

LINEAMIENTOS PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA 2009

Disponer de información útil para la toma de decisiones es una de las líneas de trabajo prioritarias definidas por el equipo del Instituto Nacional de Salud compuesto por la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública (SVCSP), la Subdirección Red Nacional de Laboratorios (RNL), la Subdirección de Investigación y la Subdirección de Producción, en cumplimiento de sus funciones dadas por la ley 1122 de 2007, el decreto 3518 de 2006 y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), adoptado en la 58° Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005.

El INS debe definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, además de realizar los estudios e investigaciones que soporten al Ministerio de la Protección Social para la toma de decisiones en el marco del Plan Nacional de Salud Pública.

La normatividad vigente establece las siguientes premisas:

- ✓ La implementación y desarrollo del sistema de vigilancia de salud pública, será responsabilidad del Ministerio de la Protección Social, los Institutos Nacional de Salud y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos.¹
- ✓ El sistema nacional de vigilancia, se fundamenta en el reporte o notificación individualizada de los casos nuevos de un determinado evento de interés en salud pública. Trabaja con definiciones de casos sospechosos, probables o confirmados establecidas en los protocolos de cada evento.
- ✓ Las competencias territoriales para la vigilancia en salud pública, están definidas en la Constitución Política, la Ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Decreto 3518 de 2006, Decreto 2323 de 2006, Decreto 3039 de 2007, reglamentarios de la vigilancia y control epidemiológico, el reglamento sanitario internacional y las Metas del Milenio.
- ✓ De acuerdo con lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales, adscritas al Ministerio de la Protección Social, direcciones territoriales de salud, promotoras de salud - EPS, entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las administradoras de riesgos profesionales - ARP, a los prestadores de servicios de salud – IPS, a los resguardos indígenas y a la sociedad civil en general, adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.²

¹ Decreto 3518 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.

² Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

- ✓ Según la reglamentación del RSI 2005 que entró en vigencia a partir del 15 de junio de 2007 y en sus artículos 5, 13 y 19 y en anexo 1, exige que en un tiempo perentorio, los países miembros, entre ellos Colombia, dispongan de las capacidades básicas para la vigilancia sanitaria y vigilancia en salud pública en sus puntos de entrada (Puertos, aeropuertos Internacionales, zonas francas, y pasos fronterizos), con el fin de evitar la propagación de eventos de interés en salud pública de impacto internacional, así como para notificar y dar respuesta a dichos eventos en tiempo record luego de realizar las investigaciones, comprobaciones y demás acciones.
- ✓ Que a través de la Resolución número 3627 del 24 de septiembre de 2008, se efectuaron unas asignaciones de apropiación en el presupuesto de gastos de inversión del Ministerio de la Protección Social, para la vigencia fiscal del 2008, para las Entidades Territoriales del país, en cumplimiento a las disposiciones del RSI 2005, que requiere a los países para que dispongan de infraestructura y capacidad institucional para brindar respuesta oportuna y efectiva para la vigilancia y control epidemiológicos de eventos de alto impacto de interés nacional e internacional, como es la situación actual de la problemática de influenza aviar.
- ✓ El plan nacional de salud pública 2007- 2010, en coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento y las enmarcadas en las competencias de todos los actores involucrados, conforme con los recursos disponibles.
- ✓ El plan nacional de salud pública 2007-2010 (Decreto 3039 de 2007), emitido por el Ministerio de la Protección Social, define las líneas de política en salud, objetivos, metas, estrategias y responsabilidades para que los diferentes actores del sistema lo adopten y cumplan.
- ✓ Se deberá tener como base el plan nacional de salud pública, para que se formulen y aprueben los planes de salud territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, plan que debe comprender acciones del plan de intervenciones colectivas y las acciones previstas en el plan obligatorio de salud – POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularán en coherencia con los perfiles de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.
- ✓ Las direcciones departamentales y distritales de salud tendrán como funciones en relación con el sistema de vigilancia en salud pública las de:³
 1. Gerenciar el sistema de vigilancia en salud pública en su jurisdicción
 2. Implementar y difundir el sistema de información establecido por el Ministerio de la Protección Social para la recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de vigilancia.

³ Decreto 3518 de 2006

3. Coordinar el desarrollo y la operación del sistema de vigilancia en salud pública en su territorio, tanto a nivel interinstitucional como intersectorial y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida.
 4. Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del sistema de vigilancia en salud pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando así se requiera.
 5. Organizar y coordinar la red de vigilancia en salud pública de su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
 6. Integrar el componente de laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
 7. Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública, en su jurisdicción.
 8. Realizar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia en el área de su jurisdicción.
 9. Declarar en su jurisdicción la emergencia sanitaria en salud de conformidad con la ley.
 10. Dar aplicación al principio de complementariedad en los términos del literal e) del artículo 3° de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de los municipios o áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen.
 11. Cumplir y hacer cumplir en el área de su jurisdicción las normas relacionadas con el sistema de vigilancia en salud pública, Sivigila.
- ✓ Las direcciones municipales de salud o la dependencia que haga sus veces; las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las administradoras del régimen subsidiado, las empresas de medicina prepagada y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, las unidades notificadoras, las unidades primarias generadoras de datos y otras entidades que participen en los procesos de vigilancia deberán cumplir con las funciones en relación con el sistema nacional de salud pública descritos en el decreto 3518 de 2006.
 - ✓ Los procesos de confirmación diagnóstica y control de calidad de los eventos de interés en salud pública, deberán seguir los lineamientos dados por la Subdirección Red Nacional de Laboratorios del Instituto Nacional de Salud.

Con el fin de que el sistema cumpla con las premisas anteriormente descritas, el Instituto Nacional de Salud requiere que la Dirección de Salud, departamental o distrital que usted gerencia aplique los siguientes lineamientos:

- ✓ Asegurar en los planes operativos anuales los recursos financieros y humanos que permitan la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- ✓ Las entidades territoriales deben velar porque todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, que generen información de interés en salud pública, realicen la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en Avenida Calle 26 No. 51-20 **Conmutador:** 2207700 **Fax:** 2200934 Bogotá D.C.,
WEB: www.ins.gov.co **E-MAIL:** Sivigila@ins.gov.co

los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

- ✓ **El Instituto Nacional de Salud inicio de manera progresiva el proceso de fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública desde el 2004 pasando de una vigilancia colectiva a una individual, teniendo en cuenta esta premisa es necesario dar como lineamiento obligatorio “realizar la notificación SOLO de tipo individual al Siviigila a partir de la primera semana epidemiológica de 2009”.**
- ✓ Los eventos que son notificados al Siviigila como probables o sospechosos, deben ser investigados para definir su clasificación y ser ajustados al sistema dentro de las 4 semanas siguientes a su notificación.
- ✓ Cuando no se presenten casos en la semana correspondiente, se debe certificar mediante notificación negativa.
- ✓ Las entidades territoriales de salud deben garantizar el análisis del comportamiento de los eventos sujetos a la vigilancia en salud pública, acorde con los lineamientos establecidos en los modelos y protocolos de vigilancia en salud pública, con el objeto de orientar las intervenciones en salud dirigidas al individuo y a la colectividad y la formulación de planes de acción en salud pública en su jurisdicción.
- ✓ Es necesario realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de salud de la población en su territorio y evaluar la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores en su territorio.⁴
- ✓ Los comités de vigilancia en salud pública, cuyo objetivo es hacer los análisis pertinentes de la información generada por el sistema, establecer criterios para la programación de actividades y la toma adecuada de decisiones para el control de los eventos, brotes o epidemias, deberán reunirse ordinariamente una (1) vez al mes y serán presididos por el director territorial de salud. La secretaría técnica estará a cargo del responsable del área de salud pública de la dirección territorial de salud. Actuarán como comités de vigilancia en salud pública: los comités de vigilancia epidemiológica, COVE; los comités de infecciones intrahospitalarias; los comités de estadísticas vitales; los comités de vigilancia epidemiológica comunitaria, COVECOM; otros comités afines que se hayan conformado para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública.⁵ Enviar al Instituto Nacional de Salud la programación de estos comités a más tardar el 30 de enero de 2009.
- ✓ Propender por tener espacios de análisis como son los COVE, unidades de análisis, salas situacionales, entre otros; con base en la información generada se deben formular las recomendaciones científicas y técnicas para la prevención y control de los problemas de salud de la población. Así mismo, establecerán los mecanismos de seguimiento y evaluación del impacto de las recomendaciones y cambios provocados en la situación bajo vigilancia.⁶

⁴ Plan Nacional de Salud Pública

⁵ Decreto 3518 de 2006

⁶ Ibid.

- ✓ Apropiar los recursos necesarios para asegurar la capacidad científica, técnica y operativa para la detección, notificación inmediata al Sivigila individual, el análisis, evaluación y orientación de las acciones de control de emergencias en salud pública de importancia internacional -ESPII.
- ✓ Diseñar y conformar grupos de disponibilidad para la atención de brotes durante el año 2009. Enviar antes de 30 de enero de 2009, el cronograma de disponibilidad por semana con nombre, teléfono y correo electrónico de la persona contacto.
- ✓ Se debe realizar retroalimentación trimestral del estado del sistema de vigilancia en salud pública a las unidades notificadoras municipales, teniendo como base el subsistema de información para el desarrollo de los subsistemas de análisis, intervención y evaluación.
- ✓ Asegurar la continuidad de los Equipos de Reacción Inmediata -ERI, en la entidad territorial, a fin de brindar una respuesta interinstitucional e intersectorial oportuna, coordinada y en red ante la presencia de un brote o epidemia con criterios de eficiencia y efectividad.
- ✓ Dar soporte técnico en la atención de brotes, epidemias o situaciones que ameriten el acompañamiento desde el nivel departamental o distrital. Elaborar y enviar al INS (Servicio de Epidemiología Aplicada) por lo menos un artículo con los trabajos realizados al año, para ser publicado en el Informe Quincenal Epidemiológico Nacional IQEN, de acuerdo con las instrucciones para autores, dentro de los 15 días siguientes a la intervención realizada por el departamento o distrito.
- ✓ Las entidades territoriales deben divulgar los resultados de la vigilancia en su ámbito de influencia, con el propósito de orientar las acciones colectivas, en la forma y periodicidad que establezca el Ministerio de la Protección Social, adaptando la información para su difusión, de acuerdo con el medio de divulgación, tipo de población y usuarios a los que se dirige.⁷
- ✓ Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica, supervisión y evaluación que garantice la implementación, operacionalización y articulación de todos los componentes y actores del sistema de vigilancia, acorde con las necesidades y el comportamiento de los eventos en cada municipio. Capacitar a médicos y personal de atención de salud para optimizar la recolección primaria de los datos, clasificación del caso y manejo de los eventos. Dicho plan debe ser remitido al INS antes del 30 de enero de 2009 con el fin de programar las asistencias según la situación de vigilancia y control de los eventos en el departamento.
- ✓ **Responder a los requerimientos del INS en el tiempo definido en la solicitud.**
- ✓ La información a medios masivos de comunicación en relación a brotes y epidemias deberá ser realizada en primera instancia por el Ministerio de la Protección Social con base en datos consistentes notificados por las entidades territoriales.
- ✓ **Garantizar el cumplimiento de la recolección, toma y envío adecuado y oportuno de muestras al INS de acuerdo con los lineamientos definidos por la Red Nacional de Laboratorios.**

⁷ Decreto 3518 de 2006

- ✓ Todos los Laboratorios de Salud Pública Departamental - LSPD deben cumplir los tiempos de procesamiento y entrega de resultados de las pruebas de los eventos de interés en salud pública.
- ✓ El LSPD deberá participar activamente según cronograma establecido por la Red Nacional de Laboratorios de la evaluación externa del desempeño.
- ✓ Los proyectos de investigación nacional e internacional de las diferentes áreas se deben integrar al plan de acción departamental.
- ✓ Se debe enviar un informe del comportamiento epidemiológico de los eventos y de las actividades realizadas trimestralmente con base en los indicadores definidos en los protocolos en las siguientes fechas:

Primer informe:	15 de abril de 2009
Segundo informe:	15 de julio de 2009
Tercer informe:	15 de octubre de 2009
Cuarto informe:	15 de enero de 2010

Teniendo en cuenta la vigilancia por eventos se dan los siguientes lineamientos:

INMUNOPREVENIBLES

1. Lineamientos Generales

- 1.1** Se insta a los entes territoriales a realizar unidades de análisis mensuales entre los responsables de vigilancia en salud pública, responsables del programa del PAI y el personal de laboratorio; con el fin de analizar la información o la falta de la misma sobre la situación de las enfermedades inmunoprevenibles así como para la revisión de la calidad de los datos, clasificación de los casos reportados y para hacer los ajustes respectivos al Sivigila en cada periodo epidemiológico
- 1.2 Búsquedas activas comunitarias - BAC.** Se deben realizar 4 actividades de búsqueda activa comunitaria durante el año 2009 con un intervalo mínimo de 8 semanas entre ellas en cada uno de los municipios del país. Esta actividad deberá ser documentada y enviada cada trimestre al Instituto Nacional de Salud (INS) en los formatos establecidos para este fin y deberá ser realizada para los siguientes eventos:
 - Sarampión-rubéola.
 - Parálisis flácida
 - Tétanos neonatal

** Esta actividad podrá realizarse conjuntamente con los monitoreos de coberturas de vacunación.
- 1.3 Búsquedas activas institucionales - BAI.** Se deben realizar 4 actividades de búsqueda activa Institucional durante el año 2009 con un intervalo mínimo de 8 semanas entre ellas en cada uno de los municipios del país. Se debe enviar un informe trimestral de estas actividades al Instituto Nacional de Salud.

- 1.4 Monitoreo rápido de coberturas - MRC.** Se deben realizar 4 monitoreos de coberturas de vacunación durante el año 2009 en cada uno de los municipios del país con un intervalo mínimo de 8 semanas entre ellos y preferiblemente realizarse después de las jornadas de vacunación. Para su realización deberá utilizarse la metodología definida por el Ministerio de la Protección social y para su reporte se dispondrá de un instrumento específico, el cual dará cuenta de los resultados numéricos pero que adicionalmente deberá ser acompañado por un informe en el cual se incluya la descripción de la metodología utilizada y un análisis de los resultados encontrados.
- 1.5** Ante un caso sospechoso o probable de enfermedad inmunoprevenible o de evento supuestamente atribuido a vacunación o inmunización (ESAVI), se deberá garantizar la investigación de caso, la cual debe incluir como mínimo la siguiente información:
- Fecha de realización de la investigación.
 - Búsqueda activa institucional en la UPGD reportante y en aquellas que hagan parte del área de influencia donde se presente el caso.
 - Visita domiciliaria
 - Operación barrido en la manzana donde reside el caso y en las 8 manzanas a la redonda que incluye:
 - Búsqueda y seguimiento de contactos
 - Monitoreo rápido de coberturas de vacunación en el área de presentación del caso.
 - Vacunación de susceptibles.
 - Búsqueda activa comunitaria de casos alrededor del caso sospechoso.
 - Quimioprofilaxis en caso de estar indicada de acuerdo a los protocolos.
- 1.6** Todos los casos de enfermedad inmunoprevenible en los cuales el estado final sea muerte, deberán ser reportados de manera inmediata se les deberá garantizar una investigación de caso y de campo completa, además de la respectiva unidad de análisis que incluya toda la documentación necesaria (historia clínica, certificado de defunción, entre otros) para su clasificación final y ser enviada al Instituto Nacional de Salud.
- 1.7** Se debe asegurar en el plan operativo anual POA los recursos financieros y humanos y los mecanismos que le permitan a los municipios y al departamento cumplir con los indicadores de vigilancia para las enfermedades inmunoprevenibles, así como para la vigilancia de ESAVI.

2. Lineamientos para la vigilancia en Salud Pública de la Parálisis Flácida Aguda.

Con el objeto de mantener la certificación de la erradicación de la poliomielitis en Colombia, cada ente territorial del orden departamental y distrital deberá realizar lo siguiente:

- 2.1** Mantener en cero (0) los casos confirmados de poliomielitis por poliovirus salvaje o neurovirulentos derivados de la vacuna, en su departamento o distrito, como ha pasado desde 1991.

- 2.2** Lograr el 100% de correlación de la información enviada por el SIVIGILA con las demás fuentes de información (Laboratorio de salud pública, oficina de vigilancia en salud pública, etc.).
- 2.3** Cumplir al 80% o más con los 6 indicadores de la vigilancia de PFA en cada departamento o distrito, estos son:
- Tasa de PFA igual o superior a 1 por 100.000 menores de 15 años,
 - 80% de investigación de casos en las primeras 48 horas de notificado,
 - 80% de toma de una muestra de heces en los primeros 14 días de iniciada la parálisis,
 - 80% de cumplimiento de la notificación por las UPGD
 - 80% de procesamiento de muestras en tiempo menor a 21 días, este último depende el laboratorio de virología del INS.
 - Oportunidad en el envío de muestras antes de 6 días al laboratorio de virología del INS
- 2.4** La dirección departamental o distrital de salud deberá enviar a la subdirección de vigilancia y control en salud pública del INS, las valoraciones neurológicas realizadas a todo caso probable de PFA a los 30, 60 y 90 días de notificado el caso, con el fin de verificar la evolución del cuadro clínico y apoyar la clasificación final del caso.

Nota: si el caso tiene una muestra de heces de calidad y recolectada oportunamente en los primeros 14 días de iniciada la parálisis, el resultado del laboratorio es negativo para virus de polio y la valoración neurológica de los 30 días es NORMAL (no secuelas), no se requiere el envío de más valoraciones, de lo contrario seguirán enviándose las valoraciones neurológicas hasta que no haya secuelas.

3. Lineamiento para la vigilancia en salud pública del Sarampión, Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita.

Con el objeto de lograr la certificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en el año 2010 en Colombia, cada ente territorial del orden departamental y distrital deberá realizar lo siguiente:

- 3.1** Mantener en cero (0) los casos confirmados de sarampión y rubéola por virus salvaje, en su departamento o distrito.
- 3.2** Lograr el 100% de correlación de la información enviada por el SIVIGILA, con las demás fuentes de información (MESS, laboratorio de salud pública, oficina de vigilancia en salud pública, etc.).
- 3.3** En el contexto del proceso de documentación de la eliminación de la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el sarampión, se debe fortalecer el análisis sistemático de la integridad y consistencia de los datos de vigilancia de sarampión/rubéola.

- 3.4** Se deben asegurar la notificación y clasificación oportuna de cada caso sospechoso que ingresa a la vigilancia integrada de sarampión/rubéola.
- 3.5** Cumplir al 80% o más con los 6 indicadores de la vigilancia de la vigilancia integrada de sarampión/rubéola en su departamento o distrito, estos son:
- Porcentaje de investigación adecuada de casos en las primeras 48 horas de notificado.
 - Porcentaje de casos con toma de muestra de suero en los primeros 30 días de iniciada la erupción.
 - Porcentaje de cumplimiento de la notificación por las UPGD.
 - Porcentaje de muestras de suero enviadas al laboratorio que procesa, en los primeros 5 días después de la recolección.
 - Porcentaje de muestras de suero procesadas en tiempo menor a 5 días.
 - Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión/rubéola.
- 3.6** Se debe activar la vigilancia en todos los municipios de su departamento y recordar que cada uno de ellos debe cumplir con la siguiente tasa de notificación de acuerdo a su población general.
- Tasa de notificación en poblaciones menores de 100.000 habitantes debe ser de 1 caso por 100.000 habitantes.
 - Tasa de notificación en poblaciones mayores de 100.000 habitantes debe ser de 2 casos por 100.000 habitantes.
- 3.7** Todos los laboratorios deben enviar de inmediato las muestras de casos sospechosos de sarampión/rubéola con resultado de IgM POSITIVO o DUDOSO, para su confirmación en el INS.
- 3.8** Todo caso de sarampión/rubéola con resultado de IgM POSITIVO o DUDOSO, debe tener una segunda muestra de suero tomada entre 12 y 15 días después de la primera y enviarse al INS, con el objeto de determinar los niveles IgG en muestras pareadas. También aplica este lineamiento para todo caso en donde se dude mucho del diagnóstico de sarampión o rubéola.
- 3.9** Se deben realizar ajustes de los casos sospechosos notificados de S/R y SRC incluyendo la información del laboratorio en un máximo de 4 semanas después de la notificación.
- 3.10** Los entes territoriales que tengan instalado el MESS, deberán realizar descargas semanales los días miércoles antes de las 5 de la tarde.
- 3.11** En caso de presentar fallas en la vigilancia integrada de S/R, como la ausencia de una muestra adecuada, se debe realizar la documentación clínica y epidemiológica del caso la cual deberá ser enviada al Instituto Nacional de Salud para realizar la respectiva unidad de análisis y de esta forma lograr la respectiva clasificación final.

3.12 Los entes territoriales deberán iniciar la documentación de la interrupción de la transmisión endémica del sarampión y la rubéola basado en los siguientes componentes:

- a) Evolución y desarrollo del programa de inmunización;
- b) Información epidemiológica: sarampión, rubéola y SRC (impacto de la vacunación).
- c) Coberturas de vacunación: análisis de cohortes protegidas (rutina, campaña de seguimiento, campaña adolescentes y adultos, vacunación post parto (post campaña).
- d) Calidad del sistema de vigilancia: cumplimiento de indicadores, búsqueda activa: institucional y comunitaria utilizando diferentes fuentes de datos, casos compatibles (falla de la vigilancia) y casos no incluidos en el sistema.
- e) Datos sobre epidemiología molecular del virus: SAR/RUB (fuente: laboratorio de virología del INS).
- f) Datos de estudios de seroprevalencia disponibles; y
- g) Análisis de cada pieza de la evidencia.

3.13 Cada ente territorial debe velar por la implementación del protocolo de vigilancia del síndrome de rubéola congénita, en cada una de las instituciones prestadoras de salud, con el objeto de cumplir con la vigilancia rutinaria de este evento.

3.14 Todos los casos sospechosos de SRC identificados en los 6 primeros meses de vida deben tener muestras para detección y aislamiento viral.

4. Lineamiento para la vigilancia de tétanos neonatal.

Con el objeto de mantener la meta de eliminación de tétanos neonatal por debajo de 1 por 1.000 nacidos vivos en Colombia, cada ente territorial del orden departamental y distrital debe realizar lo siguiente:

- 4.1** Lograr el 100% de correlación de la información enviada por el Sivigila, con las demás fuentes de información (oficina de vigilancia en salud pública, PAI, etc.).
- 4.2** Cumplir con los 3 indicadores definidos para la vigilancia de tétanos neonatal en cada departamento o distrito.
 - Tasa de tétanos inferior a 1 por 1.000 nacidos vivos.
 - Cumplimiento de la notificación por las UPGD
 - Porcentaje de investigación adecuada de casos en los primeros 7 días de notificado.
- 4.3** Ante todo caso notificado se deberá realizar una unidad de análisis con el fin de confirmar o descartar el caso. Adicionalmente se deberán incluir en estas discusiones a representantes de las EPS o EPS subsidiadas encargadas de la atención integral de la mujer gestante para que en caso de encontrarse fallas en esta atención, se establezcan planes de acción tendientes a prevenir la aparición de nuevos casos.

5. Lineamiento para la vigilancia de tétanos accidental

Con el objetivo de lograr la caracterización de la morbilidad y mortalidad por tétanos accidental en Colombia se debe realizar lo siguiente:

- 5.1 A partir del año 2009 ante todo caso de tétanos accidental se deberá proceder al diligenciamiento de la ficha de datos básicos y adicionalmente se deberá diligenciar la ficha de datos complementarios que se encuentra incluida en el protocolo.
- 5.2 Cumplir al 80% o más con los indicadores de la vigilancia de tétanos accidental en cada departamento o distrito, así:
 - 80% de cumplimiento de la notificación por las UPGD
 - 80% de investigación de casos en los primeros 7 días después de ser notificado.
- 5.3 Si el caso llegara a fallecer, deberá realizarse el ajuste correspondiente al SIVIGILA y desarrollar las acciones pertinentes.
- 5.4 Si el evento se presenta en un niño menor de 10 años, deberá realizarse un análisis por parte de los encargados del PAI, con el fin de detectar las fallas que no permitieron que estos individuos estén inmunizados.

6. Lineamiento para la vigilancia de tosferina y difteria.

Con el objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad por tosferina y evitar la aparición de casos de difteria, cada ente territorial debe realizar las siguientes acciones:

- 6.1 Fortalecer la vigilancia, el control y manejo de los casos de tosferina y difteria desde las unidades primarias generadoras del dato para evitar la mortalidad por estos eventos en menores de cinco años.
- 6.2 En aquellos casos donde el caso fallezca, se deberán realizar análisis para determinar la causa y de esta manera trazar planes de mejoramiento tendientes a evitar nuevas mortalidades por estos eventos.
- 6.3 Se deberán Identificar grupos de riesgos para tosferina y difteria según grupos de edad, zona geográfica y población vulnerable.
- 6.4 Determinación de la tasa de incidencia específica por edad y por zona geográfica para conocer los grupos de riesgo
- 6.5 Cumplir al 80% o más los siguientes indicadores de vigilancia en salud pública:
 - 1) Porcentaje de investigación de casos en las primeras 72 horas de notificado el caso probable.
 - 2) Porcentaje de casos probables que fueron confirmados por laboratorio.

3) Porcentaje de casos con fichas epidemiológicas e investigaciones de campo.

7. Lineamiento para la vigilancia y control en salud pública de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI).

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

- 7.1** Notificar inmediatamente todo caso sospechoso de ESAVI en los cuales el evento reportado pone en riesgo la vida, ocasiona discapacidad, hospitalización o muerte; o cuando se presente un aumento significativo de los eventos adversos en una determinada zona geográfica.
- 7.2** En caso de fallecimiento se deberá garantizar la toma de muestras para estudio anatomopatológico y el envío de las mismas al laboratorio de patología del Instituto Nacional de Salud. En caso de no tener la autorización de los padres o cuidadores, se procederá a la toma de las mismas, amparados en el decreto 786 de 1990 en el cual se especifica que para eventos de interés en salud pública no se hace necesario la solicitud de consentimiento informado.
- 7.3** Se deberán realizar capacitaciones periódicas respecto a las reacciones esperadas después de la administración de las vacunas.
- 7.4** Las oficinas de epidemiología en cada nivel (municipal, departamental o distrital) deberán tener a su disposición los informes o insertos de cada una de las vacunas que se estén administrando por el PAI en su área de influencia; estos deberán ser actualizados cada vez que durante la recepción de vacunas se observe cambios en las presentaciones o en los fabricantes de vacunas.
- 7.5** En los casos en que se detecten fallas en el proceso de preparación, manejo o administración de una vacuna (errores programáticos) y que ocurran en un grupo de niños, se deberá realizar la notificación al INS de forma inmediata aun cuando no se haya evidenciado un deterioro de la salud de los receptores; en este caso no será necesario el diligenciamiento de la ficha individual. Al finalizar la investigación se deberá presentar un informe que contenga la descripción del hallazgo encontrado, las causas del error y el plan de mejoramiento proyectado para prevenir nuevas situaciones similares.
- 7.6** Se deberán realizar los ajustes pertinentes de todos los casos notificados al sistema, de acuerdo a las definiciones de caso propias de este evento y que se encuentran en la última parte de la ficha de datos complementarios.

8. Lineamiento para la vigilancia y control en salud pública de los brotes de parotiditis y varicela.

A partir de 2009 todos los brotes de parotiditis y varicela deberán ser investigados y caracterizados dentro de las primeras 48 horas y se deberá enviar un informe al Instituto Nacional de Salud.

Mortalidad por infección respiratoria aguda-IRA en menores de 5 años, vigilancia centinela de enfermedad similar a influenza-ESI, infección respiratoria aguda grave-IRAG e IRAG inusitado

- Fortalecer la vigilancia de ESI-IRAG en las UPGD centinelas de los departamentos seleccionados a partir del año 2008.
- Notificar los casos de ESI-IRAG empleando la ficha de notificación individual establecida en el sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA 2009.
- Notificar los casos de IRAG inusitado empleando la ficha de notificación individual establecida en el sistema de vigilancia en salud pública Sivigila 2009 (archivo plano).
- Cotejar la notificación al Sivigila 2009 de los casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años, con los certificados de defunción enviados a las secretarías distritales y/o departamentales de salud, cuya causa básica sea la infección respiratoria aguda.
- Detecta, notificar, estudiar e implementar las medidas de intervención ante la presencia de brotes por ESI-IRAG que ocurren de forma inusual.
- Garantizar el recurso humano para la vigilancia de ESI-IRAG-IRAG inusitado en el nivel departamental y nacional.
- Fortalecer la red de laboratorios en los eventos ESI-IRAG a través de la capacitación técnica de los profesionales a cargo.
- Lograr el 100% de concordancia de los casos procesado por el laboratorio de salud pública de ESI-IRAG y el sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA 2009

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES ETV.

- Todas las actividades de control químico, físico y biológico deben estar soportadas en el concepto técnico de la unidad entomológica departamental o distrital.
- Notificar los eventos de ETV, utilizando la ficha única de notificación individual datos básicos y complementarios para los eventos: dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis, malaria complicada y chagas.
- El equipo de ETV departamental o distrital debe estar conformado por todos los actores necesarios y debe integrar para su análisis las áreas de entomología, epidemiología, laboratorio de salud pública, control de vectores y aseguramiento. Se debe realizar

reuniones periódicas según la necesidad y el comportamiento de los eventos, dichas reuniones deben estar soportadas con su respectiva acta.

- Realizar unidad de análisis para mortalidad causada por dengue, malaria, fiebre amarilla, encefalitis, leishmaniasis visceral y enfermedad de chagas, y los planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos enviando copia de las actas al INS.
- Garantizar la toma y envío de muestras de sangre al laboratorio, en caso de mortalidad muestra de tejidos (autopsia completa para malaria), y para la vigilancia de síndrome febril icterico (fiebre amarilla, dengue, malaria) viscerotomía.
- Los indicadores que se van a tener en cuenta para la vigilancia en salud pública de fiebre amarilla a partir de la primera semana epidemiológica de 2009 son los siguientes:
 - ✓ 80% de las unidades notificadoras informan semanalmente la presencia o ausencia de casos probables.
 - ✓ 80% de los casos probables se investigan durante las primeras 48 horas posteriores a la notificación.
 - ✓ 80% de los casos con muestras de suero o tejidos se envían al laboratorio en las primeras 72 horas.
 - ✓ 80% de los resultados de laboratorio se obtienen en las primeras 72 horas después de recibidas en el laboratorio para IgM, PCR, y 15 días para aislamiento viral y patología.
 - ✓ 80% de los casos probables deben tener medidas de control adecuadas.
- Para diagnóstico de malaria mediante gota gruesa se debe realizar recuento parasitario en todos los casos independientemente de la especie infectante.
- Notificar los casos de Leishmaniasis visceral y malaria complicada a partir de caso probable, y realizar el ajuste correspondiente dentro de las 4 semanas siguientes a su notificación.

TUBERCULOSIS

- Enviar de manera trimestral al INS el análisis de indicadores de vigilancia de tuberculosis, incluyendo el número de pacientes con tuberculosis que recibieron asesoría en VIH, número de pacientes que se realizaron prueba para determinar coinfección TB/ VIH, y número de personas con coinfección TB/VIH, discriminando los casos de coinfección, así:

Total por edad	Total
0 a 14	
15 a 24	
25 a 34	
35 a 44	
45 a 54	
55 a 64	
65 y más	
Sin dato edad	
TOTAL	0

	Hombres	Mujeres
Total casos TB Pulmonar + VIH		
Total casos TB Extrapulmonar + VIH		

- Enviar copia del informe trimestral de casos y actividades; y el informe de cohortes (resultados de tratamiento de casos de TB), al INS, en los formatos establecidos en la guía de atención de tuberculosis.
- Realizar reuniones de evaluación trimestral entre el responsable del SIVIGILA a nivel local, municipal, departamental y/o distrital y el coordinador del programa de control de tuberculosis, con el fin de analizar y ajustar los casos reportados a las dos fuentes de información.

Esta actividad deberá estar soportada con actas; el indicador para evaluar su cumplimiento será el porcentaje de concordancia en el número de casos nuevos reportados al Sivigila y al programa de control.

- Generar espacios de análisis de la situación de la tuberculosis; en los cuales deben participar la comunidad y las organizaciones que ejecuten actividades en la prevención, control y vigilancia de la tuberculosis. (Ej. ONGs, representantes de aseguradoras, IPS, organizaciones comunitarias y laboratorio de salud pública –LSP)
- Enviar al laboratorio de micobacterias del INS, los cultivos positivos para M. tuberculosis de todos los casos de VIH-SIDA, fracasos, recaídas, abandonos, casos crónicos y casos contacto de pacientes multiresistentes con el fin de realizar pruebas de susceptibilidad.
- Incluir los indicadores para la vigilancia de la tuberculosis en los boletines epidemiológicos u otros espacios de difusión (incluye indicadores de laboratorio, tales como sintomáticos respiratorios examinados, BK, cultivos realizados y positividad de dichas pruebas)
- Realizar un plan de asesoría y asistencia técnica a los departamentos, municipios, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y aseguradoras para el fortalecimiento del sistema de vigilancia y seguimiento de las acciones desarrolladas por cada nivel.

- Asegurar el reporte de todos los casos nuevos de lepra y las recidivas a través de las fichas de notificación individual.
- Enviar informe trimestral de casos en el formato establecido en la guía de atención de lepra, que incluya: total de recidivas por tipo de lepra, antecedente de tratamiento de las recidivas (monoterapia o poliquimioterapia), total de casos nuevos por tipo de lepra, grado de discapacidad al momento de diagnóstico, el grado de discapacidad al finalizar el tratamiento y la condición de egreso de los pacientes (tratamiento terminado, abandono, paciente perdido o fallecido).
- Enviar la prevalencia anual de lepra por municipio año 2008; pacientes que se encuentran en poliquimioterapia (PQT) a 31 de diciembre de 2008. (Plazo máximo de envío 16 de febrero de 2009).

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

Se deberá crear el comité de vigilancia en salud pública de las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) VIH; SIFILIS y Hepatitis B con énfasis en sus componentes Materno y Perinatal con el fin de obtener información veraz, oportuna y confiable sobre estos eventos e implementar las medidas de intervenciones individuales y colectivas necesarias que generen su control y/o eliminación de acuerdo a las metas establecidas en cada caso y de acuerdo a su dinámica en cada territorio.

Este comité es independiente al COVE y será liderado por salud sexual reproductiva - SSR el documento guía se encuentra en la página Web institucional www.ins.gov.co

Sífilis gestacional y congénita:

- Realizar búsqueda activa institucional - BAI de casos de sífilis gestacional y congénita, con periodicidad trimestral, en los registros de laboratorio clínico, registros individuales de prestación de servicios – RIPS, historias clínicas y certificados de defunción, aplicando la metodología de BAI para sífilis, con la correspondiente notificación y seguimiento de casos detectados al Sivigila.
- Realizar comités de vigilancia en salud pública - COVE a nivel departamental, distrital, municipal y/o institucional con una periodicidad mensual, en donde participen los profesionales responsables de la vigilancia, coordinadores de promoción y prevención, aseguramiento, coordinador de salud sexual y reproductiva, EPS, IPS, y demás profesionales de la salud que tengan relación con el diagnóstico, notificación, tratamiento y seguimiento de los casos de sífilis gestacional y congénita, para:
 - Analizar el comportamiento de la notificación y de los casos.
 - Detectar y solucionar fallas en la detección precoz, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento de los casos y contactos.
 - Identificar situaciones de vulnerabilidad, barreras de acceso, y las necesidades en apoyo diagnóstico.

- Diseñar y evaluar estrategias de prevención y control de la sífilis gestacional y congénita articuladas con la política de salud sexual y reproductiva.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, atención del parto y al recién nacido, y la guía de atención para la sífilis gestacional y congénita (resolución 412 de 2000 y sus actualizaciones).
- Realizar investigación epidemiológica al 100% de casos y contactos de sífilis gestacional y congénita.

Sífilis congénita:

- Cumplir con la meta de eliminación de la sífilis congénita a menos de 0,5 por mil nacidos vivos, definida en el Plan Nacional de Salud 2007-2010.
- Cotejar los casos de sífilis congénita con los casos de sífilis gestacional; la notificación de un caso de sífilis congénita presupone la notificación de un caso de sífilis gestacional.
- Notificación semanal de los casos de sífilis congénita con el resultado de prueba no treponémica tomado de sitio diferente al cordón umbilical, en el momento del nacimiento.
- Notificación semanal de los casos de sífilis congénita con condición final muerto (Aborto o mortinato), consideradas muertes atribuibles a sífilis congénita.
- Notificación del seguimiento realizado al caso de sífilis congénita a los 12 meses de la notificación en la ficha de seguimiento para sífilis gestacional y congénita Sivigila 2009.

Hepatitis B

- Realizar búsqueda de contactos (compañeros sexuales, hijos y convivientes) según lo establecido en el protocolo de vigilancia, induciendo a la consulta médica por parte del prestador respectivo.
- Realizar investigación epidemiológica de caso y de campo a toda gestante con hepatitis B y coordinar su manejo y la del producto de la gestación, según lo establecido en la norma técnica para la vacunación - PAI.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades establecidas en la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (HBsAg a toda gestante), y en la guía de atención del VIH/SIDA (anticuerpo anti-core y HBsAg a los adultos y adolescentes viviendo con el VIH/SIDA), resolución 412 de 2000.
- Coordinar con el Banco de Sangre, LDSP, aseguradoras y prestadores, la notificación de los casos de hepatitis B, además de contrastar el 100% de los casos reportados por el laboratorio clínico, certificados de defunción y el Sivigila.
- Diseñar estrategias de prevención y control de la hepatitis B articuladas la política de salud sexual y reproductiva, en grupos vulnerables (adolescentes, trabajadoras sexuales, trabajadores de la salud y usuarios de drogas intravenosas).

- Teniendo en cuenta que la vigilancia rutinaria del VIH no suministra toda la información necesaria para conocer el estado de la epidemia en un territorio, es necesaria la implementación de la vigilancia de segunda generación para poder hacer un mejor monitoreo de la epidemia y de las tendencias de los comportamientos considerados como de alto riesgo en relación con la población, el lugar y el tiempo.

De acuerdo al Plan de Respuesta para la infección del VIH y el Sida Colombia 2008 – 2010, para 2008 y 2009 se adelantan cuatro estudios de este tipo:

- Hombres que tienen sexo con hombre
- Mujeres trabajadoras sexuales
- Coinfección TB – VIH
- **Estudio centinela en mujeres gestantes en representación de la población general.**

Para más información sobre estudios de vigilancia de segunda generación y protocolos generados por el MPS en las páginas Web:
www.minproteccionsocial.gov.co www.ins.gov.co www.onusida.org

- **B.A.I en los Laboratorios de Salud Pública LSP:** En el caso de la infección por VIH/Sida se deberá hacer revisión permanente de los registros de las pruebas realizadas en el laboratorio de salud pública de la entidad territorial, con el fin de verificar que la información que llega al SiviGila desde las UPGD coincida o sea la misma que envían los laboratorios clínicos adscritos al proceso de control de calidad, igualmente los reportes de Bancos de Sangre deberán ser notificados a la oficina de vigilancia para su reporte al SiviGila.

Igualmente es responsabilidad de la entidad territorial en cabeza de sus referentes de epidemiología y salud sexual y reproductiva, hacer el seguimiento de los reportes de laboratorios presuntivos de la enfermedad hasta su confirmación o descarte con el fin de guiar el reporte de casos confirmados para ser ingresados al SiviGila.

B.A.I en los Laboratorios Clínicos habilitados (públicos o privados) para ofertar pruebas de tamizaje o confirmatorias de VIH: Los laboratorios clínicos funcionan como UPGD por lo cual deberán reportar al SiviGila todos los casos positivos a pruebas confirmatorias.

En cuanto a pruebas de tamizaje la recomendación para los laboratorios clínicos, es responder a la encuesta de control de calidad con el fin que los LSP tengan toda la información disponible para el ente territorial, quien será el garante de que el proceso de APV se cumpla, y una vez se tenga configurado un caso como positivo, sea ingresado al SiviGila.

Recuperación de casos antiguos no reportados al SIVIGILA: Como el VIH es una infección crónica se espera igualmente dentro de la B.A.I. recuperar casos diagnosticados en años anteriores y **no reportados al Sivigila**, en este caso se hará el reporte en la ficha tradicional, pero ingresará como ajuste al sistema con el año en el que fue diagnosticado el paciente. Esta recuperación de datos es vital para alimentar la base de datos del Observatorio del VIH/Sida del MPS, donde se obtiene la información para hacer las estimaciones de prevalencia, mortalidad etc.

Como parte de la actividad de B.A.I se hará un chequeo permanente de los registros de defunción que presenten dentro de sus patologías referidas como causa básica de muerte la infección por VIH estadio SIDA, y deberá ser un punto de revisión dentro de los comités de estadísticas vitales.

Una vez la persona decide de manera libre y espontánea comunicar su situación a probables contactos o familiares se debe remitir a servicios de asesoría familiar y atención social, es decir acciones destinadas a la integración a grupos de apoyo (redes sociales de apoyo) terapia de grupo y terapia de familia.

Ofrecer tamizaje para VIH, sífilis y hepatitis B, a toda gestante compañera de un caso de hombre con infección por el VIH.

A toda persona con infección por el VIH que sea sintomática respiratoria, se le debe realizar baciloscopia y cultivo de esputo para el diagnóstico de tuberculosis.

A toda persona con diagnóstico de tuberculosis, se le debe informar y motivar a la asesoría y pruebas voluntarias para el diagnóstico de la infección por el VIH.

Informar, sensibilizar y educar a la población sobre la infección por el VIH y el SIDA. Se debe incluir información sobre la infección, aclarar los mitos y falsas creencias, los mecanismos útiles para evitar su transmisión, el respeto y aplicación de los derechos sexuales y reproductivos, así como la evitación del estigma y la discriminación.

La asesoría pre-prueba y la obtención del consentimiento informado debe realizarse siempre, antes de solicitar la prueba. Esta debe ser voluntaria según lo establece el decreto 1543 de 1997, con énfasis en las personas que presentan mayor vulnerabilidad, tales como:

- Todas las personas con conductas identificadas de riesgo para adquirir la infección por el VIH.
- Todas las personas con infecciones de transmisión sexual ya sea diagnosticada mediante abordaje sindrómico, etiológico o clínico.
- Todas las personas con enfermedades definitivas de caso sida (categorías A, B o C)
- Todas las personas con tuberculosis.
- Todas las mujeres embarazadas o con intención reproductiva.
- Todas las personas que recibieron una transfusión de emergencia sin tamizaje.
- Todas las personas con antecedente de abuso sexual.
- Pacientes con linfadenopatía inexplicada, fiebre y pérdida de peso.
- Personal de salud con antecedente de accidente laboral con riesgo biológico y

paciente del que provienen los fluidos potencialmente contaminados.

ZOONOSIS

Para el logro de las metas propuestas en el plan nacional de salud respecto a las prioridades de salud pública y específicamente para los eventos de rabia humana, rabia animal y exposición rábica, las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, deberán sujetarse a los lineamientos propuestos a nivel nacional por parte del Ministerio de Protección Social e Instituto Nacional de Salud - área de zoonosis para la vigilancia y control en salud pública.

- Los municipios deben desarrollar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis, de conformidad con lo establecido en el numeral 44.3.4 de la Ley 715 de 2001.
- Actualizar el censo o proyección de población canina y felina total por municipio para el año 2009 e informarlo al Instituto Nacional de Salud.
- Asignar los recursos necesarios para el mejoramiento y adecuación de la red de frío del área de zoonosis.
- Efectuar durante 2009 una jornada de vacunación antirrábica masiva en perros y gatos mayores de tres meses; adicional a ésta, se deben programar y ejecutar campañas de vacunación de mantenimiento que permitan inmunizar a todos los caninos y felinos susceptibles, durante todo el año.
- Alcanzar coberturas anuales de vacunación antirrábica canina y felina, superiores al 80%; las cuales deben ser notificadas a través del formato SV1 (informe con periodicidad mensual).
- Efectuar la observación del 100% de los animales mordedores susceptibles de transmitir rabia a las personas.

Garantizar que la vigilancia en salud pública sea eficiente y eficaz permitiendo prever con anticipación y/o detectar tempranamente la ocurrencia de casos de rabia que afecten o puedan afectar la salud de la población, a través de la correcta implementación y uso del subsistema de información en salud pública en todos los niveles.

- Para la notificación de exposiciones rábicas (grave y leve) debe diligenciar la ficha única de notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, con la cual se busca reemplazar los formatos SV3 y SV4. Esta ficha debe ser diligenciada de forma obligatoria en la UPGD de acuerdo a las configuraciones de caso del protocolo de vigilancia de Rabia.
- Para la notificación de casos de rabia humana se diligenciará la ficha única de notificación de rabia humana, con la cual se busca reemplazar el formato SV2. Esta ficha debe ser diligenciada de forma obligatoria en la UPGD de acuerdo a las configuraciones de caso del protocolo de vigilancia de Rabia.
- Para la notificación de casos de rabia animal se diligenciará la ficha única de notificación de rabia animal, con la cual se busca reemplazar el formato SV6.

- Para el envío de muestras animales derivadas de las acciones de vigilancia activa de rabia se diligenciará la ficha de vigilancia activa de la rabia, con la cual se busca reemplazar el formato SV6.

Estos dos últimos eventos: rabia animal y vigilancia activa de la rabia serán diligenciados en un mismo formato, ingresados con un código diferente.

- Para el envío de muestras humanas se utilizará la ficha única de solicitud de laboratorio en salud pública, con lo cual se busca reemplazar el formato SV7.
- Ante la presencia de un foco de rabia se diligenciará el formato SV5.
- La información derivada del seguimiento al programa nacional de rabia deberá ser diligenciada mensualmente en el formato SV1. Adicionalmente se debe diligenciar e ingresar al Sivigila mensualmente el formato resumen del SV1 electrónico.
- El reporte de los casos probables de rabia humana y animal debe hacerse de forma inmediata utilizando cualquier medio de comunicación (teléfono, fax, Internet, etc). La notificación de exposiciones rábicas, se realizaran semanalmente a través del Sivigila.
- Teniendo en cuenta que la rabia es un evento en eliminación, semanalmente debe reportarse la presentación de casos o ausencia de los mismos (notificación semanal negativa), lo que evidenciará la vigilancia permanente del evento.
- Todo caso notificado deberá generar la intervención inmediata de control por parte del equipo de zoonosis respectivo.
- La información debe fluir en forma estricta según los lineamientos expuestos en el protocolo de vigilancia de rabia.

INSTRUMENTO	FLUJO		PERIODICIDAD
SV1 SV1 electrónico	Departamento	INS – vigilancia zoonosis	Mensual
Ficha de notificación de exposición rábica (Cod. 300)	Departamento	INS – vigilancia zoonosis	Semanal
Ficha de rabia humana (Cod. 670)	Departamento	INS – vigilancia zoonosis	Cuando se presenta un caso de rabia humana
Ficha de solicitud de laboratorio de salud pública	Departamento	Laboratorio salud pública, departamental o nacional	Cuando se presenta un caso de rabia humana
Ficha de rabia animal (Cod. 650) Ficha de vigilancia	Departamento	INS – Vigilancia zoonosis Laboratorio salud	Cuando de presenta un caso de rabia animal Cuando se envía una

INSTRUMENTO	FLUJO		PERIODICIDAD
activa de la rabia (Cod.652)		pública, departamental o nacional	muestra animal derivada de la vigilancia activa
SV5	Departamento	MPS - INS	Ante la presencia de un foco de rabia.

- Capacitar a médicos, personal de atención de salud y técnicos de saneamiento para optimizar la recolección primaria de los datos, clasificación del caso y manejo del evento de rabia.
- Garantizar el personal técnico necesario para realizar las actividades de vigilancia, promoción, prevención y control desde el nivel municipal al departamental (médico, médico veterinario, técnico de saneamiento, etc.) y la adquisición de insumos críticos y gastos de desplazamiento para el desarrollo de las actividades del programa de rabia (vacunación, control de focos, investigación de campo, etc). Es importante resaltar que cada municipio debe contar con un técnico de saneamiento para la realización de las actividades de control sanitario y especialmente para el estricto seguimiento de los animales mordedores y la vigilancia activa de la rabia.
- Identificación y control del 100% de los focos de rabia. En caso presentarse rabia animal o humana el responsable de zoonosis debe realizar la investigación epidemiológica de campo, elaborar informes y mantener actualizados los mapas epidemiológicos para la difusión de la información a las distintas instancias relacionadas con la toma de decisiones (MPS-INS), y ejecutar las medidas de prevención y control estipuladas en el protocolo de vigilancia, a través de una evaluación periódica de la situación epidemiológica y del impacto generado con las actividades ejecutadas para intervenir su ocurrencia. Estos informes deberán enviarse a los 15, 30 y 60 días a partir de la identificación de cada foco, previo envío del formato SV5 al área de zoonosis del INS.
- Realizar con regularidad e idoneidad el proceso de análisis epidemiológico de la información de vigilancia originada de investigaciones de casos de rabia, incluyendo el evento en los comités de vigilancia epidemiológica – COVE departamental y municipal.
- Coordinar con el personal del Instituto Colombiano Agropecuario – ICA, las acciones tendientes a la identificación de circulación del virus de la rabia en poblaciones de murciélagos hematófagos, al igual que las actividades de control de esta población (captura e impregnación de murciélagos).
- Garantizar la toma y envío de las muestras requeridas para la vigilancia y control de rabia. Efectuar vigilancia activa de rabia por laboratorio enviando al Instituto Nacional de Salud muestras de tejido nervioso de personas y animales (perros y gatos) fallecidos, seleccionados de acuerdo a los criterios de caso probable establecidos en el protocolo de vigilancia.
- Conformar y hacer operativos los Consejos Territoriales de Zoonosis en el 100% de los departamentos y Distritos del país, teniendo en cuenta los lineamientos del Decreto 2257 de 1986, convocándolos mínimo cuatro veces al año, o con mayor frecuencia si se requiere,

con el fin de analizar la situación de cada región con respecto a estos eventos. Las actas de estas reuniones deben ser enviadas al Instituto Nacional de Salud (grupo zoonosis) con el fin de unificar criterios para alcanzar las metas definidas.

- Implementar acciones que involucren la comunidad en la prevención y control de esta zoonosis.
- Desarrollar estrategias para garantizar las acciones de información, educación y comunicación a la comunidad para prevención, vigilar y controlar la rabia en el ciclo silvestre (murciélagos hematófagos) y ciclo urbano (perros-gatos).
- Se deberán fortalecer las estrategias tendientes a garantizar que la comunidad informe los casos de mordeduras y arañazos ocasionados por animales potencialmente transmisores de la rabia (murciélagos, perros, gatos, zorros, contacto con bovinos positivos a rabia) y que estos sean canalizados hacia los servicios de salud.
- Desarrollar estrategias y políticas de educación, información y comunicación para tenencia responsable de mascotas y reducción de población callejera, implementando entre otros programas, la esterilización, adopción y eliminación sanitaria de caninos y felinos, en las condiciones humanitarias establecidas por la ley 84 DE 1989.
- Gestionar con las Aseguradores de Riesgos Profesionales, la vacunación antirrábica así como la titulación anual de anticuerpos al personal que esté en riesgo permanente de exposición a rabia, como:
 - Trabajadores en el área de laboratorio.
 - Veterinarios, criadores, entrenadores, etc.
 - Personal involucrado en investigaciones de campo
 - Estudiantes de medicina veterinaria y zootecnia, entre otros.
- Identificar poblaciones a riesgo permanente para rabia, como por ejemplo las comunidades indígenas que por sus características y condiciones medioambientales favorecen la circulación viral, teniendo alto riesgo para la presencia de casos de rabia que requieren por tanto un plan de contingencia estricto que evalúe la posibilidad de aplicación de esquemas pre-exposición y otras actividades a que haya lugar.

ACCIDENTE OFIDICO

- El accidente ofídico es un evento de reciente notificación obligatoria de acuerdo a lo establecido en la circular 092 de 2004, por tanto es importante establecer una serie de directrices y lineamientos básicos para su manejo, de estricto cumplimiento por parte de municipios o departamentos de acuerdo a su competencia.
- Capacitar a médicos y personal de atención de salud para optimizar la recolección primaria de los datos, clasificación del caso y manejo. Dicho plan debe ser comunicado al Instituto

Nacional de Salud para programar las asistencias según la situación de vigilancia y control del evento en el departamento.

- Garantizar el personal técnico necesario para realizar las actividades de prevención y control desde el nivel municipal a departamental (Médico, Médico Veterinario, promotor de salud, técnico de saneamiento, grupo de medio ambiente o zoonosis departamental, etc)
- Para la notificación de accidente ofídico se entregará a todos los departamentos la ficha única de notificación que debe ser diligenciada de forma obligatoria en la UPGD ante cualquier caso de mordedura por serpiente, de acuerdo a la definición de caso indicada en el protocolo de vigilancia.
- Mejorar la cobertura de notificación a través de la información a cada UPGD sobre el reporte OBLIGATORIO del accidente ofídico. Esta notificación se debe hacer semanalmente al Sivigila.
- Desarrollar las investigaciones de caso y actividades de campo relacionadas con la vigilancia y control epidemiológico del accidente ofídico y factores de riesgo ambiental.
- Realizar con calidad el proceso de análisis epidemiológico originado de las investigaciones de caso de accidente ofídico en los comités de vigilancia epidemiológica mensuales de cada departamento y/o municipio.
- En el caso de mortalidad o morbilidad con otras complicaciones las direcciones locales de salud (DLS), deben realizar planes de mejoramiento donde se definía actividades para mitigar las fallas encontradas; este plan debe tener un seguimiento estricto por las entidades departamentales de salud.
- Ante todo caso de mortalidad se debe enviar al Instituto Nacional de Salud copia de historia clínica del paciente, investigación epidemiológica de campo y ficha de notificación, con estos insumos se deberá realizar unidad de análisis donde se defina un plan de mejoramiento, cuyo plazo de envío será de una semana posterior a la notificación del caso.
- Mantener actualizada la información del comportamiento del accidente ofídico y los mapas epidemiológicos en cada departamento, haciendo referencia específica a las especies de serpientes de mayor incidencia en la región, épocas del año críticas en el evento y factores de riesgo. Este material debe ser enviado en los informes trimestrales al INS.
- Reducir los factores de riesgo ambiental en el comportamiento del accidente ofídico a través de los planes de salud ambiental formulados e implementados en todas las entidades territoriales, vigilando las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población como control de roedores, disposición de basuras, etc.
- En cuanto a la consecución de sueros es importante recordar que el suero antiofídico es un medicamento esencial y esta cubierto por el POS, por tanto las EPS deben garantizar el suministro para atender los casos que se presenten. En el caso de la población no afiliada el Estado está en la obligación de proveer el suero.
- Planificar y desarrollar estrategias de información, educación y comunicación conjuntas con personas que trabajen en los medios de comunicación para que en los diferentes formatos, espacios y programas construyan e incluyan mensajes e información que impulsen nuevos

conceptos, actitudes y prácticas que sensibilicen a la comunidad para la prevención, vigilancia y control del accidente ofídico, fortaleciendo la búsqueda de atención médica inmediata en los casos de mordedura por serpiente.

- Realizar búsquedas activas institucionales en las UPGD para verificar la notificación de los casos a través de la confrontación de la información aportada por el Sivigila con la información aportada por RIPS. Verificar los datos de defunciones por accidente ofídico confrontando la información derivada del Sivigila con otras fuentes de información como medicina legal, estadísticas vitales y entre otras.

TIFUS

- Fortalecer la notificación de tifus a través de la información a cada UPGD sobre el reporte OBLIGATORIO del evento. Esta notificación se debe hacer semanalmente al SIVIGILA, de acuerdo a los criterios establecidos en el protocolo de vigilancia del evento.
- Construir planes de mejoramiento para el control de los factores de riesgo ambiental que influyen en la presentación de la enfermedad, priorizando actividades continuas de prevención como desratizaciones, disposición de basuras y saneamiento ambiental.
- En todo caso probable donde no hay confirmación por laboratorio o confirmación clínica, se debe realizar una oportuna investigación epidemiológica de campo a los casos y contactos que presenten la misma sintomatología, además de identificar el vector. Esta investigación debe ser enviada al Instituto Nacional de Salud dentro de la primera semana posterior a la notificación del caso.

NOTA: Se recuerda que para notificar un caso por nexo epidemiológico se debe soportar ampliamente la existencia del riesgo dada por la presencia del vector o la existencia de otros contactos confirmados por laboratorio.

LEPTOSPIROSIS

- Es indispensable realizar capacitaciones a médicos y personal de atención de salud para mejorar el conocimiento de la enfermedad y socializar el protocolo de vigilancia, y así optimizar la recolección primaria de los datos, clasificación del caso, manejo y confirmación del diagnóstico. Dicho plan debe ser comunicado al Instituto Nacional de Salud durante el primer trimestre del año para programar las asistencias según la situación de vigilancia y control del evento en el departamento.
- Realizar las investigaciones de caso y actividades de campo relacionadas con la vigilancia y control epidemiológico de leptospirosis.
- Construir planes de mejoramiento para el control de los factores de riesgo ambiental que influyen en la presentación de la enfermedad, priorizando actividades continuas de prevención como desratización, disposición de basuras y saneamiento ambiental.

- En todos los casos de fallecimiento con diagnóstico de leptospirosis se debe solicitar la realización de autopsia y toma de muestras para la confirmación del diagnóstico, las cuales deben ser enviadas al laboratorio de patología del INS.
- Ante todo caso de mortalidad debe ser enviada al Instituto Nacional de Salud, a la subdirección de vigilancia y control en salud pública, copia de historia clínica del paciente, investigación epidemiológica de campo y fichas de notificación, con estos insumos se deberá realizar unidad de análisis donde se defina un plan de mejoramiento, cuyo plazo de envío será de 15 días posteriores a la notificación del caso.
- Mantener actualizada la información del comportamiento de la leptospirosis y los mapas epidemiológicos en cada departamento. Este material debe ser enviado en los informes trimestrales de retroalimentación al INS.
- Garantizar las acciones de información y comunicación a la comunidad para la prevención, vigilancia y control de la leptospirosis, fortaleciendo la detección y notificación de casos.
- Planificar y desarrollar estrategias de información, educación y comunicación conjuntas con personas que trabajen en los medios de comunicación para que en los diferentes formatos, espacios y programas construyan e incluyan mensajes e información que impulsen nuevos conceptos, actitudes y prácticas que sensibilicen a la comunidad para la prevención, vigilancia y control de la leptospirosis, fortaleciendo la búsqueda de atención médica inmediata en los casos la leptospirosis.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

Para Departamentos, Distritos y municipios categoría 1, 2 y 3:

- Disponer del censo sanitario actualizado de establecimientos relacionados con alimentos y grado de priorización, de acuerdo a las acciones según el riesgo epidemiológico, estado sanitario y la normatividad.
- Establecer metas programáticas anuales teniendo en cuenta el riesgo, estado sanitario y normatividad vigente en lo relacionado con alimentos y agua para consumo humano.
- Elaborar la programación de visitas a los establecimientos de alimentos de mayor y de menor riesgo en salud pública considerados en el Decreto 3075 del 97.
- Disponer en un registro sistematizado de la información de los resultados de las visitas practicadas a los establecimientos enunciados anteriormente, toma de muestras, resultados de laboratorio.

INDICADORES

Obtener calificación **BUENO** con los 6 indicadores de la vigilancia:

INDICADOR	% DE CUMPLIMIENTO
Porcentaje de oportunidad en la notificación inmediata de brotes	Bueno: mayor a 80%. Regular: entre 60% y 80%. Deficiente: menor a 60%.
Porcentaje de oportunidad en la investigación de brotes	Bueno: mayor a 80%. Regular: entre 60% y 80%. Deficiente menor de 60%.
Porcentaje de brotes investigados	Bueno: mayor de 90%. Regular: entre 70% y 90%. Deficiente: menor de 70%.
Porcentaje de brotes con estudio por laboratorio.	Bueno: Mayor a 80%. Regular: Entre 50% y 80%. Deficiente: Menos de 50%.
Porcentaje de brotes con identificación de agente patógeno en muestras biológicas, alimentos y superficies/ambientales	Bueno: mayor de 70%. Regular: entre 40% y 70%. Deficiente: menor de 40%.
Porcentaje de establecimientos implicados inspeccionados	Bueno: mayor a 80% Regular: entre 60% y 80% Deficiente: menor a 60%

LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA:

Muestras biológicas

Según el agente que se sospeche ha causado la ETA,

- Enviar al laboratorio de Microbiología del INS los aislamientos de muestras biológicas de casos y brotes de ETA en medio de transporte Cary Blair. Cuando los laboratorios no tengan la capacidad resolutive suficiente para el procesamiento deben enviar la muestra de materia fecal teniendo en cuenta las condiciones establecidas para la toma, empaque y envío de las mismas.
- Los LSP que realicen microbiología, deben participar en el programa de evaluación externa del desempeño en Microbiología clínica, dicho programa consta de cuatro envíos al año con tres aislamientos en cada uno de ellos.

- Para el control de calidad indirecto los LSP deben enviar todas las muestras positivas de *Salmonella* spp, *Shigella* sp, *Yersinia* sp, *Campylobacter* sp y *E. coli* O157:H7 y el 2% de las negativas.
- Cuando los laboratorios no tengan la capacidad resolutive suficiente para el procesamiento de las muestras, el laboratorio de parasitología del INS apoyará al laboratorio de salud pública en los casos de brote a través del diagnóstico y en este caso el LSP deberá enviar las muestras de materia fecal teniendo en cuenta las condiciones establecidas para la toma, preservación, empaque y envío de las mismas. En el caso que el LSP asuma el diagnóstico de total de las muestras, el laboratorio de parasitología del INS apoyará con el control de calidad indirecto y confirmación diagnóstica de las mismas; en este caso el LSP deberá enviar el 100% de las muestras positivas y el 2% de las negativas.
- Así mismo, el LSP deberá participar con la evaluación externa directa del desempeño que el grupo de parasitología del INS realiza, 2 veces al año con 4 muestras cada una.
- Enviar al laboratorio de Virología del INS, las muestras de heces refrigeradas, sin adición de preservativos.
- Enviar al laboratorio de Salud Ambiental del INS, las muestras biológicas (sangre u orina) cuando se sospeche de tóxicos.
- Los LSP deberán analizar las muestras de alimentos, agua y superficies de contacto implicados en brotes de ETA para la detección de agentes patógenos de acuerdo a los signos y síntomas presentados por las personas afectadas, y según los periodos de incubación de la enfermedad para la caracterización del brote.

Muestras de agua y/o alimentos:

- Cuando el laboratorio no tenga la capacidad resolutive suficiente para el análisis de alimentos implicados en brotes de ETA, las muestras se deben enviar al laboratorio de alimentos del Invima, teniendo en cuenta las condiciones que este establezca.
- Cuando ocurra con muestras de agua, estas deben ser enviadas al laboratorio de salud ambiental del INS.
- Los LSP deben participar en el PICCAP (programa interlaboratorios de control de calidad para agua potable) y en el PICC-VEO (programa interlaboratorios de control de calidad para la vigilancia epidemiológica de plaguicidas organofosforados y carbamatos en sangre (VEO) y agua (PICCAP)). El número de envíos al año por programa son tres con 12 ampollas y 6 viales respectivamente.

- Notificar inmediatamente al INS – salud ambiental los resultados de las muestras cuyos índices de riesgo de calidad del agua – IRCA sean superiores a 80.1% como lo estipula el artículo 15 de la resolución 2115 de 2007 complementaria al decreto 1575 de 2007.
- Reportar la información de vigilancia de la calidad del agua en el subsistema SIVICAP administrado por el INS como lo exige el decreto 1575/07 y su resolución reglamentaria 2115 de 2007.
- Los LSP deben participar en el programa de evaluación externa del desempeño y de control de calidad, del Invima.
- Para procesos de investigación, las muestras de agua y alimentos procedentes de brotes de ETA, solo serán validas cuando son tomadas por la autoridad sanitaria. (Decreto 2323 de 2006).

INTOXICACIONES AGUDAS POR SUSTANCIAS QUÍMICAS

- Notificar al Sivigila todas las intoxicaciones agudas por sustancias químicas en la ficha de notificación individual y hacer los ajustes correspondientes a los casos confirmados por laboratorio. La asesoría telefónica por parte de centros de información de toxicología no excluye la responsabilidad de la notificación del evento ni del diligenciamiento de la ficha de notificación del Sivigila según lo establecido en el decreto 3518 de 2006.
- Caracterizar adecuadamente el grupo al que pertenece la sustancia química que origina la intoxicación. Para el año 2009 la ficha de notificación del Sivigila contará con los siguientes grupos de sustancias para la vigilancia:
 - Medicamentos
 - Metales pesados (mercurio, plomo, arsénico, talio, cromo hexavalente, cadmio)
 - Metanol
 - Monóxido de carbono
 - Plaguicidas
 - Plantas medicinales/plantas tóxicas (plantas y sus partes, extractos, medicamentos homeopáticos y naturistas)
 - Solventes
 - Sustancias psicoactivas (cocaína y sus derivados, opio y sus derivados, cannabinoides, chimu, yagé, yopo, anfetaminas, LCD, mescalina, se excluye la intoxicación por alcohol etílico)
 - Otras sustancias
- El 100% de los brotes de intoxicación por sustancias químicas deben ser investigados.
- Notificar al INS (por vía fax, teléfono o mail) cualquier situación de brote de intoxicación por sustancias químicas antes de 24 horas posteriores a su ocurrencia.

- Enviar al instituto copia del informe preliminar de la investigación de brote en las siguientes 72 horas a su ocurrencia. Esta información puede ser la ficha de notificación de brotes con sus anexos correspondientes (copias de fichas de notificación, copia de historias clínicas, acciones ambientales, etc). Remitir muestras ambientales y/o biológicas al INS debidamente embaladas y rotuladas. Las muestras deben ser tomadas según el manual de procedimientos para la toma de muestras del INS.
- Remitir copia del informe final de las investigaciones de brotes de intoxicación por sustancias químicas.
- La investigación debe ser realizada en conjunto por las áreas de vigilancia en salud pública, saneamiento ambiental y/o Invima, en coordinación con el laboratorio de salud pública.
- Realizar investigación en los casos de intoxicaciones en población especial: menores de 5 años, mujeres embarazadas, población desplazada. Enviar el informe de las mismas al INS.
- Informar al INS si no se realizó investigación explicando el por qué de la misma.
- La unidad notificadora municipal configurará los brotes. Si el municipio no tiene la capacidad para atender el brote, éste debe notificar de manera inmediata al nivel departamental y si es necesario al nivel nacional.
- La unidad notificadora municipal podrá configurar otros brotes, relacionando los casos por medio del análisis de variables como lugar, exposición ambiental, relación laboral, tiempo de exposición, entre otras. Estas unidades de análisis deben ser semanales, de esta manera pueden asegurar que los casos aislados a notificar en la semana realmente lo son.

INDICADORES

Obtener calificación **BUENO** con los 6 indicadores de la vigilancia:

INDICADOR	% DE CUMPLIMIENTO
Porcentaje de oportunidad en la notificación inmediata de brotes	Bueno: mayor a 80%. Regular: entre 60% y 80%. Deficiente: menor a 60%.
Porcentaje de oportunidad en la investigación de brotes	Bueno: mayor a 80%. Regular: entre 60% y 80%. Deficiente menor de 60%.
Porcentaje de brotes investigados	Bueno: mayor de 90%. Regular: entre 70% y 90%. Deficiente: menor de 70%.
Porcentaje de brotes con estudio por laboratorio.	Bueno: Mayor a 80%. Regular: Entre 50% y 80%. Deficiente: Menos de 50%.

INDICADOR	% DE CUMPLIMIENTO
Número de casos de intoxicación confirmados por laboratorio de metanol/Número total de casos notificados de Intoxicaciones agudas por metanol	Bueno: mayor de 70%. Regular: entre 40% y 70%. Deficiente: menor de 40%.
Número de casos de intoxicación confirmados por laboratorio de metales pesados/Número total de casos notificados de Intoxicaciones agudas por metales pesados	Bueno: mayor a 80% Regular: entre 60% y 80% Deficiente: menor a 60%

- Las unidades notificadoras municipales, consolidarán y notificarán al ámbito departamental de manera semanal por notificación individual los casos de brotes y los casos aislados utilizando la ficha única de notificación, cara A (datos básicos) y cara B (datos complementarios) y para la notificación de la información del brote en la ficha única de notificación colectiva.
- Incorporar a los procesos de vigilancia, las aseguradoras que operan en el sistema general de seguridad social en salud, con especial énfasis en las administradoras de riesgo profesionales –ARP-.
- Articular los planes de beneficio del sistema general de seguridad social en salud y al interior del plan de intervenciones colectivas, específicamente con salud mental, salud ocupacional o salud de los trabajadores, y estrategias dirigidas a la infancia (escuelas saludables, IAMI, IAFI, y AIEPI entre otras), para la vigilancia de las intoxicaciones.
- Las muestras biológicas de las intoxicaciones por sustancias químicas deberán ser procesadas en cada entidad departamental/distrital. En caso de no contar con capacidad diagnóstica instalada en el departamento/distrito las muestras deben ser remitidas al laboratorio de salud ambiental del INS según el manual de procedimientos de toma de muestras del INS.

PLAGUICIDAS

- Reactivar los concejos seccionales de plaguicidas como lo establece el Decreto 1843 de 1991. Enviar a la subdirección de VCSP del INS, el acta de inicio en el caso de que éste no se encuentre conformado, junto con el Plan de Acción de dicho espacio a más tardar el 31 de Enero de 2009. Si la entidad territorial no tiene un Consejo seccional de plaguicidas se le solicita al Secretario de Salud del ente territorial enviar un oficio al INS informando las razones de su no conformación/reactivación para el censo de Consejos Seccionales de plaguicidas de la Nación.

- Se le recuerda a los entes territoriales que la presidencia del Consejo Seccional de Plaguicidas esta a cargo del secretario de salud del departamento o su delegado, y en el caso de los municipales, del secretario de salud municipal.
- Enviar los planes de acción y cronogramas de reuniones del consejo seccional de plaguicidas para el 2009 antes del 31 de Marzo de 2009. Igualmente posicionar los temas relacionados con sustancias químicas dentro de los comités regionales y locales para la atención de emergencia y desastres –CREPAD y CLOPAD–
- Hacer cumplir la normatividad relacionada con la comercialización de sustancias químicas no permitidas en el país.
- Informar al INS si se están desarrollando estrategias para la recolección de envases usados de plaguicidas en la entidad territorial.
- Dentro del tamizaje epidemiológico de organofosforados y carbamatos –VEO- se encuentra la determinación de la actividad de la acetilcolinesterasa, en consecuencia las determinaciones que den menores del 50% y que sean confirmados por el médico deben ser notificadas al SIVIGILA con periodicidad semanal o inmediata cuando se trate de un brote.
- Dado que el programa VEO es una estrategia de bajo costo para identificar los posibles casos de intoxicaciones por organofosforados y carbamatos se debe procurar su implementación en todos lo departamentos.
- Realizar investigación en los casos donde se aluda intoxicación aguda por el herbicida glifosato mediante aspersión aérea.

MEDICAMENTOS

Diligenciar la ficha de notificación en todos los casos incluyendo reacción adversa a medicamentos. El diligenciamiento de otros formatos, tanto nacionales como departamentales/distritales no excluye la notificación del evento al Sivigila según lo establecido en el decreto 3518 de 2006.

METANOL

- Notificar al INS cuando se realicen decomisos de alcohol adulterado en el ente territorial.
- Intensificar la vigilancia de este grupo de notificaciones en ferias y fiestas, temporadas vacacionales, o cuando se presenten decomisos de esta sustancia.
- Realizar BAI en temporadas de riesgo (ferias y fiestas, temporadas vacacionales, o cuando se presenten decomisos de esta sustancia).

- Implementar técnicas de laboratorio para la confirmación de caso en la entidad departamental. Si la capacidad técnica del departamento no le permite implementar técnicas de diagnóstico para intoxicación por alcohol metílico enviar la información correspondiente a la red nacional de laboratorios y la subdirección de vigilancia y control de la salud pública.
- Informar los brotes de intoxicaciones por metanol, indicando las acciones realizadas.

METALES PESADOS

Toda intoxicación con metales pesados debe ser confirmada por laboratorio por parte de la entidad departamental/distrital. En caso de no contar con la capacidad diagnóstica se debe remitir al INS la muestra según el manual de procedimiento para toma de muestras del INS.

OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS

- En este grupo se incluyen las intoxicaciones por sustancias químicas que no están incluidas en los otros grupos. Es importante para la vigilancia tratar de hacer la caracterización correcta de estos productos.
- Se incluyen sustancias como: gases explosivos e irritantes, ácidos, álcalis, productos domésticos que no sean solventes o plaguicidas, cianuro, sustancias radioactivas, sustancias utilizadas en agricultura que no son plaguicidas como abonos y fertilizantes, etc.

CAPACITACION COMUNITARIA PARA PREVENIR INTOXICACIONES POR PLAGUICIDAS

- Replicar el proceso a funcionarios de los municipios que no asistan a la capacitación impartida por el INS, a los nuevos funcionarios y a las personas interesadas en replicar el proceso.
- Coordinar con los facilitadores las acciones necesarias para el desarrollo de la capacitación a líderes comunitarios.
- Solicitar al INS, el material (cartillas para facilitadores y visitadores “prevenimos las intoxicaciones - evitamos la contaminación y afiches) requerido por los facilitadores y visitadores para el desarrollo del proceso.
- Definir con los líderes capacitados el cronograma de reuniones de evaluación donde el facilitador conocerá las dificultades de los líderes en la aplicación del proceso, orientará la solución de las mismas o buscará asesoría.
- Recopilar las sugerencias que los visitadores realicen sobre el material: manual para facilitadores y visitadores, encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas y la guía para el seguimiento a las visitas domiciliarias y enviarlas al INS.
- Enviar el cronograma de los facilitadores para la capacitación a líderes comunitarios, así como el cronograma de visitas domiciliarias que los líderes capacitados realizarán, al INS en las fechas acordadas.
- Enviar el listado de los líderes que fueron capacitados por los facilitadores al INS en las fechas acordadas.

- Enviar al INS el informe de hallazgos con las sugerencias y recomendaciones de los multiplicadores.

MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

- Se notificarán todos los casos de muerte de mujeres en embarazo, parto y primer año postparto.
- La notificación de casos de muerte de mujeres en embarazo, parto y primer año postparto se realizará inmediata desde la UPGD.
- Los departamentos deben notificar las defunciones maternas al Sivigila en forma INDIVIDUAL, estableciendo los mecanismos municipales y departamentales para el diligenciamiento de la ficha de notificación.
- La UPGD, el municipio y el departamento deben velar por el correcto diligenciamiento de la ficha de notificación, en especial de la causa básica de muerte, la cual es de utilidad para las acciones en salud pública frente a toma de acciones.
- La información que debe llegar hasta el nivel nacional al Instituto Nacional de Salud apenas se concluya el estudio de cada caso de mortalidad materna (máximo 45 días desde la muerte) es la siguiente: copia *Certificado Defunción*, copia *Investigación Campo*, copia *Resumen Análisis del Caso*, copia *Plan de Mejoramiento y evaluación del cumplimiento de los planes de mejoramiento*. Ya sea en formato físico o en medio magnético por vía mail al referente de mortalidad materna y perinatal. Nota: Para mortalidad perinatal el departamento o distrito enviara mensualmente el 5% de los casos analizados de forma individual.
- En la notificación de mortalidad perinatal la cara de datos básicos se diligencia con la información de la madre, y los datos complementarios son los concernientes a la gestación, parto y postparto del caso.
- Realizar los análisis individuales de mortalidad perinatal, de acuerdo a los porcentajes establecidos para los departamentos y distritos según lo establecido dentro del protocolo de vigilancia de la mortalidad perinatal, de igual forma estos porcentajes aplican para los municipios con una alta magnitud de muertes perinatales reportadas.
- Los departamentos y distritos realizarán el análisis anual de la mortalidad perinatal (matriz babies o periodos perinatales de riesgo)

- Las entidades territoriales en especial los municipios y departamentos establecerán rutas de comunicación efectiva y estrategias para la vigilancia activa de la mortalidad materna y perinatal.
- Entre algunas de las estrategias de vigilancia activa contempladas están
 - La vigilancia en salud pública comunitaria en la cual se fortalecen procesos con líderes comunitarios, parteras, gestores sociales, promotores, auxiliares en salud pública y otros actores sociales, con quienes se puede obtener información, notificación de casos, y la participación en la implementación de las medidas de control.
 - Censo de gestantes y seguimiento estricto a estas en la garantía de las acciones oportunas y efectivas para la maternidad segura, donde se conozca el desenlace de cada gestación para la madre y el hijo (a). Los censos de gestantes y los registros comunitarios e institucionales de la atención de gestantes para lograr el óptimo seguimiento deben contener información básica como
 - Fecha
 - Nombres y apellidos
 - Número y tipo de documento de identificación
 - Dirección completa incluyendo nombre del barrio municipio y departamento complementando en especial en zona rural de ayudas para la ubicación de estas en el caso de necesidad de ser buscadas por los servicios de salud (mapas si es necesario)
 - Teléfonos de contacto de ella o de familiares o conocidos que ayuden en su ubicación
 - EPS responsable de la gestante
 - Semanas de gestación
 - Patologías o riesgos que presente
- Realizar búsqueda activa de casos de muerte de mujeres en embarazo, parto y primer año postparto y muertes perinatales en los registros de estadísticas vitales, registros institucional hospitalarios RIPS, registros de egreso hospitalario, libro de partos, etc.
- Efectuar reuniones conjuntas de los comités de estadísticas vitales y de mortalidad materna institucionales, que deben estar conformados en toda institución de salud.

- Revisión conjunta casos muertes maternas y muertes perinatales con estadísticas vitales y ajuste mutuo de los casos faltantes a cada una.
- Elaboración de los informes periódicos de la situación de la mortalidad materna y perinatal (con las variables de persona, tiempo y lugar) anuales o semestrales, lo cual esta determinado de acuerdo a la magnitud de los casos de muertes maternas y perinatales en el departamento o distrito.
- Se socializara la información de la situación materno infantil (en la cual está incluida la mortalidad materna y perinatal) periódicamente por estrategias de acceso público a la información como por ejemplo las páginas Web institucionales.
- Construcción del plan de acción intersectorial 2009, departamental o distrital para reducción de la mortalidad materna y perinatal, dentro de la línea de maternidad segura eje de la política de Salud Sexual y Reproductiva.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

- Las entidades territoriales, deberán hacer búsqueda activa institucional (BAI) de enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y diabetes mellitus, sobre consolidados de registros individuales de prestación de servicio (RIPS) de periodos semestrales y enviar el consolidado al INS, utilizando el software SIVIGILA 2.009 en lo correspondiente a búsqueda activa de enfermedades crónicas.

Primer semestre de 2009: antes del 15 de Julio de 2009
Segundo semestre de 2009: antes del 15 de enero de 2010

- Los laboratorios de citohistopatología que conforman la red, deben participar en el programa de control de calidad externa para la prueba de tamizaje de detección de cáncer cervico – uterino, liderado por el laboratorio de patología del INS.
- Las Entidades Territoriales, deberán enviar a la subdirección de vigilancia y control en salud pública – grupo de enfermedades crónicas, informe de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y diabetes mellitus, sobre consolidados de información de certificados de defunción, de periodos semestrales, sobre casos presentados en cada uno de los municipios.

Informe consolidado de 2008: antes de 30 de marzo de 2008
Primer semestre de 2009: antes del 15 de Julio de 2009
Segundo semestre de 2009: antes del 15 de enero de 2010

Nota: Previo al cumplimiento de este lineamiento, el INS les hará llegar la estructura del informe conforme a las variables de interés.

Avenida Calle 26 No. 51-20 **Conmutador:** 2207700 **Fax:** 2200934 Bogotá D.C.,
WEB: www.ins.gov.co **E-MAIL:** Sivigila@ins.gov.co

- Es importante que de la información sobre enfermedades crónicas que genera cada una de las entidades territoriales del país, se diseñe estrategias de prevención, promoción y control, con corte semestral y enviar las actas al INS - grupo de enfermedades crónicas.
- Intensificar todas las actividades necesarias para cumplir con la notificación oportuna, datos de calidad, la búsqueda activa institucional y el seguimiento de los casos de los casos entre otras, para garantizar la atención oportuna de los casos y reducir la mortalidad evitable por esta causa. Fundamentado en la teniendo en cuenta la circular No. 008/ del 8 de febrero de 2008, emitida por el Ministerio de la Protección Social (MPS), en donde se establece como obligatoria la vigilancia centinela de casos probables y confirmados de Leucemias Linfoides agudas pediátricas y Leucemias mieloides agudas pediátricas en menores de 15 años, en las instituciones prestadoras de servicios pediátricos y oncológicos de los Departamentos de Antioquia, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cesar, Córdoba, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, San Andres, Sucre, Tolima, Valle y los distritos de Barranquilla, Bogotá y Cartagena.

NO TRANSMISIBLES

Mal nutrición

- ✓ En los departamentos pilotos priorizados a nivel nacional, para hacer la vigilancia de la mal nutrición, deben ceñirse al protocolo, diligenciar la ficha de notificación e informar de acuerdo al flujo correspondiente.
- ✓ El departamento debe garantizar el seguimiento de los casos de mal nutrición, y generar espacios de intersectorialidad para integrarse con otros actores del sistema sanitario, en temas como requerimientos nutricionales o programas de alimentación complementaria.
- ✓ En caso de defunciones por malnutrición se debe realizar unidad de análisis, definiendo planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos y enviar actas al INS.

Hipotiroidismo Congénito

- ✓ En todo recién nacido se debe tomar y registrar muestra para medición de TSH y T4, en salas de parto, para diagnóstico de Hipotiroidismo Congénito.
- ✓ Captar los menores de hasta 3 años, con el fin de diagnóstico de hipotiroidismo congénito.

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

Lesiones por Pólvora

- ✓ Realizar el seguimiento continuo y sistemático de las lesiones por pólvora, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control que reduzcan la incidencia de las lesiones por pólvora en el territorio colombiano
- ✓ Identificar el número y las fechas de las festividades de cada municipio del departamento para establecer las acciones de fortalecimiento de la vigilancia intensificada para la detección de las lesiones por pólvora.
- ✓ Establecer junto con secretarías de gobierno municipal y departamental una legislación específica, que permita la fabricación, manipulación, almacenamiento y venta de productos con pólvora, bajo directrices legales (Ley 670 de 2001).

Las Subdirecciones de vigilancia y control de salud pública y Red nacional de laboratorios del Instituto Nacional de Salud, cuenta con un grupo de disponibilidad que apoyará la atención de brotes y epidemias generando requerimientos a su departamento o distrito en caso de que sea necesario.

La Subdirección de vigilancia y control en salud pública y la Red nacional de laboratorios realizarán:

- Una visita de asesoría y asistencia técnica trimestral.
- Requerimientos a los departamentos para dar cumplimiento a la vigilancia en salud pública de todos los eventos.
- Informes trimestrales del estado de vigilancia en salud pública en el departamento



Agradezco remita por medio físico, por fax o al correo electrónico asis@ins.gov.co - Sivigila@ins.gov.co el nombre y apellidos de los profesionales encargados actualmente de la vigilancia y el control en salud pública de su departamento o distrito. Esta información debe ser enviada a más tardar el día 30 de enero de 2009 y actualizarla cada semestre o cuando sea necesario.

Cualquier información adicional que sea requerida será atendida por el equipo de las Subdirecciones al teléfono 2207700 extensión 111 - 551 o al correo electrónico Sivigila@ins.gov.co/ asis@ins.gov.co

Cordial saludo.

ELVA PATRICIA BELALCAZAR ORBES
Subdirectora de Vigilancia Y Control en Salud Pública

Elaboro: Grupos Funcionales INS.
Reviso: Dra. Elva Patricia Belalcazar Orbes.
Coordinadores Grupos SVCSP

Instrucciones para los autores

En el Informe Quincenal Epidemiológico Nacional se publican, principalmente, comunicaciones breves, que son informes de resultados parciales o finales de una investigación cuya divulgación rápida es de gran importancia. Igualmente, en el IQEN se puede realizar la publicación de notas técnicas o presentaciones de casos e informes de investigaciones que sean de importancia para el país.

Para la presentación de trabajos a ser publicados en el IQEN, se debe enviar el artículo en papel y en medio magnético con una nota remisoría dirigida al comité editorial del mismo. Con el fin de facilitar la revisión y edición de las contribuciones que se envían para la publicación en el IQEN, nos permitimos sugerirles a los autores que se ajusten a las siguientes instrucciones:

- Asegurarse de incluir una versión impresa del artículo que se encuentra en el disco compacto.
- Colocar en el disco compacto únicamente la última versión del manuscrito.
- Denominar claramente el archivo.
- Rotular el disco compacto con el formato y con el nombre del archivo.
- Consignar la información pertinente del programa utilizado.
- Nota: los autores deben verificar la ausencia de virus en los archivos.
- Los archivos de tablas, mapas o figuras deben relacionarse por separado.
- Los cuadros deben estar en letra tipo Arial de 10 puntos y los textos en 12 puntos.
- Las gráficas deben venir en Excel o powerpoint, sin títulos y con las convenciones apropiadas.
- Redacte el texto en forma clara, concisa y precisa, utilizando oraciones cortas.
- Las contribuciones cortas deben ser de una extensión máxima de 1.000 palabras (3 a 4 páginas). Puede incluir una tabla, una gráfica o un mapa, que no repita a información del texto.
- El comité editorial se reserva el derecho de modificar la estructura del informe.
- El título debe ser conciso y reflejar el contenido de la contribución.
- Dado lo corto de la contribución, los párrafos no deben separarse con subtítulos. Los párrafos deben responder a las preguntas: qué, quién, cuándo y cómo.
- Se deben describir brevemente los métodos y explicar los principales resultados.
- Las citas bibliográficas deben ir enumeradas en el texto con sus correspondientes referencias bibliográficas, según las indicaciones del Internacional Comité of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Intern Med; 1997;126:36-47.