

LINEAMIENTOS NACIONALES 2018

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 01 - 27 de diciembre del 2017**

Martha Lucia Ospina Martínez
Directora Instituto Nacional de Salud

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

Esther Cristina Barros
Director Redes en Salud Pública (e)

Profesionales que participaron en la elaboración de los lineamientos 2018

Grupo análisis de casos especiales
Norma Rocio Lozano Falla

Diana Paola Bocanegra Horta
Helena Patricia Salas Suspes
Jessika Alexandra Manrique Sánchez
Deccy Magnolia González Ruge
Lida Musdie Martínez Montañez

Equipo Sivigila
Claudia Marcella Huguett Aragón
Diana Parra Galvis
Catalina Arias Caicedo

Equipo administrativo
Marly Piedrahita
Ana Montiel Espinoza

**Subdirección de Prevención vigilancia y
control en salud pública**
Oscar Eduardo Pacheco García

Grupo enfermedades transmisibles
José Orlando Castillo Pabón

Equipo Infecciones asociadas a la atención en salud,
Adriana Leonor Gómez Rubio
Sandra Rivera Vargas
Paola Correal Tovar

**Equipo Inmunoprevenibles e Infección Respiratoria
Aguda**
Luz Amparo Sastoque Díaz
Diana Carolina Malo Sánchez
Paola Andrea Pulido Domínguez

**Equipo enfermedades transmitidas por vectores y
zoonosis**
Daniela Salas Botero
Cecilia del Socorro Saad Acosta
Irene Alejandra Pinilla Fariás
Leonardo José León Núñez
German Ernesto Torres Rodríguez
Natalia Tolosa Pérez

**Equipo Mycobacterias e Infecciones de transmisión
sexual**
Norma Constanza Cuellar Espitia
Amparo Lilianna Sabogal Apolinar
Santiago Fadul Pérez
Martha López Pérez

Grupo factores de riesgo ambiental
María Nathalia Muñoz Guerrero

**Grupo de salud mental y lesiones de causa
externa**
Ana Blandón Rodríguez

Nidia Esperanza González
Alejandra Díaz Gomez

Grupo enfermedades no transmisibles
Vilma Fabiola Izquierdo Charry

Equipo crónicas
Víctor Manuel Martínez Gómez
Sandra Patricia Misnaza Castrillón

Equipo maternidad segura
Esther Lilianna Cuevas Ortiz
Greace Alejandra Ávila Mellizo
Nathalie Roza Gutiérrez
Nubia Narváez Díaz

Equipo vigilancia nutricional
Giomar Sichacá Ávila
Andrea Cristancho Amaya

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

**Grupo gestión del riesgo, respuesta inmediata y
comunicación del riesgo**
Alfonso Campo Carey

Javier Alberto Madero Reales
Jorge Luis Díaz Moreno

Compilación y edición del documento
Diana Parra Galvis



Contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
2.	OBJETIVO	4
3.	ALCANCE.....	4
4.	RESPONSABILIDAD.....	5
5.	ABREVIATURAS Y DEFINICIONES.....	7
5.1.	Abreviaturas	7
5.2.	Definiciones	8
6.	CONDICIONES GENERALES	10
6.1.	Marco normativo nacional	10
6.2.	Marco normativo internacional	17
6.3.	Talento humano.....	18
6.3.1.	Equipos de respuesta inmediata	18
6.3.2.	Referentes de la vigilancia en salud pública de los EISP	19
6.4.	Educación continuada	19
6.5.	Gestión documental.....	20
6.6.	Acompañamiento territorial	21
7.	INSUMOS REQUERIDOS	22
8.	EQUIPOS	23
9.	DESCRIPCIÓN.....	24
9.1.	Subsistema de información	24
9.1.1.	Caracterización de la red de operadores	25
9.1.2.	Aplicativo Sivigila 2018-2020	27
9.1.3.	Estrategias de identificación de eventos de interés en salud pública	36
9.2.	Subsistema de análisis y divulgación	37
9.2.1.	Estrategias de análisis.....	38
9.2.2.	Estrategias de divulgación	44
9.3.	Subsistema de intervención	46
9.4.	Subsistema de evaluación	49
9.4.1.	Cumplimiento en la notificación.....	49
9.4.2.	Desempeño de la vigilancia por evento de interés	51
9.5.	Requerimientos y procesos contenciosos administrativos.....	52
10.	Asistencia técnica y seguimiento a los compromisos	53
11.	Novedades en la vigilancia de los eventos de interés en salud pública	53
12.	Referencias	57

1. INTRODUCCIÓN

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

El Instituto Nacional de Salud -INS ha diseñado metodologías y herramientas para fortalecer la vigilancia en salud pública mediante la estandarización de acciones, la definición de procedimientos y la generación de capacidades, para garantizar su operación, en cumplimiento a una de sus funciones, definidas en la normatividad.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 2018 y sus documentos relacionados deben comprenderse y cumplirse en el territorio como base del funcionamiento del sistema, en su estrategia basada en casos predefinidos, y las responsabilidades y obligaciones de cada actor.

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.

2. OBJETIVO

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

3. ALCANCE

Este documento define los lineamientos para llevar a cabo la vigilancia y análisis del riesgo en salud pública en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, así como el involucramiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, las redes integrales de atención, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB, entidades adaptadas y exceptuadas. Los lineamientos se encuentran focalizados en la estrategia de vigilancia basada en casos predefinidos mediante la notificación rutinaria universal.

4. RESPONSABILIDAD

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

Instituto Nacional de Salud

- Coordinar con el Ministerio de la Protección Social, las acciones de vigilancia en salud pública a ser realizadas con las entidades territoriales de salud y otros integrantes de acuerdo con los requerimientos del Sistema;
- Implementar las recomendaciones impartidas por el Ministerio de la Protección Social en lo referente a las acciones a realizar para mitigar, eliminar o controlar un evento de interés en salud pública;
- Desarrollar las acciones que garanticen la operación del Sistema de vigilancia en salud pública
- Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la definición de las normas técnicas y estrategias para la vigilancia en salud pública.
- Supervisar y evaluar las acciones de vigilancia en salud pública realizadas por las entidades territoriales, en las áreas de su competencia.
- Diseñar e implementar, en lo de su competencia, el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Seguridad Sanitaria en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 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 del INS

- Planificar, organizar, dirigir y evaluar la gestión técnica administrativa de vigilancia en salud pública.
- Dirigir, desarrollar, coordinar y supervisar 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

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.¹

Direcciones municipales de salud

- Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y el desarrollo de acciones garantizando el flujo continuo de información de interés requerida por el sistema de Vigilancia en salud pública en su jurisdicción.¹

Unidades primarias generadoras del dato y Unidades Informadoras

- Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás 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 la Protección Social en relación con los procesos básicos de la vigilancia en sus redes de servicios, así como participar activamente en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.
- Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso.
- Estructurar, mantener actualizadas las bases de datos, analizar y utilizar la información sobre los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Así mismo, el **Ministerio de Salud y Protección Social** - MSPS tiene entre sus funciones dirigir el SVSP, reglamentar políticas, planes programas y proyectos; reglamentar todos los aspectos relacionados con la VSP del país; entre otras.

Corresponde a la **Superintendencia Nacional de Salud**, ejercer inspección, vigilancia y control respecto de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la dirección, coordinación y ejecución las políticas de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 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.^{1,3,4}

5. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES

5.1. Abreviaturas

APS: Atención primaria en salud
APTR: Animal potencialmente transmisor de rabia
BAC: Búsqueda Activa Comunitaria
BAI: Búsqueda Activa Institucional
CNE: Centro Nacional de Enlace
COVE: comités de vigilancia en salud pública
DVARSP: Dirección De Vigilancia y Análisis del Riesgo En Salud Pública
EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios.
EISP: Eventos de Interés en Salud Pública.
ESPII: Emergencia en salud pública de importancia internacional
TIC: Equipos de Tecnologías de Información y Comunicaciones
IAAS: Infecciones asociadas a la atención en salud
IEC: Investigación epidemiológica de campo
IPS: Institución prestadora de servicios de salud
INS: Instituto Nacional de Salud
INVIMA: Instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos
IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud
IVE: Interrupción voluntaria del embarazo
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONS: Observatorio Nacional de Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAIS: Política de Atención Integral en Salud
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PND: Plan Nacional de Desarrollo
POA: Plan Operativo Anual
PTS: Plan Territorial De Salud
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios
RSI: Reglamento Sanitario Internacional
RUAF: Registro Único de Afiliados a la Protección Social
SAR: Sala de análisis del riesgo
SAT: Sistema de alerta temprana
SCTI: Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.
SIANIESP: Sistema de información de apoyo a la notificación e investigación de eventos de interés en salud pública.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SVSP: Sistema de vigilancia en salud pública
SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SVEMMBW: Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basado en la web

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
UI: Unidad Informadora
UND: Unidad Notificadora Departamental o Distrital
UNM: Unidad Notificadora Municipal
UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos
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.⁵

APS: 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".

BAC: se define como la indagación o rastreo intencionado de casos sospechosos o probables de una EPV que pueden estar ocurriendo o pudieron haberse presentado en la comunidad y que no hayan consultado a una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

BAI: 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.⁶

Centro Nacional de Enlace: El Centro Nacional de Enlace de Colombia, es el punto de contacto entre el país y el nivel internacional. Es la instancia responsable de recibir y enviar información de manera oportuna al punto de contacto del RSI para la OMS, en términos de comunicación, análisis y evaluación ante la aparición de eventos de interés en salud pública de importancia nacional o internacional. El CNE es un centro físico y virtual que enlaza los cuatro niveles intersectoriales de alerta y respuesta (local, subnacional, nacional e internacional), con capacidad de realizar la detección, evaluación y comunicación de riesgos para la salud pública durante las 24 horas de los 7 días de la semana

Centro de Operaciones de Emergencia – Eventos y Emergencias en Salud Pública COE-ESP: 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.

Emergencia en Salud Pública: hace referencia a un evento inusitado o imprevisto que constituye un riesgo para la salud pública nacional o con riesgo de propagación internacional a otros países y que requiere de una respuesta coordinada del país o con apoyo del nivel internacional.⁷

COVE: 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.¹

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

Gestión en salud pública: es un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que, bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública que realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud.⁸

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.¹

Red de Vigilancia en Salud Pública: conjunto de personas, organizaciones e instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como otras organizaciones de interés distintas del sector, cuyas actividades influyen directa o indirectamente en la salud de la población, que de manera sistemática y lógica se articulan y coordinan para hacer posible el intercambio real y material de información útil para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud, así como el intercambio de experiencias, metodologías y recursos, relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública.¹

Reglamento Sanitario Internacional: acuerdo internacional jurídicamente vinculante suscrito por 196 países, entre los que se encuentran todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La finalidad y el alcance del RSI (2005) consisten en prevenir la propagación internacional de enfermedades y proporcionar protección frente a ellas, controlarlas y darles una respuesta de salud pública, todo ello de forma proporcional a los riesgos que supongan para la salud pública y evitando interferencias innecesarias con los viajes y el comercio internacionales.⁷

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

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.⁷

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.¹

6. CONDICIONES GENERALES

Para la operación de la vigilancia en salud pública en el país, es necesario cumplir con las competencias de cada nivel, para garantizar la recolección sistemática de información de los eventos que afectan la salud de la población, y a partir de su análisis, definir acciones de gobierno y de la comunidad que mitiguen los daños en salud.

Las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud deben incluir los recursos financieros y humanos en el 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

6.1. Marco normativo nacional

Norma	Descripción
LEYES	
Ley 9 de 1979	Código sanitario nacional Título VII: vigilancia y control epidemiológico
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.
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 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 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 1616 de 2013	Por la cual se expide la ley de salud mental

Norma	Descripción
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
DECRETOS	
Decreto 1562 de 1984	Por el cual se reglamentan parcialmente los Títulos VII y XI de la Ley 9 de 1979, en cuanto a vigilancia y control epidemiológico y medidas de seguridad. Compilado en el Decreto 780 del 2016.
Decreto 1601 de 1984	Por el cual se reglamentan parcialmente los Títulos III, V y VII de la Ley 09 de 1979, en cuanto a sanidad portuaria y vigilancia epidemiológica en naves y vehículos terrestres.
Decreto 2257 de 1986	Por el cual se Reglamentan Parcialmente los Títulos VII y XI de la Ley 09 de 1979, en cuanto a investigación, Prevención y Control de la Zoonosis. Compilado en el Decreto 780 del 2016.
Decreto 3518 de 2006	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Compilado en el Decreto 780 del 2016.
Decreto 2323 de 2006	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones. Compilado en el Decreto 780 del 2016.
Decreto 859 de 2014	Por el cual se crea la comisión intersectorial de salud pública. Compilado en el Decreto 780 del 2016.
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
	<i>PARTE 8. Normas relativas a la salud pública</i>
	<i>Título IV: Sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas.</i>
	<i>Título VIII: Sistema de vigilancia en salud pública</i>
	- <i>Capítulo 1. Creación del Sivigila</i>
	- <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>
RESOLUCIONES	
Resolución 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).
Resolución 412 del 2000	Normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Resolución 3374 del 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 3384 del 2000	Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000 Capítulo IV, detección de alteraciones del embarazo
Resolución 3577 de 2006	Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB
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
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	Práctica clínica para el manejo de leucemias y linfomas en niños.
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 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).
Resolución 2048 de 2015	Por la cual se actualiza el listado de enfermedades huérfanas y se define el número con el cual se identifica cada una de ellas en el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas.

Norma	Descripción
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 429 de 2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.
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 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 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
PLANES	
Plan de acción nacional e intersectorial para la prevención, vigilancia y control de algunas zoonosis y manejo del accidente ofídico en Colombia (PANI-ZOO)	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-VIH/sida Colombia 2014-2017	Establece como objetivo Fortalecer la vigilancia en salud pública de ITS-VIH/ Sida en la línea estratégica de Seguimiento y Evaluación
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”
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 estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita 2011 - 2015	Documento que plantea las acciones en pro del cumplimiento de la meta general de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe para el 2015.
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”

Norma	Descripción
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 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.
NORMAS DE COMPETENCIA LABORAL	
N.C.L A.3.4	Sistematizar la información V.S.P. 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.
CONPES	
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
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
ACUERDO	
Acuerdo 117 de 1998	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
CIRCULARES	
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 externa MSPS 0040/2014	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 conjunta MSPS - NGRD 0040/2014	Participación del sector salud en los procesos de gestión del riesgo de desastres
Circular externa MSPS 0007/2015	Lineamientos para el manejo programático de los Medicamentos de segunda línea para tuberculosis fármaco-resistente en Colombia
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.

Norma			Descripción
Circular 021/2016	externa	INS	Fortalecimiento de acciones frente al uso de plaguicidas de uso agrícola en entornos domiciliarios.
Circular 55/2016	externa	MSPS	Actualización de los lineamientos para el manejo programático de tuberculosis en niños, casos fármaco-resistentes y aspectos de la programación de sintomáticos respiratorios.
Circular 022/2017	externa	INS	Intensificación de la vigilancia de enfermedades huérfanas en especial del Síndrome del Guillain Barré.
Circular 0025/2016	externa	INS	Fortalecimiento de la Vigilancia y Control de Leptospirosis.
Circular 0027/2016	externa	INS	Fortalecimiento de la Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Grave - IRAG
Circular 0040/2016	externa	INS	Vigilancia epidemiológica intensificada para Difteria en departamentos fronterizos con Venezuela.
Circular 004/2017	externa	INS	Lineamientos epidemiológicos y de laboratorio en la vigilancia de IRAG inusitado ante un caso sospechoso por nuevos virus con potencial pandémico
Circular 005/2017	externa	INS	Nuevo sistema para reporte de atenciones en salud de accidentes de tránsito
Circular 008/2017	externa	INS	Inclusión de Nuevos Operadores que pueden captar Enfermedades Huérfanas-raras al sistema de vigilancia en salud pública.
Circular 009/2017	externa	INS	Reporte de enfermedades huérfanas-raras al Sivigila
Circular 0019/2017	externa	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 0020/2017	externa	INS	Ajuste en la definición operativa de caso de la mortalidad perinatal y neonatal tardía y en el porcentaje de análisis individual.
Circular 0021/2017	externa	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 0025/2017	externa	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.
GUÍAS			
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 leishmaniasis 2010.			Guía para Atención Clínica Integral del paciente con Leishmaniasis
Guía práctica para la atención integral de personas agredidas por un animal.			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.

Norma	Descripción
Guía del sistema de información y vigilancia epidemiológica de las encefalitis equinas en Colombia.	Se contemplan las Encefalitis equina venezolana, Encefalitis equina del oeste, Encefalitis equina del este y Encefalitis del Nilo occidental
Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años 2014	Hace recomendaciones para el diagnóstico, la valoración inicial, el manejo y el seguimiento de personas con 13 años de edad o más (incluidas gestantes), 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 adolescentes (mayores de 13 años de edad) 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.
Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.	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.
Guía de práctica clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C 2016.	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

6.2. Marco normativo internacional

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.
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.
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.
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 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.

6.3. Talento humano

Para la operación del sistema de vigilancia se recomienda que los profesionales o técnicos a cargo del sistema estén certificados en las normas de competencia laboral de los temas correspondientes a epidemiología, salud pública, sistemas de información o en vigilancia en salud pública. Debe garantizarse la continuidad de los procesos de vigilancia de manera ininterrumpida durante las 52 semanas epidemiológicas del año.

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

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.

6.3.1. Equipos de respuesta inmediata

Las secretarías departamentales y distritales de salud deben establecer la estrategia para la conformación y despliegue de equipos de respuesta inmediata ante la presentación de ESPII o de brotes y epidemias. El primer respondiente ante una situación de este tipo es el nivel departamental en concurrencia con el municipio. En algunos casos, la secretaría departamental puede promover la conformación de estos equipos en el nivel municipal, como es el caso de las ciudades capitales o los municipios categoría 1.

El INS acompañará la respuesta territorial de acuerdo con la valoración del riesgo del evento de interés en salud pública que se realiza en su Centro de Operaciones de Emergencias.

Los departamentos y distritos deben mantener este equipo de respuesta inmediata para la atención de brotes y situaciones de emergencia en salud pública. Estos equipos deben ser interdisciplinarios, incluyendo los profesionales de vigilancia en salud pública, salud ambiental, laboratorio de salud pública, comunicación del riesgo y centros reguladores de urgencias y emergencias, entre otros. Estos equipos deben contar con profesionales médicos.

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

Enviar la estructura de los equipos de respuesta inmediata departamentales o distritales y los datos completos del profesional responsable del mecanismo de respuesta inmediata a la dirección electrónica eri@ins.gov.co antes del 15 de enero de 2018 (en caso de contar con acto administrativo, adjuntarlo). Si se realizaran cambios en el equipo o en el profesional responsable, debe informarse inmediatamente. Anexo 1. Talento humano

En el primer y cuarto trimestre de 2018 el coordinador de vigilancia en salud pública, o quien haga sus veces, de cada entidad territorial debe diligenciar la encuesta de capacidades básicas en gestión del riesgo en salud, respuesta inmediata y comunicación del riesgo, de acuerdo con las instrucciones conjuntas MSPS-INS.

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

Las entidades territoriales deben asegurar la continuidad de la prestación del servicio de vigilancia en salud pública de los siguientes grupos de eventos:

- Enfermedades transmitidas por vectores (ETV)
- Infecciones respiratorias
- Zoonosis
- Infecciones de transmisión sexual
- Enfermedades prevenidas por vacunas
- Enfermedades crónicas no transmisibles
- Maternidad segura
- Lesiones de causa externa
- Nutrición
- Y los necesarios para asegurar la vigilancia de los eventos priorizados a nivel nacional.

Estos referentes no deben obligatoriamente estar organizados de esta forma, pero se debe garantizar quien es el responsable de estos grupos de eventos.

A 15 de enero de 2018 se debe enviar 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. Educación continuada

El talento humano, tanto el responsable de la operación del sistema como el equipo médico que atiende a los usuarios en las Redes Integrales de Atención en el Modelo Integral de Atención en Salud requiere de capacitación continua sobre los protocolos de vigilancia en salud pública, los procedimientos de laboratorio, las acciones individuales y la comunicación del riesgo. Las entidades territoriales departamentales deben promover y apoyar la realización de capacitaciones en los municipios, al menos mediante concentración de la red pública, privada, mixta y especial en estos temas. LAS EAPB deben mantener estrategias de capacitación 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 su servicio social obligatorio en su territorio. Durante los procesos de asistencia técnica nacional se realizará la verificación del cumplimiento de estas actividades.

6.5. Gestión documental

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

- Protocolos de vigilancia de eventos de interés en salud pública: documentos que estandarizan la identificación, la confirmación y el desarrollo de acciones individuales y colectivas ante la presentación de casos de dichos eventos. Los protocolos han sido ajustados, especialmente en forma, para el periodo 2018-2020.
- Fichas de notificación: son los registros físicos utilizados para recolectar de manera estandarizada la información mínima de los casos de eventos de interés en salud pública. Estas fichas contienen la información que debe ser ingresada en la herramienta del sistema de información (software Sivigila). Las fichas de notificación han sido actualizadas para el periodo 2018-2020.
- Manual de búsqueda activa institucional: que implementa la metodología mediante la fuente de información RIPS de acuerdo con criterios establecidos.
- Manual para la realización de unidades de análisis de caso: en el cual se realiza el análisis de los casos de eventos de interés en salud pública priorizados, de manera individual o colectiva, para su clasificación final y la identificación de los factores relacionados con su ocurrencia.
- Manual investigación de brotes: el cual define la metodología para llevar a cabo la investigación de brotes y emergencias de los eventos de interés en salud pública.
- Manual de notificación de EISP por RIPS: por medio del cual se define la metodología para la notificación de los EISP con base a la fuente de información RIPS.
- Manual del usuario aplicativo Sivigila: cuya finalidad es disponer de una guía práctica y sencilla para que los funcionarios responsables de los procedimientos del subsistema de información en salud pública estén en capacidad de operar el sistema aplicativo Sivigila escritorio, diseñado para facilitar el procesamiento, reporte y análisis de los datos generados por las fichas de notificación de los casos de eventos objeto de vigilancia y control en salud pública.
- Manual portal Sivigila: cuyo contenido orienta al usuario en el manejo del portal con el fin de facilitar el procesamiento y consolidación de la información generada por cada uno de los actores del sistema para la notificación de los mismos dentro del flujo semanal y notificación inmediata.
- Manual para la vigilancia de las intoxicaciones por sustancias químicas: cuyo contenido orienta la identificación de toxidromes de acuerdo con el tiempo, vía de exposición y a los grupos de sustancias químicas (plaguicidas, medicamentos, metanol, sustancias psicoactivas, metales, gases, sustancias psicoactivas y otras sustancias químicas) vigiladas en el país.

- Guía de análisis integrado de la mortalidad materna basado en la web: documento que busca orientar a los diferentes actores del SGSSS a la evaluación y clasificación de las muertes maternas a través del análisis de la información disponible en el Sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad materna basado en la web (SVEMMBW).
- Instrumento de autopsia verbal: documento guía para la evaluación de una muerte materna cuando no se tenga información o esta se incompleta en las otras fuentes de información.
- Instrumento de entrevista familiar: es una actividad extramural realizada por un profesional con experiencia en su manejo técnico y en el abordaje del duelo familiar en toda muerte materna.
- Instructivo de Sala de Análisis del Riesgo: en el cual se establecen las actividades de implementación de la Sala de Análisis de Riesgos - SAR en salud pública del Instituto Nacional de Salud – INS, que permita un adecuado manejo de la información y elaborar las recomendaciones de seguimiento de las acciones en salud pública a nivel local y departamental.

6.6. Acompañamiento territorial

Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales deben desarrollar actividades de asistencia técnica, asesoría, control o seguimiento al cumplimiento de los protocolos, lineamientos y manuales de vigilancia en salud pública, el diligenciamiento de las fichas correspondientes, la recolección de muestras y la realización de las pruebas de laboratorio, la investigación de campo, el uso correcto del sistema de información (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 monitorear el comportamiento de las acciones de vigilancia desarrolladas en sus territorios, mediante indicadores u otras herramientas que se dispongan, por medio de las cuales se examinará el proceso en sus territorios y de determinarán acciones que minimicen el impacto del incumplimiento que se pueda presentar. 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 Laboratorio y el MSPS.

7. INSUMOS REQUERIDOS

En el marco del Decreto 3518 del 2006 (contenido en el Decreto único 780 del 2016) y del MIAS, se debe garantizar la recolección de muestras, la realización de pruebas de laboratorio, la generación y uso de los resultados y el ajuste de los casos de los eventos de interés en salud pública, en el sistema de vigilancia en salud pública. Las RIAS y las Guías de Práctica Clínica han definido estas pruebas para parte de los eventos bajo vigilancia y es responsabilidad del asegurador cumplir con su oferta en la red de prestadores.

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

El MIAS establece las estrategias y mecanismos por medio de los cuales se realizará una prestación de servicios de salud integral que responda a las prioridades en salud colectivas e individuales de la población. La utilización de metodologías definidas que articulan intervenciones se convierte en una herramienta básica para cumplir las funciones definidas, garantizando la utilización de instrumentos estandarizados establecidos en las RIAS basadas en las guías de atención clínica vigentes validadas por el MSPS, entre las que se encuentran: ^{9,10}

- 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: Chagas, Leishmaniasis, Malaria, Dengue, Chikunguña y Zika.
- 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
- c. Guía para el manejo de urgencias toxicológicas
- d. Protocolo de atención a víctimas de ataques por agentes químicos
- e. Lineamiento para la implementación de la Atención integral en salud de la primera infancia, infancia y adolescencia.

Para el cumplimiento de estas rutas, además de contar con el talento humano necesario para la activación de las mismas, es muy 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, en los casos que sea necesario el laboratorio.

8. EQUIPOS

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

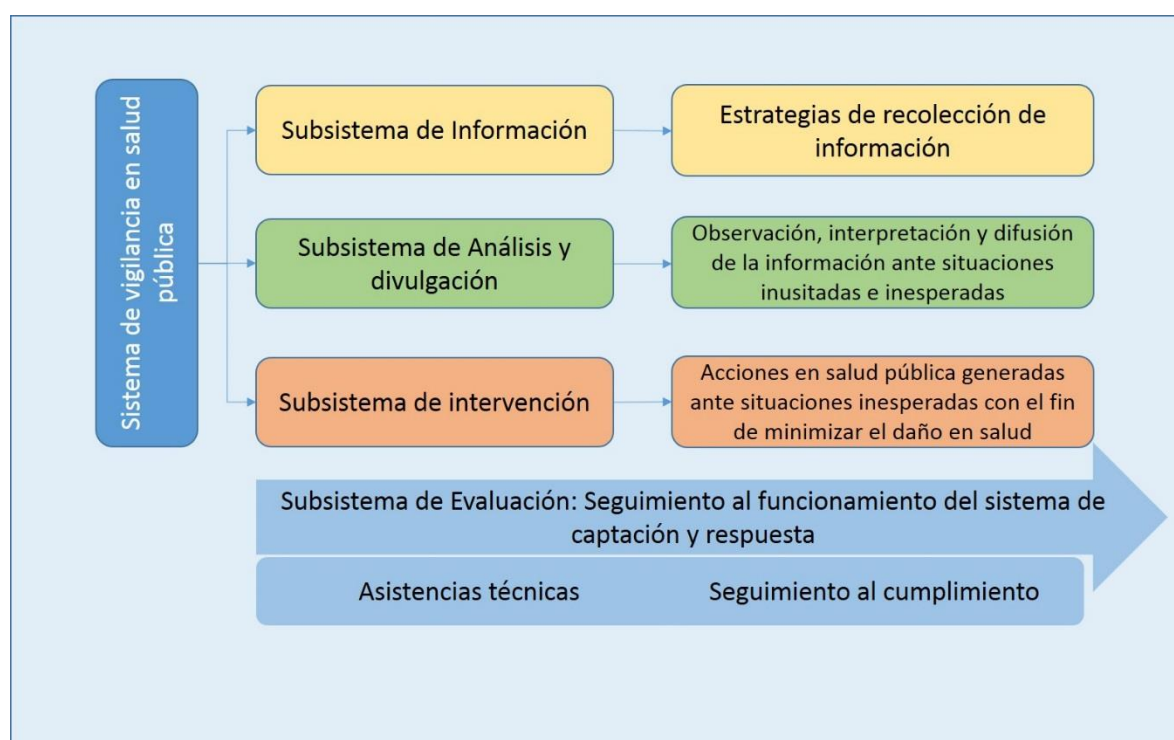
- Equipos disponibles para instalación del aplicativo Sivigila: para que el aplicativo funcione adecuadamente se requieren computadores con procesador de 1 GHz o superior, memoria RAM de 512 MB o superior, disco duro con 1GB libre de espacio, con sistema operativo Windows 2000, XP, Vista, 7, 8, 8.1 o 10 y tarjeta de video con resolución mínima de 1024*768 píxeles a 512 colores.¹¹
- Recursos de procesamiento y análisis: el acceso a recursos de software para el proceso de depuración y análisis de la información generada mediante la vigilancia se asocia con la utilización de herramientas informáticas de acceso libre o licenciados para optimizar al máximo la información generada y producir datos valiosos para la toma de decisiones.
- Telecomunicaciones: es necesario que los departamentos y distritos con sus respectivas redes de VSP, cuenten con acceso a servicios de internet con el fin de facilitar la transferencia de información inmediata o rutinaria generada posterior a la identificación, así como a equipos de comunicación permanente tales como móviles, fax, radioteléfono o teléfono, especialmente en aquellos territorios donde la conectividad es débil por falta de la prestación del servicio. El sistema de vigilancia en una UPGD o UMN debe tener mecanismos alternativos de reporte ante la dificultad de utilizar el aplicativo Sivigila directamente.

9. DESCRIPCIÓN

El proceso de VSP articula acciones de recolección de datos, análisis, interpretación y divulgación de información, de acuerdo con las características propias de los eventos a vigilar, las condiciones epidemiológicas, las posibilidades reales 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.

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

9.1.1. Caracterización de la red de operadores

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

En el mismo nivel primario del flujo de información están las Unidades Informadoras- UI. Esta clase de operador no fue establecida en el Decreto 3518 de 2006 (compilado en el Decreto 780 del 2016), 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 atención ocasional de pacientes 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 debe permitir definir si corresponde o no a una de las dos categorías, de lo contrario puede mantenerse en observación para su posterior inclusión.

Los lineamientos 2018 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 Sivigila e iniciar el proceso de notificación correspondiente.
- Las IPS especializadas no están excluidas del proceso de notificación dado que son potenciales captadoras 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 y oncología deben ser caracterizados e incluidos para asegurar la detección oportuna de los eventos relacionados con su práctica. Podría considerarse en el nivel local, delimitar los eventos, como se hace en las estrategias de vigilancia centinela.

- Laboratorios clínicos que tengan capacidad para realizar las pruebas diagnósticas de eventos de interés en salud pública, en especial para enfermedades huérfanas (anexo 2 del protocolo de vigilancia de enfermedades huérfanas) deberán estar integradas al sistema de vigilancia en salud pública, sin embargo, *se aclara que quien debe hacer la notificación de enfermedades huérfanas debe ser la EAPB o el médico especialista que interpreta el resultado del laboratorio.*
- Dada alguna eventualidad, los laboratorios de patología y citohistología podrán constituirse en el sistema como UI para eventos específicos que así lo requieran.
- Los servicios “tercerizados” 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 instaurados, 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. En el caso que el servicio “tercerizado” este integrado en el proceso de reporte, según lo evaluado en la caracterización, no se considerará necesario.
- En el caso de constituir modelos de redes integradas, cada unidad de atención será caracterizada como UPGD o UI, según sea el caso. El INS determinará el mecanismo mediante el cual se crearán sus codificaciones. Esto se utilizará también en el caso de las redes de USPEC, Fuerzas Militares y Policía Nacional.
- En el caso de cambio de nombres o división de una IPS, debe actualizarse el registro de UPGD o UI, y realizar los ajustes para acceder al Sivigila.

El equipo Sivigila del INS establece la lista de prestadores para verificación y clasificación como UPGD o UI, para lo cual utiliza las bases de datos de prestadores inscritos vigentes y de los prestadores inscritos vigentes del REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicio), en el primer trimestre del año.

Teniendo en cuenta la base de datos anterior se realiza una depuración con base a los siguientes criterios:

- Se eliminan aquellas que se encuentran cerradas a la fecha del corte.
- En las instituciones que están abiertas se identifican los servicios que ofrecen y que captarían eventos de interés en salud pública.
- Descartar aquellos servicios que no captan eventos de interés en salud pública y aquellos operadores que no tienen inscrito ningún servicio.
- Verificar la razón social, manteniendo aquellas que captarían eventos de interés en salud pública y retirando sedes clasificadas como transporte especial
- Después se realiza el cruce con la red de operadores de cada departamento a periodo XIII del año anterior, para saber cuántos están caracterizados en Sivigila y excluirlas del listado.

Con el procedimiento anterior se obtienen el listado de potenciales operadores que deben ser revisados por cada departamento, debido a que no se encuentran activos en Sivigila y que podrían captar eventos de interés en salud pública.

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

9.1.2. *Aplicativo Sivigila 2018-2020*

Durante el 2018, se iniciará el uso del aplicativo Sivigila 2018-2020, con las actualizaciones a que hubiere lugar, las cuales se adoptarán 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.

9.1.2.1. *Notificación*

Todos los integrantes del sistema de vigilancia en salud pública realizarán la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y 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 mediante correo electrónico y portal web, Colombia, 2018-2020*



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

- No se exceptúan días festivos.
- Se requiere la revisión de los archivos planos cargados al aplicativo antes del envío de la notificación a cualquier nivel. En particular, las UND revisarán la notificación

de los municipios y corregimientos departamentales para que se identifique alguna de las siguientes situaciones:

- El reporte es negativo en las UPGD del municipio o corregimiento departamental, definiendo la secuencia de dicha notificación y estableciendo acciones de seguimiento para identificar las causas. Ver Documento técnico para la realización de Búsquedas activas institucionales.
- Operación con versiones del aplicativo Sivigila diferentes a la última publicada y difundida por el INS, posterior a la actualización de la UND.
- Inoportunidad o incumplimiento en el reporte semanal, en cuyo caso la entidad territorial proporcionará soporte técnico e informará al INS, las razones por las cuales no notificaron las UNM que se registren en silencio para la semana.

El envío de los archivos planos de la notificación rutinaria e inmediata de las UND al INS **deberá ser realizado en el portal Sivigila** disponible en la página Web institucional en el enlace:

<http://portalsivigila.ins.gov.co/sivigila/index.php>.

En caso que las UND presenten inconvenientes en el cargue de los archivos planos al portal Sivigila, reportarán dicha situación mediante alguno de los diferentes canales de comunicación del INS; en caso de que persistan las dificultades enviarán los archivos planos al correo electrónico: sivigila@ins.gov.co.

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 silencio epidemiológico.

Las UI que no realicen notificación durante seis periodos epidemiológicos consecutivos, deberán ser valoradas de acuerdo a 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 2017, es necesario tener en cuenta aspectos puntuales de los eventos objeto de vigilancia, **resaltando que los mencionados en la siguiente tabla complementan lo establecido en los protocolos de vigilancia de cada uno de éstos:**

Tabla 1. Consideraciones de la notificación de algunos eventos de interés en salud pública.

Evento	Algunas consideraciones para la notificación
Chagas agudo	Deben ser notificados al sistema los casos de Chagas agudo en personas menores de 18 años, gestantes y población indígena.
Dengue	<p>Los casos de dengue sin signos y con signos de alarma, ingresaran al sistema desde probables (Código 210).</p> <p>La notificación de casos de dengue grave se realizará de forma inmediata individual (Código 220).</p> <p>La notificación de casos de muertes probables por dengue se deberá hacer de forma individual e inmediata bajo el código 580 y se revisará que haya sido notificado para el evento dengue grave como probable (código 220)</p>
Endometritis puerperal- Colectivo	La notificación de los indicadores se deberá realizar en la segunda semana posterior al mes vigilado.
Endometritis puerperal- Individual	Los casos deben ingresar a la notificación como caso confirmado por clínica y caso confirmado por laboratorio.
ESAVI	Los casos de ESAVI leve no deben ser notificado al sistema. Únicamente deben ser notificados los eventos graves.
Fluorosis	Se realizará notificación únicamente por las instituciones centinela seleccionadas para el evento.
Infecciones Asociadas a Dispositivos colectiva	La notificación colectiva (reporte de denominadores) deberá realizarla todas las UPGD activas en el sistema, así no se tengan casos reportados en el mes.
Infecciones Asociadas a Dispositivos individual	Los casos de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC), infección Sintomática del tracto urinario (ITS-AC) y Neumonía Asociada a Ventilación mecánica (NAV) tipo NEU2 (definida por laboratorio) y tipo NEU 3 (paciente inmunocomprometido) se deberán ingresar como caso confirmado por laboratorio.
Infecciones Asociadas a Dispositivos individual	<p>La NAV tipo NEU 1 (definida por clínica) deberá ingresarse como caso confirmado por clínica.</p> <p>NOTA: Para aquellos pacientes que cumplan criterios para dos tipos de IAD, en el Savigila deberán ingresar el segundo caso incluyendo en el número de identificación -1.</p>
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico-individual	Los casos deben ingresar a la notificación como caso confirmado por clínica y caso confirmado por laboratorio
Intento de suicidio	En el caso en el cual se identifique una intoxicación con intencionalidad suicida, la notificación deberá realizarse como Intento de suicidio únicamente (Código 356).
IRA grave	Se realizará notificación únicamente por las instituciones centinela seleccionadas para el evento.

Evento	Algunas consideraciones para la notificación
IRA grave inusitada	Ajustar los casos teniendo en cuenta los criterios para edad (entre 5 y 65 años).
Lepra	Al Sivigila se notifican los casos nuevos y casos retratados, (retratamiento después de la pérdida al seguimiento y recidivas de lepra confirmadas). La notificación se realiza de manera semanal y obligatoria por parte de las unidades (UPGD – UI) al responsable de la vigilancia epidemiológica municipal (UNM) quien a su vez notificará semanalmente al departamento o distrito todos los casos confirmados. Los departamentos o distritos (secretaría departamental o distrital de salud) notificarán semanalmente al INS.
Lesiones por artefactos explosivos	<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 se presenten deben incluirse en 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 año 2018 hasta la segunda semana epidemiológica del 2019. - Notificación negativa a través de la plataforma web de Sivigila, si no se presentan casos de lesionados en las últimas 24 horas.
Meningitis bacteriana	Notificar de manera inmediata e individual, en cada nivel del sistema, todos los casos probables de MBA por <i>H. influenzae</i> y los casos probables de enfermedad meningocócica. Las meningitis por otros agentes se notificarán de manera rutinaria semanal.
Mortalidad integrada infantil	La notificación de los eventos Mortalidad por IRA, por EDA y por Desnutrición en menores de 5 años, se integró en el evento mencionado bajo el código 591.
Mortalidad materna	<p>Todos los casos de muerte materna deben ser notificados tanto en SIVIGILA como en el SVEMMBW.</p> <p>Se aclara que el ingreso del evento en el aplicativo Sivigila contendrá únicamente la ficha de datos básicos del evento.</p>
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.
Zika gestacional y total	La notificación de los casos se mantiene. Es necesario mantener las recomendaciones de la Circular 0020 de 2017 “ <i>Nuevos lineamientos para el fortalecimiento de la vigilancia por laboratorio del virus Zika en el territorio colombiano</i> ”.

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

Todos los brotes de EISP y en especial, de población a riesgo, deben ser notificados al INS al correo eri@ins.gov.co.

9.1.2.2. *Notificación negativa*

La notificación negativa es el proceso de reporte de la inexistencia de casos relacionados con los EISP de interés nacional e internacional, posterior a la revisión y búsqueda activa en las fuentes de información disponibles. El reporte de notificación negativa se generará en el aplicativo Sivigila posterior al cargue de todos los archivos planos de la semana. El administrador del sistema deberá validar que efectivamente no se presentaron dichos eventos en la semana correspondiente. El reporte será enviado con los archivos planos a los canales definidos. Los eventos a los cuales, se debe realizar notificación negativa semanal, son:

- Sarampión
- Rubéola
- Síndrome de rubéola congénita
- Parálisis Flácida Aguda
- Fiebre amarilla
- Cólera
- Difteria

9.1.2.3 *Notificación inmediata*

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

Tabla 2. Eventos de interés en salud pública de notificación inmediata.

Código de evento	Nombre de evento
235	Carbunco
205	Chagas agudo
200	Cólera
215	Defectos congénitos
220	Dengue grave
230	Difteria
607	Ébola
250	Encefalitis del Nilo occidental en humanos

Código de evento	Nombre de evento
270	Encefalitis equina del oeste en humanos
290	Encefalitis equina venezolana en humanos
355	Enfermedad transmitida por alimentos o agua (eta)
295	Enfermedades de origen priónico
350	Enfermedades transmitidas por alimentos o agua eta (brotes)
298	Evento adverso seguido a la vacunación.
901	Evento colectivo sin establecer
900	Evento individual sin establecer
310	Fiebre amarilla
357	IAD - infecciones asociadas a dispositivos - individual
348	Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada
365	Intoxicaciones por metanol
440	Leishmaniasis visceral
452	Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)
465	Malaria
535	Meningitis
549	Morbilidad materna extrema
550	Mortalidad materna
570	Mortalidad por cólera
580	Mortalidad por dengue
112	Mortalidad por desnutrición
595	Mortalidad por EDA en menores de 5 años (investigación de campo)
600	Mortalidad por ira
591	Vigilancia integrada de la mortalidad infantil por IRA, EDA y DNT
540	Mortalidad por malaria
610	Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)
630	Peste (bubónica/neumónica)
670	Rabia humana
710	Rubeola
730	Sarampión
720	Síndrome de rubeola congénita
770	Tétanos neonatal
800	Tos ferina
875	Vigilancia en salud pública de las violencias de género (relacionado con quemaduras por ácido)
895	Zika

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

9.1.2.4 Ajustes

Los eventos probables o sospechosos notificados en el Sivigila, que requieren la clasificación final del caso, deberán ser ajustados en el sistema de información dentro de las cuatro semanas epidemiológicas siguientes a su notificación, a excepción de algunas consideraciones que se encuentran en la tabla 2. Las unidades notificadoras departamentales, distritales y municipales garantizarán el flujo continuo de esta información de ajuste, así como verificar que las UPGD estructuren y actualicen las bases de datos sobre los eventos en salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos.

Es necesario tener en cuenta que el ajuste 6 también puede ser utilizado para descartar casos que son valorados mediante unidad de análisis.

Es necesario que la UPGD realicen los ajustes necesarios solicitados por las EAPB de cualquier EISP donde se identifique cambio y los remitidos por la mesa de ayuda del Sivigila para los eventos notificados con inconsistencias.

En cuanto a las EAPB, cuando se identifique que un paciente no se encuentra en su base de afiliados, esta realizará un ajuste “7”, modificar la variable tipo de seguridad social con “I= indeterminado pendiente” y remitir el archivo plano resultante al INS para su consolidación en la base nacional y cruce al cierre de la vigencia con BDUA; no es válido para estos casos la utilización de otro tipo de ajuste como D ó 6.

Tabla 3. Consideraciones para el ajuste de algunos EISP.

Evento	Condición inicial	Tiempo de ajuste
Dengue	Probable	Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste. Utilizar ajustes 3, 6, 5
Evento Supuestamente atribuido a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)	Sospechoso	Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste, en los casos graves donde se requieran exámenes complementarios se puede ajustar hasta 8 semanas posterior a la notificación.
Fiebre amarilla	Probable	Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste

Evento	Condición inicial	Tiempo de ajuste
		Todo caso de FA debe tener muestra enviada al INS. Tener en cuenta zonas endémicas.
Leishmaniasis visceral	Probable	Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste. Los tipos de ajuste pueden ser D.
Leptospirosis	Sospechoso	Se tendrá un tiempo máximo de 6 semanas epidemiológicas para ajuste 15 días entre prueba. Son 2 muestras, la primera al momento de notificación y la segunda 15 días después.
Malaria	Probable Confirmado por laboratorio	- Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste. Los tipos de ajuste pueden ser D.
Mortalidad por dengue	Probable	Se tendrá un tiempo máximo de 8 semanas epidemiológicas para ajuste. Los ajustes pueden ser: 3, 6 y D
Mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años	Probable	Se tendrá un tiempo máximo de 8 semanas epidemiológicas para ajuste, haciendo la claridad que los casos enviados a medicina legal no aplican para este tiempo de ajuste.
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	Probable Confirmado por laboratorio Confirmado por clínica	- Se tendrá un tiempo máximo de 6 semanas epidemiológicas para ajuste
Parotiditis	Confirmado por clínica	A pesar de que es un evento que ingresa confirmado por clínica, es necesario tener en cuenta que en los brotes para ajuste de los casos por resultado de las muestras se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste
Rubeola	Sospechoso	Se tendrá un tiempo máximo de 6 semanas epidemiológicas para ajuste
Sarampión	Sospechoso	Se tendrá un tiempo máximo de 6 semanas epidemiológicas para ajuste
VIH-Sida	Confirmado por laboratorio	Todo paciente que ingrese y cambie de estadio clínico NO debe ser ajustado o ser notificado nuevamente, independientemente de la fecha en que fue captado.

La fecha límite para realizar ajuste de los casos que ingresaron por las UPGD o UI en 2017 es el 26 de marzo de 2018 los cuales se remitirán al INS el miércoles 28 de marzo de 2018.

9.1.2.5 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. Se solicitan estos ejercicios para los siguientes eventos:

Tabla 4. Fuentes de información para correspondencia de EISP.

Evento	Fuente con la que se correlaciona
Cáncer de mama y cuello uterino	Cuenta de alto costo
Chagas	RIPS
Fiebre amarilla	RIPS
Fiebre tifoidea y paratifoidea	Laboratorio de salud pública departamental
Infecciones Asociadas a Dispositivos	WHONET 5.3 (LSPD)
Lepra, Tuberculosis, Tuberculosis fármaco-resistente	Programa y laboratorio.
Mortalidad materna	RUAF-ND
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

9.1.2.6 Creación de eventos de notificación municipal – departamental

En el caso de los eventos de interés en salud pública municipal o departamental que se estime necesario vigilar a través de la herramienta Sivigila, la entidad territorial gestora (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 los protocolos de vigilancia del INS.

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.

9.1.2.7 Otras consideraciones de la operación del sistema

Al finalizar cada período epidemiológico las UND remitirán al INS:

- listado depurado de UPGD y UI activas en Sivigila (diferenciado) en la estructura Sivigila, es decir con la totalidad de variables de la caracterización,
- copia de respaldo,
- el reporte Positivo Negativo y Silencio (PNS) donde se incluyan UI y UPGD, para efectos de evaluación de indicadores de operación del sistema,
- actualización del directorio actualizado de los encargados de Sivigila de cada municipio en el portal Sivigila y
- 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 la totalidad de prestadores que se habiliten como nuevos en su territorio sean visitados, para establecer su clasificación en el sistema y capacitarlos en Sivigila.

9.1.3 Estrategias de identificación de eventos de interés en salud pública

Uno de los retos del sistema de vigilancia es la reducción del sub-registro por la no identificación de casos relacionados con eventos de interés en salud pública. El INS ha generado estrategias mediante las cuales busca minimizar la no identificación de potenciales situaciones tales como la búsqueda activa institucional y comunitaria, como complemento a la vigilancia rutinaria.

9.1.3.1. 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 sus parámetros y criterios, así como la herramienta dispuesta por el INS (SIANIESP) para su realización. Sin embargo, es necesario enumerar los criterios para su realización:

- Ante silencio epidemiológico
- Ante la identificación de indicadores de vigilancia en niveles inadecuados
- Ante comportamientos inusitados como la ocurrencia de un brote, detección de casos de 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, pero no las bases de datos ni los registros uno a uno de la actividad. Los casos que sean detectados en las BAI deben ser ingresados en el aplicativo Sivigila.

9.1.3.2. Búsqueda activa comunitaria (BAC)

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

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

- Muertes debidas a EISP: para detectar otras muertes no reportadas o posibles casos relacionados que cumplan con los criterios del evento a investigar.
- Evento ESPII o brotes de EISP: para identificar otros casos relacionados con el evento índice notificado. En esta se incluyen los casos de dengue grave, leishmaniasis visceral y enfermedad de Chagas aguda.
- Desnutrición aguda: debido a las condiciones sociales en las que se desarrolla el

- evento, ante la notificación de un caso será necesario identificar en la comunidad otros niños menores de 5 años que presenten signos y síntomas relacionados. De igual manera ocurre en las muertes por desnutrición. Esto SOLO se debe realizar en situaciones que se estimen como potenciales conglomerados, por ejemplo, indígenas, territorios de mayor vulnerabilidad, entre otros.
- En las actividades realizadas en la comunidad rural, por los equipos de trabajo extramural, se debe revisar la presentación histórica de casos de EISP, en especial de mortalidad de eventos de interés en salud pública (incluyendo materna y perinatal).

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

9.1.3.3. *Notificación de eventos de interés en salud pública mediante la fuente de información RIPS*

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

La periodicidad esperada será de 25 días calendario posterior al cierre del mes, sin embargo, se aclara que los canales para el envío de la notificación se mantendrán abiertos de manera semanal a través de los correos: sivigila@ins.gov.co. Se solicita que el envío de la información sea oportuna, teniendo en cuenta que la información recibida será procesada inmediatamente con el fin de dar cuenta del comportamiento de los eventos de interés en salud pública priorizados en un tiempo mínimo. Es importante tener en cuenta que la información que será enviada al INS debe contener registros correspondientes al periodo inmediatamente anterior al cierre de recepción de RIPS, es decir las fechas deberán ser definidas en el aplicativo teniendo en cuenta el mes correspondiente que se espera enviar. Dado el caso se reciba información correspondiente a periodos anteriores, éstos no deben sobrepasar el año epidemiológico lectivo (únicamente año 2018).

Con el fin de definir los eventos y la metodología a seguir para la notificación de EISP mediante este mecanismo, se puede remitir al documento técnico “Notificación de eventos de interés en salud pública mediante la fuente de información RIPS”

9.2. **Subsistema de análisis y divulgación**

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

9.2.1. Estrategias de análisis

9.2.1.1. Unidades de análisis

Es un proceso metodológico que permite caracterizar los casos priorizados de eventos objeto de vigilancia en salud pública por medio del estudio de sus fuentes de información para clasificarlos e identificar los factores asociados o causas relacionadas con su aparición.

Constituye un insumo fundamental en cada uno de los niveles de competencia de la Red de Vigilancia en Salud Pública, para cumplir con la función de realizar el análisis de la situación de salud descrita en el Decreto 780/2016, para definir áreas prioritarias de intervención en salud y orientar las acciones de promoción, prevención y control (Art. 2.8.8.1.1.8, 2.8.8.1.1.9, 2.8.8.1.1.10 del Decreto 780/2016)¹²

La realización de unidades de análisis en los territorios involucra actores específicos para el estudio y mejoramiento de la situación de los eventos bajo objeto de vigilancia en el país. Los actores involucrados son:

- Prestador de servicios de salud (UPGD): puesto que son quienes cuentan con la información relacionada con la atención inicial prestada al caso, donde se cuenta con soportes clínicos que permiten analizar las condiciones de salud al momento de la prestación del servicio de salud y donde se identifica inicialmente la sospecha o presencia del caso.
- Entidades Administradora de Planes de Beneficios (EAPB): debido a que el proceso de análisis de un caso particular involucra al administrador del servicio recibido por el usuario, es importante contar con la presencia de quien pueda conocer el proceso de atención y así mismo, reconozca el estado de afiliación del usuario al SGSSS.
- Unidad notificadora municipal y departamental-distrital (UNM-UND): la responsabilidad de convocar y liderar la Unidad de análisis es de quien, en el territorio, se encuentre a cargo del evento o del proceso de interés particular. El objetivo es que el espacio sea desarrollado con los parámetros definidos, previa preparación donde se identifiquen los objetivos, la metodología y los insumos necesarios para el cumplimiento de su finalidad.

Unidades de análisis individuales

Definidas como “un método de investigación cualitativa que permite caracterizar una situación o problema y determinar sus causas, mediante el análisis de los hechos y a partir de la descripción e interpretación de la situación con su contexto. Las fuentes de información para el análisis pueden ser: documentos, registros, entrevistas, observación directa y materiales como fotografías, videos, etc.”; cuentan con mecanismos definidos y procesos definidos en tres fases que pueden ser consultadas en el documento “Manual para realizar unidades de análisis de eventos de interés en salud pública”.

Unidades de análisis colectivas

El análisis colectivo es el estudio de un grupo de casos notificados por un evento de interés en salud pública a partir de la recolección descriptiva o exploratoria de sus características,

que utiliza diferentes fuentes de información, que tiene como propósito identificar problemas comunes o factores relacionados en dos o más de los casos con la presencia del evento.

La unidad de análisis colectiva puede partir de un listado previo de problemas que resultó de las unidades de análisis individuales o de información consolidada de bases de datos útiles como fuentes de información para identificar problemas comunes.

Cuando no se usen como fuente de información los problemas identificados en las unidades de análisis individuales, los factores asociados con la presencia del evento serán identificados en el desarrollo de la unidad de análisis colectiva. Consulte el “Manual para realizar unidades de análisis de eventos de interés en salud pública”

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

Tabla 5. Condiciones para la realización de las unidades de análisis de los eventos en proceso de erradicación, eliminación y control internacional

Tipo de evento	Evento de interés en salud pública	Condición final	Plazo ¹	Grupos priorizados	Tipo de unidad de análisis
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	Fiebre amarilla	Vivos y muertos	Inmediato para la unidad de análisis inicial	Todos	Individual
ZOONOSIS	Encefalitis		Ver pie de tabla ¹ .		
	Rabia humana				
INMUNOPREVENIBLES	Sarampión ²		Variable para la unidad de análisis final	Menores de un año	
	Rubeola ²				
	Síndrome de rubeola congénita ²		Ver pie de tabla ¹ .		
	Tétanos neonatal		Ver pie de tabla ¹ .	Menores de 28 días de nacidos	
	Parálisis flácida aguda ³		Ver pie de tabla ¹ .	Menores de 15 años	

Fuente. Manual para realizar unidades de análisis de eventos de interés en salud pública

¹Se refiere al tiempo que tiene la entidad territorial para realizar la unidad de análisis a partir de la fecha de ocurrencia. En estos casos para la unidad de análisis inicial el tiempo máximo de envío al INS de las unidades iniciales será de 48 horas después de ocurrido el evento y se realizará otra reunión solo para realizar la clasificación final, cuyo plazo dependerá de los resultados confirmatorios que genere la Institución encargada.

²Para los eventos sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita, se hará unidad de análisis individual solo en casos con resultados IgM positivo o dudoso y casos fallecidos sin muestra.

³Para parálisis flácida aguda se realizará unidades de análisis individuales a casos vivos sin muestra o casos fallecidos (con o sin muestra). También para todo caso en donde se detecte por laboratorio un PVS (poliovirus salvaje), un PVDV (poliovirus derivado de vacuna 1, 2 o 3) o un virus vacunal tipo 2 (Sabin 2).

Tabla 6. Condiciones para la realización de las unidades de análisis de los eventos de control nacional

Tipo de evento	Evento de interés en salud pública	Condición final	Plazo ¹	Grupos priorizados	Tipo de unidad de análisis
INMUNOPREVENIBLES	Tos ferina ²	Muertos	Ocho semanas	Todos	Individual y colectiva
	Meningitis ³ bacteriana aguda				
	Difteria	Vivos y muertos			
	ESAVI grave	Muertos			
ZONOSIS	Leptospirosis	Muertos	Ocho semanas	Todos	
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	Malaria				
	Dengue				
	Chikunguña				
	Zika				
	Chagas agudo				
	Leishmaniasis visceral				
RESPIRATORIAS	IRAG Inusitado	Muertos	Ocho semanas	Todos	
	IRA ⁴				
VEHICULIZADAS POR AGUA Y/O ALIMENTOS	EDA ⁴			Menores de cinco años	
VIGILANCIA NUTRICIONAL	DNT ⁴				
MATERNIDAD SEGURA	Muerte materna	Muertos	45 días	Todos	Individual y colectiva
	Muerte perinatal y neonatal tardía		Ocho semanas	Cuatro casos por periodo epidemiológico, con criterios según protocolo	
MICOBACTERIAS	Tuberculosis ⁵ sensible y fármaco-resistente	Muertos	Ocho semanas	Coinfección TB/VIH en menores de 49 años	Individual y colectiva
INFECCIONES DE	VIH/SIDA ⁵				

Tipo de evento	Evento de interés en salud pública	Condición final	Plazo ¹	Grupos priorizados	Tipo de unidad de análisis
TRANSMISION SEXUAL	Transmisión materno infantil (VIH/SIDA)	Vivos y muertos		Todos	Individual

Fuente. Manual para realizar unidades de análisis de eventos de interés en salud pública

¹Se refiere al tiempo que tiene la entidad territorial para realizar la unidad de análisis a partir de la fecha de ocurrencia, en estos casos será el municipio con capacidad instalada quien lidere las unidades de análisis o en su defecto el departamento cuando el municipio no cuente con capacidad técnica ni de personal para realizarlas.

²Se realiza unidad de análisis a los casos probables vivos sin muestra y a todas las muertes.

³Las unidades de análisis para este evento solo se hacen para meningitis por *Haemophilus Influenzae* (Hi), *Neisseria meningitidis* (meningococo) y *Streptococcus pneumoniae* (neumococo).

⁴Estas unidades de análisis deben partir de los registros obtenidos del cruce de las bases de datos de muerte por EDA, muerte por IRA y muerte por desnutrición y será liderado por los referentes de los tres eventos.

⁵Estas unidades de análisis deben partir de los registros obtenidos del cruce de las bases de datos de tuberculosis y VIH y será liderado por los referentes de los dos eventos en la entidad territorial a la que le corresponda preparar la unidad de análisis y presentar los casos (unidad notificadora distrital, unidad notificadora municipal y si esta última no tiene la capacidad instalada, la unidad notificadora departamental).

En el caso que terminado el primer trimestre se detecte un tablero de problemas sin cambios, la entidad territorial departamental puede determinar continuar sólo con las unidades de análisis individuales, y retomarlas en el último trimestre del año.

9.2.1.2. Sala de análisis del riesgo

El análisis de riesgo es definido como “una estrategia que opera permanente para los eventos que por su comportamiento y características están en seguimiento cuando está confirmada su presencia o hay una alta sospecha y requiere seguimiento estrecho para reducir morbilidad o se encuentra en una alerta internacional sin presencia de casos aún en el país”. Es la sala de crisis ante posibles amenazas o riesgos en salud pública como un ESPII, un brote o comportamiento inusitado de los otros EISP, o la mitigación del riesgo ante una emergencia natural o antrópica.

En tal sentido y teniendo en cuenta que la vigilancia en salud pública se apoya en la recolección, tabulación y análisis de información de los EISP, pero también requiere de la utilización de mecanismos que le permitan generar respuestas oportunas ante los riesgos para la salud de las poblaciones, las SAR permiten la articulación inter e intra sectorial ante situaciones inesperadas que afecten las condiciones de vida de las poblaciones y por ende su situación en salud.

El INS ha diseñado y probado esta estrategia en el nivel nacional y progresivamente realizará asistencia técnica para su incorporación en los niveles territoriales departamentales y distritales. A partir del inventario continuo de las situaciones de amenaza o riesgo, se determina si la situación amerita o no esta SAR. Estas situaciones pueden ser

generadas por rumores, notificación, análisis de comportamientos inusitados a partir de la información del Sivigila, alertas sanitarias, entre otras.

Las entidades territoriales deben activar dichos espacios ante situaciones que ameriten del análisis y comprensión, consideradas de emergencia territorial donde se logre: realizar gestión institucional, identificar necesidades, generar recursos y evaluar el impacto de las intervenciones definidas ante dicha situación. Los eventos caracterizados y definidos, candidatos para la realización de SAR en los territorios, se encuentran establecidos teniendo en cuenta: 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 entes administrativos o gubernamentales. (Instructivo de SAR)

El análisis realizado sugiere la respuesta institucional de acuerdo con el evento de interés en salud pública y, dada sus características y la magnitud de la situación, siendo variable a través de los hallazgos del seguimiento. De esta manera hay cuatro escenarios de actuación, los cuales pueden ser simultáneos y no excluyentes, desde el seguimiento a las acciones por parte de la entidad territorial, por el referente de evento o gestor del GRRI-CR, según el caso, hasta la activación de un ERI o del COE.

Para profundizar al respecto, consulte el documento “Instructivo de sala de análisis del riesgo” de la DVARSP, GGRRICR; donde se especificarán aspectos a tener en cuenta la para realización de las SAR en el territorio.

9.2.1.3. Sistema de alerta

Un sistema de alerta funciona a partir de la convergencia de capacidades institucionales que funcionan permanentemente con el fin de alertar sobre situaciones particulares que pongan en riesgo la salud de las poblaciones, y de esta manera se generen mecanismos oportunos de respuesta ante la presencia de factores que potencialicen el efecto.

Se define como “al registro y análisis de eventos que permiten identificar oportunamente los riesgos para la garantía de la atención integral, de manera pertinente, continua y con calidad”.¹³

Con base en esto, se han identificado situaciones prioritarias en el país que requieren de la activación de dichos sistemas, de manera que al identificar la presencia del factor o de los eventos, se activen mecanismos de intervención de actores determinantes para reducir el impacto de la situación identificada, entre los cuales se encuentran las EAPB, cuyas funciones en el sistema de vigilancia se encuentra “participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública”¹

Sistema de alerta temprana para eventos con comportamientos inusuales

Es función de la VSP identificar el comportamiento inusual de los EISP de manera rápida y oportuna, mediante la utilización de mecanismos analíticos que permitan establecer medidas que minimicen los riesgos en salud. Por lo tanto, es indispensable contar con herramientas de análisis en los territorios con el fin de conocer el comportamiento de los

casos observados frente a lo esperado ocurrido en un periodo de tiempo y de esta manera definir situaciones de riesgo territorial.

Así mismo, la generación de espacios que busquen el análisis de situaciones particulares puede desarrollarse siempre y cuando se tenga claro el comportamiento de los eventos objeto de vigilancia, aún más cuando se cuenta con eventos que requieren de un monitoreo continuo debido a su situación en el país y a los compromisos que, como tal, se han adquirido con la comunidad internacional.

Por lo tanto, se recomienda generar SAT 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.

Sistema de alerta temprana para eventos individuales relacionados con servicios de salud

Algunos EISP pueden estar relacionados directamente con la prestación de servicios de salud, lo que requeriría de su detección oportuna y la generación de la alerta inmediata de la UPGD a la institución (generalmente la EAPB) que puede garantizar el diagnóstico y tratamiento oportuno mediante la activación inmediata de la respectiva RIA o ruta de atención.

Tabla 7. Sistema de alerta temprana para eventos individuales relacionados con servicios de salud

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.
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.
Hepatitis C	Resolución 1692 del 2017
Sífilis gestacional	RIAS – Para población materno-perinatal.
Morbilidad materna extrema	RIAS – Para población materno-perinatal.
Violencia de género e intrafamiliar	Las Secretarías de Salud Municipal, Departamental y Distrital deben realizar notificación inmediata al Instituto Nacional de Salud de los casos de agresión por ácidos, álcalis o sustancias corrosivas.
Violencia de género e intrafamiliar	Ruta de atención integral para víctimas de violencias de género

También se recomienda generar estrategias para que se contacte a la línea nacional de toxicología del MSPS ante la presentación de casos de intoxicaciones agudas o intentos suicidas con agentes tóxicos, agresiones por animales ponzoñosos y la línea de acción para la provisión de suero antirrábico, ante exposiciones rábicas graves, y de antiveneno ofídico, con los Centros Reguladores de Urgencias, o quien haga sus veces en el territorio departamental.

9.2.2. Estrategias de divulgación

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

9.2.2.1. Boletines Epidemiológicos

El Boletín Epidemiológico es una estrategia de divulgación periódica que muestra 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, 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 también promoverá la publicación de los informes de brotes y epidemias, incluyendo series o análisis de caso en el Informe Quincenal Epidemiológico Nacional – IQEN, revista con ISBN, con reglas editoriales tipo publicación biomédica. Los artículos producidos en las entidades territoriales serán recibidos para su revisión y publicación.

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

Los comités de vigilancia en salud pública tienen como objetivo presentar los análisis pertinentes de la información generada por el sistema, establecer criterios para la programación de actividades y facilitar la toma adecuada de decisiones, que posteriormente serán difundidas, y tener seguimiento mediante indicadores de gestión e impacto en el control de los eventos, brotes o epidemias.

Actuarán como comités de vigilancia en salud pública: los comités de vigilancia epidemiológica (COVE), los comités de infecciones intrahospitalarias, los comités de estadísticas vitales y otros comités afines que se hayan conformado para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública.

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

Las entidades territoriales deben incluir el análisis de información sobre el comportamiento de cada grupo de eventos al menos en un COVE departamental o distrital en cada semestre del año. En cada COVE se debe incluir el análisis de indicadores de operación del sistema en todos los COVE del año. Los responsables de la vigilancia en salud pública de las UPGD y las UI deben ser parte activa de los COVE.

El INS en los procesos de asistencia técnica verificará la realización del COVE, con sus presentaciones y actas de reunión.

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

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

Los informes de los siguientes eventos deben ser enviados al INS, con las siguientes periodicidades:

Tabla 8. Periodicidad de envío de informes de EISP

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

El único mecanismo de envío de los informes mencionados es correo electrónico: lineamientosins@ins.gov.co.

Las fechas definidas para los envíos son:

- Informes trimestrales: 20 de abril y 19 de octubre del 2018
- Informes semestrales: 10 de agosto del 2018.
- Informes anuales: 8 de mayo del 2019

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.

9.3. Subsistema de intervención

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

Ante cualquier situación de brote se deben implementar actividades de investigación de brote y las técnicas de vigilancia intensificada, vigilancia sindrómica, BAI y BAC. En poblaciones cerradas como cárceles y fuerzas militares debe evaluarse la existencia de brote ante la presentación de un caso.

En el contexto de eventos inmuno-prevenibles en erradicación o eliminación (poliomielitis, sarampión, rubéola y SRC), un caso confirmado por laboratorio 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 ESPII.

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 y al GRRRI-CR sobre las actividades 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.

Respecto al apoyo del INS ante situaciones de emergencia en los territorios, se definirá un equipo y/o grupo de apoyo institucional a los ERI en terreno, teniendo en cuenta la naturaleza del brote o alerta, definiendo los perfiles necesarios para el desplazamiento brindando elementos adecuados para la atención de la situación.

Todo brote debe tener:

- Notificación inmediata vía telefónica de la UPGD al municipio, del municipio al departamento y del departamento al INS.
- Investigación de brote (de campo) de acuerdo con lo planteado en el protocolo.
- Informes de avance de acuerdo a lo planteado en el protocolo.
- Recolección y envío de muestras en el periodo recomendado en el protocolo.
- Identificación de agente etiológico, fuente y mecanismo.

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 9. Consideraciones a tener en cuenta para intervenciones a realizar en EISP

Evento	Aspectos que puntualizar
Caracol Gigante Africano (<i>Lissachatina fulica</i>)	Las entidades territoriales deberán hacer seguimiento (a partir de los RIPS) al comportamiento de meningitis eosinofílicas en zonas infestadas por el caracol gigante africano (<i>Lissachatina fulica</i>) para detectar aumentos significativos de casos que puedan estar relacionados con infección con <i>Angiostrongylus cantonensis</i> (parásito transmitido por el caracol)
Otras zoonosis	Ante la notificación de un caso sospechoso 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 .
Chikunguña	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. (Tabla 8.1)
Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia	La entidad territorial departamental o distrital deberá notificar de manera inmediata al Instituto Nacional de Salud (INS) la sospecha de un brote hospitalario a través del correo eri@ins.gov.co
Malaria	Se realizará la investigación de caso en todos los eventos que refieran

	transmisión peri urbana y urbana, con el objeto de realizar la estratificación de riesgo en dichas áreas.
Enfermedades transmitidas por alimentos	<p>La notificación de los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos se realizará en la ficha de Brotes código 350, y lo hará la Unidad Notificadora Municipal (UNM), una vez se realice la investigación de campo se actualizará la información en el Sivigila y se realizará el cierre del brote.</p> <p>Las entidades territoriales que presenten brotes de ETA que cumplan con los siguientes criterios de notificación inmediata:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Brotes en población cerrada o cautiva: establecimientos penitenciarios y militares, instituciones educativas (colegio, jardín infantil y universidades), servicios alimentarios (centros de desarrollo infantil, hogares comunitarios) ancianos, guarderías, así como congregaciones de personas, cadenas hoteleras. ✓ Brotes donde estén implicados productos alimenticios con alto volumen de comercialización, como: leche y derivados lácteos, agua envasada. ✓ Brotes establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional – RSI (anexo del RSI), además de otros contemplados como inusitados e imprevistos; ejemplo: enfermedad de Chagas vía oral, ciguatera o asociados con sustancias químicas. <p>Todos los brotes de ETA que hayan ocurrido en hogar/familia y que no involucren alimentos de amplia distribución o alto consumo, la Entidad Territorial debe enviar el informe de investigación de campo en los formatos establecidos cada semana y realizar el cierre del brote con la indicación del protocolo.</p>
IRAG inusitado	A todo caso de IRAG inusitado que cumpla con la definición de caso establecida en el protocolo, deberá realizarse recolección de muestras respiratorias e investigación epidemiológica de campo en las primeras 72 horas.



Tabla 9.1 Municipios donde no se ha identificado circulación del virus transmisor del Chikunguña

Departamento	Municipio
Amazonas	La Pedrera
Antioquia	Abriaquí, Alejandria, Briceño, Buritica, Caramanta, Cisneros, Concepción, Gomez Plata, Santo Domingo, Toledo, Vigía del Fuerte, Yali, Yolombo
Boyacá	Almeida, Berbeo, Briceño, Guayata, La Capilla, Pachavita, Pisba, San Eduardo, San José de Pare, Santana, Sutatenza, Tenza
Caldas	Manzanares, Pensilvania
Caquetá	Solano
Cundinamarca	Venecia
Choco	Bahía solano, Bajo Baudó, Lloro, San José del palmar
Guaviare	Miraflores
Meta	Uribe
Nariño	El Charco, Magui, Policarpa, Santa Bárbara
Risaralda	Guatica
Santander	Aguada, Aratoca, Charala, Chima, Chipata, Confines, Contratación, Coromoro, Curiti, El Carmen de Chucurí, El Guacamayo, Gambita, Guadalupe, Guapota, Jordan, La Belleza, La Paz, Ocamonte, Oiba, Palmas del Socorro, Paramo, San Benito, Santa Bárbara, Santa Helena del Opón, Surata, Valle de San José
San Andrés	Providencia

9.4. Subsistema de evaluación

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

9.4.1. Cumplimiento en la notificación

Se consideran en incumplimiento y en silencio epidemiológico a las UND, UNM y UPGD que no envíen a tiempo los archivos planos de notificación (según el flujo de notificación descrito en la figura 1). Si alguna UND no realiza la notificación de acuerdo a las directrices, su nivel de cumplimiento disminuirá en los ámbitos de notificación en la evaluación que realiza el INS cada semana epidemiológica y afectará el promedio de este indicador en el periodo epidemiológico correspondiente; esta información será publicada en los Boletines epidemiológicos semanales e informes de evento publicados en la página web del INS.

Las causales del silencio epidemiológico se describen a continuación:

1. Envío inoportuno de los archivos planos de notificación al portal Sivigila sin comunicación previa (mínimo una hora) de la entidad territorial que refiera los inconvenientes presentados para el cargue de la información.

2. Envío de archivos planos con eventos de interés y vigilancia exclusiva del departamento o distrito.
3. Envío de archivos planos con ajustes realizados a casos notificados en semanas anteriores a la reportada.
4. Envío de archivos planos con casos reportados en semana adelantada o semanas anteriores a la evaluada.
5. Envío de archivos planos modificados o alterados que no permitan la consolidación de información al orden territorial.

No se considera silencio epidemiológico

1. Cuando la entidad territorial informa mínimo una hora antes del plazo de envío establecido en el flujo de información (3:00 pm) comunique los inconvenientes presentados en el cargue de los archivos planos de notificación al portal Sivigila.
2. Notificación negativa de los eventos de interés en salud pública de la semana evaluada sin embargo si esta notificación es reiterativa estará sujeta a la solicitud de soportes que acrediten las Búsquedas Activas Institucionales que permitieron a la entidad territorial declarar al territorio con ausencia de casos de interés.

Lograr las metas definidas por el INS dependerá del cumplimiento de los lineamientos establecidos, los cuales se miden mediante indicadores de operación del subsistema de información (ver tabla 9).

Tabla 10. Indicadores de evaluación de la gestión de subsistema de información, Colombia, 2018.

INDICADOR	Nivel de desagregación	Cálculo	Meta
Cumplimiento en la entrega del reporte semanal	UPGD	(UPGD que notifican en el día y hora establecida / total de UPGD caracterizadas y activas) * 100	Mínimo 90%
	UNM	(UNM que notifican en el día y hora establecida / total de UNM) * 100	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 eventos
Cumplimiento en el ajuste de casos**	UPGD, UNM, UND	(Casos ajustados en su clasificación inicial / Total de casos probables y sospechosos) * 100	100%
Oportunidad en el ajuste de casos	UPGD, UNM, UND	Promedio de la diferencia entre Fecha de ajuste – fecha de notificación	30 Días

Notas aclaratorias:

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

Los indicadores de cumplimiento en el ajuste y oportunidad en el ajuste son descritos en el documento Indicadores 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 3. Intervalos de riesgo para el indicador de silencio epidemiológico por niveles del flujo de información, Colombia, 2018.

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

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

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

9.4.2. Desempeño de la vigilancia por evento de interés

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

9.4.2.1. Informe de realimentación

El desempeño de la vigilancia por unidad notificadora es la evaluación periódica, 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 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 proceso también se realiza con las EAPB y entidades relacionadas.

Las entidades a las cuales se les envía el informe de realimentación pueden solicitar ajustes a esta evaluación al correo lineamientos@ins.gov.co.

9.4.2.2. Archivos planos de realimentación

Los archivos de realimentación generados por el INS contienen información relacionada con casos notificados de EISP en los departamentos cuya procedencia o residencia corresponde a otro territorio del país donde es necesario realizar las acciones de

seguimiento necesarias desde la vigilancia.

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 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 enviarán archivos de realimentación a otras entidades territoriales ya que 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.

Recuerde...

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

9.5. Requerimientos y procesos contenciosos administrativos

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 el INT-R02.0000-001 (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.

El tiempo de respuesta será de acuerdo a 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).

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 gestión del riesgo, planes operativos de emergencias en salud pública, reglamento sanitario internacional, sistemas de alerta temprana, vigilancia en salud pública durante emergencias, desastres y eventos de afluencia masiva de personas. El 30 de junio y 30 de noviembre enviarán un informe con las asistencias técnicas realizadas en cada semestre y adjuntarán los soportes.

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 11. Novedades en la vigilancia de los ESPI

Eventos	Novedades
Accidente ofídico	Se incluye la definición de caso como no envenenamiento dado que muchos casos resultan como no hospitalizados o sin aplicación de anti veneno
Chagas agudo	Se utilizará dentro de las existentes, la técnica diagnóstica de Micro método para confirmación de casos notificados.
Chagas Crónico	Solo serán ingresados bajo el código 205 los casos de Chagas crónico de población priorizada (gestantes, menores de 18 años e indígenas). El resto de población se captará mediante la fuente secundaria de RIPS.
Dengue	Se realizará la confirmación del 100% de casos de dengue grave y dengue con signos de alarma, 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) y prueba de ELISA IgM en fase de convalecencia (más de seis días de inicio de síntomas).
	Se realizará la recolección y envío de 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.
	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> .
Enfermedades Huérfanas	Cuando se desconozca la fecha exacta de diagnóstico de una enfermedad Huérfana, se ingresará como la misma el 01-01-el año en el que fue diagnosticada.
Enfermedades transmitidas por alimentos y agua	El evento debe ser notificado como colectivo, la notificación individual NO será analizada para la versión Sivigila 2018. El INS mantendrá la notificación individual como insumo para la generación de alertas en el nivel territorial.
Exposición a flúor	El programa de salud bucal es el responsable de liderar, realizar y enviar el plan de intervención de la exposición a flúor para su departamento/distrito de acuerdo a los riesgos identificados en sus centinelas de la fase V (2017), lo anterior con el insumo de la base de datos 228 anual que consolidará y entregará el área de vigilancia en salud pública, antes del 22 de julio del 2018.
Intento de suicidio	Las UPGD que soliciten asesoría para tratamiento de intoxicaciones con intencionalidad suicida a la Línea de Toxicología del Ministerio de Salud y Protección Social, deben notificar los casos al Sivigila.

Eventos	Novedades
Intoxicaciones	Ante la ocurrencia de casos y brotes se deberá realizar notificación inmediata a la respectiva Unidad Notificadora Municipal (UNM) o Unidad Notificadora Departamental (UND). Es importante que en las UNM esté operando su respectivo equipo de respuesta inmediata (ERI), el cual debe estar dispuesto a atender la situación presentada para que adelante la investigación epidemiológica de campo, la cual debe incluir caracterización de casos en cuanto a estado de salud, signos y síntomas, fecha de inicio de síntomas, bebida alcohólica implicada (aplica en el caso de intoxicaciones por metanol asociado a bebida alcohólica adulterada), tasas de ataque, tipo de adulteración, tipo de exposición, tipo de establecimiento o lugar de consumo y medidas sanitarias. Igualmente, la recolección y envío adecuado de muestras biológicas o bebida alcohólica para su respectivo análisis al Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) – INVIMA de acuerdo a la capacidad diagnóstica de la entidad territorial. En caso de muerte donde se sospeche alguno de estos eventos de interés en salud pública, se debe realizar necropsia y hacer sus respectivos análisis.
Lepra	Casos clasificados como recidiva: todo caso que se notifique como recidiva, se debe enviar a la dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, el acta de análisis de la clasificación por recidiva debe incluir el resultado de la biopsia y el resultado actual de BK para lepra y realizar los ajustes correspondientes al caso si es necesario al correo sfadul@ins.gov.co
Leptospirosis	<p>Un caso de leptospirosis solo se puede confirmar por laboratorio si se 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.</p> <p>Se realizará la recolección y envío de muestras de tejido (hígado, riñón, pulmón, corazón, cerebro y bazo), para análisis por histopatología, al laboratorio nacional de referencia de patología de la Dirección Redes en Salud Pública del INS y las muestras de suero disponibles, las muertes por Leptospirosis serán ajustadas al sivigila según la conclusión de la unidad de análisis</p>
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.
Rabia humana	El evento Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia (APTR), será separado del evento Rabia Humana, cuyos códigos serán diferentes para la vigencia 2018.
Tuberculosis	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 y las visitas de seguimiento serán realizadas por el programa de acuerdo a lo establecido en la circular 058 de 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Eventos	Novedades
Tuberculosis fármaco-resistente	Investigación de campo y estudio de convivientes: 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 de acuerdo a lo establecido en la circular 058 de 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Tuberculosis fármaco-resistente	Los formatos para esta actividad son los contemplados en el programa nacional de lepra del Ministerio de la Protección Social.

12. Referencias

1. República de Colombia, Ministerio de salud Decreto 3518 del 2006 compilado en Decreto 780 del 2016.
2. República de Colombia, Ministerio de salud y protección social Decreto 2274 del 2012
3. Funciones y objetivos de la Superintendencia nacional de salud. Disponible en: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/nuestra-entidad/objetivos-y-funciones>. Consultado el: 16-11-17
4. Funciones generales del INVIMA. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/nuestra-entidad/funciones/generales.html>. Consultado el: 16-11-17
5. República de Colombia, Ministerio de ambiente y desarrollo sostenible. Ley 1523 del 2012.
6. 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.
7. Organización Mundial de la Salud. Reglamento sanitario internacional, 2005. Disponible en: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf
8. República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 518 del 2015.
9. República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 429 del 2016.
10. República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3202 del 2016.
11. Instituto nacional de salud. Manual del usuario aplicativo Sivigila. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Documentos%20SIVIGILA/Manual%20Sivigila%202017.pdf>
12. Instituto Nacional de Salud. Manual para realizar unidades de análisis de eventos de interés en salud pública. En construcción
13. República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 2590 del 2012.