE

Este documento define los lineamientos para realizar la vigilancia, análisis, valoración y modificación 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 para garantizar la operación de la vigilancia en salud pública, complementadas en los presentes lineamientos. Para el cumplimiento de las directrices establecidas en estos lineamientos son definidas 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 General de Seguridad Social en Salud.
- Implementar las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social en las acciones de vigilar, mitigar, eliminar o controlar un evento de interés en salud pública
- Dirigir las acciones que garanticen la operación del Sistema de vigilancia en salud pública orientando desde el nivel nacional a las entidades territoriales.
- Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la definición de las normas técnicas y estrategias para la vigilancia en salud pública.

- Divulgar a todos los interesados la información de la vigilancia para tomar decisiones en salud pública oportunamente.
- 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. ^{1,2}

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública 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. (1)
- Dirigir, asesorar y coordinar acciones de preparación y respuesta para prevenir y controlar las amenazas y emergencias en salud pública.

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 subsidiariedad en los términos del literal d) 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.

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. ¹
- Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en el ámbito municipal de acuerdo con su categoría. ¹

- Realizar las acciones colectivas definidas en los protocolos de vigilancia y lineamientos ante la ocurrencia de un evento de interés en salud pública, brotes, alertas y situaciones de emergencia.

Unidades Primarias Generadoras del Dato y Unidades Informadoras.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

- Realizar las acciones para detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás 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.¹

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 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.¹
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.

El **Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)** tiene entre sus funciones dirigir el sistema de vigilancia en salud pública, 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.³

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.^{1,4}

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.⁵

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 Siviigila; 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.⁶

Las **Fuerzas Militares** y la **Policía Nacional**, adicional a las responsabilidades de vigilancia en salud pública, establecidas en el Decreto 780 de 2016 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. ⁷

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, jueces, policía judicial, defensoría del pueblo y demás autoridades competentes en todo el territorio nacional, la realización de dichos procedimientos y la obtención 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

APTR: Animal potencialmente transmisor de rabia
BAC: Búsqueda Activa Comunitaria
BAI: Búsqueda Activa Institucional
BES: Boletín Epidemiológico Semanal
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
CRUE: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNT: Desnutrición
DVARSP: Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios.
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
EEV: Encefalitis Equina Venezolana
EISP: Eventos de Interés en Salud Pública.
ERI: Equipo de Respuesta Inmediata
ESAVI: Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación o Inmunización
ESI: Enfermedad Similar a la Influenza
ESP II: Emergencia en salud pública de importancia internacional
ESPIN: Emergencias en Salud Pública de Interés Nacional
ET: Entidades territoriales
ETA: Enfermedad Transmitida por Alimentos
ETV: Enfermedad Transmitida por Vectores
FESP: Funciones esenciales de salud pública
FETP: Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo, (Field Epidemiology Training Program, por sus siglas en inglés)
GRRICR: Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo.
GPC: Guía de Práctica Clínica
IAAS: Infecciones asociadas a la atención en salud
IAD: Infecciones Asociadas a Dispositivos
ICA: Instituto Colombiano Agropecuario
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

IEC: Investigación epidemiológica de campo
IMRD: Introducción, método, resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones
INPEC: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario
INS: Instituto Nacional de Salud
INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPS: Institución prestadora de servicios de salud
IQEN: Informe Quincenal Epidemiológico Nacional
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
IPA: Índice parasitario anual
IVE: Interrupción voluntaria del embarazo
LDSP: Laboratorios Departamentales en Salud Pública
MADR: Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud
MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONS: Observatorio Nacional de Salud
ONG: Organizaciones No Gubernamentales
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PEP: Permiso Especial de Permanencia
PFA: Parálisis Flácida Aguda
PND: Plan Nacional de Desarrollo
PNS: reporte Positivo Negativo y Silencio
PNSB: Plan Nacional de Salud Bucal
POA: Plan Operativo Anual
PTS: Plan Territorial de Salud
RELAB: Registro de Laboratorios
REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
RSI: Reglamento Sanitario Internacional
RUAF- ND: Registro Único de Afiliados a la Protección Social
SAR: Sala de Análisis del Riesgo

SARA: Sala de Análisis del Riesgo Ambiental
SAT: Sistema de Alerta Temprana
SAT-NT: Sistema de alerta temprana de los eventos no transmisibles
SCTI: Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIANIESP: Sistema de información de apoyo a la notificación e investigación de eventos de interés en salud pública.
SIHEVI: Sistema de hemovigilancia
SISPRO: Sistema Integrado de información de la Protección Social
SITREP: Informe de Reporte de Situación
SIVIGE: Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género
SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SRC: Síndrome de Rubeola Congénita
SVEMMBW: Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basado en la web
TMI: Transmisión Materno Infantil
TB: Tuberculosis
TBFR: Tuberculosis fármaco resistente
TIC: Tecnologías de Información y Comunicaciones
TT: Triquiiasis tracomatosa
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
UI: Unidad Informadora
UND: Unidad Notificadora Departamental o Distrital
UNGRD: Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres
UNM: Unidad Notificadora Municipal
UPC: Unidad de pago por capitación
UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos
USPEC: Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios
VIH: Virus de inmunodeficiencia humana
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 una unidad de inteligencia epidemiológica y sanitaria, que cumple las funciones de monitoreo, evaluación y de notificación a la OMS de emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional que se registren en el país. Por medio del Decreto 3518 de 2006, artículo 34, se designó al Ministerio de la Protección Social a través de la Dirección General de Salud Pública, como Centro Nacional de Enlace (CNE). (20)

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

Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII): es un evento extraordinario que, de conformidad con el RSI, se ha determinado que: 1) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y 2) podría exigir una respuesta internacional coordinada. Sólo el Director General de la OMS, sobre la base de la información existente y el consejo de un Comité de Emergencia, incluido el aporte proveniente del Estado Parte donde ocurrió el evento, puede determinar la ocurrencia de una emergencia de salud pública de importancia 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.

Eventos: para los efectos del RSI (2005), es la manifestación de una enfermedad o un suceso potencialmente patógeno.

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 (21)

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.

Población a riesgo: población que, por sus características sociales y dinámicas demográficas, como hacinamiento, población privada de la libertad, población confinada, población migrante, tienen condiciones inherentes de riesgo para el desarrollo de eventos de interés en salud pública y cambios en la morbilidad y mortalidad.

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 (SGSSS), 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): es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para 194 países, entre ellos todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Tiene por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo.(22)

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 de riesgos en salud pública: metodología de análisis y evaluación de las amenazas y vulnerabilidades en salud pública para establecer escenarios de riesgo que permita la toma de decisiones; puede ser un escenario físico o virtual (INS) (13).

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 Vigilancia en Salud Pública (Sivigila): 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 para que a partir de su análisis, las autoridades correspondientes definan las acciones para mitigar los efectos en la salud de las comunidades.

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. El sistema de vigilancia debe asegurar un funcionamiento los siete días a la semana, durante los 365 días del año, que le permita responder a emergencias, brotes y epidemias de manera inmediata, que le permita responder a las alertas super inmediatas generadas por el Sistema Alerta Temprana (SAT), emergencias, brotes y epidemias de manera inmediata.

Los recursos financieros deben asegurarse tanto para el funcionamiento habitual del sistema de vigilancia como para la atención de brotes y eventos de interés en salud pública en las primeras 48 horas, constituyendo recursos de reserva que permitan la gestión de estas situaciones inclusive en fines de semana y horarios nocturno.

6.1. Marco normativo nacional

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

Norma	Descripción
Ley 9 de 1979	Código sanitario nacional Título VII: vigilancia y control epidemiológico
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral.
Ley 629 de 2000	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.
Ley 670 de 2001	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.

Norma	Descripción
Ley 715 de 2001	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
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Da la definición de salud pública.
Ley 1384 de 2010	Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia
Ley 1388 de 2010	Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.
Ley 1392 de 2010	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.
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 1566 de 2012	Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas.
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 1626 de 2013	Por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones. Parcialmente vigente, la Ley 1971 de 2019 Modifica su artículo 5°.
Ley 1639 de 2013	Por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se adiciona el artículo 113 de la Ley 599 de 2000.
Ley 1639 de 2013	Por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se adiciona el artículo 113 de la Ley 599 de 2000.

Norma	Descripción
Ley 1641 de 2013:	Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones.
Ley 1616 de 2013	Por la cual se expide la ley de salud mental
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. Parcialmente vigente, los artículos 7°, 32, 34, 47, 58, 60, 90, 95, 98, 106, 135, 136, 186, 219, 222, 259, 261, 264 y los párrafos de los artículos 55 y 57 fueron derogados por la Ley 1955 de 2019
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
Ley 1799 de 2016	Por medio de la cual se prohíben los procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos para menores de edad y se dictan otras disposiciones.
Ley 1283 de 2017	Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de la familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones.
Ley 1850 de 2017	Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.
Ley 1955 de 2019	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.
Ley 1968 de 2019	Por el cual se prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional y se establecen garantías de protección a la salud de los colombianos.
Ley 1971 de 2019	Por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones.
Ley 1972 de 2019	Por medio de la cual se establece la protección de los derechos a la salud y al medio ambiente sano estableciendo medidas tendientes a la reducción de emisiones contaminantes de fuentes móviles y se dictan otras disposiciones.
Ley 1977 de 2019	Por la cual se modifica parcialmente la ley 1176 de 2007 en lo que respecta al sector de agua potable y saneamiento básico.
Ley 1980 de 2019	Por medio de la cual se crea el programa de tamizaje neonatal en Colombia.

*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 786 de 1990	Por el cual se reglamenta parcialmente el título IX de la ley 09 de 1979, en cuanto a la práctica de autopsias clínicas y médico - legales, así como viscerotomías y se dictan otras disposiciones
Decreto 1543 de 1997	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).
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 4481 de 2006	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 670 de 2001
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 1954 de 2012	Por el cual se dictan disposiciones para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas.
Decreto 2734 de 2012	Por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia.
Decreto 1033 de 2014	Por el cual se reglamenta la Ley 1639 de 2013 por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se adiciona el artículo 113 de la Ley 599 de 2000.
Decreto 1375 de 2014	Por el cual se establecen los requisitos sanitarios para la fabricación e importación de sueros antiofídicos y antilonómicos durante la declaratoria de emergencia nacional en salud pública (emergencia sanitaria) en el territorio nacional. Prorrogado por el Decreto 868 de 2015.
Decreto 859 de 2014	Por el cual se crea la comisión intersectorial de salud pública. Compilado en el Decreto 780 del 2016.

Norma	Descripción
	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>
Decreto 780 de 2016	<i>Título VIII: Sistema de vigilancia en salud pública</i> - <i>Capítulo 1. Creación del Sivigila</i> - <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>
Decreto 1288 de 2018	Por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional y se dictan otras medidas sobre el retorno de colombianos.
Decreto 2499 de 2018	Por el cual se determina la permanencia del reglamento técnico a través del cual se crea el Sistema Oficial de Inspección, Vigilancia y Control de la Carne, Productos Cárnicos Comestibles y Derivados Cárnicos, destinados para el Consumo Humano, y se fijan los requisitos sanitarios y de inocuidad que se deben cumplir en su producción primaria, beneficio, desposte, desprese, procesamiento, almacenamiento, transporte, comercialización, expendio, importación o exportación.
Decreto 2500 de 2018	Por el cual se determina la permanencia del reglamento técnico sobre los requisitos que debe cumplir la leche para el consumo humano que se obtenga, procese, envase, transporte, comercialice, expendia, importe o exporte en el país.
Decreto 2501 de 2019	Por el cual se determina la permanencia del reglamento técnico que regula el uso y manejo de plaguicidas
Decreto 1630 de 2019	Por el cual se sustituye el Capítulo 1 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social relativo a las mujeres víctimas de violencia.

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

Norma	Descripción
Resolución 3374 de 2000	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.

Norma	Descripción
Resolución 3577 de 2006	Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB
Resolución 3442 de 2006	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
Resolución 3990 de 2009	Por la cual se conforma el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización, CNPI.
Resolución 2121 de 2010	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.
Resolución 5195 de 2010	Por la cual se reorganiza el Comité Asesor de Tuberculosis y se dictan otras disposiciones
Resolución 2823 de 2011	Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 003990 de 2009, en cuanto a la conformación del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización
Resolución 2590 de 2012	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.
Resolución 4496 de 2012	Por la cual se organiza el sistema nacional de información en cáncer y se crea el observatorio nacional de cáncer
Resolución 4505 de 2012	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.
Resolución 1383 de 2013	Por el cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021.
Resolución 1442 de 2013	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

Norma	Descripción
Resolución 1841 de 2013	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
Resolución 2338 de 2013	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.
Resolución 418 de 2014	Por la cual se adopta la ruta atención de niños y niñas con presunción o diagnóstico de leucemia en Colombia.
Resolución 437 de 2014	Por la cual se establece la práctica obligatoria de pruebas de anticuerpos contra el Virus Linfotrópico de Células T Humanas I/II (HTLV I/II) y la detección de anticuerpos contra el Antígeno Core del Virus de la Hepatitis B (Anti HBc).
Resolución 518 de 2015	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). Su anexo técnico fue ajustado por la resolución 3280 de 2018
Resolución 1536 del 2015	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.
Resolución 5159 del 2015	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
Resolución 1619 de 2015	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
Resolución 1868 de 2015	Por la cual se establecen los criterios para la conformación de la Red Virtual de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil.
Resolución 5406 de 2015	Por la cual se definen los lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda.
Resolución 256 de 2016	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
Resolución 2465 de 2016	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

Norma	Descripción
Resolución 3202 de 2016	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.
Resolución 3595 de 2016	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
Resolución 562 de 2016	Por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios y de inocuidad de la carne de chigüiro (<i>Hydrochoerus hydrochaeris</i>), destinada para el consumo humano y las disposiciones para su beneficio, desposte, almacenamiento, comercialización, expendio, transporte, importación o exportación.
Resolución 999 de 2016	Por la cual se determinan los criterios para distribución y asignación de recursos de inversión del programa de enfermedades transmitidas por vectores, zoonosis y de funcionamiento para los programas de prevención y control de tuberculosis y lepra.
Resolución 3803 de 2016	Por la cual se establecen las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes- RIEN para la población colombiana y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3015 de 2017	Por medio de la cual se incluye el Permiso Especial de Permanencia - PE como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social.
Resolución 5096 de 2017	Por la cual se establecen las condiciones y el procedimiento para que las entidades territoriales incluyan en los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, los proyectos de inversión para atender necesidades en situaciones de declaratoria de calamidad pública, desastre o emergencia sanitaria en salud o emergencia nacional en salud pública, sanitaria y/o evento catastrófico.
Resolución 1692 de 2017	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
Resolución 1487 de 2018	Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria declarada mediante la Resolución 1302 de 2014, prorrogada por la Resolución 1209 de 2017

Norma	Descripción
Resolución 5265 de 2018	Por la cual se actualiza el listado de enfermedades huérfanas y se dictan otras disposiciones
Resolución 3280 de 2018	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. Parcialmente vigente, la Resolución 276 de 2019, modifica su artículo 4 y los anexos técnicos
Resolución 1885 de 2018	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones
Resolución 651 de 2018	Por la cual se establecen las condiciones de habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la atención integral de enfermedades huérfanas, así como la conformación de la red y subredes de centros de referencia para su atención.
Resolución 686 de 2018	Por la cual se expide el reglamento técnico que deben cumplir los juguetes y sus accesorios, que se fabriquen, importen y comercialicen en el territorio nacional.
Resolución 2423 de 2018	Por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral.
Resolución 2515 de 2018	Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento.
Resolución 5897 de 2018	Por la cual se determina la permanencia del reglamento técnico que regula los límites máximos de residuos de Plaguicidas - LMR - en alimentos para consumo humano y en piensos o forrajes.
Resolución 4886 de 2018	Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental
Resolución 561 de 2019	Por la cual se establecen los procedimientos de inscripción y verificación de los laboratorios que realicen pruebas para eventos de interés en salud pública y de inspección vigilancia y control sanitario en la Red Nacional de Laboratorios - RELAB
Resolución 89 de 2019	Por la cual se adopta la Política integral para Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.
Resolución 946 de 2019	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Registro Nacional de pacientes con enfermedades huérfanas y la notificación de enfermedades huérfanas al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Norma	Descripción
Resolución 276 de 2019	Por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018, Modifica el artículo 4 y los anexos técnicos.
Resolución 1343 de 2019	Por la cual se modifica el artículo 12 de las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 en relación con la prescripción de productos de soporte nutricional a menores de cinco (5) años.
Resolución 1893 de 2019	Por la cual se expide el reglamento técnico de emergencia para los utensilios de vidrio, cerámica y vitrocerámica las vajillas de vidrio, cerámica y vitrocerámica en contacto con alimentos, y utensilios de cerámica empleados en la cocción de alimentos, que fabriquen, importen y comercialicen en el territorio nacional.
Resolución 2626 de 2019	Por la cual se Modifica la Política de Atención Integral en Salud - País y adopta el Modelo de acción Integral Territorial - MAITE.

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

Norma	Descripción
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú	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.
Plan Decenal para el Control del cáncer 2012-2021	Modelo conceptual que orienta y organiza el quehacer y las actividades para el control del cáncer en el país.
Plan de acción nacional e intersectorial para la prevención, vigilancia y control de algunas zoonosis y manejo del accidente ofídico en Colombia (PANIZOO)	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.
Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y Hepatitis B y C, Colombia 2018 - 2021	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.
Plan estratégico nacional de control de la lepra (enfermedad de Hansen) 2016-2025	Considera como objetivo estratégico “Ejecutar efectivamente acciones de Investigación, Vigilancia y Control por parte de las entidades responsables de la eliminación de la lepra”

Norma	Descripción
Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis”. Colombia 2016-2025	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
Plan de intensificación para la eliminación de la sífilis congénita 2014-2021	Establece como línea estratégica: “Establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación que permitan tomar decisiones oportunas”
Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018. Colombia, 2015	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.
Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio	Gestionar la respuesta en salud a las situaciones generadas por la migración, en las entidades territoriales receptoras, para desarrollar estrategias pertinentes, fortalecer capacidades, promover la convivencia social y mitigar el impacto ante situaciones de emergencia, mediante la acción coordinada de los agentes del sector, incluyendo las comunidades, otros sectores, agencias internacionales y otras organizaciones.

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

Norma	Descripción
N.C.L A.3.4	Sistematizar la información de la vigilancia en salud pública de acuerdo con los lineamientos y los requerimientos del ente administrativo y rector
N.C.L A.3.2	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
CONPES 3344 de 2005	Lineamientos para la formulación de la política de prevención y control de la contaminación del aire.
CONPES 3550 de 2008	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.

Norma	Descripción
CONPES 113 de 2008	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN)
CONPES 3676 de 2010	Consolidación de la política sanitaria y de inocuidad para las cadenas láctea y cárnica.
CONPES 3700 de 2011	Estrategia Institucional para la Articulación de Políticas y Acciones en Materia de Cambio Climático en Colombia
CONPES 155 de 2012	Política farmacéutica nacional
CONPES 3920 de 2018	Política nacional de explotación de datos (Big data)
CONPES 3918 de 2018	Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia
CONPES 2950 de 2018	Estrategia para la Atención de la Migración desde Venezuela

Tabla 7. Circulares para la vigilancia en salud pública.

Norma	Descripción
Circular externa MSPS 0045/2012	Implementación de la estrategia de Vigilancia en Salud Pública de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud-IAAS Resistencia y Consumo de Antimicrobianos
Circular externa MSPS 0039/2014	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)
Circular conjunta 0030/2014	Acciones de vigilancia, prevención y control en salud pública de las Encefalitis Equinas ante la presencia de casos confirmados de Encefalitis Equina Venezolana (EEV)
Circular externa conjunta MSPS - UNGRD 0040/2014	Participación del sector salud en los procesos de gestión del riesgo de desastres
Circular externa MSPS 09/2015	Recomendaciones ante la introducción del virus chikunguña en el territorio nacional.
Circular externa INS 0014/2016	Vigilancia de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años.
Circular externa 021/2016 INS	Fortalecimiento de acciones frente al uso de plaguicidas de uso agrícola en entornos domiciliarios.

Norma	Descripción
Circular externa 022/2017 INS	Intensificación de la vigilancia de enfermedades huérfanas en especial del Síndrome del Guillain Barré.
Circular externa 0025/2016 INS	Fortalecimiento de la Vigilancia y Control de Leptospirosis.
Circular externa 0040/2016 INS	Vigilancia epidemiológica intensificada para Difteria en departamentos fronterizos con Venezuela.
Circular externa 004/2017 INS	Lineamientos epidemiológicos y de laboratorio en la vigilancia de IRAG inusitado ante un caso sospechoso por nuevos virus con potencial pandémico
Circular externa 005/2017 INS	Nuevo sistema para reporte de atenciones en salud de accidentes de tránsito
Circular externa 008/2017 INS	Inclusión de Nuevos Operadores que pueden captar Enfermedades Huérfanas-raras al sistema de vigilancia en salud pública.
Circular externa 009/2017 INS	Reporte de enfermedades huérfanas-raras al Sivigila
Circular 12/2017	Envío de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS. de las atenciones realizadas a ciudadanos extranjeros en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los departamentos ubicados en las fronteras con Brasil. Ecuador. Panamá. Perú. Nicaragua y Venezuela.
Circular externa 0018/2017 MSPS	Directrices para el control de la Fiebre Amarilla y exigencia de certificación internacional o carné nacional de vacunación.
Circular externa 0019/2017 INS	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.
Circular externa 0020/2017 INS	Ajuste en la definición operativa de caso de la mortalidad perinatal y neonatal tardía y en el porcentaje de análisis individual.
Circular externa 0021/2017 INS	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.
Circular externa 0025/2017 INS	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.
Circular externa 0025/2017 MSPS	Fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública para responder a la situación de migración de la población proveniente de Venezuela.
Circular Externa Conjunta 27 de 2017 MSPS –	Intensificación de las Acciones de Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia Sanitaria, Prevención y Control de la Transmisión de Cepas Bacterianas Gram Negativas, con Resistencia a Colistina en Colombia.

Norma	Descripción
MADR- INS - ICA - INVIMA- CORPOICA	
Circular externa 006/2018 MSPS	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.
Circular externa 012/2018 INS	Obligatoriedad de notificación universal de enfermedades huérfanas raras, cáncer en menores de 18 años, defectos congénitos y VIH.
Circular externa 0017/2018 MSPS	Instrucciones de prevención, atención, vigilancia y control de la difteria en el país.
Circular externa 0021/2018 INS	Fortalecimiento de la vigilancia de Parálisis Flácida Aguda en el país.
Circular externa 0027/2018 MSPS	Directrices para el fortalecimiento de las acciones de prevención, vigilancia, atención y control de cólera.
Circular externa 0030/2018 MSPS	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 (ESPIL), en el marco del Reglamento Sanitario internacional - RSI (2005), al Centro Nacional de Enlace (CNE).
Circular conjunta externa 0031/2018 MSPS-INS	Intensificación de las acciones para la prevención, atención y el control de la Infección Respiratoria Aguda IRA
Circular externa 0043/2018 INS	Fortalecimiento de la vigilancia de Neisseria gonorrhoeae por laboratorio
Circular externa 011 de 2019 INS	Fortalecimiento de la vigilancia de Tos ferina
Circular Externa Conjunta 3/2019 MSPS - INS	Preparación y respuesta sectorial frente a los posibles efectos en salud ante la eventual ocurrencia del fenómeno del "niño".
Circular Externa Conjunta 8/2019 MSPS - INS	Instrucciones para la intensificación y fortalecimiento a las acciones de vigilancia, prevención, atención Integral y control de dengue en Colombia.
Circular 13/2019 MSPS	Acciones de Gestión en Salud Pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, Coinfección TB/VIH, Sífilis Gestacional y Congénita Hepatitis B y Hepatitis C.
Circular Conjunta 31/2019 MSPS, Supersalud e INS	Instrucciones para mantener la intensificación y fortalecimiento de las acciones de prevención, atención integral, vigilancia y control del dengue en Colombia

Norma	Descripción
Circular 32/2019 MSPS	Directrices de alerta, instrucciones y recomendaciones relacionadas con las consecuencias nocivas a nivel sanitario por el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin suministro de nicotina, SEAN/SSSN.
Circular 16/2019 INS	Lineamientos y aclaraciones sobre la vigilancia por laboratorio del virus de la rabia en el país.

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

Norma	Descripción
GUÍAS Y LINEAMIENTOS	
Guía de Vigilancia Entomológica y Control de Malaria 2010.	Gestión para la vigilancia entomológica y control de la transmisión de malaria
Guía clínica malaria 2010.	Guía para Atención Clínica Integral del paciente con malaria
Guía clínica de leishmaniasis 2010.	Guía para Atención Clínica Integral del paciente con Leishmaniasis
Guía práctica para la atención integral de personas agredidas por un animal potencialmente transmisor de rabia.	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.
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	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.
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	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.
Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B Crónica Adopción 2016.	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.

Norma	Descripción
<p>Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.</p>	<p>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.</p>
<p>Guía de práctica clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C 2016.</p>	<p>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.</p>
<p>Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.</p>	<p>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.</p>
<p>Guía de práctica clínica (GPC) Detección de anomalías congénitas en el recién nacido</p>	<p>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.</p>
<p>Guía de práctica clínica (GPC) Complicaciones del embarazo, parto o puerperio.</p>	<p>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.</p>
<p>Guía Práctica Clínica para la identificación y el manejo clínico de la tos ferina en menores de 18 años de edad Actualización 2014</p>	<p>Esta guía emite recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la tos ferina en niños y adolescentes menores de 18 años, así como para prevenir nuevos casos en contactos de sujetos con la enfermedad. Pretende apoyar el proceso de toma de decisiones de los profesionales clínicos (médicos generales, pediatras, otros especialistas médicos [neumólogos, infectólogos], otras profesiones de la salud [enfermeras, terapeutas respiratorios]) que manejan a estos pacientes en cualquier nivel de atención. La guía viene acompañada de una versión abreviada para profesionales de la salud y de otra para los pacientes y sus cuidadores</p>
<p>Lineamiento táctico y operativo de la estrategia de gestión integrada para las enfermedades transmitidas por vectores (EGI-ETV) a nivel territorial 2017</p>	<p>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.</p>

Norma	Descripción
Guías y lineamientos: Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida, 2017	Presenta recomendaciones basadas en la evidencia para la atención de pacientes con riesgo de suicidio, ideación y/o conducta suicida, así como aspectos preventivos. Se incluye la atención a los familiares y allegados supervivientes
Lineamiento para la atención clínica integral de leishmaniasis en Colombia, abril de 2018.	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.
Lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza, junio de 2018.	Definir los lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de la influenza
Lineamientos para la atención clínica integral de pacientes con enfermedad meningocócica en Colombia 2018	Datos característicos de la enfermedad para Integrar y fortalecer las actividades de vigilancia en salud pública, la identificación y atención oportuna de los casos en los servicios de salud y la implementación de medidas de prevención y control para el evento.
Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad	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.
Lineamientos para la estrategia incremental de cuidado bucal y protección específica en salud bucal para la primera infancia, infancia y adolescencia "Soy una generación más sonriente" del Ministerio de Salud y Protección Social de 2019	Estos lineamientos muestran las acciones frente a la salud bucal de los colombianos, frente a las patologías más frecuentes, entre ellas la fluorosis dental.

6.2. Marco normativo internacional

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

Norma	Descripción
Iniciativa Salud Pública de las Américas 1999	Su propósito es el de desarrollar un concepto común de la salud pública y de sus funciones esenciales en la Región de las Américas.

Norma	Descripción
Protocolo de Kioto 1997	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.
Funciones esenciales de salud pública (FESP) 2000	FESP 2. Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud.
Reglamento sanitario internacional 2005	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.
Objetivos de desarrollo sostenible 2015, agenda 2030	Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
Directrices para la vigilancia de la farmacoresistencia en la tuberculosis - 5ª edición	Este documento tiene en cuenta los adelantos recientes en diagnósticos de laboratorio y las subsecuentes recomendaciones de la OMS.
Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las américas 2018-2023	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.
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	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.
Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018	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.

Norma	Descripción
Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019	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.
Plan de Acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas 2017-2022	Instrumento que consolida las principales líneas de acciones para fortalecer la vigilancia y control de la enfermedad en la región.
Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022	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.
Estrategia mundial para la lepra 2016 – 2020	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.
Marco para la eliminación de la malaria, Organización Panamericana de la Salud, 2017.	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.
Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030	Establece Tomar la vigilancia del paludismo como una intervención Básica. Requiere el seguimiento del IPA como indicador clave de seguimiento de la estrategia.
Plan de acción mundial de vigilancia de la poliomielitis, 2018-2020	Apoyar a los países endémicos, en brote y de alto riesgo en la evaluación de riesgo a aumentar la sensibilidad de sus sistemas de vigilancia; compartir estrategias para reducir las brechas de detección de poliovirus, incluidos los polios derivados de vacuna en pacientes inmunodeficientes (VDVPi), fortalecer la coordinación entre los equipos de campo de vigilancia, y organizar actividades en cada área de trabajo.

Norma	Descripción
<p>Plan Estratégico para la erradicación mundial de la poliomielitis 2019-2023</p>	<p>Enfocada en tres puntos clave: erradicación, integración y contención; así como factores críticos de género, investigación y preparación para la implementación de la estrategia post-certificación. Describe nuevas estrategias e innovaciones que aportan al logro del objetivo final de la erradicación mundial de la poliomielitis.</p>

6.3. Talento humano

Para la operación del sistema de vigilancia, los profesionales o técnicos a cargo o contratados deben estar certificados en la Norma sectorial de competencia laboral en epidemiología, salud pública, sistemas de información o en vigilancia en salud pública (ver Tabla 5) o en cursos de epidemiología de campo frontline (primera línea).

Cada entidad territorial debe garantizar la continuidad de los procesos de vigilancia, de manera ininterrumpida, durante todas las semanas epidemiológicas del año, los siete días de la semana. Las entidades territoriales deben asegurar la continuidad de las acciones de vigilancia, lo que incluye la contratación del talento humano al final e inicio de cada año, que puede justificarse en el escenario administrativo de vigencias futuras.

**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.
El no cumplimiento de esta garantía afecta la seguridad sanitaria territorial y nacional.**

Este talento humano debe asegurar la continuidad del control de calidad y el análisis de la información recolectada, la respuesta a las alertas super inmediatas generadas por el Sistema Alerta Temprana (SAT), 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 y desplegar los equipos de respuesta inmediata ante la ocurrencia de alertas, brotes, epidemias o potenciales ESPII o ESPIN -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 debe 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. Los 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 SAR 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, además deben tener profesionales médicos para la valoración integral de los casos.

Estos equipos de respuesta inmediata deben tener un proceso de alistamiento que en el caso de requerir su desplazamiento, los funcionarios o contratistas estén disponibles para la investigación de campo en el menor tiempo posible. Asimismo, la secretaria de salud o quien haga sus veces, debe garantizar los medios para su funcionamiento, que abarca el transporte, las comunicaciones, la seguridad, la

tecnología y los insumos de laboratorio y control de infecciones para su adecuada actividad.

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 antes del 15 de enero de 2020 (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

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)
- Enfermedades transmitidas por Agua o alimentos (ETA-EDA-Hepatitis A-Fiebre Tifoidea y paratifoidea)
- Infecciones respiratorias
- Zoonosis
- Infecciones de transmisión sexual
- Enfermedades prevenidas por vacunas
- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)
- Enfermedades crónicas no transmisibles
- Maternidad segura
- Lesiones de causa externa
- Vigilancia nutricional

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 (Decreto 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 2020, 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. Anexo 1. Talento humano

6.4. Certificación de personas en salud pública

El proceso de certificación de competencias laborales hace referencia a las actividades por las que un organismo de certificación decide expedir certificado a las personas que se desempeñan en vigilancia en salud pública. El INS 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 la norma sectorial 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 supervisión 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 supervisión. 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 Formación del Talento Humano del Instituto Nacional de Salud, manifestando el interés de certificar al personal y los aportes que realizará para este fin. Estas solicitudes serán recibidas en el INS hasta el 30 de junio de 2020.

La solicitud será analizada para su programación de acuerdo con el calendario de actividades del segundo semestre de 2020.

6.5. 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 de Acción Integral Territorial - MAITE, 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. En el caso de los funcionarios y contratistas responsables de la vigilancia en las unidades notificadoras, esta educación continuada es complementaria a la certificación en norma sectorial de competencia laboral o en epidemiología de campo de primera línea (Frontline).

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.

6.6. 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. El plazo para solicitar este entrenamiento es 30 de marzo de 2020.

La solicitud será analizada para su programación de acuerdo con el calendario de actividades del segundo a cuarto trimestre de 2020.

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

43 de 132

desarrollar nuevas cohortes directamente por la entidad territorial, con la supervisión 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.

6.7. Gestión documental

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

- Metodología de la operación de “estadísticas de vigilancia de eventos de salud pública”: Es el documento cuya finalidad es generar la metodología para recopilar, analizar, interpretar, actualizar, divulgar y evaluar sistemática y oportunamente la información sobre eventos en salud para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>
- Codificación y reglas de validación de contenido para el ingreso de los eventos de interés en salud pública nacional en el aplicativo Sivigila: Documento de apoyo que contiene la tabla de codificación y validación de contenido para los eventos de vigilancia en salud pública del nivel nacional, guía para la notificación e ingreso de los eventos al aplicativo.
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>
- Diccionario de datos Sivigila 2018 – 2020: Es el documento en el que se dan las indicaciones de la estructura para los registros para notificación de datos de eventos de interés en salud pública, desde el flujo y estructura de archivos planos, la estructura de datos básicos y complementarios para notificación individual.
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>
- Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila: es 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

44 de 132

eventos objeto de vigilancia y control en salud pública.
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>

- 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.
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>
- 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 y resistencia antimicrobiana, las cuales contienen variables específicas para la notificación de estos eventos. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
- Protocolos de vigilancia: documento estándar para la vigilancia de cada uno de los eventos de interés en salud pública. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
- 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. Estos estandarizan y garantizan la calidad, eficiencia y eficacia de los procedimientos diagnósticos de laboratorio que apoyan la vigilancia y control en salud pública. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/Paginas/documentos-de-interes.aspx>
- 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

45 de 132

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 operatorio y consumo de antibióticos. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>

- 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. También están las fichas de reporte de los indicadores de la vigilancia de los eventos en eliminación (sarampión y rubeola) y erradicación (parálisis flácida aguda). <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
- 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 ante la presencia de enfermedades no transmisibles.
- 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 indicadores para la evaluación de la operación de la vigilancia en salud pública basada en eventos pre definidos: es el documento guía para los referentes técnicos tanto de los niveles territoriales como del nacional, para el monitoreo y evaluación de la gestión relacionada con el cumplimiento de los procesos definidos para la operación del sistema en el territorio nacional. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>
- Instructivo de Sala de Análisis del Riesgo para entidades territoriales: en el cual se establecen las actividades de implementación de la Sala de Análisis de Riesgos - SAR en salud pública de las entidades territoriales, como espacio de análisis extraordinario, 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

- 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 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 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 investigación de campo o reportes de situación (SITREP) 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. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/Paginas/documentos-de-interes.aspx>
- Manual para la realización de unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública: documento metodológico para orientar la realización de las unidades de análisis de los 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. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>
- 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.

- 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 que se utiliza cuando no se tiene información o esta es 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.

6.8. 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, la calidad en el diligenciamiento de las fichas correspondientes, la recolección de muestras y la realización de las pruebas de laboratorios de su competencia, la investigación epidemiológica 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 su jurisdicción, realizando la medición de 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 de la Resolución 2626 de 2019, por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - País y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, se fortalece el soporte legal para las actividades en vigilancia en salud pública, además busca la coordinación interinstitucional y comunitaria con todos los integrantes del sistema de salud para responder a las prioridades de salud de la población y de este modo contribuir al mejoramiento continuo, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo de los entes territoriales.

La normatividad es un medio para garantizar la toma de muestras 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 (Resolución 1646 de 2018).

El Maite “Reconoce e incorpora los desarrollos realizados a través de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS y permitirá la

49 de 132

coordinación de agentes, usuarios y otros actores, a través de unas líneas de acción, con enfoque de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial; alcanzar la cobertura y acceso para todas las personas, propendiendo hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud”.

Es así como 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.¹³
- 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 licenciadas 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 de casos de eventos de interés en salud pública (EISP), 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 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 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.

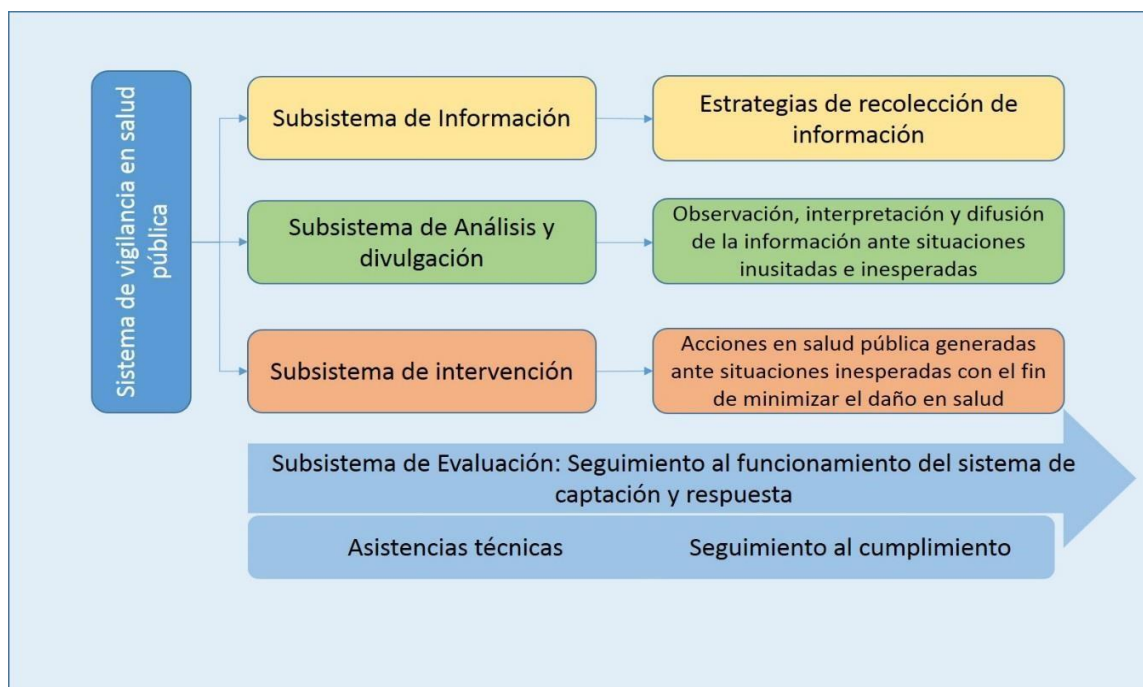
- La operación de la vigilancia requiere que los laboratorios de salud pública departamentales cuenten con los elementos para la toma, procesamiento y envío de muestras. Esto incluye el envío oportuno a los laboratorios de referencia, entre ellos el INS.

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*”.

Estas unidades pueden ser 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 o de otros sectores, que cumplan con los requisitos establecidos.

Las unidades tienen como parte de 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 2020 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.
- 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, en especial cánceres de mama, cérvix y pediátrico..
- 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 esté 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.
- Desde 2019 se viene realizando la caracterización de los Centros de Recuperación Nutricional y Unidades móviles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), para la notificación de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años. Esta actividad debe mantenerse y las Unidades Móviles faltantes deben ser caracterizadas y adherirse a la notificación en el transcurso de 2020. Las unidades móviles pueden reportar también a los Centros de Recuperación Nutricional.
- De acuerdo con lo definido en la circular 025 de 2017, es necesario intensificar las actividades de búsqueda activa institucional y comunitaria, las unidades de análisis de mortalidad y los procesos de notificación en población migrante venezolana. Las secretarías de salud departamentales deben generar mecanismos de articulación con Organizaciones No

Gubernamentales (ONG) y otras instituciones, especialmente a las ubicadas en zonas de frontera con Venezuela y en el departamento de Nariño, que presten servicios de atención en salud a esta población, de esta forma garantizar que los eventos de interés en salud pública sean captados y notificados oportunamente y de esta manera intervenir escenarios que puedan constituir brotes o situaciones de emergencia.

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 Servicios de Salud) del MSPS, 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:

- 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.
- Eliminación de aquellas cerradas a la fecha del corte o aquellas que tienen registradas sedes como transporte especial.
- 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.

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 identificar si son nuevas UPGD o UI para ser caracterizadas en el sistema de vigilancia, en caso contrario se debe

reportar en el seguimiento, que no cumplen como potenciales operadores para que no sean tenidos en cuenta en futuros seguimientos.

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 o ayudasivigila@ins.gov.co), escritos, presenciales o telefónicos creados por el INS en la página institucional (www.ins.gov.co).

Las EAPB realizan 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 sobre la detección de instituciones prestadoras que no se encuentran en Sivigila.

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

Toda UPGD, UI, UNM o UND deberá realizar la actualización de la caracterización de las unidades en el sistema en caso de existir novedades. Las visitas de verificación de los potenciales operadores deben quedar registradas y subir los soportes correspondientes en el SIVIGILA 4.0 en dicha opción del menú.

La priorización de la verificación de potenciales operadores puede ser priorizada por la entidad territorial teniendo en cuenta aquellas con alta probabilidad de ser UPGD. En caso que la entidad territorial identifique otras entidades diferentes a las enviadas en el listado podrá incluirlos, sin embargo, deberá informar el INS sobre la adición para tenerlo en cuenta en la medición del cumplimiento.

La evaluación trimestral que mide el avance de la clasificación de nuevos operadores, se realizará de forma incremental, así:

- Primer trimestre (plazo máximo 30 de marzo): se debe hacer la clasificación de al menos el 10% de potenciales operadores.
- Segundo trimestre (plazo máximo 20 de julio): se debe hacer la clasificación de al menos el 40% de potenciales operadores.
- Tercer trimestre (plazo máximo 12 de octubre): se debe hacer la clasificación de al menos el 70% de potenciales operadores.
- Cuarto trimestre (plazo máximo 30 de diciembre): se debe hacer la clasificación del 100% de potenciales operadores.

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.

9.1.2. Aplicativo Sivigila 4.0

La DVARSP realizará la implantación en producción del proyecto Sivigila 4.0 desde el 2020. Este sistema rediseña la plataforma existente, con un desarrollo bajo una arquitectura tecnológica que consolida la información de la notificación obligatoria del Sivigila, y utiliza las ventajas de un ambiente Web, para registrar, consultar, analizar y controlar la información de los eventos en salud pública en Colombia. Sivigila 4.0 integra los componentes del Sivigila 2017-2019 (versión escritorio), manteniendo la cobertura de notificación y utilizando la oferta de servicios de internet.

Durante la planeación del proyecto se proyectaron 4 fases así:

1. Sistema integrador
2. Inteligencia de negocio -BI-
3. Web de expertos
4. Captura de notificación en línea

Las fases 1 y 2, fueron desarrolladas en 2019 y serán implementadas en 2020, para los más de 12.000 usuarios, lo que permitirá tener la información con mayor oportunidad, ya que la notificación será cargada directamente desde las UPGD, acortará los tiempos en la detección de comportamientos inusuales y facilitará la tarea de los analistas, dado que tiene incorporados reportes que por lo general requerían de tiempo para su realización.

El sistema se integrará con otros sistemas del INS y del nivel nacional y expondrá servicios que permitirá que otras entidades e interesados puedan utilizar la información recolectada para análisis complementarios e investigaciones que conduzcan a un sistema de vigilancia cada vez más completo.

Es necesario que todas las UND lideren el proceso de implantación en sus territorios hasta llegar a los niveles de UPGD y UI, de manera que sea optimizado el reporte de notificación de eventos de interés en salud pública en el país. Los

módulos 2, 3 y 4, se encuentran en constante evolución debido a los cambios en el sistema y las posibilidades que incluye esta nueva arquitectura del sistema.

9.1.3. 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 4.0, que tuvo sus primeras pruebas y desarrollos durante 2019, para su implementación progresiva y escalonada en 2020.

9.1.3.1. 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).

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*



TODO CASO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DEBE SER INGRESADO DE MANERA INMEDIATA AL SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN – Sivigila. Los casos de notificación inmediata no deben ser digitados de manera acumulada, pues disminuye la oportunidad en la acción en salud pública.

Todas las entidades territoriales, deberán estar atentas a cualquier llamado del INS los miércoles luego del cierre de la notificación nacional; sin excepción de días festivos, ya que pueden presentar hallazgos en la carga de la notificación y será necesario tomar acciones correctivas inmediatas para evitar silencios municipales con el reenvío o revisión de datos realizado inicialmente

Debe tener en cuenta, en el proceso de notificación de eventos rutinarios semanales por archivos planos, las siguientes condiciones:

- No se exceptúan días festivos para hacer la notificación de eventos de interés en salud pública.
- Se requiere la revisión y precritica de los archivos planos cargados al aplicativo antes del envío de la notificación a cualquier nivel. En particular, las Unidades Notificadoras Departamentales deberán revisar la notificación

de los municipios y corregimientos departamentales para evitar las siguientes situaciones:

- Reporte negativo semanal de las UPGD del municipio o corregimiento departamental, sin haber realizado una búsqueda exhaustiva de casos, de manera que se garantice que efectivamente no se presentaron eventos de interés en salud pública, esto puede verificarse mediante la Búsqueda Activa Institucional en RIPS.
- Notificaciones generadas desde versiones desactualizadas del aplicativo Sivigila.
- Inoportunidad o incumplimiento en el reporte semanal, en cuyo caso la entidad territorial proporcionará soporte técnico en caso de requerirse o hará el respectivo seguimiento e informará al INS, las razones por las cuales se presenta dicho incumplimiento.

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. 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 2019, es necesario tener en cuenta aspectos puntuales de los eventos objeto de vigilancia, **resaltando que los mencionados en la siguiente tabla complementan o anuncian las novedades establecidas 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
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	Toda agresión deberá ser notificada inmediatamente de la UPGD a la UNM para realizar la observación del animal agresor oportunamente
Cáncer en menores de 18 años	NO se deben notificar casos con diagnóstico de años anteriores ni para reportar muerte de un caso ya notificado ni para inicio de tratamiento. Sólo se notifican casos con diagnóstico en el año en curso
Chagas crónico	Deben ser notificados los casos de Chagas crónico en personas menores de 18 años, gestantes, mujeres en edad fértil y población indígena.
Dengue	La notificación de casos de muertes probables por dengue se deberá hacer de forma individual e inmediata bajo el código 580 y se revisará

Evento	Algunas consideraciones para la notificación
	que haya sido notificado para el evento dengue grave como probable (código 220)
Enfermedades Huérfanas – raras	Se deben notificar inmediatamente los casos nuevos diagnosticados durante el año vigente o los casos diagnosticados en años anteriores que no hayan sido reportados en el censo de enfermedades huérfanas de la Cuenta de Alto Costo (2013), en los censos de hemofilia o en el Sivigila, la notificación se debe realizar teniendo en cuenta lo establecido en la resolución 5265 de 2018 y en los anexos del protocolo de enfermedades huérfanas-raras. Nota: el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Enfermedades Huérfanas-Raras es una de las fuentes de información del Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se actualizará semanalmente, la información allí reportada será objeto de validación y verificación por parte del Ministerio. (Resolución 946 de 2019)
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, se deben mantener las recomendaciones de la Circular 0020 de 2016 Los casos en los que se sospeche 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) no deben ser notificados a través de la ficha 895.
Malaria	Se mantendrá la notificación con las definiciones de caso vigentes sin incluir el caso sospechoso
Leptospirosis	El diagnóstico clínico se debe realizar en la UPGD mediante pruebas de ELISA IgM, la confirmación se mantiene desde el INS por medio de la MAT. Todos los casos se deben notificar como sospechosos y los ajustes se realizarán desde el nivel nacional con los resultados de MAT.
ESAVI GRAVE	Únicamente deben ser notificados los eventos graves y no reacciones leves
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 4 de los presentes lineamientos.

Evento	Algunas consideraciones para la notificación
Fluorosis	Se realizará notificación únicamente por las instituciones centinela seleccionadas para el evento (descritos en el anexo 3 del presente documento)
Hepatitis B, C y coinfección B/Delta	Los casos de coinfección B/Delta deben ser notificados para los dos eventos, hepatitis B y hepatitis D.
Infecciones Asociadas a Dispositivos colectiva	La notificación colectiva (reporte de denominadores) debe ser realizada por todas las UPGD activas en el sistema, así no tengan casos reportados en el mes.
Infecciones Asociadas a Dispositivos individual	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.
	La NAV tipo NEU 1 (definida por clínica) deberá ingresarse como caso confirmado por clínica. Para aquellos departamentos que tengan la vigilancia activa de resistencia bacteriana, deberán notificar la IAD tanto base de datos de Sivigila como en Whonet, con excepción a la NAV tipo NEU 1 (Neumonía definida clínicamente) 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 y al final -1. NOTA: Para aquellos pacientes que cumplan criterios para dos tipos de IAD en una misma semana, en el Sivigila deberán ingresar el segundo caso incluyendo en el número de identificación -1.
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico-individual	Los casos deben ingresar a la notificación como caso confirmado por clínica o por laboratorio La notificación individual de casos a través de la ficha 352, la puede realizar cualquier UPGD, incluso si el caso no fue intervenido en ella o la misma no cuenta con el servicio de cirugía o de atención de parto. Esta notificación se denomina extrainstitucional, y se hace con el fin de retroalimentar a la UPGD que realizó el procedimiento quirúrgico para que sea ésta quien efectúe la unidad de análisis y de confirmarse el caso, se requiere de una nueva notificación para que sea tenido en cuenta dentro de los indicadores de infección institucional.
Infecciones asociadas a procedimientos médico - quirúrgicos colectiva	Integración de fichas para el reporte al Sivigila. Los casos de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) después de una cesárea, herniorrafia, revascularización miocárdica con incisión torácica y de sitio donante, colecistectomía y endometritis puerperal postparto vaginal o postcesárea deben ingresar a Sivigila únicamente con el

Evento	Algunas consideraciones para la notificación
	<p>código 352, ya sea caso confirmado por clínica o caso confirmado por laboratorio.</p> <p>La notificación colectiva (reporte de denominadores) deberán realizarlas todas las UPGD activas en el sistema, cuenten o no con casos individuales reportados en el mes de vigilancia.</p>
Intento de suicidio	<p>En el caso en el cual se identifique una intoxicación con intencionalidad suicida, la notificación deberá realizarse como Intento de suicidio únicamente (Código 356).</p>
IRA grave inusitada	<p>Verificar especialmente los casos de IRAG en profesionales de la salud, trabajadores de granjas avícolas o porcicultores y personas con antecedente de viaje las dos semanas previas a áreas de circulación de virus de influenza aviar u otros nuevos agentes en humanos o animales</p>
Leishmaniasis visceral	<p>Para los ajustes en la notificación de casos probables que cumplan estrictamente con la definición, es necesario hacer seguimiento individual hasta su confirmación o descarte por laboratorio, especialmente en los menores de 10 años.</p>
Lepra	<p>Se notifican los casos nuevos y casos retratados (retratamiento después de la pérdida al seguimiento y recidivas de lepra confirmadas).</p>
Lesiones de causa externa	<p>Todos los casos deben ingresar con clasificación sospechoso. Se notificarán inmediatamente los casos posiblemente relacionados con el uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN) como accidentes de consumo</p>
Lesiones por pólvora pirotécnica, minas antipersonal y municiones sin explosionar	<p>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.</p> <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"> • Notificación inmediata de casos a partir del 1 de diciembre del 2020 hasta la segunda semana epidemiológica del 2021. • Notificación negativa a través de la plataforma web de Sivigila, si no se presentan casos de lesionados en las últimas 24 horas. <p>Se mantiene la notificación de minas antipersonal y municiones sin explosionar en el Sivigila 2018-2020, con el código 452.</p>

Evento	Algunas consideraciones para la notificación
Meningitis bacteriana	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.
Mortalidad infantil integrada	Los eventos de mortalidad por IRA, EDA y desnutrición en menores de 5 años continúan como vigilancia integrada bajo el código 591
Mortalidad materna	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. En el aplicativo Sivigila se encontrará únicamente la ficha de datos básicos.
Parálisis Flácida Aguda	Todo paciente mayor de 15 años que presente un cuadro de parálisis flácida posterior al contacto con menor de edad vacunado con VOP y cuyo cuadro se desarrolló entre 4 y 85 días posteriores a la vacunación del menor debe ser notificado mediante el código 298 ESAVI (Caso postvacunal o asociado a la vacuna de contactos).
Sífilis congénita	En la notificación se deben incluir los mortinatos (muertes de edad gestacional igual o mayor de 22 semanas). No incluir abortos (muertes de edad gestacional menor de 22 semanas)
Sífilis gestacional	Las reinfecciones deben notificarse nuevamente ya que son nuevos casos.
VIH-SIDA y mortalidad	Los casos de VIH-Sida que fueron notificados una vez, con el estadio registrado en el momento (VIH, Sida o mortalidad por Sida), no deben ser notificados nuevamente ante un cambio de estadio.
Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar	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.

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, incluyendo aquellos en población a riesgo, deben ser notificados al INS al correo eri@ins.gov.co

Identificación de población migrante en las bases de datos Sivigila:

El seguimiento de los eventos de interés en salud pública internacional es un compromiso de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud. El reglamento Sanitario Internacional (RSI) establece la necesidad global de identificar

67 de 132

estas alertas y evitar la exposición de la población a nivel regional, por lo cual las naciones deben reforzar las acciones de vigilancia en salud pública en respuesta temprana. Actualmente, en Colombia, el flujo migratorio ha aumentado a través de rutas terrestres y marítimas, llegando a desplazarse entre 600 y 700 migrantes por día, principalmente en edad reproductiva, procedentes de varios países de África, Oriente Medio, Centro América y Sur América.

Para identificar la población migrante (venezolanos y otros extranjeros), las entidades territoriales harán uso del documento técnico "Procedimiento para identificación de poblaciones especiales" que describe las secuencias y las variables a tener en cuenta para identificar esta población en las bases de datos de Sivigila. Este procedimiento permite identificar al total de extranjeros notificados al sistema de vigilancia en salud pública, independiente del lugar de ocurrencia/procedencia del evento o la residencia habitual del paciente. El análisis de la procedencia de los casos de los diferentes eventos notificados al Sivigila, debe ser por medio de las variables: departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso (para identificar donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que se está estudiando), y las variables departamento y municipio de residencia del paciente (para establecer si una persona es residente de algún lugar geográfico debe tener en cuenta el concepto técnico DANE sobre residencia habitual). Los casos de eventos en población migrante con residencia habitual en Colombia, deben ser considerados como autóctonos y analizados de esta manera.

A partir de lo expuesto, para identificar el número de eventos de interés en salud pública que ocurren en Venezuela u otro país y son notificados por UPGD's en territorio colombiano, la variable a utilizar será país, departamento y municipio de Procedencia/ ocurrencia del caso.

9.1.3.2. 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, de acuerdo con el 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 con el fin de identificar estos eventos y es la unidad la responsable de confirmar la veracidad del reporte, por tanto, 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 en 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
- Casos probables de rabia humana y animal

9.1.3.3. 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 aplicativo Sivigila 2018-2020 y en el caso de las UND hacer la respectiva carga al portal Sivigila.

La ocurrencia de casos bajo notificación inmediata implica diligenciar la ficha de notificación y 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, otras entidades como ICBF, EAPB y referentes nacionales.

Debe insistirse a todas las UPGD que todo caso de notificación inmediata debe ser ingresado inmediatamente al subsistema de información Sivigila 4.0 y avisar telefónicamente a la UNM o 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.

Código de evento	Nombre de evento
235	Carbunco
205	Chagas agudo
200	Cólera
220	Dengue grave
230	Difteria
607	Ébola
250	Encefalitis del Nilo occidental en humanos
270	Encefalitis equina del oeste en humanos
275	Encefalitis equina del este en humanos
290	Encefalitis equina venezolana en humanos
295	Enfermedades de origen priónico
342	Enfermedades huérfanas
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	IRAG inusitada
365	Intoxicaciones por metanol (asociado a bebida alcohólica adulterada) y por fósforo blanco
440	Leishmaniasis visceral
452	Lesiones por pólvora pirotécnica
453	Lesiones de causa externa. (Sólo los casos posiblemente relacionados con el uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN) como accidentes de consumo
465	Malaria complicada y muertes por malaria
535	Meningitis bacteriana por H. influenzae y enfermedad meningocócica
549	Morbilidad materna extrema
551	Mortalidad Materna
570	Mortalidad por cólera
580	Mortalidad por dengue

Código de evento	Nombre de evento
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 (solo casos probables, no agresiones o contactos)
710	Rubeola
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 de la notificación inmediata deberán ser enviados al nivel correspondiente de acuerdo con el flujo de información establecido; las UND deben cargar al portal Sivigila, todo archivo recibido de sus niveles inferiores los cuales consisten en 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 oportunamente.

9.1.3.4. Ajustes o clasificaciones finales de los casos

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, y verificarán que las UPGD estructuren

y actualicen las bases de datos sobre los eventos de salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos.

Los ajustes pueden ser el resultado de confirmación o descarte del caso, ampliación 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
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	Confirmado por clínica	Es necesario verificar la adecuada clasificación de la agresión como no exposición, exposición leve o grave. Tiempo máximo de 4 semanas para ajuste. Utilizar ajustes 3, 6, 5 y D
Dengue	Probable	Recuerde usar el ajuste 5 a partir de casos confirmados por laboratorio, utilizando la asociación de persona, tiempo y lugar acorde a la metodología que puede consultar en el protocolo. Tiempo máximo de 6 semanas para ajuste.
ETA (Brotos)	Abierto	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; los únicos ajustes permitidos son 7 y D.
Encefalitis equina	Probable	Todo caso probable ingresado al Sivigila con resultado de laboratorio negativo para el grupo de las encefalitis equinas, debe tener unidad de análisis para identificar el diagnóstico final y según hallazgos realizar el ajuste.
ESAVI grave	Sospechoso	Los casos graves que requieran exámenes complementarios pueden ser ajustados hasta 8 semanas posteriores a la notificación. Para los casos sospechosos de ESAVI relacionados con VOP que requieran exámenes complementarios deberán ser ajustados hasta 12 semanas posteriores a la

72 de 132

Evento	Condición inicial	Observaciones/Tiempo de ajuste
		notificación. Los ajustes se realizarán desde el nivel nacional
Fiebre amarilla	Probable	Tiempo máximo de 4 semanas para ajuste.
Leishmaniasis visceral	Probable	Tiempo máximo de 4 semanas para ajuste. El tipo de ajuste puede ser 3, 6 o D.
Leptospirosis	Sospechoso	Tiempo máximo de 8 semanas para ajuste, 15 días entre pruebas. Recuerde realizar ajuste 5 a los casos sospechosos cuando existe un caso cercano con MAT positiva. Los casos confirmados por MAT serán ajustados desde el nivel nacional
Mortalidad por malaria	Probable	Tiempo máximo 8 semanas para el ajuste
Mortalidad por dengue	Probable	Tiempo máximo de 8 semanas para ajuste. Los ajustes pueden ser: 3, 6 y D
Mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años	Probable	Tiempo máximo de 8 semanas para ajuste.
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	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".
Rubeola	Sospechoso	Tiempo máximo de 8 semanas epidemiológicas para ajuste Los casos confirmados, la fuente de infección será la establecida por el nivel nacional (Instituto Nacional de Salud)
Sarampión	Sospechoso	Tiempo máximo de 8 semanas epidemiológicas para ajuste. Los casos confirmados, la fuente de infección será la establecida por el nivel nacional (Instituto Nacional de Salud)
Sífilis congénita	Confirmado	Un caso solo puede ser descartado con ajuste 6 si no cumple ninguna de las definiciones de

Evento	Condición inicial	Observaciones/Tiempo de ajuste
Sífilis gestacional	Confirmado	caso (nexo epidemiológico, laboratorio o clínica) Un caso de sífilis gestacional solo puede ser descartado con ajuste 6 si se comprueba que alguna de las pruebas (Treponémica o no treponémica) es negativa.
VIH-Sida	Confirmado por laboratorio	Los pacientes que ya estén notificados y cambien de estadio clínico NO deben ser nuevamente notificados ni se deben realizar ajustes en el registro por dicho cambio. 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.
Enfermedad por virus Zika	Sospechoso	

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 (empleando 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 BDU; 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). Si el paciente no cumple

con la definición de caso (se descarta que tenga cáncer infantil) deben realizar el ajuste 6 descartado

Las EAPB deberán garantizar con sus regionales realizar el ajuste periódico a todos los eventos que ingresen como probables o sospechosos

Desde el nivel nacional se realizarán ajustes que son el resultado de cruces con otras fuentes de información que validan la data existente en Sivigila, estas modificaciones incluyen el tipo de aseguramiento y aseguradora, las muertes por eventos de interés en salud pública que son reportados al RUAF, casos notificados a la cuenta de alto costo, entre otros.

La fecha límite para realizar ajuste de los casos del año epidemiológico 2019 es el 1 de abril de 2020, con excepción de los eventos Cáncer infantil, enfermedades huérfanas, cáncer de mama y cuello uterino, tuberculosis y VIH/SIDA que se encuentran abiertos en el sistema.

Todo caso de muerte que requiera ser ajustado debe también producir un proceso de enmienda estadística.

9.1.3.5. 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

9.1.3.6. Otras recomendaciones técnicas

Las UND, UNM, UPGD o UI no deberán tener instaladas 2 versiones del software Sivigila para realizar el reporte inmediato o semanal de casos, solo deberán tener

instalado una herramienta desde la cual se procese y se reporte los archivos planos inmediatos o semanales

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. Su fuente son 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 - Análisis 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 -Plan de acción: 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 (temprana, tardía y lesiones de causa externa) deben ser notificados al Sivigila y al SVEMMBW. Todo el registro, desde la notificación hasta la unidad de análisis se realiza en el SVEMMBW.

Solo para los casos de mortalidad materna temprana se realizará proceso de unidad de análisis en el SVEMMBW el cual incluye: entrevista familiar y 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	
Fiebre amarilla	RIPS	UPGD	Semanal	Detección de casos que no ingresan por la notificación rutinaria. en municipios priorizados por el nivel nacional
Fiebre tifoidea y paratifoidea	Laboratorio de salud pública departamental	UND	Semanal	Verificar hemocultivos, coprocultivos o aislamientos que ingresen para diagnóstico de Salmonella.
Hepatitis B y C	CAC	EAPB	Trimestral	
Infecciones Asociadas a Dispositivos	Whonet 5.6	UND	Mensual	Permite identificar los perfiles de resistencia
Lepra	LDSP	UND	Trimestral	Santander, Norte de Santander y Cali deben enviar las actas mensuales consolidadas de manera trimestral al correo lineamientosins@ins.gov.co
Tuberculosis sensible, Tuberculosis farmacorresistente	Programa de tuberculosis, LDSP, programa de VIH,	UND y UNM	Trimestral	Hacer la correspondencia de las fuentes de información trimestralmente. La información debe ser enviada al correo

Evento	Fuente con la que se correlaciona	Quien lo debe hacer	Frecuencia mínima	Observaciones
	notificación a sivigila TB, a sivigila de VIH y RUAF			lineamientosins@ins.gov.co , con su respectiva acta.
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	UND y UNM	Semanal	

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 sobrescriba 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 de los encargados de Sivigila de cada municipio en el portal Sivigila
- 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.

Ninguna entidad departamental, distrital, municipal, UPGD o UI deberá modificar los parámetros para la notificación o bloquear los códigos para la notificación de los eventos de interés en salud pública a través del Sivigila. Si existen sistemas de información paralelos a la notificación Sivigila no deberá afectar el funcionamiento de la herramienta 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 – 2018

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, que 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 9.4.1)
- 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.

Este procedimiento debe realizarse siempre ante la presencia de un caso de evento bajo erradicación o eliminación y al menos tres periodos de incubación posteriores.

9.1.8.2. Búsqueda activa comunitaria

La búsqueda activa comunitaria es el rastreo de EISP que no han sido atendidos por el sistema de salud. La estrategia consiste en la identificación de personas o animales, 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 en las que 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 agudo.
- 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 Sivigila.

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. Unidad de análisis

Todos los procedimientos inherentes a la realización de unidades de análisis deben ser consultados en el “Manual para realización de unidades de análisis” el cual fue actualizado para el 2020.

La priorización de eventos a los cuales se les realiza unidades de análisis y tableros de problemas es definida en las tablas 14 y 15. Los eventos en erradicación, eliminación y control internacional no requieren realización de tablero de problemas, salvo que desde el nivel central se solicite por alguna situación particular.

Tabla 14. Condiciones para la realización de las unidades de análisis de los eventos en proceso de erradicación, eliminación y control internacional

Tipo de evento	Evento	Condiciones	Plazo	Grupos priorizados
VECTORES	Fiebre amarilla	Vivos y muertos	8 Semanas	Todos
	Encefalitis equinas	Vivos y muertos	8 Semanas	Todos
ZOONOSIS	Rabia humana	Vivos y muertos	8 Semanas	Todos
INMUNOPREVENIBLES	Sarampión	Unidad de análisis en casos de muerte, casos sospechosos sin muestra o con segunda muestra fallida.	8 Semanas	Todos
	Rubeola	Unidad de análisis en casos de muerte, casos sospechosos sin muestra o con segunda muestra fallida.	8 Semanas	Todos
	Síndrome de rubeola congénita	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.	8 Semanas	Menores de un año
	Tétanos neonatal	Vivos y muertos	8 Semanas	Menores de 28 días de nacidos
	Parálisis flácida aguda	Las unidades de análisis se realizarán a todos los casos sin muestra, con muestra tardía (mayor a 14 días de inicio de parálisis) y resultados con detección de agentes poliovirus vacunales o derivados de vacuna independiente de la condición final y todos los casos de muerte. La Dirección de Vigilancia determinará los casos que serán analizados por el CNPI (Comité Nacional de Prácticas de Inmunización) en coordinación con el PAI del MSPS	14 Semanas	Menores de 15 años

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

Tipo de evento	Evento	Condiciones	Plazo	Grupos priorizados	Tablero de problemas
INMUNOPREVENIBLES	Tos ferina	Se realiza UA a los casos probables vivos sin muestra y a todas las muertes.	8 semanas	Todos	No
	Meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica	Muertos Solo para Haemophilus Influenzae, Neisseria meningitidis y Streptococcus pneumoniae	8 semanas	Todos	No
	Varicela	Muertos	8 semanas	Todos	No
	Difteria	Realizar unidad de análisis a los casos sin muestra y a las mortalidades	8 semanas	Todos	No
	ESAVI grave	Vivos y muertos	8 semanas	Todos	No
ZOONOSIS	Leptospirosis	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Accidente ofídico	Muertos	8 semanas	Todos	Si
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	Malaria	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Dengue	Muertos	8 semanas	Todos	Si

RESPIRATORIAS VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR IRA, EDA Y/O DNT	Chikungunya	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Enfermedad por virus Zika	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Chagas agudo	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Leishmaniasis visceral	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	IRAG Inusitado	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	IRA, EDA y DNT	Muertos	8 semanas	Menores de cinco años	Si
MICOBACTERIAS	Tuberculosis sensible y fármaco resistente	Muertos 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.	8 semanas	Coinfección TB/VIH en población menor o igual a 49 años que correspondan al año epidemiológico según notificación al Sivigila	Si
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	VIH/SIDA	Muertos 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.	8 semanas	Coinfección TB/VIH en población menor o igual a 49 años que correspondan al año epidemiológico según notificación al Sivigila	Si
	Sífilis congénita	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Transmisión materno infantil (VIH/SIDA)	Vivos y muertos	8 semanas	Menores de 5 años	Si
MATERNIDAD SEGURA	Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Muertos Los aspectos de selección de las muertes para el análisis están relacionados con las prioridades del territorio, teniendo en cuenta que serán casos emblemáticos	8 semanas	Cuatro casos por periodo epidemiológico	Si
	Mortalidad materna	Muertos	45 días	Todos	Si

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 al referente nacional de cada evento de interés en salud pública, las unidades de análisis de

acuerdo con el plazo establecido en las tablas 14 y 15; la oportunidad de la unidad de análisis, tendrá en cuenta el envío efectivo al INS.

Los tableros de problemas producto de las unidades de análisis deben ser **consolidados** y enviados en las fechas establecidas al grupo de unidades de análisis de casos especiales, este envío debe ser acumulado en cada entrega, es decir, que siempre se deberán enviar los problemas detectados en los eventos desde la primer semana epidemiológica de cada año, el envío deberá realizarse bajo la estructura definida en "Consolidado tablero de problemas" publicado en la página web de INS en el link <https://n9.cl/w2ba>.

La fecha de entrega del consolidado de tablero de problemas final 2019 (SE 01 a 52) se realizará el 30 de abril de 2020. Las fechas definidas para los envíos de tableros de problemas consolidados del año 2020 son:

- 16 de marzo de 2020 (Tableros de problemas de casos notificados en las semanas epidemiológicas 1 a 8 de 2020)
- 04 de mayo de 2020 (Tableros de problemas de casos notificados a semana epidemiológica 16 de 2020)
- 30 de junio de 2020 (Tableros de problemas de casos notificados a semana epidemiológica 24 de 2020)
- 24 de agosto de 2020 (Tableros de problemas de casos notificados a semana epidemiológica 32 de 2020)
- 19 de octubre de 2020 (Tableros de problemas de casos notificados a semana epidemiológica 40 de 2020)
- 07 de diciembre de 2020 (Tableros de problemas de casos notificados a semana epidemiológica 48 de 2020)

Todos los envíos de consolidados de tableros de problemas, en las fechas enunciadas, se deben realizar al correo casos_especiales@ins.gov.co

En caso de tener dificultades para el cumplimiento de los tiempos de realización de unidades de análisis y que sean fuera del alcance de la entidad territorial, es necesario informar al referente nacional para tenerlo en cuenta en la medición del cumplimiento en los indicadores de gestión de unidad de análisis.

En el caso de las unidades de análisis de población migrante extranjera, la residencia en una entidad territorial es determinada por un periodo mínimo de seis meses.

Las entidades territoriales deben asegurar la divulgación del tablero de problemas al secretario de salud y a las áreas intra-sectoriales correspondientes para su seguimiento. De igual manera, los problemas que se identifiquen de otros sectores se presentarán en los espacios intersectoriales con los que se cuente.

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 territorial.

El INS informará a la entidad territorial departamental con copia a la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS, los casos de mortalidad notificados que requieren enmienda estadística, para su gestión.

9.2.2. 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.

Cada UND deberá crear reglas de reenvío automático de las alertas inmediatas enviadas desde el INS a los referentes del departamento o distrito, de manera que conozcan la ocurrencia de eventos de interés priorizados

9.2.2.1. Sistema de alerta temprana para eventos con comportamientos inusuales

Los comportamientos inusuales son las diferencias establecidas entre los casos observados y los casos esperados (de acuerdo a lo histórico), 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 y departamental/distrital está funcionando la notificación super-inmediata, que una vez una UPGD o UI reporta en el aplicativo Sivigila, genera un archivo plano inmediato a correos determinados de INS y de las secretarías (de procedencia, notificación y residencia), aumentando la oportunidad en la detección y el inicio de las acciones individuales.

Las unidades notificadoras municipales, distritales y departamentales deben promover que los eventos de notificación inmediata sean ingresados tan pronto ocurren al sistema de información Sivigila. Si los eventos son notificados de manera acumulada, con tiempos superiores a 24 horas desde el momento que se confirma el EISP, no corresponde a una notificación inmediata

9.2.2.2. 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 super inmediata: alerta que es recibida al correo electrónico de un destinatario definido por el sistema el cual tiene anexo un archivo de texto y en formato Excel, 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 (morbilidad materna extrema, 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. 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 priorizados.

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. El criterio del perímetro braquial menor a 11,5 cm aplica para los menores de 6 a 59 meses de edad. Dentro de las acciones de atención a menores con desnutrición aguda y con perímetro braquial menor a 11,5	Diario	Notificación super inmediata	Archivo de texto con los datos de notificación

Evento	Criterios de alerta	Periodicidad	Mecanismo	Estructura
	cm se debe garantizar la Atención al caso de acuerdo al “Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad”			
Cáncer en menores de 18 años	<p><u>Alerta por inoportunidad en el diagnóstico:</u> Casos probables que, tras 8 días desde la notificación, no han sido confirmados o descartados</p> <p><u>Alerta por Inoportunidad en el tratamiento:</u> Casos que después de 8 días de haber sido confirmados, no han iniciado tratamiento</p>	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
Intento de suicidio	Casos de 5 a 9 años y casos de cualquier edad con intentos previos	semanal	SAT-SIVIGILA.	Datos básicos y complementarios
Lesiones de causa externa	Casos notificados como accidente de consumo, posiblemente relacionados con el uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN).	Diario	SAT-SIVIGILA	Datos básicos y complementarios
Morbilidad Materna Extrema	Casos de MME notificados con datos básicos y complementarios (al menos uno de los siguientes criterios de MME: Eclampsia, Preeclampsia severa, Hemorragia obstétrica)	Diario	Notificación super inmediata	Archivo plano

Evento	Criterios de alerta	Periodicidad	Mecanismo	Estructura
Bajo peso al nacer a término	Casos cuyo peso al nacer sea inferior a los 2000 g.	Semanal	SAT-Sivigila	Datos básicos y complementarios
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
Bajo peso al nacer	RIAS-Para población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales y de atención a la desnutrición aguda. RIAS- Para población materno-perinatal.
Cáncer de mama y cuello uterino	RIAS – Para población con riesgo o presencia de cáncer específicas para cáncer de mama y cuello uterino.
Cáncer en menores de 18 años	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
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	RIAS-Para población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales y de atención a la desnutrición aguda.

Evento	Ruta de atención
Intento de suicidio	RIAS - Promoción y mantenimiento de la salud
Morbilidad materna extrema	Ruta Integral de Atención para la población materno perinatal

9.2.3. Sala de análisis del riesgo - SAR

El análisis de riesgo es una etapa para la valoración de 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 casos en el país, como medida anticipatoria.

La SAR es la sala de crisis ante amenazas o riesgos en salud pública tales 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 (alerta temprana), se determina si la situación amerita o no estar en SAR. Estas situaciones pueden ser generadas por rumores, notificación, comportamientos inusuales de eventos notificados (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 condición de salud.

El análisis realizado favorece una respuesta institucional de acuerdo con el EISP 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, pueden ser 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. (Instructivo de SAR-ET)

El INS ha diseñado y probado esta estrategia en el nivel nacional y progresivamente realiza 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. De acuerdo con el mapa de procesos de cada entidad territorial, estas SAR pueden ser denominadas salas situacionales, salas de crisis, entre otras.

La respuesta al análisis del riesgo 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 GRRRI-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.

Las diferentes áreas de la secretaría de salud de las ET deben tener la disponibilidad permanente de personal y tiempo para participar de las convocatorias, reuniones y mesas técnicas de la SAR. Los planes de trabajo diseñados por estas SAR permiten: realizar gestión institucional, identificar necesidades, establecer estrategias, generar recursos, facilitar la toma de decisiones, desplegar equipos de respuesta inmediata y evaluar el impacto de las intervenciones definidas.

9.2.3.1. Sala de análisis del riesgo ambiental-SARA

Desde nivel local se hace necesario identificar, analizar y evaluar situaciones o amenazas ambientales que pueden facilitar eventos de interés en salud pública, para prevenirlos o mitigarlos de manera oportuna y eficaz. El análisis y la valoración del riesgo puede requerir de la participación y el seguimiento desde el nivel local, departamental o nacional, por parte de referentes de evento, referentes de salud ambiental o un trabajo conjunto que gestione el riesgo identificado.

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, GGRRICR, en el cual se especifican aspectos para tener en cuenta la para realización de las SAR en el territorio.

9.2.4. Reportes en Sivigila 4.0

La nueva plataforma Sivigila presenta diversos reportes que apoyan el análisis de los eventos, estas salidas de información incluyen:

- Sistema notificaciones: permite conocer el estado de los datos en términos de la oportunidad en la notificación, cumplimiento en el ajuste y oportunidad en el ajuste, con desagregación por entidad territorial y evento.
- Comportamientos inusuales: presenta el análisis de los comportamientos inusuales por evento, entidad territorial y semana y año epidemiológico, de tal manera que sea posible identificar si existe un aumento o disminución representativa del comportamiento del evento.
- Los componentes de enfermedades no transmisibles, transmisibles, factores de riesgo ambiental y sanitario, salud mental y lesiones de causa externa contienen los indicadores de proceso de la vigilancia de eventos de interés en salud pública priorizados.
- Incidencias: retoma la información presentada desde hace dos años, la cual contiene el análisis de los casos respecto a la población a riesgo, así como la generación de canales endémicos al nivel departamental y municipal.
- Poblaciones especiales: muestra los datos de poblaciones tales como migrantes, población privada de la libertad, indígena, fuerzas militares, policía, entre otros.

¿Cómo ingresar?

www.ins.gov.co

Accesos / Aplicativos de reporte de información / Sivigila / Análisis Gráfico

9.2.5. 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.

9.2.5.1. 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.

9.2.5.2. 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.

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. Es recomendado tener un cuadro de mando del funcionamiento de la vigilancia y de la situación de los eventos del nivel municipal.

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.

9.2.5.3. Informes de evento (Reporte Epidemiológico)

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, ISQ 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, Lepra¹			X
Vigilancia integrada en menores de 5 años por IRA, EDA y DNT	X		

¹ Es necesario incluir análisis en poblaciones especiales.

El único mecanismo de envío de los informes mencionados es correo electrónico: lineamientosins@ins.gov.co. Se deben remitir desde el correo del Coordinador de Vigilancia y aprobados por él (en un solo correo) los informes trimestrales o semestrales (incluyendo los anuales)

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

Las fechas definidas para los envíos son:

- **Informe anual (todos los eventos) de 2019:** 8 de mayo del 2020.
- Informes trimestrales: 24 de abril y 16 de octubre del 2020
- Informe primer semestre 2020: 7 de agosto del 2020.
- Informe anual (todos los eventos) de 2020: 7 de mayo del 2021

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

97 de 132

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 del MSPS.

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, 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) y el MSPS (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 y correo electrónico dispuestos para tal fin, de la UPGD al municipio, del municipio al departamento y del departamento al INS y al CNE. Esta primera emisión de información debe describir características básicas de la situación como número de afectados, personas expuestas, casos graves, muertes relacionadas, lugar de afectación, potencial afectación colectiva, afectación de grupo poblacional o población especial. Para la primera emisión de información, no se requiere un formato establecido y se debe generar en el momento de identificada la situación.
- ✓ Los ERI territoriales deben ser desplegados en el marco de una sala de análisis de riesgo o espacio extraordinario de reunión donde pueden confluir los niveles estratégicos de la entidad territorial de acuerdo a la situación y valoración del riesgo.
- ✓ Los ERI territoriales deben contar con un plan de acción de ERI que describa las líneas de acción y actividades a desarrollar por el equipo, flujos de información y generación de información. Se deben implementar las actividades de control de brote de acuerdo a lo establecido en los protocolos, lineamientos y recomendaciones de SAR. Realizar la recolección y envío de muestras en el periodo recomendado en el protocolo.
- ✓ Los ERI deben generar informes de la situación de acuerdo a las necesidades de información o periodicidad establecida, los estudios de brote pueden requerir emisión de información cuantas veces sea necesario. El formato establecido para los reportes de información es el reporte de situación (SITREP, por sus siglas en inglés), para los informes de ETA se tienen los informes establecidos de encuesta a consumidores (anexo SITREP - ET). Estos SITREP reemplazan al informe de brote pues pretenden ser un informe ejecutivo de rápido uso.
- ✓ El ERI debe generar un informe final de estudio de brote, el cual debe contener la descripción completa de la caracterización de la situación, actividades implementadas, y debe corresponder con los pasos de investigación de brotes

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 en brotes y focos de EISP.

Evento	Aspectos clave
ESTUDIO DE BROTES	
Chikungunya	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.
Enfermedad por virus Zika	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.
Malaria	Si se presentan casos en zonas urbanas, esto se define como brote de malaria. 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.
Enfermedades transmitidas por alimentos	<p>Criterios de notificación inmediata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brotes que involucren población confinada, 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. - Brotes donde estén implicados productos alimenticios con alto volumen de comercialización, por ejemplo, leche y derivados lácteos, agua envasada. - 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. - Brotes de ETA que hayan ocurrido en hogar/familia y que no involucren alimentos de amplia distribución o alto consumo, pero que presenten situaciones inusuales como mortalidad o pacientes en UCI. <p>Si es un brote con exposición intencional a una sustancia química en el cual el vehículo es un alimento, se deberá notificar como intoxicación por sustancias químicas código 365.</p> <p>En brotes de ETA en los que estén involucrados alimentos industrializados o agua envasada, el INVIMA tiene la competencia de la inspección vigilancia y control de los establecimientos involucrados.</p>

Evento	Aspectos clave
Infecciones asociadas a la atención en salud	<p>Solo se confirmará el brote una vez se realice la investigación de éste. Para ello las UPGD deberán aplicar la metodología para la investigación de brotes estipulada por el INS y enviar los informes SITREP de acuerdo al avance de la situación y recomendaciones e informe final según el desarrollo de la situación 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>
Infección respiratoria aguda	<p>Se realizará investigación ante la notificación de todos los casos de IRAG inusitado en las primeras 72 horas de notificado el evento. La identificación de 2 o más casos de IRAG en entornos familiares, lugares de trabajo, lugares con población confinada como colegios, universidades, cárceles, batallones entre otros, corresponden a conglomerados y deberán ser investigados en las primeras 72 horas.</p>
Lesión de causa externa (Accidente de consumo)	<p>Todo caso posiblemente relacionado con el uso de SEAN o SSSN debe tener dentro de las primeras 72 horas un reporte sobre su historia de uso, e historia clínica de su atención.</p>
Parálisis Fláccida Aguda	<p>Realizar la investigación epidemiológica de campo de todos los casos probables durante las primeras 48 horas de notificados. Esto debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda Activa Institucional y Búsqueda Activa Comunitaria • Monitoreo rápido de coberturas de vacunación para, Parálisis Fláccida Aguda así como vacunación en terreno de susceptibles. • Planeación y ejecución del barrido vacunal. • Realizar informe del brote de acuerdo con los requerimientos del protocolo de vigilancia. • La ficha epidemiológica (610) debe contener obligatoriamente la información para el cumplimiento de los indicadores de la vigilancia de un evento bajo erradicación: fecha investigación epidemiológica de campo, fecha toma de muestra y fecha/resultado de la valoración neurológica.
Sarampión y Rubéola	<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"> • Búsqueda Activa Institucional y Búsqueda Activa Comunitaria • Monitoreo rápido de coberturas de vacunación para Sarampión y Rubéola, así como vacunación en terreno de susceptibles. • Planeación y ejecución del barrido vacunal.

Evento	Aspectos clave
Tos ferina	<ul style="list-style-type: none"> • Si se identifica un caso confirmado, realizar seguimiento de contactos durante 30 días. • Realizar informe del brote de acuerdo con los requerimientos del protocolo de vigilancia. • 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. <p>NO SE DEBE ESPERAR A CONFIRMAR UN CASO PARA INICIAR LA IEC. LA ACCIÓN DEBE SER REALIZADA CON EL CASO SOSPECHOSO</p> <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> <p>Son prioritarios para IEC los casos confirmados menos de 1 año o en mujeres gestantes.</p>
ESTUDIO DE FOCOS	
Rabia humana y Rabia animal	<p>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.</p> <p>Se deberán enviar los informes de reporte de situación de acuerdo al avance de la situación y necesidades de información e informe 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</p>
Otras zoonosis	<p>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 zoonosis@ins.gov.co, adicional a los correos eri@ins.gov.co y cne@minsalud.gov.co.</p>
TOMA DE MUESTRA	
Infecciones asociadas a	<p>La toma de muestras ambientales no se requiere en todos los brotes, sin embargo, pueden realizarse de acuerdo con el análisis epidemiológico y</p>

Evento	Aspectos clave
la atención en salud	<p>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>
IRAG inusitado	<p>A todo caso de IRAG inusitado que cumpla con la definición establecida en el protocolo, se le deben recolectar muestras respiratorias para análisis virológico, junto con una muestra de sangre total de mínimo 3 ml;</p> <p>En caso de muerte por IRAG inusitado se deben recolectar cortes de tejido de 3 X 3 cm de bronquios, tráquea y pulmón de ambos lados (derecho e izquierdo) en solución salina, refrigerados para análisis virológico, con muestra adicional de los mismos tejidos incluyendo cortes de hígado y riñón en formol tamponado al 10 % para estudio histopatológico.</p>
Mortalidad por IRA, EDA, y DNT en menores de 5 años	<p>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.</p>
Parálisis Flácida Aguda	<p>Todo caso con resultado de laboratorio positivo para virus vacunal o derivado de vacuna, se tomarán muestras seriadas según lineamientos del laboratorio de virología del INS. Las muestras de contactos se tomarán según criterios y solicitud del INS</p>
Tos ferina	<p>Todo caso probable de tos ferina notificado al Sivigila debe contar con muestra de aspirado o hisopado nasofaríngeo de acuerdo a la Guía para la vigilancia por laboratorio de B. pertussis,</p> <p>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.</p> <p>En caso de no obtener muestra antes del fallecimiento se deberá tomar una muestra de lavado bronquial y enviarla al Laboratorio de Salud Pública, abstenerse de enviar tejidos para búsqueda de <i>Bordetella pertussis</i> por la razón que no existe metodología estandarizada para este tipo de muestras.</p>

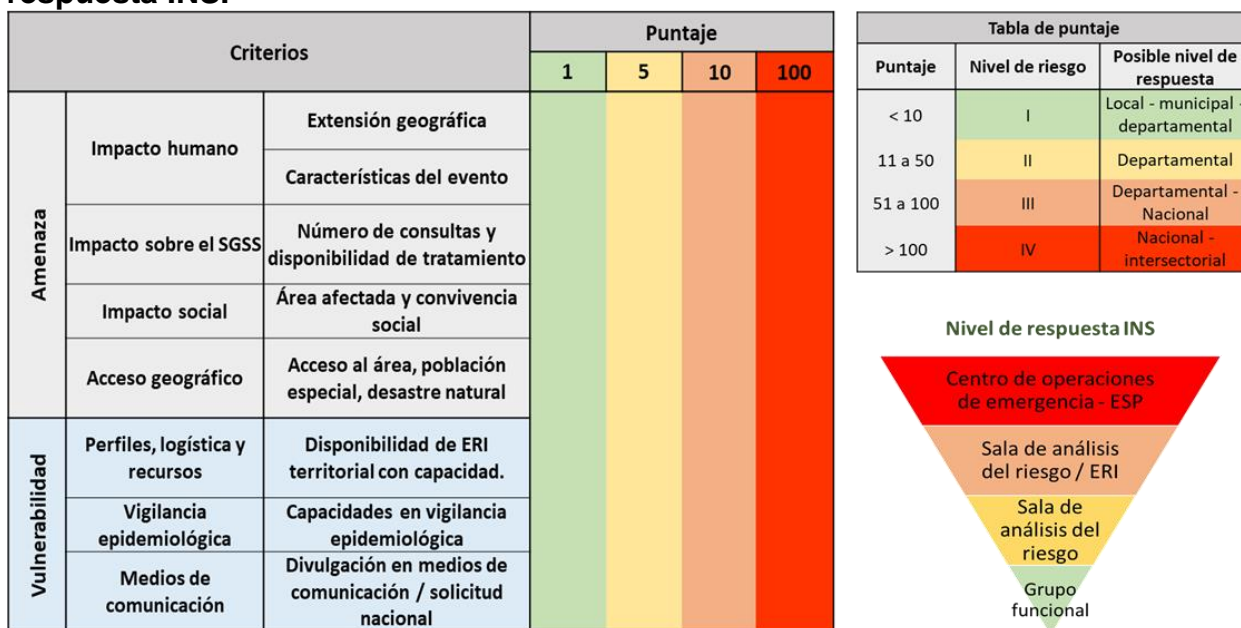
9.3.2. Análisis y evaluación del riesgo en salud pública

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 y una matriz de priorización para eventos en salud pública, para la estimación rápida de nivel de riesgo y eventual 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 subnacionales (ver figura 3). Se recomienda que las entidades territoriales realicen la adaptación de los criterios de riesgo y realicen la adaptación de la misma e incorporen en sus procesos.

Figura 3. Criterios de valoración del riesgo, niveles de riesgo y 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.

El INS ha desarrollado matrices de evaluación de riesgo ante situaciones ambientales o para eventos relacionados con la atención en salud (IAAS).

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. Este subsistema facilita la gerencia en vigilancia en salud pública.

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 causas 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.

- Envío de archivos planos modificados o alterados que no permitan la consolidación de información al orden territorial.

No se considera silencio epidemiológico

- 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.
- 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 descrito en el numeral 9.1.3.2, 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 es necesario 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, 2020.










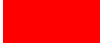


INDICADOR	Nivel de desagregación	Cálculo	Meta
Cumplimiento en la entrega del reporte semanal	UPGD UNM	(UPGD que notifican en el día y hora establecida / total de UPGD caracterizadas y activas) * 100 (UNM que notifican en el día y hora establecida / total de UNM) * 100	Mínimo 90% Mínimo 97%
	UND	(UND 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	Σ (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
Cumplimiento de la notificación colectiva	UPGD, UNM, UND	Numerador: número de meses reportados de la ficha 359 Denominador: total de meses del año a evaluar del reporte de la ficha 359	90%

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 Sivigila 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, 2020.

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.

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 EISP 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 en la operación 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 lineamientosins@ins.gov.co. El INS responderá a sus comentarios en los siguientes diez días hábiles.

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 al Sivigila 2018-2020 departamental o distrital, posteriormente debe ser realimentada al municipio de procedencia y residencia del paciente, con el fin que 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:

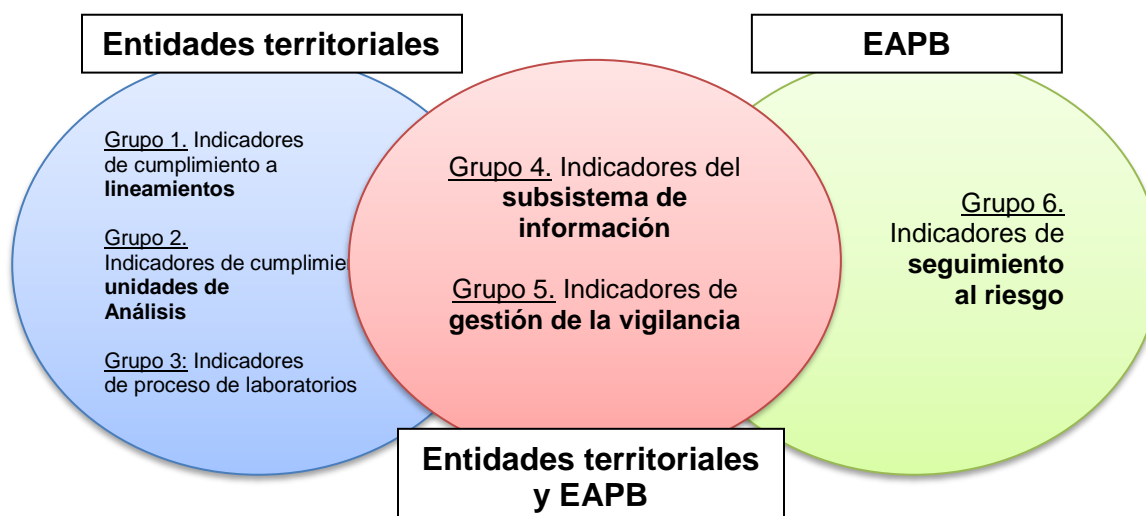
- Las UPGD, UI, UNM o UND no enviaran archivos de realimentación a otras entidades territoriales o EAPB, porque la realimentación a UND y asegurador es competencia del INS.
- Al recibir la sede principal de la EAPB la retroalimentación por el INS debe generar un mecanismo de reenvío a las sucursales 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.

Las UNM deberán crear la retroalimentación a las UPGD y UI a través de archivos planos como se muestra en la página 172 párrafo 2 del Manual del Usuario del SIVIGILA; Esta acción se debe realizar como mínimo cada 15 días.

9.4.2.3. Calificación de desempeño de ET y EAPB

Durante el 2020 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 2020 el coordinador de vigilancia en salud pública de cada entidad territorial, o quien haga sus veces (sin delegar a un tercero), debe diligenciar la encuesta de capacidades básicas en gestión del riesgo en vigilancia en salud pública, que permitirá monitorizar las dimensiones de preparación/planeación y respuesta en el marco de las capacidades para la vigilancia en salud pública.

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.

A partir de noviembre de 2019 se realizará una evaluación integral que incluye los componentes de planeación/preparación, operación de la vigilancia, vigilancia por laboratorio y respuesta para identificar el nivel de desarrollo de las capacidades de vigilancia departamental/distrital en Colombia.

La encuesta de capacidades se encuentra en el enlace:
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe0vqwS2Ln8EO7R-cohzB2Ka7CaSRy7I0TqAPrEBnr9uSuQ/viewform>

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 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 sugeridos o solicitados para el 2021 serán recibidos hasta el 30 de junio de 2020, 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 2020 enviarán un informe con las asistencias técnicas realizadas en cada semestre. Este debe ser un informe ejecutivo que contenga visitas realizadas por municipio, objetivo y logros alcanzados.

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 EISP

Eventos	Novedades
<p>Otros accidentes por animales venenosos</p>	<p>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 sivigila@ins.gov.co</p> <p>Todos los casos de muerte por accidentes con animales venenosos (escorpiones, arañas, orugas, avispas y abejas) deben ser notificados al evento sin establecer (COD. INS 900). Se debe remitir copia de la historia clínica a las direcciones electrónicas sivigila@ins.gov.co; eri@ins.gov.co</p>

Eventos	Novedades
Accidente ofídico	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.
Chagas Crónico	Solo serán ingresados bajo el código 205 los casos de Chagas crónico de población priorizada (gestantes, mujeres en edad fértil, menores de 18 años e indígenas). El resto de población se captará mediante la fuente secundaria de RIPS y el Sistema de hemovigilancia (SIHEVI). Durante 2020 será probado el sistema de vigilancia de crónicos que involucra a los especialistas clínicos. Los casos que sean detectados como una investigación serán reportados con esta opción.
Defectos congénitos	Los departamentos o distritos de residencia deben realizar unidad de análisis para clasificación etiológica de los casos de defectos congénitos posiblemente asociados a Zika
Dengue	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.
Difteria	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> .
Intento de suicidio	Hasta el 2019, la semana epidemiológica del evento se calculó a partir de la fecha de notificación del evento. A partir de 2020 el cálculo de la semana epidemiológica se hará a partir de la “fecha de ocurrencia” del evento. Es importante tener en cuenta esta modificación para el análisis de la información, especialmente cuando se quiera comparar los datos con años anteriores. El cierre de la base de datos se continuará haciendo anualmente, quedando registrados los casos que según la fecha de ocurrencia correspondan a cada año epidemiológico.

Eventos	Novedades
	El sistema de alerta temprana para ENT incluirá el intento de suicidio reincidente y los menores de 5 a 9 años de edad.
Intoxicaciones	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, desde el 1 de diciembre de 2020 hasta la segunda semana epidemiológica de 2021 , situaciones en las cuales se debe realizar la notificación inmediata y la IEC correspondiente.
IRAG inusitado	El síndrome pulmonar por hantavirus es una enfermedad, inespecífica, aguda y altamente letal, el cuadro clínico cumple con la definición de caso de IRAG inusitado. Estudios recientes han detectado la presencia de hantavirus en Colombia; sin embargo hasta el momento no se han confirmado casos en humanos. Todos los casos de IRAG inusitado que presenten trombocitopenia se debe considerar como diagnóstico diferencial el hantavirus; en estos casos se deben recolectar además de las muestras respiratorias sangre total, para análisis virológico, las cuales serán remitidas por el laboratorio de salud pública al grupo de virología del INS.
Lepra	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.
Leptospirosis	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 siviola según la conclusión de la unidad de análisis.

Eventos	Novedades
Lesiones de causa externa	Todos los casos notificados como accidente de consumo y procedimientos estéticos ingresarán como sospechosos. Serán de notificación inmediata sólo los accidentes de consumo posiblemente relacionados con el uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN). En la historia clínica se debe encontrar el reporte de uso de SEAN/SSSN y deberá ser remitida dentro de las 72 horas posteriores a la notificación del caso
Lesiones por minas antipersonal y municiones sin explotar	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 accioncontraminas@presidencia.gov.co
Malaria	A partir de 2019, se incluye en la ficha de notificación la variable “desplazamiento en los últimos 15 días” y el departamento y municipio al cual se desplazó. 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
Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	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.
Morbilidad materna extrema	Con base en el plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y de la morbilidad materna extrema establecido por el Centro Latinoamericano de Perinatología salud de la mujer y reproductiva -CLAP, Organización Panamericana de la Salud-OPS y Organización Mundial de Salud- OMS se realizaron ajustes en la distribución de los criterios de la morbilidad materna extrema para Colombia, que deberán ser revisados con detalle y socializados con los equipos de salud de las instituciones de salud, secretarías municipales y departamentales de salud, y aseguradoras. Dichos ajustes podrá visualizarlos en el protocolo de vigilancia de la morbilidad materna extrema
Parálisis Flácida Aguda	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.

Eventos	Novedades
Rabia humana	El evento Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia (APTR), se mantiene separado del evento Rabia Humana, cuyos códigos son: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia (APTR) (código 300) Rabia humana (código 670)
Tosferina	Realizar la investigación epidemiológica de campo luego de 48 horas de la notificación en población de riesgo: menores de un año y gestantes
Tracoma	<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: jtrujillot@minsalud.gov.co y programaleid@minsalud.gov.co. b) canalizar el paciente hacia el 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>
Tuberculosis sensible y fármaco-resistente	<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.</p> <p>Los formatos para esta actividad son los contemplados en el programa nacional de TB del MSPS.</p> <p>Las Secretarías de salud municipales o direcciones locales de salud deberán efectuar en conjunto con el programa de Tuberculosis, la visita epidemiológica de campo en los primeros</p>

Eventos	Novedades
<p>Vigilancia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Rabia humana y Rabia animal</p>	<p>ocho días de captado el caso (en donde se realizará búsqueda de contactos) y realizarán articulación con el laboratorio y las EAPB para canalización de los sintomáticos respiratorios. Las visitas de seguimiento a los casos y contactos no son responsabilidad de vigilancia en salud pública y serán realizadas según directrices del programa del MSPS. Los formatos para esta actividad son los contemplados en el programa nacional de TB del MSPS. Las UND deberán efectuar consolidación de las investigaciones epidemiológicas de campo en los formatos establecidos por el programa nacional de TB del MSPS y calcular el indicador de cumplimiento de las investigaciones epidemiológicas de campo con frecuencia mensual.</p> <p>Se informa la modificación del esquema de vacunación antirrábica humana establecido por el MSPS.</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>Violencia de género e intrafamiliar</p>	<p>El cálculo de la semana epidemiológica se realizará a partir de la fecha de consulta, como fue implementado en 2019. 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
<p>Defectos congénitos y Enfermedades huérfanas</p>	<p>Desde el 01 de noviembre de 2019 se implementó la notificación inmediata de los casos confirmados de enfermedades huérfanas-raras como una estrategia para mejorar la oportunidad en la actualización del Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>A partir de la semana epidemiológica 01 de 2020, las malformaciones congénitas que son también enfermedades huérfanas se notificarán únicamente a través de la ficha Código INS: 342 "Vigilancia en Salud Pública de las Enfermedades Huérfanas", de acuerdo con lo establecido en la hoja cuatro (4) de los anexos del protocolo que pueden ser consultados en el siguiente link:</p> <p>http://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-documentos.aspx</p> <p>Esto con el objetivo de evitar doble notificación de casos, optimizar la operación del SIVIGILA y dar cumplimiento a lo establecido en:</p> <ul style="list-style-type: none">- Resolución 946 de 2019: obligatoriedad de la notificación al SIVIGILA de los casos de enfermedades huérfanas de conformidad con lo establecido en el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Enfermedades Huérfanas-Raras del INS- Decreto 780 de 2016 y Resolución 1885 de 2018: obligatoriedad del reporte en el sistema de información establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, como requisito para acceder a los recobros/cobros por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC.

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:

- Teniendo en cuenta la continua situación migratoria desde Venezuela, es necesario mantener la vigilancia epidemiológica de los eventos prevenibles por vacunación, malaria y arbovirosis en todo el territorio nacional y en todos los grupos de edad. Es necesario asegurar en la



notificación que el paciente es procedente del extranjero y que no sea residente por al menos seis meses.

- Las secretarías de salud departamentales y distritales deben generar mecanismos de articulación con Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y otras instituciones, en su jurisdicción, especialmente a las ubicadas en zonas de frontera con Venezuela y en el departamento de Nariño, que presten servicios de atención en salud a esta población, de esta forma garantizar que los eventos de interés en salud pública sean captados, notificados oportunamente y de esta manera intervenir escenarios que puedan constituir brotes o situaciones de emergencia.
- Para mantener el estatus de eliminación del sarampión, es necesario mantener la sospecha ante casos de fiebre y exantema, asegurar la obtención de las muestras e implementar o fortalecer las estrategias para la identificación de pacientes en fase prodrómica en lugares de aglomeración (colegios, hospitales, alojamientos, iglesias) así como la implementación de las medidas de control de infecciones en las IPS. También es necesario intensificar las acciones de búsqueda activa comunitaria, búsqueda activa institucional, monitoreo y bloqueo de vacunación en municipios/barrios donde se han presentado casos confirmados de sarampión, presencia de afluencia de población migrante y zonas de frontera.
- Históricamente el comportamiento de la infección respiratoria aguda en Colombia presenta dos incrementos en las consultas y hospitalizaciones; el primer incremento se observa entre los meses de marzo a junio y el segundo entre septiembre y diciembre; es por esta razón que se recomienda a los niveles departamentales y municipales implementar Salas de Análisis del Riesgo periódicas a partir de la semana epidemiológica 08, a fin de lograr un mayor control de la magnitud y gravedad de este evento en el territorio. Durante el 2020 podría darse un ciclo irregular de circulación de influenza A(H1N1)pdm09 que suele aumentar el nivel de consulta y hospitalización en la población.



- Acorde con el mapa de riesgo para fiebre amarilla, se debe mantener la vigilancia de acuerdo con la definición de caso y el monitoreo de muertes en primates no humanos. Se hace el llamado para mantener intensificada las acciones de vacunación, de vigilancia de sospechosos y la detección de epizootias en los departamentos de frontera.
- Mantener la vigilancia de las arbovirosis en las zonas a riesgo, intensificando la confirmación del diagnóstico de dengue y la vigilancia virológica para zika y chikungunya en poblaciones a riesgo. El Laboratorio Nacional de Referencia en Virología hará evaluación de circulación de otros virus de encefalitis, Nilo occidental, mayaro y hantavirus.
- En situación de brotes de malaria, en poblaciones móviles y en departamentos de frontera: realizar búsqueda de febriles, asegurar el diagnóstico y tratamiento oportuno para cortar cadenas de transmisión y con la información epidemiológica focalizar las acciones regulares de programa. En territorios endémicos se sugiere, identificar los focos de transmisión a través de la caracterización correcta de la procedencia de los casos y así focalizar las acciones a las poblaciones a riesgo.
- Con el fin de mantener la certificación de la interrupción de la transmisión intradomiciliada de la enfermedad de chagas por *R. prolixus* y para que otros municipios hagan parte del proceso, se debe asegurar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia, laboratorio y entomología.
- El INS hará un seguimiento estricto al cumplimiento de la vigilancia de la parálisis flácida aguda en menores de 15 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 sensible y fármaco-resistente, 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 y enfermedades huérfanas/raras.
- Teniendo en cuenta el riesgo que existe de una nueva pandemia, se debe intensificar la identificación de eventos respiratorios inusitados, con progresión atípica, casos de IRA asociados al contacto con animales, viajeros a zonas de riesgo y casos de IRAG en personal de salud. Por otro lado cuando se detecten situaciones inusuales, tales como brotes o conglomerados de IRA, comportamientos que superen la línea basal, aumento en la demanda en la prestación de los servicios y/o el ausentismo escolar/laboral deberán ser reportados de manera inmediata.

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. **Superintendencia Nacional de Salud.** Funciones de la Superintendencia nacional de salud. Fecha de consulta: 16 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/estructura-organica-y-talento-humano/mision-y-vision>.
4. **INVIMA.** Funciones generales del INVIMA. Fecha de consulta: 16 de noviembre de 2017.. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/nuestraentidad/funciones/generales.html>.
5. **Departamento Administrativo de la Función Pública.** Resolución 4147 del 2011. Fecha de consulta: 22 de octubre de 2018. Disponible en: <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/Juridica/DECRETO%204147%20DEL%203%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202011.pdf>.
6. **República de Colombia, Ministerio de salud y protección social.** Resolución 5159 de 2015. Fecha de consulta: 22 de octubre de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5159-de-2015.pdf>..
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-mopece3&Itemid=688.
10. **Organización Mundial de la Salud**. Reglamento sanitario internacional, 2005. Disponible en: 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.
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*. Fecha de consulta: 22 de octubre de 2018. 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>.
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). Fecha de consulta: 27 de diciembre de 2018. Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=895:sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-mortalidad-materna-basada-en-la-web-svemmbw&Itemid=551.

20. **Ministerio de la Protección Social.** Reglamento Sanitario Internacional (2005). Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Cartilla%20RSI.pdf>

21. **Organización Panamericana de la Salud.** Evaluación de potenciales emergencias de salud pública de importancia internacional (ESP II) bajo el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (2005). Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=169:esp-ii-spa&Itemid=0&lang=en

22. **Servicio Nacional de Aprendizaje SENA.** Certificaciones de competencia laboral


23. **UNIVERSIA.** Qué es la educación continuada y por qué es tan importante en el mundo actual. Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://noticias.universia.net.co/practicas-empleo/noticia/2016/12/09/1147302/educacion-continuada-tan-importante-mundo-actual.html>

24. **Congreso de la República.** Ley 1523 de 2012

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO SITREP - ET

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p> <p>Coloque el logo institucional de la SDS</p>		<p>Entidad territorial</p> <p>Informe de Reporte de Situación (SITREP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Este informe no reemplaza los informes de brote de ETA</u> <p>Máximo 2000 palabras Grupo Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del riesgo</p>		
		Reporte de situación No. _____	Situación en seguimiento: _____	Fecha AAAA
1. Detalles de la situación		2. Ubicación geográfica (mapa)		
Departamento	Municipio: Vereda: Barrio:	Descripción geográfica del municipio (frontera, turismo, actividad comercial internacional, área rural vs urbana, otras particularidades)		
Elaborado por: Teléfono de contacto: Correo electrónico: Grupo de trabajo en terreno (incluya instituciones articuladas):				
3. Situación				
A. Antecedentes: fecha de detección, ¿que se detectó (epizootia, brote, casos aislados, enfermedad desconocida)? B. Situación/información actual: (describa brevemente la situación, afectados, riesgos identificados, debilidades y fortalezas, lugar afectado) C. Actividades realizadas en control de situación y recomendaciones generadas (Establezca fecha y hora de corte): D. Pendientes:				

E. Necesidades (recursos humanos y físicos):

4. Otras actividades (incluya actividades como reuniones, mesas de trabajo, unidades de análisis, etc.)

Incluya actividades de Gestión

5. Conclusiones

Conclusiones puntuales

6. Revisión y aprobación

Revisado por: _____

Fecha y hora:

Cargo:

Aprobado por: _____

Fecha y hora:

Cargo:

INSTRUCCIONES, (elimine este texto luego de consultarlo)

1. Diligencia los espacios en rojo con los logos de su entidad territorial. Detalles de la situación. Ubicación geográfica en donde se está desarrollando la situación y en donde se están realizando las actividades de seguimiento de cualquier tipo de situación. Se debe incluir datos de contacto con líder de grupo investigador e instituciones que estén articuladas en el desarrollo de control de la situación.
2. Ubicación geográfica. De ser posible incluir en un mapa o coordenadas, que permitan georreferenciar la ubicación de la situación.
3. Situación.

-
- A. Antecedentes: describir los eventos que condujeron a la situación de respuesta a preguntas, ¿cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? (persona, lugar, tiempo y detalles de apoyo), describa el objetivo del ERI en terreno.
- B. Situación/información actual: (describa brevemente la situación, afectados, riesgos identificados, debilidades y fortalezas).
- C. Actividades realizadas en control de situación y recomendaciones generadas (Establezca fecha y hora de corte) en control de la situación.
- D. Pendientes: determine actividades pendientes para control de situación y responsables de ejecución de las mismas.
- E. Necesidades: determine las necesidades en términos de recursos humanos y físicos. .
4. Otras actividades: describa otras actividades de gestión realizadas por el equipo (incluya actividades como reuniones, mesas de trabajo, etc.)
5. Conclusiones: describa puntualmente las conclusiones en términos de verificación, afectación y riesgos identificados.
6. Revisión y aprobación. Establezca fecha y hora de revisión y aprobación.

ANEXO 3

Listado de unidades centinela para vigilancia de Exposición a Flúor, Colombia, 2020.

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
Total	182

ANEXO 4

Listado de unidades centinela para vigilancia de ESI-IRAG, Colombia, 2020.

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
Bogotá	Fundación Cardioinfantil	IRAG
Cartagena	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	ESI
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Pública	ESI-IRAG
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	IRAG
Nariño	Fundación Hospital San Pedro	IRAG
Nariño	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