

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Dirección General de Salud Pública



Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUDSubdirección de Vigilancia y Control
en Salud Pública

Volumen 11, número 7 - Bogotá, D.C. - 15 de abril de 2006

Contenido

Estudio nacional para caracterización de las unidades primarias generadoras de datos del sistema de vigilancia de eventos de interés en salud pública, Sivigila, Colombia 2005.....	97
XIII Curso de métodos básico e intermedio en Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública con énfasis en Vigilancia y Control	108
Sivigila: semanas epidemiológicas 13 y 14 (26 de marzo al 8 de abril de 2006).....	109

Estudio nacional para caracterización de las unidades primarias generadoras de datos del sistema de vigilancia de eventos de interés en salud pública, Sivigila, Colombia 2005

Oscar Pacheco, Coordinador Grupo de Vigilancia y Control Enfermedades Transmisibles, SVCSP, Instituto Nacional de Salud.

Introducción

En el marco del proyecto de decreto “por el cual se crea y reglamenta el sistema nacional de vigilancia en salud pública (Sivigila)” en la república de Colombia, norma que se encuentra actualmente en estudio y deliberación por parte de las autoridades sanitarias competentes, se define la notificación como el “procedimiento por el cual las personas, las organizaciones comunitarias, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las asociaciones de profesionales de la salud o profesionales independientes, las entidades aseguradoras de salud, las instituciones de regímenes especiales, así como otras organizaciones de interés fuera del sector, comunican de forma oficial, veraz, verificable y exclusiva a la autoridad de salud correspondiente, la existencia de los eventos de conformidad con la reglamentación que el ministerio de la protección social haya expedido para surtir tal procedimiento”¹.

Son eventos de interés en salud pública, de acuerdo a la definición contenida en el mismo documento, “aquellos que estando sometidos a vigilancia dentro del sistema, son considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del ministerio de la protección social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, costo efectividad, posibilidades de prevención, transmisibilidad e interés público; que además requieren ser enfrentados con medidas de salud pública pertinentes de acuerdo con la variabilidad de su comportamiento en la población”.

El proceso de notificación y la adecuada construcción de la red de entidades que notifican son, entonces, la columna vertebral como fuente de información del sistema; la notificación como proceso comienza en la

identificación de los eventos, la captura, procesamiento y análisis de unos contenidos mínimos de información por las hoy denominadas unidades primarias generadoras de datos (UPGD), definidas a su vez como “toda institución prestadora de servicios de salud, pública, privada o mixta y de regímenes especiales, asociaciones de profesionales independientes, laboratorios, bancos de sangre, bancos de órganos y componentes anatómicos y otros productores de insumos para la salud; además de la comunidad, otras organizaciones e instituciones públicas y privadas fuera del sector salud que produzcan datos sobre la aparición de un evento en salud objeto de vigilancia y que cumplan los requisitos de generación de datos definidos en los modelos y protocolos del sistema. La comunidad concurrirá como fuente informal de datos”.

Son responsabilidades primarias de estas unidades:

- Difundir y aplicar los protocolos nacionales de vigilancia en salud pública.
- Identificar el caso probable.
- Recolectar las variables mínimas en relación con el caso.
 - Transferir los datos básicos al municipio en los plazos y formatos definidos y de ser el caso, realizar notificación negativa en ausencia de eventos por notificar en los mismos plazos y formatos.
 - Solicitar las pruebas de laboratorio requeridas para el diagnóstico del caso.
 - Analizar la información clínica y epidemiológica obtenida en la interacción con el paciente, en función de orientar la intervención sobre el individuo tanto desde la perspectiva terapéutica, como en lo referido a la prevención primaria.
 - Participar en la adaptación de las propuestas de control y prevención planteadas para los eventos que así lo requieren, de acuerdo con las posibilidades institucionales de intervención.
 - Diseñar los mecanismos de información de la población usuaria, sobre la situación de los eventos y las estrategias de control y prevención de su competencia.
 - Informar a la población usuaria sobre la situación de los eventos y las medidas individuales de control y prevención, en los casos en que sea necesario.

Siendo las UPGD la fuente del dato y establecidas en los contenidos de un proyecto de decreto sus responsabilidades, se merece en este estudio una detenida reflexión sobre la capacidad técnica y de recurso humano en el territorio nacional y los criterios de construcción de la red, para asumir adecuadamente el proceso de notificación-acción que requiere el sistema nacional de vigilancia de eventos de interés en salud pública, *sivigila*, a fin de alcanzar el óptimo desarrollo de los procesos de análisis, intervención y evaluación considerados en el mismo.

¿Es adecuada la cobertura de la red primaria generadora de datos para el sistema nacional de vigilancia de eventos de interés en salud pública? ¿es suficiente y representativa? ¿su estructura y conformación obedece a criterios uniformes predefinidos o se ha construido al azar?

El estudio pretende dinamizar el proceso para el establecimiento de la red nacional de vigilancia de enfermedades transmisibles y de fuente común, mediante la adopción de criterios de selección, que con fundamento en la ubicación geográfica de la upgd, población, altura sobre el nivel del mar, incidencia de eventos de interés en salud pública para la región, producción, tipo de servicios de salud prestados por la entidad y capacidad tecnológica, entre otros, defina la probabilidad y número de casos de los eventos de interés en salud pública con los que se entrará en contacto en una periodicidad anual. de la misma manera se establece su capacidad para transferir datos en formatos preestablecidos. el volumen encontrado, en el marco de la importancia relativa del evento con el cual se tiene probabilidad de contacto para su notificación, define prioridades en la selección objetiva de las unidades primarias generadoras de datos en el país.

Se define como propósito examinar las características de las unidades primarias generadoras de datos constitutivas de la red de vigilancia en salud pública del país, identificando su localización

y distribución en el territorio nacional, naturaleza jurídica y nivel de complejidad, los recursos disponibles para la vigilancia en salud pública de carácter organizacional, de talento humano y tecnológico y el volumen y tipo de producción de servicios de salud en estas entidades; para tal fin se toman como población los establecimientos pertenecientes al sector salud que notificaron positiva o negativamente eventos entre enero y diciembre de 2004. Todo lo anterior, a fin de establecer prioridades técnicas establecidas para la conformación de la red mediante estrategias enmarcadas en la realidad territorial.

El objetivo general es definir la “imagen horizonte” de la red de vigilancia en salud pública del país, teniendo como marco las diferencias territoriales existentes para su conformación y de acuerdo con ella iniciar el proceso de reestructuración municipal, que permita el mejoramiento continuo de la notificación con especificidad de evento.

Como objetivos específicos se plantean:

1. Caracterizar la distribución territorial de las upgd en el país.
2. Valorar la cobertura y representatividad de la red nacional de vigilancia.
3. Evaluar la estructura organizacional, talento humano y tecnológico y condiciones de comunicación necesarias en las UPGD para hacer parte de la red nacional de vigilancia.
4. Establecer criterios territoriales para la selección adecuada de las upgd en el sistema, con especificidad de evento.

Materiales y métodos

El estudio metodológicamente definido como de tipo descriptivo retrospectivo tomó como población los establecimientos pertenecientes al sector de la salud que notificaron positiva o negativamente eventos entre enero y diciembre de 2004, y al sistema nacional de vigilancia de eventos de interés en salud pública, sivigila, de la república de Colombia.

Se tomó como línea de base el registro nacional durante el año 2004 de 4.826 unidades primarias generadoras de datos que reportaron al sistema, con un máximo de 4.903 en la semana epidemiológica 02 y un mínimo de 4.042 en la semana 43(2).

Se realizó en el departamento de huila durante el mes de octubre de 2004, con participación de representantes de las direcciones territoriales de salud de la región centro-oriente del país y el instituto nacional de salud, el diseño y validación de un instrumento de captura de información, con las variables objeto de la caracterización: departamento; municipio; razón social de la UPGD; naturaleza jurídica; nivel de complejidad; recursos organizacionales, de talento humano y tecnológicos disponibles para la vigilancia y producción de servicios ambulatorios y hospitalarios; y capacidad de diagnóstico por laboratorio en las áreas que fueron consideradas de valor para la identificación y clasificación de los eventos de interés en salud pública.

Entre los meses de enero y diciembre de 2005 se desarrolló el levantamiento de la información mediante la aplicación de la encuesta para la caracterización de las unidades primarias generadoras de datos en todo el país, con el apoyo de los entes territoriales previa asistencia técnica realizada por el instituto nacional de salud.

La información fue sistematizada y procesada haciendo uso del conjunto de programas para microordenador epiinfo versión 6.04d distribuido por el CDC de Atlanta y el programa global del sida de la OMS, mediante una aplicación nacional de captura construida en esta herramienta.

Se diseñaron bases de datos de estructura jerárquica relacional, a fin de posibilitar cruces de información con fuentes de datos nacionales para densidad poblacional, altura sobre el nivel del mar, precipitación, temperatura y tasas de incidencia de eventos de interés en salud pública para la región.

Se construyó un documento en uso de las posibilidades del programa análisis de epiinfo 6.04d que presenta los resultados del estudio en frecuencias simples y tablas descriptivas, haciendo uso de diversas medidas de tendencia central, de dispersión y de significado estadístico.

Resultados

1. Distribución territorial, cobertura y representatividad de la red de vigilancia

Durante el 2005, se caracterizaron 80,02% (3.862) de las UPGD en el territorio nacional, tomando como línea base un total de 4.826 UPGD activas en el sistema, consideradas como meta en el estudio para la semana 52 de 2004; sin embargo, para la semana 52 de 2005 se notificaban activas en siviigila un total de 5.589 UPGD, evidenciando un incremento de 15,8% entre el 2004 y el 2005 en la red nacional de vigilancia, representado en 763 unidades primarias generadoras de datos adicionales, por lo que el porcentaje de caracterización así entendido sólo alcanzó 69,1% del total nacional.

El incremento puede obedecer a la influencia desarrollada por el instituto nacional de salud durante las asistencias técnicas realizadas a los entes territoriales durante el 2005 para el establecimiento de criterios de selección objetiva de las UPGD como parte de este estudio.

Se excluyen de los resultados y análisis, los departamentos de Sucre y Meta, porque a la fecha de realización de este informe, a pesar de compromisos adquiridos y suscritos mediante acta protocolaria con los responsables de la vigilancia y los secretarios de salud, no habían entregado resultados departamentales de caracterización de UPGD a la nación.

Se realizó caracterización parcialmente por el distrito capital y el departamento de Cundinamarca; la caracterización de los municipios de Soacha y Fusagasuga como pilotos fue reportada por Cundinamarca a la nación. El distrito capital caracterizó un número de UPGD no representativas del universo deseado; por lo anterior este departamento y el distrito, fueron excluidos de los resultados del estudio.

Se hace importante el levantamiento de la información completa por parte de los departamentos de Sucre, meta, Cundinamarca y el distrito de Bogotá, para el establecimiento de criterios objetivos de selección de sus UPGD como parte de la red nacional de vigilancia, en el entendimiento que sus características territoriales y especificidad en la notificación de eventos de interés en salud pública obliga a la construcción de parámetros propios para la construcción adecuada de la red, lo cual deberá realizarse mediante estudios descriptivos adicionales durante el 2006, realizados por los responsables de la vigilancia de cada ente territorial.

Durante el 2005 reportaron al sistema un total de 5.589 unidades primarias generadoras de datos.

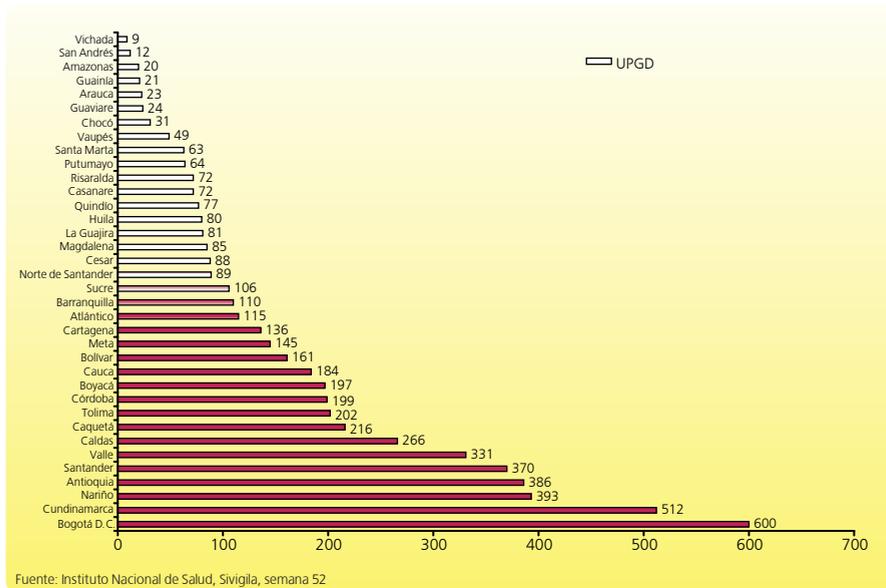
La figura 1 refleja la distribución en número de UPGD registradas por los departamentos a la semana 52 de 2005. La representatividad de Bogotá y Cundinamarca, aun cuando no se encuentran caracterizados, continúa alta en el dominio de la red primaria generadora nacional en el sistema, aunque disminuyó a 19,1% contra el 22% reflejado en el 2004.

Sumado a los departamentos de Nariño y Antioquia, el distrito de Bogotá y el departamento de Cundinamarca alcanzan una tercera parte (32,5%) de la representación en número de las UPGD en el territorio nacional.

Santander y Valle muestran una evolución favorable en la construcción de su red de vigilancia, incrementando en número sus unidades primarias generadoras de datos.

En cuanto a la cobertura de las UPGD con referencia al número de habitantes, entre el 2004 y el 2005 el país mejoró la cobertura promedio desde 10.000 habitantes por cada UPGD en el 2004 hasta 8.025 habitantes por cada UPGD en el 2005, registrando un incremento durante el último año equivalente a 24,6% en la cobertura nacional. sin embargo, en los departamentos se mantienen marcadas variaciones en el 2005; Vaupés mantiene su cobertura para 623 habitantes por cada unidad primaria en el límite inferior del intervalo y Antioquia registra 14.728 habitantes por UPGD, ubicándose en el límite superior del intervalo.

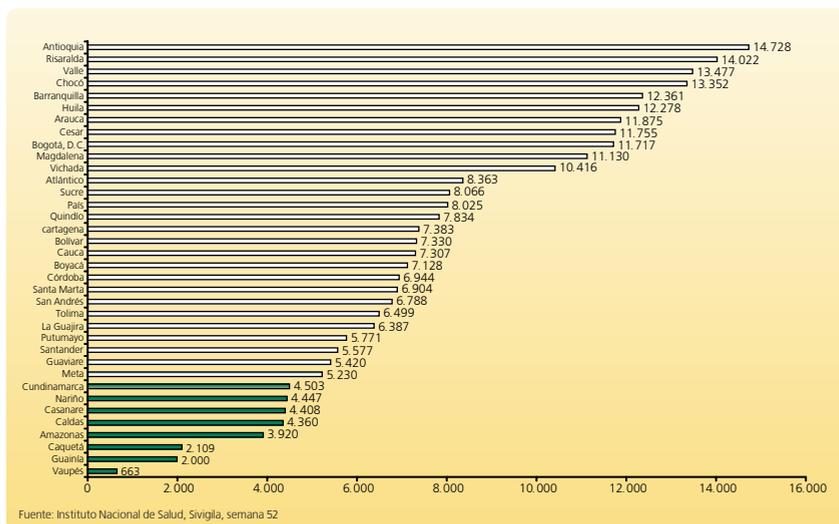
Figura 1. Número de UPGD, departamentos de Colombia, 2005



Haciendo una comparación con los datos de las medidas de dispersión durante el 2004 se mejoran los valores de la varianza en la distribución del número de habitantes por UPGD en cada departamento para 2005 a expensas del trabajo realizado por los departamentos de atlántico, Tolima, Cauca y Valle del cauca.

Atlántico aumenta su cobertura por UPGD desde 43.716 habitantes en el 2004 a 8.363 habitantes en el 2005, evidenciando una evolución importante en el desarrollo del proceso de selección objetiva de las UPGD en el departamento. Es claro en este análisis la importancia de considerar la densidad poblacional del territorio, máxime en áreas donde la población es dispersa como en la región de la orinoquia – amazonia colombiana (figura 2).

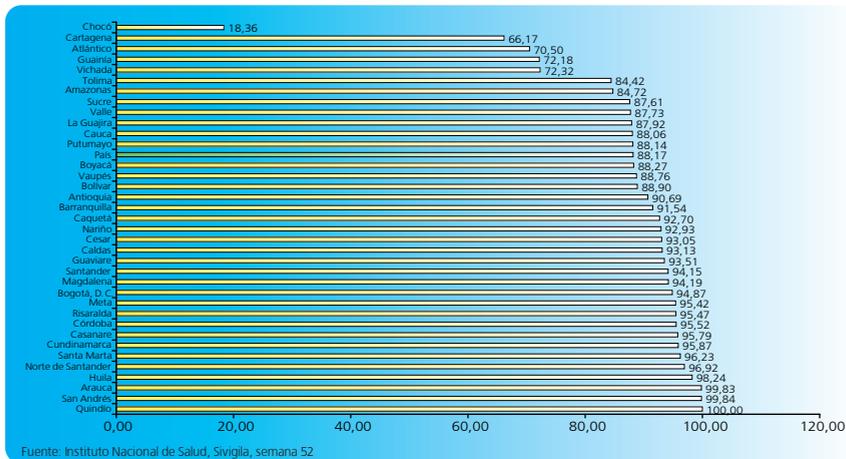
Figura 2. Número de UPGD por habitante, departamentos de Colombia, 2005



El comportamiento de la notificación obligatoria en términos de oportunidad de las UPGD por departamento en el país no superó en el 2005 el indicador del 90% establecido en la circular 018 de 2004 del MPS; este año presentó una leve disminución desde 88,80% en el 2004 a 88,17%

durante 2005. Repiten año sin alcanzar la meta Chocó, La Guajira y Valle (figura 3). Se distinguen Guaviare y Barranquilla, los cuales no habían logrado alcanzar la meta en períodos anteriores. Chocó se mantiene históricamente como el departamento con la más pobre oportunidad en la notificación para el país, y notoriamente influencia de manera negativa el indicador nacional.

Figura 3. Porcentaje de cumplimiento de la notificación oportuna por UPGD, Colombia, 2005



En la tabla 1 se presentan los resultados generales de cumplimiento de los entes territoriales en el levantamiento y envío a la nación de la encuesta de caracterización de UPGD a 31 de diciembre de 2005.

Los departamentos de Norte de Santander, Córdoba, San Andrés, Arauca, Magdalena, Vichada, Guaviare, Casanare, Cesar y el distrito de Cartagena caracterizaron un número mayor de UPGD comparado con las cifras del registro oficial de la notificación a la semana 52 de 2005 reportadas por el Sivigila; a fin de evaluar los criterios de inclusión, en algunos de estos entes territoriales se desarrolló un trabajo de búsqueda e identificación de UPGD que no notificaban al sistema. En los restantes, las variaciones obedecen a un comportamiento dinámico natural presente en la red nacional de vigilancia por apertura o cierre de servicios de salud. Es importante que estos entes territoriales definan el número real como resultado de la caracterización de las UPGD que hacen parte del sistema, para la construcción adecuada de indicadores de oportunidad y cumplimiento en la notificación.

Se identifica, así mismo, la necesidad de establecer en el subsistema nacional de información un procedimiento permanente de actualización y notificación de novedades ocurridas en la red de vigilancia misma, al considerar su carácter dinámico y a fin de identificar con claridad las UPGD que se encuentran activas en el sistema para cada departamento; esto permitirá evaluar objetivamente su comportamiento y construir indicadores más confiables de representatividad, viabilizando la construcción de indicadores de seguimiento discriminados en las unidades primarias generadoras de datos, unidades notificadoras de carácter municipal y de carácter departamental o distrital.

Los departamentos de Antioquia, Boyacá, Quindío y Valle presentan una concordancia absoluta entre los datos de caracterización y las cifras de registro oficial a la semana 52 del 2005 reportadas por el sivigila.

Por principio general, la red nacional de vigilancia deberá garantizar que ante la ocurrencia de un evento de interés en salud pública en cualquier parte del territorio nacional, se cuente con acceso a una UPGD con relativa facilidad para su correspondiente notificación e ingreso al sistema. De la anterior reflexión se deduce que el sistema nacional de vigilancia deberá contar con representación suficiente en todos los municipios y corregimientos del país, siendo éstos los que tiene la competencia local para configurar los casos, hacerles seguimiento e iniciar las acciones de control que sean requeridas.

Tabla 1. Cumplimiento en la caracterización por departamento unidades primarias generadoras de datos Sivigila, Colombia, semana 52 2005

Departamento	Caracterizadas	Notificadas	Diferencia	Cumplimiento
Norte de Santander	219	89	-130	246,07
Córdoba	379	199	-180	190,45
San Andrés	22	12	-10	183,33
Arauca	30	23	-7	130,43
Magdalena	104	85	-19	122,35
Vichada	10	9	-1	111,11
Guaviare	26	24	-2	108,33
Cartagena	142	136	-6	104,41
Casanare	74	72	-2	102,78
Cesar	90	88	-2	102,27
Antioquia	386	386	0	100,00
Boyacá	197	197	0	100,00
Quindío	77	77	0	100,00
Valle	331	331	0	100,00
Vaupés	48	49	1	97,96
Huila	74	80	6	92,50
Risaralda	65	72	7	90,28
Santander	328	370	42	88,65
Santa Marta	54	63	9	85,71
Cauca	150	184	34	81,52
La Guajira	66	81	15	81,48
Nariño	307	393	86	78,12
Amazonas	15	20	5	75,00
Bolívar	112	161	49	69,57
Putumayo	44	64	20	68,75
Guainía	14	21	7	66,67
Barranquilla	73	110	37	66,36
Atlántico	71	115	44	61,74
Caquetá	109	216	107	50,46
Tolima	88	202	114	43,56
Caldas	110	266	156	41,35
Chocó	8	31	23	25,81
Cundinamarca	38	512	474	7,42
Bogotá D.C.	1	600	599	0,17
Meta	0	145	145	0,00
Sucre	0	106	106	0,00
Totales	3.862	5.589	1.727	69,10

Excluidos los municipios de los departamentos de Cundinamarca, Meta y Sucre y el distrito Bogotá, se caracterizó por lo menos una UPGD en el 91,13% (863) de los municipios o corregimientos incluidos en el estudio (947).

Al publicar este estudio no cuentan por lo menos con UPGD caracterizada en la base de datos nacional los municipios o corregimientos de Herrán, San Cayetano y Tibú en Norte de Santander; Canalete, La Apartada y Puerto Escondido en Córdoba; Santa Ana en Magdalena; Andes en Antioquia; Buenaventura y Palmira en el Valle; estos departamentos reportan un cumplimiento adecuado en la caracterización, sin embargo en ellos se encuentran municipios en los que no hace presencia la red nacional de vigilancia de eventos de interés en salud pública.

En los departamentos que no alcanzan el cumplimiento óptimo en la caracterización y en orden descendente, no cuentan por lo menos con una UPGD caracterizada en la base de datos nacional los municipios o corregimientos de Papunaua (Morichal) en Vaupés; Rivera y San Agustín en el Huila; El Peñón y Jordán en Santander; Balboa, Bolívar, Guapi, López (Micay), Rosal, Silvia, Timbío, Timbiquí y Villarrica en Cauca; El Molino en La Guajira; Maguí (Payán) y Pupiales en Nariño. No cuentan con UPGD los municipios de Arjona, Arroyohondo, Calamar, Marialabaja y Villanueva en Bolívar; Orito y San Miguel (La Dorada) en Putumayo; Ibaque, Alpujarra, Casabianca, Flandes, Honda, Lérida, Líbano, Natagaima, Palocabildo, Purificación, Rioblanco, San Antonio y Villahermosa en Tolima; Mapiripaña, Cacahual y Morichal en Guainía; Marulanda en Caldas. sólo se registran UPGD en Leticia y Puerto Nariño en el Amazonas. El departamento de Chocó sólo caracterizó UPGD en 7 de sus 31 municipios (22,6%).

Se identifica para el departamento del Chocó la necesidad de hacer una selección objetiva de las UPGD en su territorio porque en las encuestas enviadas se confunde el concepto de unidad notificadora de carácter municipal con el de unidad primaria generadora de datos.

Es claro que estos departamentos tienen la tarea de continuar el proceso de caracterización con el objetivo de garantizar una adecuada representación municipal para la red nacional de vigilancia.

Se plantea como una limitación la interpretación de los resultados arrojados por los departamentos de Amazonas y Chocó en este estudio, debido a la falta de representación territorial municipal por las dificultades que fueron inherentes a la recolección de la información en estos departamentos.

Se caracteriza por lo menos una UPGD en la totalidad de los municipios de los departamentos de Arauca, Atlántico, Boyacá, Caquetá, Casanare, Cesar, Guaviare, Quindío, Risaralda, San Andrés y Vichada. Los distritos de Cartagena, Barranquilla y Santa Marta caracterizan igualmente las UPGD en su territorio (tabla 2)

2. Estructura organizacional, talento humano y tecnológico y condiciones de comunicación en las UPGD caracterizadas

De las UPGD caracterizadas en el territorio nacional 47,1% se identificaron como de carácter público; las entidades de carácter privado con ánimo de lucro representaron 39,1% y las de carácter privado sin ánimo de lucro, 13% del total nacional; registran naturaleza mixta solamente 0,8% de las UPGD pertenecientes a la red de vigilancia.

A pesar de que en la estructura actual del proceso de acreditación para prestadores de servicios de salud no se emplea el mismo criterio del denominado "nivel de complejidad" que era contemplado antes, en la encuesta se interrogó esta variable. en las respuestas se encontró que 88,9% de los prestadores de la red se identifican en el nivel 1 de complejidad; 8,8%, en el nivel 2; 1,4%, en el nivel 3 y sólo 0,9% se manifestaron como pertenecientes al nivel 4 de complejidad en la prestación de servicios de salud.

Llama la atención que al momento de la encuesta 10,8% de las UPGD manifestaron no estar notificando; este resultado se presta a confusión, por cuanto si bien puede corresponder a UPGD que fueron caracterizadas en el proceso de búsqueda desarrollado por algunos departamentos para mejorar sus redes, es posible que estas UPGD aun cuando están previamente inscritas no desarrollaron los procesos de notificación esperados, manteniéndose en silencio y afectando los indicadores nacionales de cumplimiento y oportunidad en la notificación.

El seguimiento permanente a cada UPGD en el proceso de notificación por el ente territorial competente deberá ser garantizado a partir del análisis de los datos de notificación positiva o negativa, arrojados por el subsistema de información del Sivigila.

De las UPGD caracterizadas sólo 38,2% y 58,4% reportaron la realización de unidades de análisis y comité de vigilancia epidemiológica respectivamente, en sus entidades ante la ocurrencia de eventos de interés en salud pública. sin embargo, 87,1% admitieron la existencia de recurso humano asignado o responsable para los procesos de vigilancia.

Tabla 2. Número de municipios con UPGD caracterizada por departamento, Sivigila, Colombia, 2005

Departamento o distrito	No. municipios	Municipios UPGD	Diferencia	% logrado
Arauca	7	7	0	100,00
Atlántico	22	22	0	100,00
Barranquilla	1	1	0	100,00
Boyacá	123	123	0	100,00
Cartagena	1	1	0	100,00
Caquetá	16	16	0	100,00
Casanare	19	19	0	100,00
Cesar	25	25	0	100,00
Guaviare	4	4	0	100,00
Quindío	12	12	0	100,00
Risaralda	14	14	0	100,00
San Andrés	2	2	0	100,00
Santa Marta	1	1	0	100,00
Vichada	4	4	0	100,00
Antioquia	125	124	1	99,20
Santander	87	85	2	97,70
Nariño	64	62	2	96,88
Magdalena	29	28	1	96,55
Caldas	27	26	1	96,30
Valle	42	40	2	95,24
Huila	37	35	2	94,59
La Guajira	15	14	1	93,33
Norte de Santander	40	37	3	92,50
Córdoba	28	25	3	89,29
Bolívar	44	39	5	88,64
Putumayo	13	11	2	84,62
Vaupés	6	5	1	83,33
Cauca	41	32	9	78,05
Tolima	47	34	13	72,34
Guainía	9	6	3	66,67
Chocó	31	7	24	22,58
Amazonas	11	2	9	18,18
Totales	947	863	84	91,13

Fuente: encuesta nacional de caracterización de UPGD, Instituto Nacional de Salud, 2005

Evaluado el recurso tecnológico, 70,8% de las UPGD en el territorio nacional dispone de un computador, 41,6% tiene activo un correo electrónico y solamente 32,9% manifiesta tener acceso a internet fácilmente desde la fuente primaria del dato (tabla 3). Se dispone de telefax en 50,4% y radioteléfono en 29,1% como medios alternos de comunicación de eventos en salud pública.

La evaluación por departamentos indica, sin embargo, que en ausencia de computador se dispone de los medios alternos para garantizar la transferencia de la información requerida por el Sivigila dentro de la red; el mecanismo definido para la construcción de la misma dependerá en consecuencia de los recursos tecnológicos existentes y disponibles en el ámbito territorial, a fin de garantizar mediante “nodos” de sistematización de la información la transferencia del dato a niveles superiores.

El análisis de la tabla 3 refleja, además, la necesidad de fortalecer en algunos departamentos del país su capacidad tecnológica y aplicar estrategias de comunicación alternativas de bajo costo y alto impacto, entre las cuales la transferencia satelital de datos se convierte en las posibilidades actuales como mecanismo alterno que deberá ser evaluado para departamentos como Chocó, Cauca, Caquetá, Vaupés y Guainía.

Discusión

- Criterios territoriales para la selección adecuada de las UPGD en el sistema con especificidad de evento

La red nacional de vigilancia debe, a partir del proceso de notificación, satisfacer las necesidades de información del sistema para cada uno de los eventos que se hacen de interés en el mismo.

A fin de disminuir el subregistro en el número de casos de cada evento que se presentan en el territorio nacional, la conformación de la red de vigilancia no puede obedecer como hasta ahora a criterios generales, generalmente fundamentados en el volumen de producción de servicios y nivel de complejidad, sino por el contrario debe establecerse con criterios de especificidad de evento.

Si bien la suma total de las UPGD activas en el sistema conforma la red de vigilancia nacional, esta suma deberá corresponder en cada territorio a la identificación específica de las fuentes de información para cada uno de los eventos en vigilancia que se encuentran definidos. Ejemplo significativo de lo anteriormente dicho lo representa la vigilancia del vih-sida en Colombia, en el que se pretende mediante el proceso de fortalecimiento y modernización del Sivigila, combatir el subregistro actualmente existente y cercano a 80%, y se estime la verdadera magnitud de los eventos VIH, sida y mortalidad por sida en el país. La selección objetiva de una red de vigilancia para este evento deberá involucrar necesariamente a las instituciones que hacen diagnóstico confirmatorio de VIH, lo que implica la identificación e inclusión por el territorio de todos los laboratorios que realicen pruebas para la confirmación del evento.

Para la construcción de la red de vigilancia de eventos adversos a la vacunación como parte del proceso de fortalecimiento de la vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles no podrá excluirse -por ejemplo y entre otros servicios que juegan igualmente un papel importante en la identificación del evento- a ninguno de los servicios que prestan servicios de vacunación en el territorio nacional. A propósito, se hace necesaria la realización de esta tarea con carácter prioritario durante el 2006, por cuanto es evidente su deficiencia actual.

Con base en los resultados de la caracterización lograda en la encuesta nacional, se identifica la necesidad de la realización complementaria de estudios analíticos que determinen, a partir de la exposición o no al evento, criterios de selección objetiva de UPGD con especificidad de evento en el territorio nacional. Por este motivo el Instituto Nacional de Salud realizará un estudio de cohorte que permitirá establecer de manera cuantitativa las prioridades para la definición de estos criterios en el territorio nacional.

Se define como "imagen horizonte" para el establecimiento de la red nacional de vigilancia de enfermedades transmisibles y de fuente común la adopción de criterios de selección, con fundamento en la ubicación geográfica de la UPGD, población, altura sobre el nivel del mar, incidencia de eventos de interés en salud pública para la región, producción, tipo de servicios de salud prestados por la entidad y capacidad tecnológica, entre otros, definiendo la probabilidad y número de casos de los eventos de interés en salud pública con los que se entrará en contacto en las UPGD en una periodicidad anual. El volumen encontrado, en el marco de la importancia relativa del evento con el cual se tiene probabilidad de contacto para su notificación, define prioridades en la selección objetiva de las unidades primarias generadoras de datos en el país.

Conclusiones y recomendaciones

Es importante el levantamiento completo de la información de caracterización de las UPGD por parte de los departamentos de Sucre, Meta, Cundinamarca y el distrito de Bogotá, para el

establecimiento de criterios objetivos de selección de sus UPGD como parte de la red nacional de vigilancia; se entiende que sus características territoriales y especificidad en la notificación de eventos de interés en salud pública obliga a la construcción de parámetros propios para la construcción adecuada de la red, lo cual deberá realizarse mediante estudios descriptivos adicionales durante el 2006, realizados por los responsables de la vigilancia de cada ente territorial.

La red nacional de vigilancia deberá garantizar por principio general que ante la ocurrencia de un evento de interés en salud pública en cualquier parte del territorio nacional, se cuente con acceso a una unidad primaria generadora de datos con relativa facilidad para su correspondiente notificación e ingreso al sistema. De la anterior reflexión se deduce que el sistema nacional de vigilancia deberá contar con representación suficiente en todos los municipios y corregimientos del país, siendo este el ámbito territorial que tiene la competencia local para configurar los casos, hacerles seguimiento e iniciar las acciones de control que sean requeridas.

Al contrario de la creencia común, se hace cada vez más evidente la representatividad del sector privado productor de servicios de salud en la vigilancia de los eventos de interés en salud pública y la intervención consecuente de este sector en la toma de decisiones nacionales como fuente de información; esta responsabilidad que históricamente se asignó a los prestadores de servicios de salud del sector público ha venido integrando de manera importante al sector privado; en este estudio se pone en evidencia su representatividad real (52,1%).

La convocatoria de los responsables de la vigilancia territorial a las actividades de formación de talento humano, socialización de protocolos y difusión de las herramientas del sistema debe incluir necesariamente a estos actores de la vigilancia para la construcción adecuada y objetiva de las UPGD en el territorio nacional, otorgándoles la importancia que realmente tienen y facilitándoles el acceso a la información para un adecuado funcionamiento de la red.

La red nacional de vigilancia en salud pública se encuentra conformada predominantemente por prestadores de servicios de salud de nivel básico, lo cual es concordante en número y distribución nacional con los datos de complejidad en la conformación de la red de prestación de servicios inscrita durante el proceso de habilitación en el territorio nacional. Esta certeza debe igualmente hacer reflexionar sobre los contenidos de las herramientas de difusión para los protocolos nacionales de vigilancia en las convocatorias territoriales a su red; en principio se recomienda que sean ágiles, enfocadas a los procesos de vigilancia, con énfasis en las definiciones de caso y responsabilidades puntuales establecidas para las UPGD, determinando las acciones operativas que se hace necesario implementar en estos niveles para el adecuado funcionamiento del sistema; sin pretender disertaciones profundas de la descripción clínica o etiológica del evento propias más de simposios de medicina interna, virología o incluso del terreno de la epidemiología, que pueden hacer compleja la presentación y confundir más que resolver la problemática existente.

Hemos de retomar los conceptos básicos de la vigilancia y los eventos, para garantizar el impacto deseado.

Referencias

1. **Presidencia de la República, Ministerio de la Protección Social.** Proyecto de decreto "por el cual se crea y reglamenta el sistema nacional de vigilancia en salud pública (sivigila)", Colombia, documento borrador, 2005.
2. **Pacheco O.** Vigilancia de enfermedades transmisibles – información para la acción. Inf. Quinc Epidemiol Nac 2005;10(1):1-11.

XIII Curso de métodos básico e intermedio en Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública con énfasis en Vigilancia y Control

Segundo aviso

En el año 1992 el INS inició la capacitación de profesionales de la salud del país en Epidemiología de Campo, a través del programa de entrenamiento en epidemiología aplicada SEA, institucionalizando la realización del curso de métodos básico e intermedio en Epidemiología y vigilancia y control en salud pública como parte de las actividades académicas que se desarrollan en el programa SEA.

Desde entonces, el INS ha formado profesionales de la salud y ciencias afines certificados en Métodos Epidemiológicos (nivel básico, nivel intermedio) como Epidemiólogos de Campo, a través de la selección de cohortes de profesionales quienes ingresan como residentes y alcanzan, en un periodo de dos años, su certificación en el área. Este programa cuenta con el respaldo de los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) y la Red Internacional de Entrenamiento en Epidemiología de Campo y Salud Pública, TEPHINET.

Nuestro propósito como instituto referente nacional en el área, es contribuir al mejoramiento de la salud de los colombianos, apoyar a los entes territoriales y demás actores relacionados con la vigilancia y control en salud pública, en el desarrollo de estrategias de formación de agentes para la vigilancia y control epidemiológico, y fortalecer el modelo de vigilancia y control en salud pública del país.

El INS invita a los profesionales del área de la salud, ciencias afines y complementarias a la salud pública a participar en el XIII curso de métodos básicos e intermedios en epidemiología aplicada y vigilancia en salud pública con énfasis en "la salud pública en el marco del sistema general de seguridad social en salud de Colombia y el rol del sector asegurador frente a la vigilancia y control de eventos transmisibles". Este evento se realizará en el Instituto Nacional de Salud entre el 28 de agosto y el 8 de septiembre de 2006.

Las personas interesadas, por favor consultar nuestra página web www.ins.gov.co, imprimir formato de inscripción y hoja de vida, y enviarlo por fax al (1) 2200934.

Ministerio de la Protección Social
 Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública
 Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA
 Semanas epidemiológicas 13 y 14 (26 de marzo al 8 de abril de 2006)

Departamento o Distrito	Dengue clásico			Dengue hemorrágico			Malaria por P. falciparum			Malaria por P. vivax			Fiebre amarilla			Rabia animal		
	13	14	Ac	13	14	Ac	13	14	Ac	13	14	Ac	13	14	Ac	13	14	Ac
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	24	0	0	0	0	0	0
Antioquia	40	32	373	8	7	70	82	98	1202	474	307	6301	0	0	0	0	0	0
Arauca	32	29	256	0	0	0	0	0	0	7	8	270	0	0	0	0	0	0
Atlántico	9	5	215	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0
Barranquilla	10	22	243	0	0	2	1	0	1	5	2	40	0	0	0	0	0	0
Bogotá D.C.	7	6	250	2	1	56	2	0	45	6	3	85	0	0	0	0	0	0
Bolívar	2	0	28	0	0	6	1	1	12	7	5	60	0	0	0	0	0	0
Boyacá	18	9	123	0	1	3	0	0	2	0	4	54	0	0	0	0	0	0
Caldas	18	9	159	0	0	0	2	0	8	4	2	35	0	0	0	0	0	0
Caquetá	9	9	273	0	0	52	0	0	39	0	0	63	0	0	0	0	0	0
Cartagena	0	0	12	0	0	14	0	0	1	1	0	11	0	0	0	0	0	0
Casanare	29	28	806	0	1	60	0	0	2	0	0	24	0	0	0	0	0	0
Cauca	0	2	37	0	0	5	3	1	54	1	0	35	0	0	0	0	0	0
Cesar	9	11	147	0	2	44	0	0	3	0	1	16	0	0	0	0	0	0
Chocó	4	3	59	0	0	3	54	79	815	47	31	461	0	0	0	0	0	0
Córdoba	32	15	295	2	4	45	21	45	1269	182	142	4922	0	0	0	0	0	0
Cundinamarca	44	18	519	3	0	31	3	1	11	0	1	29	0	0	0	0	0	0
Guanía	0	0	10	0	0	0	1	0	35	8	5	81	0	0	0	0	0	0
Guaviare	13	7	156	0	2	9	17	12	277	43	20	505	0	0	0	0	0	0
Huila	23	21	357	16	19	296	0	0	0	0	2	27	0	0	0	0	0	0
La Guajira	0	6	106	0	0	2	0	0	1	6	2	24	0	0	0	0	0	0
Magdalena	7	0	106	0	0	4	0	0	6	0	13	0	0	0	0	0	0	2
Meta	26	21	370	0	0	5	7	30	285	34	41	914	0	0	0	0	0	0
Nariño	0	1	15	0	0	2	237	216	2742	52	29	496	0	0	0	0	0	0
Norte de Santander	24	26	339	7	8	112	0	2	4	3	5	52	0	0	0	0	0	0
Putumayo	11	6	53	0	0	0	0	0	16	13	11	445	0	0	0	0	0	0
Quindío	22	25	516	0	0	0	1	1	5	2	0	32	0	0	0	0	0	0
Risaralda	26	32	408	0	0	2	4	2	17	14	7	134	0	0	0	0	0	0
San Andrés	2	0	5	0	0	0	1	0	1	5	0	5	0	0	0	0	0	0
Santa Marta	2	5	151	0	0	20	0	0	5	0	1	15	0	0	0	0	0	0
Santander	78	91	1218	64	59	786	0	0	3	0	2	43	0	0	0	0	0	0
Sucre	44	39	826	3	4	40	2	0	21	16	8	175	0	0	0	0	0	0
Tolima	0	0	29	0	0	5	0	1	10	4	2	18	0	0	0	0	0	0
Valle	42	36	643	2	0	48	7	5	236	16	10	299	0	0	0	0	0	0
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	15	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	2	8	0	0	1	3	2	40	6	6	139	0	0	1	0	0	0
TOTAL	583	516	9111	107	108	1723	449	496	7171	956	658	15869	0	0	1	0	0	2

Ministerio de la Protección Social
 Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública
 Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA
 Semanas epidemiológicas 13 y 14 (26 de marzo al 8 de abril de 2006)

Departamento o Distrito	Meningitis meningocócica		Meningitis haemophilus		Sifilis congénita		Leishmaniasis cutanea			Leishmaniasis mucosa			Leishmaniasis visceral							
	13	14	13	14	13	14	13	14	14	13	14	13	14	13	14	14	14	14	14	
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	0	0	4	1	5	1	9	66	44	455	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Arauca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atlántico	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barranquilla	1	0	3	0	0	0	0	25	7	137	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Bogotá D.C.	0	0	2	1	3	0	0	14	8	112	0	0	34	0	0	0	0	0	0	1
Bolívar	0	0	0	0	0	0	0	5	7	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Boyacá	0	0	0	0	0	0	0	7	7	112	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	0	1	1	0	0	0	1	53	7	112	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caquetá	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cartagena	0	0	2	0	0	0	1	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cauca	0	0	1	0	1	0	0	1	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cesar	0	0	0	0	0	0	0	1	2	36	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Chocó	0	0	0	0	0	0	0	42	1	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Cundinamarca	0	0	0	0	0	0	0	13	9	131	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guanía	0	0	2	0	0	0	0	2	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Huila	0	0	0	0	0	0	0	1	4	13	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
La Guajira	0	0	0	0	0	0	0	7	0	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Magdalena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta	0	0	2	0	0	0	0	0	5	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nariño	0	0	1	0	1	0	0	3	17	271	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Norte de Santander	0	0	1	0	0	0	0	0	4	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Putumayo	0	0	0	0	0	0	0	9	4	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Quindío	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Risaralda	0	0	0	0	0	0	0	11	1	59	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santander	0	0	2	0	0	0	1	34	34	401	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Sucre	0	0	0	0	0	0	33	5	8	86	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Tolima	0	0	0	0	1	0	0	4	6	130	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
Valle	0	0	1	0	0	1	0	2	4	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	1	26	1	2	1	2	179	217	2482	177	0	2	0	0	15	0	0	0	11

El *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional, IQEN*, es una publicación quincenal de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social y de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, con un tiraje de 2.200 ejemplares.

Los datos y análisis son provisionales y pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones no institucionales, enviadas por los autores para estudio de publicación, son de exclusiva responsabilidad de los mismos y todas deberán ceñirse a las normas éticas internacionales vigentes.

Los editores del IQEN agradecen, de antemano, el envío de sus contribuciones al boletín a través de los epidemiólogos locales o de las direcciones distritales y departamentales de salud, al Grupo de Vigilancia en Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, teléfonos 336-5066, extensiones 1400, 1414 y FAX 336-5066, extensión 1431, o a la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, a los teléfonos 220-7700, extensiones 111, 122, 318, 320, 326, 327, al Grupo de Epidemiología Aplicada extensiones 545 o 267 o al FAX 220-0934, 220-7700 extensión 323 o cualquiera de las direcciones electrónicas.

Cualquier información contenida en el boletín IQEN es del dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

Cita sugerida: Castiblanco C, Espinoza J. Tuberculosis y lepra año 2005. Inf Quinc Epidem Nac 2006;11(6):86-90.

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

Lenis Urquijo
**Dirección General
de Salud Pública**

Rafael Romero Piñeros
Director, INS

Gilma Constanza Mantilla Caicedo
**Subdirección de Vigilancia y Control
en Salud Pública**

Comité editorial

Lenis Urquijo
Víctor Hugo Álvarez

Gilma Constanza Mantilla
Nohora Rodríguez
Jacqueline Espinoza
Maritza González
Oscar Pacheco
Javier Morales

Editor

Javier Morales

Corrección de estilo

Susana Nivia Gil

Apoyo logístico

Ruben Rodríguez Gabriel F. Perdomo

Diagramación

Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, INS

Ministerio de la Protección Social
Carrera 13 No. 32-76
Bogotá, D.C., Colombia

Instituto Nacional de Salud
Avenida calle 26 No. 51-60
Bogotá, D.C., Colombia

Correo electrónico: lurquijo@minproteccionsocial.gov.co

correo electrónico: iqen@ins.gov.co