



PROPUESTA DE OPERACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA CON BASE COMUNITARIA PARA COLOMBIA



Propuesta de operación de la estrategia de vigilancia en salud pública con base comunitaria para Colombia

Convenio cooperación
técnica No. 310/13

Organización
Panamericana de la
Salud

Ministerio de Salud y
Protección Social

2014



**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Directivos

Dra. Gina Elizabeth Watson Lewis
Representante OPS/OMS Colombia

Lic. Hernán Vásquez
Administrador OPS/OMS

Dr. Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Dr. Luis Fernando Ruiz Gomez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dra. Martha Lucia Ospina
Directora Epidemiología y Demografía - MSPS

Dr. Elkin De Jesús Osorio
Director Promoción y Prevención – MSPS

Dr. Luis Fernando Correa
Jefe de Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Delegados Comité Técnico del Convenio

Por el Ministerio de Salud y Protección Social

Dra. Adriana Estrada
Subdirectora Salud Ambiental
Dr. Luis Fernando Correa
Jefe Oficina Emergencias y Desastres
Dr. Fernando Ramirez
Subdirector Enf. No Transmisibles
Dr. Jose Fernando Valderrama
Subdirector Enf. Transmisibles
Dra. Ma. Mercedes Muñoz
Coordinadora del Grupo de VSP

Por la OPS/OMS

Dr. Teofilo Monteiro
Asesor Salud Ambiental y Entornos
Dr. Alejandro Santander
Asesor Subregional Emergencias y Desastres
Dr. Guillermo Guibovich
Asesor Evidencias en Salud
Dr. Dilberth Cordero
Asesor Familia Género y Curso Vida
Dr. Armando Guemes
Asesor Sistemas de Salud

Ing. Henry Hernandez
Asesor Regional Agua y Saneamiento en Emergencias

Dra. Bertha Gomez
Asesora Regional en VIH/SIDA

Dr. Elkin Osorio
Supervisor del Convenio MSPS

Dr. Cesar Jaramillo
Supervisor Delegado MSPS

Dra. Lucy Arciniegas Millán
Oficial de Programas y Gestión de Proyectos OPS/OMS

Dra. Patricia Vega Moreno
Administradora del Convenio OPS/OMS

Referentes técnicos de Vigilancia en Salud Pública

Dra. Bertha Gómez
Consultora Internacional–OPS/OMS

Dra. Gabriela Rey Vega
Consultor Nacional OPS/OMS

Dra. Martha Lucía Ospina
Directora de Epidemiología y demografía- MSPS

María Mercedes Muñoz
Grupo de Vigilancia en Salud Pública - MSPS

Consultor(es)

Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social.

Dr. Pablo Montoya Chica
Director- Sinergias.

Dr. Pablo Martínez Silva
Coordinador- Sinergias.

Dra. Carolina Villalba Toquica
Asesora Técnica- Sinergias.

Dra. Diana Marcela Prieto Romero
Asesora Técnica- Sinergias.

Dra. María Camila Rodríguez van der Hammen
Asesora Técnica- Sinergias.

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 310 de 2013 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos ni reproducidos sin el consentimiento previo expreso de las mismas.

PROPUESTA DE OPERACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA CON BASE COMUNITARIA PARA COLOMBIA

Contenido

Lista de acrónimos.....	6
Presentación.....	7
Contexto normativo.....	8
Contexto internacional.....	8
Contexto colombiano.....	9
Definiciones	14
Alcance de la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria	17
Lineamientos de la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria.....	17
1. Conformación de Redes de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria - RVSPC.....	18
Funciones de la Red de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria.....	23
2. Conformación del Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria – COVECOM .	28
Funciones de Vigilancia en Salud Pública del Comité Vigilancia Epidemiológica Comunitaria.....	30
3. Responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco de la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria.	31
4. Monitoreo de la estrategia de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria. ...	33
Flujo de la información en Vigilancia en Salud Pública Comunitaria	36
Anexos	37
Anexo 1: Eventos Básicos a ser incluidos en la estrategia de vigilancia con base comunitaria sugeridas	37
Anexo 2: Definiciones sugeridas de eventos básicos, factores de riesgo y/o determinantes objeto de la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria	38
Anexo 3: Eventos, factores de riesgo y/o determinantes complementarios sugeridos como objeto de la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria	41
Anexo 4: Formatos de reporte.	51
Bibliografía.....	53

Lista de acrónimos

APS	Atención primaria en salud
CNE	Centro Nacional de Enlace
COPACO	Comité de Participación Comunitaria
COVECOM	Comités de Vigilancia de Salud Comunitarios
CRUE	Centro regulador de urgencias y emergencias
ERI	Equipo de respuesta inmediata
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IVC	Inspección, vigilancia y control
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública
PTS	Plan Territorial de Salud
REMSAA	Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
RVSPC	Red de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIVIGILA	Sistema nacional de vigilancia en salud pública
VSC	Vigilancia en salud comunitaria
VSP	Vigilancia en salud pública
VSPC	Vigilancia en salud pública con base comunitaria

Presentación

La Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria (VSPC) es una estrategia, enmarcada en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), orientada a la identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y determinantes que pueden afectar la salud y calidad de vida de las personas, a partir de información recaudada, notificada o construida por la propia población organizada como comunidad. Igualmente, sirve de puente con la institucionalidad a través de la discusión, análisis y construcción de alternativas de solución, en un ejercicio de Participación Social y Ciudadana en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema General de Seguridad Social Integral y el Sistema de Protección Social.

Como estrategia, tiene un punto de partida general que es el fortalecimiento de las capacidades de las comunidades para la identificación de problemas relevantes para la salud y la calidad de vida de acuerdo a cada contexto, lo cual involucra actividades como la definición de los eventos a vigilar, la recolección de datos en la vida cotidiana, la sistematización de estos de forma homogénea para que estén disponibles como información ordenada para uso local y para su integración con el SIVIGILA.

La consolidación de estas capacidades, favorece la progresión hacia el análisis por parte de la comunidad de dichas situaciones, lo cual constituye el aporte de la Vigilancia en Salud Pública a la organización y empoderamiento local, que va de la mano con otras estrategias comunitarias enmarcadas en las diferentes dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública. El resultado final de estos procesos, es la construcción de una ciudadanía en salud que ejerza el control social de la institucionalidad, y una institucionalidad que trabaje de forma armónica sectorial e intersectorialmente, favoreciendo la corresponsabilidad entre ciudadanía y Estado en la generación de respuestas a los problemas identificados.

Desde el punto de vista institucional, la estrategia es generadora de información continua y sistemática para la realización de análisis epidemiológicos de los territorios, que permite generar respuestas rápidas, oportunas y adecuadas a la población, así como aportar a la construcción del análisis de situación de salud (ASIS) y dentro de él priorizar necesidades, favoreciendo la implementación de medidas de promoción de la salud, intra y extra sectoriales, y de prevención, atención y recuperación de la enfermedad.

El desarrollo de la VSPC debe ser armónico con el SIVIGILA, ya que gran parte de los problemas identificados por las comunidades, suelen tener un correlato con los eventos de vigilancia establecidos normativamente. Dicho correlato puede no ser directo debido a la perspectiva de salud que maneja la población, que involucra otros ámbitos de la vida cotidiana, lo que obliga avanzar a la intersectorialidad.

La VSPC es entonces una estrategia valiosa, ampliamente soportada por nuestro marco legal, que además de permitir la articulación entre los procesos de vigilancia en salud pública y de participación social y comunitaria, favorece el empoderamiento de actores

comunitarios pudiendo generar acciones sectoriales e intersectoriales que afecten positivamente los determinantes sociales a nivel local.

Contexto normativo

Contexto internacional

Desde la Declaración de Alma-Ata que definió la Atención Primaria en Salud – APS -¹, la promoción de la participación de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud ha sido un elemento central de las conferencias internacionales de promoción de la salud^{2,3,4,5,6}. En vista de las serias dificultades e inequidades, la fragmentación y debilidades que enfrentan muchos sistemas de salud, el deficiente progreso hacia el cumplimiento de los objetivos del milenio y a la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud, en la última década se ha hecho énfasis en la renovación de la APS capitalizando experiencias y ajustándose a la realidad^{7, 8,9, 10}.

Actualmente, la APS renovada es una de las estrategias centrales promovidas por los organismos multilaterales y ha sido adoptada por muchos de los países como alternativa para mejorar sus servicios de salud. En el año 2007 la Organización Panamericana de la Salud generó un documento conceptual que ha guiado las políticas de salud en la región¹¹. Entre los principios y elementos fundamentales de esta, están: 1) fomentar la participación a nivel individual –toma de decisiones libre e informada– y social –control social y responsabilidad frente a las acciones públicas y privadas– para que individuos y comunidades manejen mejor su propia salud y participen activamente en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud; 2) énfasis en la promoción y en la prevención, con identificación y control de riesgos, lo que incluye el apoyo a los procesos de vigilancia en salud pública; y 3) fortalecer la intersectorialidad creando sinergias entre el sector salud y otros sectores y actores, desarrollando acciones concretas para combatir los principales determinantes sociales de las desigualdades en materia de salud, incluyendo acciones coordinadas, entre otros, con los responsables de: empleo y trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social y planificación urbana.

En el año 2005 los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud – OMS - se comprometieron, de manera vinculante, con la implementación del Reglamento Sanitario Internacional –RSI– a partir de junio de 2007. El RSI tiene por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo. Uno de los elementos fundamentales de este reglamento es el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia en salud pública. De acuerdo con el RSI, dentro de las capacidades básicas necesarias para cumplir con las tareas de vigilancia y respuesta, además de garantizar el fortalecimiento en la capacidad institucional, está el fortalecimiento de las capacidades a nivel de las comunidades para detectar y comunicar eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados¹².

Es de anotar que la vigilancia en salud pública, la promoción de la salud con el fortalecimiento de alianzas intersectoriales y el fortalecimiento de la participación social hacen parte de las 11 funciones esenciales de la salud pública. Estas funciones describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para mejorar la salud de las poblaciones y hacen parte de los procesos que se evalúan a nivel global para ver el desempeño de los países con respecto a la salud pública¹³.

A través de varias resoluciones emanadas de las Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina –REMSAA– Colombia se ha comprometido con el fortalecimiento de su sistema de vigilancia en salud pública.

Contexto colombiano

El **Decreto 056 de 1975** del Sistema Nacional de Salud ordenó que en las Juntas Asesoras de los niveles seccionales y regionales existiera un representante de la comunidad y el **Decreto 350** del mismo año, ordenó la creación de los comités comunitarios de salud en los Hospitales, Centros y Puestos de Salud del País.^{14,15} A principios de la década de los ochenta se estableció el Plan de Participación de la Comunidad en Atención Primaria en Salud, y se configuraron comités comunales de salud para participar en la planeación de las acciones de atención primaria y de prestación de servicios de salud.¹⁶

En 1989, el **Decreto 1216** creó los Comités de Participación Comunitaria (Copacos) como una respuesta a los principios de la descentralización, abriendo los espacios para que la comunidad pudiera participar en el diagnóstico, priorización, diseño, implementación y evaluación de intervenciones. La **Ley 10 de 1990**, que reorganizó el Sistema Nacional de Salud, estableció el derecho de la comunidad a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos relacionados con los servicios de salud.

Con la **Constitución Política de 1991** se reconoció y elevó la participación a la categoría de principio regulador del Estado Social Democrático de Derecho (preámbulo y artículos 2 y 12), como garantía de derecho y como deber de los ciudadanos. El Estado colombiano se comprometió con la promoción de la organización comunitaria (artículos 40, 103 y 270).

La **Ley 100 de 1993**¹⁷, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud estableció como uno de sus principios la participación como la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

La **Ley 134 de 1994** dictó las normas sobre mecanismos de participación ciudadana. En el mismo año el **Decreto 1757**¹⁸ estableció las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud. A través de este decreto se establecieron dos formas de participación en salud: participación social y participación en las instituciones del SGSSS. En la primera quedaron comprendidas la participación

ciudadana, referida a los individuos y la comunitaria, correspondiente a las organizaciones comunitarias. Como mecanismo de participación comunitaria promueve la creación de Copacos en todos los municipios, con las funciones descritas previamente. Como mecanismos de participación en las instituciones del SGSSS se establecieron los Copacos, los Consejos Territoriales y los Comités de Ética Hospitalaria de las IPS públicas o mixtas así como la conformación de Asociaciones de Usuarios y su representación en las juntas directivas de las EPS e IPS de carácter público o mixto. La participación social se enfocó principalmente en los procesos de planeación y veeduría.

En el año 2001 fue expedida la **Ley 691** mediante la cual se reglamentó la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Esta ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los servicios de salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación.

A nivel de **vigilancia en salud pública** se han expedido un conjunto de normas que dan soporte y reglamentación a este sistema y que así mismo se contemplan como estrategia en los procesos la participación comunitaria.

La **Ley 9 de 1979** reglamentó el Código Sanitario Nacional y estableció normas generales que sirven de base a las disposiciones y reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar o mejorar las condiciones de salud humana, entre las que se encuentran la vigilancia y control epidemiológicos.

En 1993, la **Ley 100** estableció que la prestación de los servicios de salud es un servicio público a cargo de la Nación, en todos los niveles. Creó el plan de atención básica que estaría constituido por intervenciones dirigidas a la colectividad o a individuos pero con altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles, entre otras acciones. Definió que su prestación sería gratuita y obligatoria.

La **Ley 191 de 1995** clasificó y definió las áreas fronterizas según la colindancia, los impactos del fenómeno fronterizo o los acuerdos binacionales de creación en Zonas de Frontera, Unidades Especiales de Desarrollo Fronterizo y Zonas de Integración Fronteriza; y desarrolló el artículo 289 de la Constitución, que faculta a los departamentos y municipios de zonas fronterizas a realizar con sus similares vecinos, programas orientados al desarrollo comunitario, la prestación de servicios públicos y la preservación del ambiente.

El Sistema de Protección Social fue definido en la **Ley 789 de 2002**¹⁹ como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo”. El Estado colombiano adoptó así un enfoque de “manejo social del riesgo”²⁰, lo que implica la distribución de

responsabilidades entre las instituciones públicas y privadas, los colectivos y los individuos, dando un nuevo marco para la garantía de derechos y el cumplimiento de deberes que implica el reconocimiento ciudadano. La enfermedad constituye un riesgo que afecta no solo a individuos, sino a familias, colectivos y el Estado, por lo cual todas las partes son co-responsables de generar los recursos apropiados para enfrentarlos. El Sistema de Protección Social propende por la generación de alianzas intersectoriales para mejorar la calidad de vida de la población.

El **decreto 3518 de 2006**²¹ creó y reglamentó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA– para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afectan o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública y tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y los factores de riesgo para la salud. Este define la Vigilancia en Salud Pública como “función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en Salud Pública”. Si bien en este no se definen subsistemas de forma conceptual, se establecen responsabilidades entre diferentes actores, con lo cual se pueden identificar de forma práctica. Este mismo instrumento estableció los procesos básicos – la recolección y organización sistemática de datos, el análisis e interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de las intervenciones de Salud Pública -, cada uno de los cuales se encuentra respectivamente reglamentado. Así mismo, se establecen una serie de organismos para su operación integrada –Red de Vigilancia, Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional, Comisión Nacional Intersectorial de VSP, y Comités de VSP–, los cuales constituyen los nodos principales del sistema. Establece que departamentos, municipios y distritos deben crear los comités de VSP, entre los que se encuentran los Comités de Vigilancia de Salud Comunitarios –Covecom–. Finalmente, se estipula que el sistema de VSP será un subsistema del Sistema de Protección Social – SISPRO -, sistema de información nacional con el cual se podrían formular, implementar, seguir y evaluar las políticas sociales orientadas a la garantía de los derechos involucrados a la protección social. El mismo decreto menciona que el Ministerio establecerá los mecanismos para la integración y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, así como los lineamientos para la dirección, planeación, organización, seguimiento y evaluación del sistema en todos los niveles.

La **Ley 1122 de 2007**²², que modificó el SGSSS, definió que la salud pública se constituye por el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada la salud de la población por medio de acciones individuales y colectivas realizadas bajo la rectoría del Estado promoviendo la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. Esta ley estableció que cada cuatrienio el Gobierno Nacional debe definir el Plan Nacional de Salud Pública –PNSP – e incluirlo en el Plan Nacional de Desarrollo. El objetivo del PNSP sería la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y

la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Se estableció que el PNSP debe incluir, entre otras, las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana. Esta ley también creó el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC– que substituyó al Plan de Atención Básica. La **Resolución 425 de 2008**²³ reglamentó los Planes Territoriales de Salud –PTS– y el PIC. En esta resolución, tanto la VSP como la participación social tienen un papel central en el PIC y en los PTS.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (**Decreto 3039 de 2007**²⁴) establece la promoción de la salud y de la calidad de vida –con fuertes componentes de participación de la comunidad y fomento de los abordajes intersectoriales- y de la vigilancia en salud y gestión del conocimiento como dos de las cinco líneas políticas en torno a las cuales gira el plan.

En el año 2010, el **Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014**²⁵ en su capítulo IV incluye como prioridad “...fortalecer la vigilancia en salud pública de los eventos de notificación obligatoria, las enfermedades transmitidas por alimentos, las enfermedades crónicas no transmisibles, la desnutrición, determinantes de los sistemas de información nacionales y locales para el monitoreo y seguimiento de eventos en salud mental, de las diferentes formas de violencia y consumo de sustancias psicoactivas, de otra parte, se requiere desarrollar la capacidad y evaluación de tecnología en el país”.

La reforma al SGSSS del año 2011, formalizada en la **Ley 1438**²⁶, incluyó la APS como uno de los elementos fundamentales para fortalecer el sistema de salud. Dicha ley estableció que la APS tendría tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud –organizados en RISS–, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana. Así mismo definió la APS como “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del SGSSS”. La misma ley promulgó que el país tendría que construir un plan decenal de salud pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud.

El **Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021**²⁷ (PDSP), adoptado por la resolución 1841 de 2013²⁸, establece que el desarrollo de mecanismos de participación es una de las acciones necesarias para incidir en los determinantes estructurales de la salud, para que las y los ciudadanos y organizaciones sociales influyan en las decisiones, se involucren en la ejecución y ejerzan el control social. El fortalecimiento de los procesos intersectoriales y de participación social y ciudadana se destaca en la mayoría de las dimensiones del PDSP (ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad,

derechos sexuales y reproductivos, enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, salud y ámbito laboral, gestión diferencial de poblaciones vulnerables, fortalecimiento de la autoridad sanitaria). Para el PDSP la participación tiene la finalidad de mejorar la gobernanza y el capital social, fomentar la transparencia, movilizar a la sociedad, fortalecer el empoderamiento ciudadano para exigir sus derechos e influir en las políticas públicas, generar corresponsabilidad y afectar positivamente los determinantes estructurales de la salud. Adicionalmente, la participación es necesaria para la construcción, desarrollo, monitoreo y evaluación de procesos que permitan a la población incrementar el control sobre su salud y bienestar; y tener incidencia política y ejercer el control social para la promoción de la salud, la afectación de los determinantes sociales y el control de las enfermedades de manera diferencial.

Entre las estrategias transversales a los componentes sobre enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, endemo-epidémicas e inmunoprevenibles el PDSP incluye la vigilancia en salud pública comunitaria y el desarrollo, fortalecimiento y articulación de los sistemas de vigilancia en salud del sector y de otros sectores relacionados con el estudio, análisis, prevención y control de las enfermedades transmisibles.

Dentro de las competencias establecidas en el PDSP para la Nación está definir, promover y propiciar los espacios de participación y articulación sectorial, transectorial y comunitaria para negociar las intervenciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud de mayor impacto en el PDSP. Como competencias para los departamentos, entre otras, coordinar el desarrollo y la operación del Sistema y redes de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto en el ámbito interinstitucional como intersectorial, y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida a los actores transectoriales y comunitarios. Para los municipios establece realizar la gestión interinstitucional, transectorial y comunitaria para la implementación y desarrollo de las acciones de vigilancia, y garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida en los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia Sanitaria e IVC, en su jurisdicción, conforme con sus competencias, así como coordinar y desarrollar procesos de movilización social con la participación de las instituciones y organizaciones comunitarias, los Consejos Territoriales y el Consejo de Política Social, que puedan desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

Para la comunidad, participar en el proceso de formulación, evaluación y control social del Plan Territorial de Salud, participar en acciones dirigidas a la construcción o generación de las condiciones, capacidades y medios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto exijan a las autoridades responsables modificar los Determinantes Sociales de la Salud, realizar acciones para consolidar una cultura saludable, solidaria, basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permitan desarrollar autonomía individual y colectiva, participar en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública como fuente informal de datos, y dar aviso en forma inmediata a la autoridad sanitaria competente cuando conozca de hechos graves que afecten la salud colectiva y participar en el control social.

Definiciones

Comunidad

Para efectos de este lineamiento, se considera que una comunidad, como agrupación de individuos, debe ser entendido desde dos perspectivas: una *perspectiva ecológica*, adecuada para la comprensión de las poblaciones ubicadas en áreas rurales dispersas, donde se destaca el tamaño, la densidad, la heterogeneidad, el ambiente físico donde se desempeñen, sus organizaciones propias, y los efectos de fuerzas, acciones y políticas orientadas a su vinculación territorial; y una *perspectiva de sistema social*, más acorde con el entorno urbano, que debe concentrarse en las formas de organización formal e informal existentes, explorar la interacción entre diferentes subsistemas de la comunidad, tanto horizontalmente, en la misma comunidad, como verticalmente, en relación con otros sistemas o fuerzas que ejercen poder^{Error! Marcador no definido.}.

Cada Entidad Territorial, acorde con las características de su población, deberá partir de un reconocimiento de dichas comunidades, acorde con la perspectiva más favorable para su comprensión.

Participación social

Es una herramienta de empoderamiento que le da a la comunidad un papel activo y de co-responsabilidad. Es un proceso mediante el cual los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades. Facilita el co-protagonismo de la comunidad y fortalece la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil. Es el ejercicio del poder de cada persona para transformar la esfera de lo público en función del bien común²⁷.

Participación social en salud

Proceso a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los ámbitos intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir. Reconoce la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones públicas, privadas y solidarias en el ejercicio de prevenir, mejorar, recuperar y promover la salud²⁷.

Intersectorialidad

Intervención coordinada y complementaria de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante acciones destinadas total o parcialmente a abordar la búsqueda de soluciones integrales. Crea mejores soluciones que la sectorialidad, porque permite compartir los recursos que le son propios a cada sector. Contribuye a articular las distintas propuestas sectoriales en función de un objetivo común²⁷.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)

Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública^{iError! Marcador no definido..}

Vigilancia en Salud Pública

Conjunto de actividades que permite reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad, detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones en los factores condicionantes con el fin de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, las medidas indicadas, eficientes, que lleven a la prevención y control de la enfermedad²⁹.

La transición demográfica y epidemiológica, dio paso a la necesidad de ampliar la vigilancia de enfermedades transmisibles a otros eventos de salud, lo cual incluye enfermedades crónicas, así como datos sobre la gestión de los programas, modelos y sistemas de salud³⁰. Esta vigilancia, denominada en los últimos años viene incorporando, igualmente, un seguimiento a los Determinantes Sociales de la Salud.

De la anterior definición se desprenden procesos, actividades y tareas de recolección, análisis, interpretación, formulación de recomendaciones y socialización de las mismas para obtener el control, eliminación o erradicación de un evento de salud, especialmente, una enfermedad infecciosa. Estas tienen como finalidad la valoración predictiva, así como formar parte del proceso de toma de decisiones.

En Colombia se ha definido la Vigilancia en Salud Pública como “función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en Salud Pública”^{iError! Marcador no definido..}

La vigilancia en salud pública está constituida por los siguientes componentes:

Vigilancia Epidemiológica. Encargada de desarrollar seguimiento permanente a atributos, variables o circunstancias (biológicos, sociales, laborales, ocupacionales y conductuales), que determinan en individuos y poblaciones una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un daño o pérdida de salud, enfermedades, muertes y discapacidades

Vigilancia Sanitaria. Encargada de la verificación de estándares de calidad en las cadenas productivas y de la detección de los riesgos, daños e impactos negativos para la salud humana, derivados del uso o consumo de bienes y servicios.

Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria – VSPC

Estrategia del Sistema de Vigilancia en Salud Pública orientada a la identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y/o determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida de las poblaciones organizadas como comunidad que parte de la información recolectada, analizada o construida con ella.

Favorece la generación de un conjunto de capacidades en la población que redundan en la construcción de una ciudadanía activa en salud, manifiesta mediante un progresivo incremento de la participación social y ciudadana, el ejercicio del control social, y la consciencia de corresponsabilidad y solidaridad ante la salud y la calidad de vida.

Redes de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria

Conjunto de individuos y/o organizaciones interdependientes, coordinadas de manera territorial por un referente, que desarrollan las actividades de identificación, análisis y divulgación del conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y/o determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida de la comunidad.

Constituye el primer nivel de la estrategia de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria, implica un ejercicio voluntario por parte de estos individuos y/o organizaciones en las diferentes actividades, que aportan según el desarrollo de sus capacidades en las funciones establecidas en el presente documento.

Comité de Vigilancia en Salud Pública

Son organizaciones de carácter territorial – departamental, municipal, distrital -, o institucional – empresas administradoras de planes de beneficio, prestadores de servicios o de régimen excepcional -, reglamentadas por el Decreto 3518 de 2006, que tienen bajo su responsabilidad el análisis e interpretación de la información recolectada por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública; emitir recomendaciones para la orientación en la toma de decisiones; apoyar y asesorar a la autoridad sanitaria en la adopción, implementación y evaluación de dicho sistema; recomendar la formulación de planes, programas y proyectos destinados a la gestión y operación de este; y asesorar en la investigación en salud requerida²¹.

Entre dichos comités se encuentran el Comité de Vigilancia Epidemiológica – COVE -, el Comité de Infecciones Intrahospitalarias, el Comité de Estadísticas Vitales, el Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, y otros comités afines conformados para analizar e interpretar la información de los diferentes sub-sistemas de vigilancia en Salud Pública^{Error! Marcador no definido.}.

Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria – COVECOM

Son espacios formales para el encuentro de representantes e integrantes de las Redes de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria, en conjunto con otros miembros de las instituciones que ocupan un papel relevante en la búsqueda de lograr una situación de salud favorable en un territorio determinado.

Este comité se encuentra reglamentado, siendo parte de los Comités de Vigilancia en Salud Pública, por lo cual sus funciones derivan de las estipuladas a estos.

Alcance de la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria

La Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria es una estrategia progresiva de desarrollo de capacidades por parte de la población. Parte de aquellas orientadas a la definición e identificación de eventos, factores de riesgo y determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida, lo cual incluye actividades de recolección e interpretación de datos en la vida cotidiana, y la comunicación efectiva de estos mediante la notificación.

La consolidación de estas capacidades, va de la mano con el desarrollo de las de análisis y divulgación del conocimiento, y en conjunto con otras estrategias desarrolladas en el marco del Sistema General de Seguridad Social y el Sistema de Protección Social, favorecen la participación social y ciudadana, el control social y la co-responsabilidad en la construcción de alternativas de solución y transformación de dichos eventos, factores de riesgo y/o determinantes en pro de una sociedad equitativa.

Lineamientos de la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria

La estrategia de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria propuesta en el presente documento, se fundamenta en la existencia de una red de personas y/o organizaciones en una comunidad interesadas en la realización de las actividades aquí expuestas. Estas actividades serán tutoradas por la Entidad Territorial a través de la autoridad sanitaria, quien constituirá el punto nodal que articula con el SIVIGILA y la institucionalidad.

La opción por la red como base de la estrategia, se considera una alternativa para garantizar la estabilidad y sostenibilidad que trasciende a los cambios en instrumentos de Planeación Territorial – Planes de Desarrollo, Planes Integrales de Vida, Planes de Salud Pública, Planes Territoriales de Salud-, los cuales han sido identificados como una de las grandes dificultades para la continuidad de las acciones en las experiencias previas.

Estas personas y/o organizaciones comunitarias interesadas, conformarán la red, la cual en su dinámica pasará por un proceso de consolidación, que puede ser variable acorde al contexto. Las diferentes etapas de consolidación exigen el desarrollo progresivo de

capacidades cada vez más complejas, que permiten la evaluación, retroalimentación y mejoría en la ejecución de las actividades.

Dicha red, que para efectos del presente lineamiento denominamos Red de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria –RVSPC–, constituye el sustrato del Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria –COVECOM–, el cual cumple con las funciones establecidas por normatividad para los distintos Comités de Vigilancia en Salud Pública. La conformación de dicho COVECOM se atiene a las características mismas de la RVSPC, dándose prioridad a la participación en este de los nodos más significativos, y en algunos casos, acorde con las características territoriales y de la misma comunidad, podrán ser los mismos integrantes de la Red. Si bien en este documento se hace una sugerencia de cuál debería ser la composición ideal, son las características de las comunidades quienes guiarán su composición final.

La RVSPC y el COVECOM desarrollan actividades y tareas complementarias en los tres procesos identificados como esenciales: recolección de información y notificación, análisis e interpretación de la información, y asesoría y apoyo a la autoridad sanitaria. Si bien en este lineamiento se enuncian de forma general las actividades y tareas, es necesario establecer una “Caja de Herramientas” para el desarrollo de estas, ya que es necesario un componente de asistencia técnica metodológica.

Todo lo anterior gira en torno de una serie de eventos, factores de riesgo y/o determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida que deben ser objeto de la vigilancia y que deberán ser definidos mediante instrumentos normativos. En el presente lineamiento se hace una propuesta inicial de estos, separados en tres categorías – básicos, otros de interés para la comunidad y complementarios –, entendiendo por los primeros, aquellos fácilmente reconocibles en las dinámicas socioculturales; los segundos, como aquellos producto del ejercicio de autorreconocimiento de la misma comunidad; y finalmente, aquellos que requieren un ejercicio de capacitación y adecuación de los conceptos al contexto, ya que son eventos incluidos en el SIVIGILA los cuales se opta por incluir bajo la consideración que la comunidad puede contribuir a identificar casos subregistrados o mejorar la oportunidad de reporte e intervención.

Las actividades que se enuncian en el presente lineamiento, exigen la implementación de una serie de instrumentos y metodologías para el trabajo operativo por parte de la institucionalidad. Estos constituirán la “Caja de Herramientas” de VSPC, que deberá favorecer el apoyo y asistencia técnica a las Entidades Territoriales y las comunidades.

1. Conformación de Redes de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria - RVSPC

Las redes son estructuras de interdependencia que involucran a múltiples organizaciones formales e informales o a partes de ellas, a personas con o sin filiación institucional que desean participar de alguna iniciativa de interés, cuya característica principal es la no subordinación³¹. Las redes tienen un alto grado de estabilidad, se extienden más allá de

los vínculos formales y/o normativos, son multicéntricas y se oponen a los ordenamientos verticales o piramidales.

Las RVSPC se construyen con atributos como la interdependencia, interacción, reglas de intercambio, colaboración, reciprocidad y comportamiento solidario, lo cual implica más que una referencia y contrarreferencia. Al momento de evaluar su gestión, se debe tener en cuenta si responde a la lógica de lo que ocurre en cualquier lugar de la red, ya que no se puede ser ajeno a lo que ocurre en los distintos centros³².

Una Red de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria – RVSPC - es una red natural, formal y/o informal, de individuos y/o organizaciones comunitarias, que desarrollan actividades de Vigilancia en Salud Pública, la cual es tutorada por el nodo de autoridad sanitaria, que enlaza los esfuerzos de esta con el SIVIGILA y la institucionalidad. Dicha red deberá adecuarse a las características de la población y el territorio, teniendo presente las perspectivas enunciadas en las definiciones, reforzando su horizontalidad. Al no existir un rol de coordinación, corresponde al nodo de autoridad sanitaria, ejercer un papel de facilitador del desarrollo de las actividades, así como de la generación de capacidades.

RVSPC en zonas urbanas de mediana y alta concentración: En estas zonas, la conformación debe basarse en la convocatoria a los diferentes liderazgos y mecanismos de participación social y ciudadana existentes. Esto incluye Comités de Participación Comunitaria, Juntas de Acción Comunal, Asociaciones Comunitarias y Barriales, Movimientos Sociales y Políticos, Cooperativas, Iglesias y asociaciones de diversa índole. Debe velarse por la mayor pluralidad en sus integrantes.

RVSPC en zonas rurales dispersas: En estas zonas, la conformación debe aprovechar las redes formales e informales ya existentes. Entre ellas, se destacan las redes familiares, de vecindad y de intercambio comercial, sobre las cuales deberá soportarse la vigilancia. En aquellas áreas donde existen grupos raciales/étnicos, se deben aprovechar los procesos organizativos de estos para soportar la actividad, indicando que la vigilancia es una herramienta de fortalecimiento de los mismos.

RVSPC en zonas de frontera: En estas zonas, acorde con sus características, deberá utilizarse una combinatoria de las anteriores. Será importante la articulación con las redes con funciones semejantes presentes en las poblaciones limítrofes, generar alianzas estratégicas y definir los procesos conjuntos de información, análisis y acción.

RVSPC en instituciones con población cautiva: En estas instituciones existen formas de organización informales, las cuales deben reconocerse por parte de la institucionalidad. Deben aprovecharse estas, así como las iniciativas emergentes de la misma población, en pro del autocuidado y el cuidado de la salud de la misma.

Integrantes de la Red

Acorde con el tipo de comunidad y sus características de zona o institución, la autoridad sanitaria en la entidad territorial debe proceder con un trabajo, participativo y/o institucional, de identificación y mapeo de actores y organizaciones. Para ello, se pueden utilizar diferentes técnicas de investigación que deberán sugerirse en la “Caja de Herramientas” para la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria.

Una vez hecho el proceso anterior, se procede con una convocatoria a estos. Dicha convocatoria deberá resaltar la importancia de la Vigilancia, aclarar la relación de esta actividad con otros espacios de interacción entre actores, y los objetivos de la misma y desligarla del concepto de “informante” y enfatizar su carácter de ejercicio ciudadano. Es importante señalar que la existencia de esta RVSPC puede ser independiente en Entidades Territoriales de categoría 1, 2 y 3; mientras que en aquellas de categoría 4, 5 y 6 se sugiere incorporar las actividades de la RVSPC a otras redes ya existentes como forma de optimizar las acciones y recursos.

El ejercicio cotidiano de la Vigilancia, irá depurando los integrantes, quedando aquellos con disponibilidad de tiempo o motivación superior. Por lo general existen una diversidad de líderes comunitarios dispuestos a vincularse a este tipo de iniciativas, así como personas sin ningún tipo de filiación organizacional específica, pero con interés en participar, si no en todas las actividades, por lo menos en algunas de ellas. No deberá restringirse la vinculación de unos y otros.

Es importante recordar que las redes son personas y/o organizaciones, y que parte importante de su éxito es la ausencia de jerarquías, por lo cual es indispensable que la entidad territorial en el proceso de acompañamiento vele por la pluralidad de sus integrantes. Si bien se ha mencionado un papel facilitador de la Entidad Territorial, este no implica una función de mando.

No existe un límite inferior o superior de integrantes de la Red. La misma dinámica podrá extender o disminuir la cantidad de integrantes.

Sobre los integrantes en zonas urbanas de mediana y alta concentración: En estas zonas se espera que los integrantes de la Red tengan unas características diferentes a otras zonas. Esto implica adecuar las acciones acorde a las expectativas, formación y horarios de los integrantes.

Sobre los integrantes en zonas rurales dispersas: Al igual que el anterior, es esperable que los integrantes de la Red tengan unas características particulares. En ellas, las acciones de formación, capacitación y seguimiento serán prioridad, velando por una serie de facilidades y motivadores para las actividades presenciales. Ante la presencia de grupos raciales/étnicos deberán seguirse los procedimientos estipulados para la concertación y consulta definidos normativamente.

Sobre los integrantes en zonas de frontera: En este caso, se pueden presentar distintas combinatorias de los anteriores, incluyendo la presencia de ciudadanos y residentes del

país vecino. Esto exige una adecuación especial de las acciones por parte del facilitador territorial.

Sobre los integrantes en instituciones con población cautiva: El reto principal está en los manejos al interior de la Red de los diferentes tipos de autoridad que pueden existir en estas instituciones. El facilitador responsable de la Entidad Territorial deberá velar porque dichas situaciones no distorsionen las acciones de la Red.

Consolidación de la Red

Una vez se han establecido los integrantes de la Red, se debe proceder a su consolidación. Para consolidar una red, en este caso, la RVSPC, esta debe pasar por una serie de niveles³¹:

Tabla 1: Niveles de consolidación de una Red.

Nivel	Acciones	Valor
5. Asociarse	Compartir objetivos y proyectos	Confianza
4. Cooperar	Compartir actividades / recursos	Solidaridad
3. Colaborar	Prestar ayuda esporádica	Reciprocidad
2. Conocer	Conocimiento de lo que el otro es o hace	Interés
1. Reconocer	Destinadas a reconocer que el otro existe	Aceptación

Fuente: Rovere, 1999.

- ✿ *Reconocimiento.* Consiste en la caracterización de los integrantes como personas vinculadas o no a asociaciones, organizaciones, instituciones, e incluso sistemas, bien sea desde una perspectiva ecológica y/o de sistema social. Esto es un paso esencial para reconocer recursos existentes, alianzas posibles, y establecer los mecanismos de comunicación adecuados.
- ✿ *Conocimiento.* Consiste en la interacción entre los integrantes, el diálogo y discusión con aceptación de los diversos argumentos. En este caso, el conocimiento girará en torno a los eventos priorizados por la comunidad y los establecidos en este documento, su respectiva contextualización y la adecuación local del mismo.
- ✿ *Colaboración.* Consiste en la relación esperada, en un primer momento, a la implementación de las actividades de la RVSPC. En ella los integrantes

interactúan colectivamente, participan aún de forma pasiva, pero tienen la respectiva claridad de los objetivos de las acciones.

- ☼ *Cooperación.* Consiste en la progresión de la fase anterior, donde con la implementación progresiva de las acciones, se irán afinando las dinámicas de operación de la Red en pro del beneficio mutuo, siendo evidente en la toma de decisiones conjuntas para beneficio de la comunidad, llegando al involucramiento de las instituciones.
- ☼ *Asociación.* Consiste en la emergencia de objetivos compartidos entre instituciones y comunidades, con interés de los integrantes en aportar recursos para lograr el cumplimiento de estos. Es el punto esperable de desarrollo de la Red, lo cual se evidenciará en el COVECOM.

Dicho proceso de consolidación de la Red, se encuentra mediado por las respectivas actividades de Vigilancia. En esta sección es importante describir las acciones de Reconocimiento y Conocimiento, ya que las subsiguientes resultan de la ejecución de las acciones de Vigilancia en Salud Pública.

Reconocimiento en el marco de la RVSPC: Una vez se ha realizado la convocatoria, se ha explicado el objetivo y el interés de este escenario, es importante dar espacio a la presentación respectiva de los integrantes, la exposición de motivos e intereses, y la comunicación de expectativas. Para ello se pueden utilizar diferentes dinámicas, que deberán consolidarse en la respectiva “Caja de Herramientas” de VSPC. Este acto de reconocimiento deberá hacerse con cada ingreso de un integrante, ya que permitirá actualizar los nodos o centros de la Red.

Este proceso tomará diferentes tiempos, dependiendo de la comunidad, la zona o institución involucrada. Puede ser de mayor dificultad en las Entidades Territoriales de categoría 1, 2 y 3, debido a la cantidad de integrantes e instituciones vinculadas. Siempre será importante aclarar las funciones y alcances de cada institución, lo cual será un elemento esencial en el mapeo de recursos de la RVSPC.

Conocimiento en el marco de la RVSPC: Luego del reconocimiento, se procede a la fase de formación de los integrantes de la RVSPC. Este momento de formación consiste en la revisión del presente lineamiento, la comprensión de las actividades aquí establecidas, la identificación de los eventos a vigilar, la contextualización de estos a la comunidad y territorio, las adecuaciones respectivas, la definición de situaciones adicionales a vigilar y la posterior puesta en marcha de la Red.

Para este proceso, el facilitador de la Entidad Territorial propenderá por el desarrollo de las actividades pertinentes para ello, guiándose por alguna de las metodologías establecidas en la “Caja de Herramientas” de VSPC. El Conocimiento puede tomar mayor tiempo en las zonas rurales dispersas, de frontera o instituciones con población cautiva. En el caso de diversidad cultural, como es el caso de la presencia de grupos raciales/étnicos u otros, el proceso deberá hacerse de manera concertada, buscando generar un lenguaje común.

Todas las personas que se integran a la Red, lo hacen por la identificación de un beneficio en términos de salud y calidad de vida. Esto debe ser reconocido, ya que se deben buscar generar acciones de motivación en busca de la adherencia. Para muchos de los integrantes de la red y para muchas comunidades será obtener respuestas institucionales oportunas, es decir, el cumplimiento por parte de entidades e instituciones de las normas establecidas. En esto es esencial que el SIVIGILA comprenda VSPC como una estrategia que complementa la recolección de la información, reduce el sub-registro, y favorece el análisis y respuesta.

Funciones de la Red de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria

Se considera que las funciones son dos: la definición de eventos, circunstancias y/o determinantes a vigilar y el despliegue operativo de la vigilancia. La segunda función puede ser dividida en tres ejes: 1. Recolección de información y notificación; 2. Análisis e interpretación de información; y 3. Asesoría y apoyo a la autoridad sanitaria

Función de Definición de Eventos, Circunstancias y/o Determinantes a vigilar

El listado o selección de eventos, circunstancias y/o determinantes resulta de la suma de un ejercicio de priorización de la autoridad sanitaria de la Entidad Territorial y/o nacional y del análisis y propuesta de la comunidad.

Se definen los eventos básicos acorde con la lógica de que son eventos que vulneran la salud o la seguridad de la población que requieren intervención, sin embargo por las características socioculturales usualmente ligadas a estos, pocas veces llegan a ser conocidos por las autoridades. La identificación y reporte por parte de las personas de la comunidad, constituye una gran oportunidad para conocer estos casos y asegurar su intervención.

Es la autoridad sanitaria nacional o local quien los define e incorpora para ser operados, teniendo en cuenta la relevancia del tema en una población determinada, utilizando para ello el Análisis de Situación de Salud- ASIS, y las características socioculturales que acompañan el evento e impiden su notificación rutinaria por otras estrategias institucionales y el acceso de las personas a la oferta social del estado.

Los complementarios surgen porque la RVSPC y el COVECOM pueden considerar necesario la vigilancia de uno o varios eventos no incluidos en el listado que define la autoridad sanitaria. Dichos eventos pueden ser de dos tipos: eventos de salud propiamente dichos y eventos críticos para la situación de salud de la comunidad.

Para ser eventos a vigilar, un evento o circunstancia debe reunir dos características:

- a) Ser identificado de forma mayoritaria por la comunidad, como resultado de un ejercicio de Diagnóstico Local Participativo.

- b) Ser susceptibles de intervención por parte de la comunidad, las instituciones sectoriales e intersectoriales, previos acuerdos entre las partes.

Diagnóstico local participativo

Se debe realizar un Diagnóstico Local Participativo para determinar cuáles son los posibles eventos a vigilar de acuerdo a las prioridades de la comunidad. Para ello se pueden utilizar distintas metodologías que pueden estar contenidas en la “Caja de Herramientas” de VSPC, las cuales deberán adecuarse al respectivo contexto local.

Todas estas metodologías exigen diferentes momentos, como son:

- 1 Identificación de problemas. Donde se destacan metodologías que permiten enfocarse en riesgos, enfermedades, problemas, determinantes sociales, entre otros.
- 2 Priorización de problemas. Se hace necesario que de todos los problemas identificados se opte por algunos de ellos inicialmente. Al igual que el anterior, existe diferentes formas de hacerlo, pero se recomienda el uso de la matriz desarrollada por la estrategia AIEPI por su simpleza y facilidad de comprensión (Ver Tabla 2)

Tabla 2: Matriz de priorización

PROBLEMAS	Magnitud ¿A quiénes afecta?		Gravedad ¿Tiene posibilidad de causar la muerte?		Viabilidad ¿Es posible resolverlo?		PUNTAJE
	A todos (2 ptos.)	A pocos (1pto.)	Si (2 ptos.)	No (1 pto.)	Si (2 ptos.)	No (1 pto.)	

Fuente: Adaptada de la guía de diagnóstico local participativo, componente comunitario de la estrategia AIEPI y Sistema de Vigilancia comunitaria SIVICO – Perú.

Una vez se tiene el problema priorizado, es necesario que se delimite el evento o eventos a vigilar.

En el caso de las problemáticas de salud y/o eventos de salud, pueden desprenderse dos tipos de eventos, susceptibles de vigilancia:

Evento de salud correspondiente a enfermedad reconocida. Es cuando la comunidad de manera independiente, o de común acuerdo con las instituciones, identifican una enfermedad o evento de salud reconocido, con evidente impacto sobre la población. Tal es el caso del accidente ofídico, la tungiasis, el tracoma, y algunas otras parasitosis en algunas regiones del país.

Ante estos eventos, se debe proceder a desarrollar las definiciones de forma conjunta entre comunidad e instituciones, definir la temporalidad del reporte, e incorporar las actividades respectivas acorde con el presente lineamiento.

Evento de salud correspondiente a enfermedad tradicional y/o popular. Es cuando la comunidad de manera independiente, identifica una enfermedad propia de su contexto sociocultural que genera un efecto sentido en la población. Tal es el caso de eventos conocidos como “descuaje”, “susto”, “frio de difunto”, “mal de ojo”, entre otros.

Ante estos eventos, la comunidad, apoyada por las instituciones participes tanto en la RVSPC, el COVECOM y demás Comités de Vigilancia en Salud Pública, deberán realizar el trabajo de documentar las formas como se identificaran los casos, las mejores formas de vigilarlos, y las acciones preventivas para los mismos.

Sobre los eventos de salud correspondientes a enfermedad tradicional y/o popular. En este caso es indispensable realizar la investigación participativa con la comunidad, de manera que la institucionalidad tenga un mayor conocimiento de estos eventos, de la historia natural de la enfermedad desde la perspectiva y cosmovisión de los participantes y para ello se podrán utilizar las siguientes preguntas orientadoras:

- ✿ ¿Cuál es el origen de esta enfermedad? (mitología, etiología)
- ✿ ¿Cómo se adquiere? (vías de transmisión, factores de riesgo)
- ✿ ¿Qué produce? (signos y síntomas)
- ✿ ¿Cómo se previene? (búsqueda y promoción de factores protectores, corrección de factores de riesgo)
- ✿ ¿Cómo se trata? ¹

De otra parte, se encuentran las situaciones o circunstancias relacionadas con el deterioro de la salud de la comunidad, que para efectos de este lineamiento denominaremos eventos críticos para la situación de salud de la comunidad. Como su nombre lo indica no constituyen enfermedades propiamente dichas, sino hechos, acontecimientos o sucesos presentes en un tiempo delimitado, los cuales pueden llevar a un deterioro inmediato o mediato la salud.

Dicho deterioro puede verse en individuos, familias, comunidades o poblaciones, por lo cual, podrían ser identificables en su relación con los estilos, las condiciones y los modos de vida. Algunas experiencias nacionales hacen mención a estos como Factores de Riesgo, otras como Determinantes Sociales de la Salud, y algunas como Determinaciones Sociales de la Salud y la Enfermedad. La opción por una u otra se liga a los direccionamientos definidos en el Plan de Salud Territorial, por lo cual su método, metodología y técnica de análisis deberá ser establecido localmente.

¹ Adaptado del documento de Sinergias: Fortaleciendo el conocimiento sobre la situación de salud en las comunidades: Vigilancia en salud pública institucional y comunitaria. Diciembre de 2012.

Evento crítico para la situación de salud de una comunidad: Corresponden a hechos, acontecimientos o sucesos que pueden llevar a un deterioro inmediato o mediato de la salud.

Ejemplos de ellos podrían ser fallecimiento de proveedor en una unidad doméstica, fallas y carencias en servicios públicos y de saneamiento básico, alteraciones de orden público, situaciones de discriminación o estigmatización, entre otras.

Será el COVECOM quien defina la respectiva necesidad de vigilancia y sugerirá los eventos respectivos. Debe quedar claro que bajo ningún caso la VSPC puede sustituir la realizada institucionalmente por el SIVIGILA.

Función de Despliegue Operativo de la Vigilancia

a. Recolección de información y notificación

- ✿ Informar, reportar y notificar mediante los mecanismos establecidos y pertinentes, la presentación o ausencia de los eventos bajo vigilancia.
- ✿ Sugerir nuevos eventos a vigilar acorde con la dinámica de la comunidad.
- ✿ Sugerir cambios a los mecanismos establecidos para informar, reportar y notificar los eventos bajo vigilancia.

Sobre la recolección de información y notificación de la RVSPC: En Colombia se ha hecho uso de medios escritos – notas, fichas especiales, fichas SIVIGILA -, orales – radioteléfono, telefonía fija y celular -, y virtuales – páginas web y aplicaciones para dispositivos móviles -, como herramientas de información y notificación de eventos por parte de la población. Es importante señalar que la elección de uno u otro debe estar acorde a las características de la comunidad, la zona o institución en la cual ella se encuentra, y los recursos disponibles por parte de la Entidad Territorial.

Como punto de partida se sugiere el uso de un medio escrito - en físico o electrónico - con datos básicos (Anexo 3). En el caso de zonas rurales dispersas, se podrá recibir la información y notificación mediante medios orales – radioteléfono, telefonía fija y celular -, para lo cual se sugiere unificar la recepción en una Unidad Primaria Generadora de Datos. Medios virtuales podrán ser usados en áreas con conectividad representativa, previa definición de los procesos de ingreso de dicha información.

b. Análisis e interpretación de la información

- ✿ Proponer elementos relevantes a tener en cuenta en el respectivo análisis del evento bajo vigilancia, que no sean susceptibles de recoger por el medio de información y notificación.

- ✿ Participar propositivamente en el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en el ejercicio de la RVSPC.
- ✿ Sugerir formas de análisis e interpretación de la información acorde con los referentes socioculturales de la comunidad.

Sobre el análisis e interpretación de la información de la RVSPC: En las Entidades Territoriales de categoría 1, 2 y 3, donde existe RVSPC y COVECOM de forma independiente, deberá desarrollarse, apoyados por la “Caja de Herramientas” de VSPC, una metodología que permita recuperar los aportes en el análisis e interpretación de la información de la comunidad. En las de categoría 4, 5 y 6, esta estará unificada a la del COVECOM.

El análisis e interpretación de la información de la RVSPC adquiere un talante especialmente importante en el caso de lo que hemos denominado “Evento de salud correspondiente a enfermedad tradicional o popular” y “Evento crítico para la situación de salud de la comunidad”. En el primero, se sugiere una aproximación intercultural, que debe ser desarrollado por el facilitador de la Red; para el segundo debe existir una opción territorial, la cual debe basarse en las decisiones locales.

c. Asesoría y apoyo a la autoridad sanitaria

- ✿ Recomendar las formas más adecuadas para la investigación, intervención y divulgación de la información realizadas por la autoridad sanitaria.
- ✿ Acompañar los procesos de investigación, intervención y divulgación de la información realizados por la autoridad sanitaria.
- ✿ Evaluar los procesos de investigación, intervención y divulgación de la información realizados por la autoridad sanitaria.

Sobre la asesoría y apoyo a la autoridad sanitaria de la RVSPC: Es necesario que la autoridad sanitaria mantenga una comunicación ágil con la RVSPC, y lo haga partícipe de las acciones que esta realiza. Esto permite reivindicar tanto a los integrantes como a la Red en sí misma, garantizando sostenibilidad en el tiempo. Así mismo, constituye un escenario propicio para el fortalecimiento de capacidades locales, mejorando la calidad de la información y la respuesta acorde al contexto.

Esta asesoría y apoyo es de particular importancia en aquellas zonas donde resida población de grupos raciales/étnicos. En ellos, esta instancia debe funcionar como instancia de concertación, y articularse a iniciativas de alcance mayor de las organizaciones de estas poblaciones.

Sobre la generación de respuestas a la RVSPC. Si bien la Red tiene unos fines establecidos, debe estar en conexión con una red sectorial e intersectorial de respuestas. Para poder construir estas es necesario tener un Mapa de Actores, semejante al que se ha realizado para la comunidad, pero de instituciones y organizaciones. Un ejemplo de ella es la utilizada por la estrategia AIEPI (Tabla 3).

Tabla 3. Matriz de actores sociales

Actores sociales identificados en la comunidad	¿Qué hacen? (Función principal en la comunidad)	Redes con las que cuentan (Estructura del actor)
Ej: Servicios de salud	Atender personas enfermas, campañas de prevención de la enfermedad...	1 médico, 1 enfermero, 3 promotores de salud...

Fuente. AIEPI Comunitario.

Esta Matriz de Actores Sociales deberá permitir la visualización de dicha Red de Respuesta e Intervención. Con ello se puede pasar a establecer un Plan de Acción, que debe contener las actividades a realizar, las formas como se hará, los recursos que se necesitan, los tiempos de realización y los responsables. En ello debe quedar muy clara, especialmente, la articulación con el COVECOM, como instancia superior inmediata, pero de igual manera con el SIVIGILA.

Se considera importante realizar el ejercicio de establecer Plan de Acción sobre los eventos de vigilancia de la RVSPC previo al inicio de la vigilancia. Con ello, queda claro los caminos de la vigilancia y de la respuesta necesaria a los mismos.

2. Conformación del Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria – COVECOM

El COVECOM hace parte de los Comités de Vigilancia en Salud Pública, reglamentados por el Decreto 3518 de 2006. Esta misma norma indica sus funciones respectivas:

- “a) Realizar el análisis e interpretación de la información generada por la vigilancia en salud pública y emitir las recomendaciones para la orientación en la toma de decisiones, diseño y desarrollo de las acciones de control de los problemas de salud de su área de jurisdicción;
- b) Asesorar y apoyar a la autoridad sanitaria territorial en la adopción, implementación y evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, de acuerdo con los lineamientos señalados por el Ministerio de la Protección Social;
- c) Recomendar la formulación de planes, programas y proyectos destinados a garantizar la gestión y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción;

- d) Asesorar a la autoridad sanitaria territorial sobre la investigación en salud que se deba realizar de acuerdo a las prioridades y lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social”¹ Error! Marcador no definido.

Para efectos de este lineamiento, el COVECOM es una instancia formal que tiene como sustrato la RVSPC. En las Entidades Territoriales de categoría 1, 2 y 3, este Comité deberá contar con representación acordada de la RVSPC, junto a:

- a. Representantes de las diferentes instancias de participación ciudadana y social en salud existentes en el territorio;
- b. Representantes de las áreas de atención del usuario de las entidades e instituciones relevantes del territorio, tanto sectoriales como intersectoriales;
- c. Representante de la autoridad sanitaria territorial, el cual debe estar vinculado a las áreas de Centro Nacional de Enlace (CNE) y el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE).
- d. Encargados a nivel territorial de los temas de violencia (policía) y primera infancia (ICBF).

Estas entidades tendrán la posibilidad de construir uno o varios COVECOM, según la dinámica de las comunidades existentes en el territorio. En el caso de optar por la creación de un único COVECOM, estos deberán contar con la representación de las diferentes RVSPC.

En las Entidades Territoriales de categoría 4, 5 y 6 el COVECOM podrá estar conformado por la misma RVSPC, por lo cual las acciones serían unificadas. Así mismo, podrá funcionar inserta en algún otro comité, consejo o mesa de carácter territorial, siempre y cuando en ella se encuentre la participación efectiva de los representantes ya señalados.

COVECOM en zonas urbanas de mediana y alta concentración: Como espacio de encuentro formal, el COVECOM en estas zonas deberá adecuarse a las dinámicas socioculturales propias de las comunidades e instituciones. Se debe velar por la mayor participación en las distintas acciones realizadas por este.

COVECOM en zonas rurales dispersas: Como espacio de encuentro formal, el COVECOM en estas zonas deberá aprovechar los espacios ya establecidos para encuentro formal en el marco de otros consejos, comités y mesas, previo acuerdo con los responsables de las mismas. En el caso de poblaciones de grupos raciales/étnicos u otros, podrán ser aprovechados, previos acuerdos con las formas organizativas de estos, los espacios de encuentro por ellos generados.

COVECOM en zonas de frontera: Como espacio de encuentro formal, el COVECOM de estas zonas recoge elementos de las zonas anteriores. Una diferencia fundamental con los anteriores, es que este en lo posible deberá contar con la participación de un representante de la instancia con funciones semejantes de la población fronteriza.

COVECOM en instituciones con población cautiva: Como espacio de encuentro formal, el COVECOM de estas instituciones puede estar conformado por la misma RVSPC, según tamaño de la institución. La Entidad Territorial, en cabeza de su autoridad sanitaria, podrá adoptar la forma más adecuada para el funcionamiento de este.

Funciones de Vigilancia en Salud Pública del Comité Vigilancia Epidemiológica Comunitaria

Siguiendo las funciones delimitadas para este último en la normatividad vigente, se considera que las funciones pueden ser agrupadas en tres ejes: 1. Recolección de información y notificación; 2. Análisis e interpretación de información; y 3. Asesoría y apoyo a la autoridad sanitaria

1 Recolección de información y notificación

- ✿ Establecer la pertinencia, sugerir adecuaciones y realizar modificaciones de los instrumentos de recolección de información y notificación utilizados por la RVSPC.
- ✿ Realizar el seguimiento al cumplimiento de las acciones, así como a la confiabilidad y confidencialidad de la información y notificación por parte de la RVSPC.
- ✿ Planear las acciones que redunden en el fortalecimiento de los integrantes de la RVSPC y COVECOM.

2 Análisis e interpretación de información

- ✿ Establecer la metodología pertinente para la discusión, análisis e interpretación de la información procedente la RVSPC.
- ✿ Levantar los “mapas de riesgo comunitario” de los eventos bajo vigilancia, y divulgar estos a la comunidad y al COVE territorial.
- ✿ Generar un mecanismo de “Alertas Comunitarias” orientado a dar respuesta con recursos propios e institucionales a la presencia de eventos bajo vigilancia.

Sobre el análisis e interpretación de información por parte del COVECOM. Los alcances y perspectivas del análisis e interpretación de la información en esta instancia, deriva del grado de consolidación tanto de la RVSPC como del espacio mismo. Este puede ser desde una simple enumeración de problemas desorganizados u organizados en las primeras etapas, pasando por análisis causa-efecto en las segundas, hasta llegar a un auténtico ejercicio de análisis por mecanismos como el “monitoreo participativo”³³. La estrategia de VSPC debe articularse al proceso de construcción y actualización del análisis de situación en salud (ASIS).

El facilitador de la Entidad Territorial, acorde con el seguimiento que realice al COVECOM irá ajustando las metodologías, las cuales deberán incluirse en la “Caja de Herramientas” de la VSPC.

3 Asesoría y apoyo a autoridad sanitaria

- ☼ Realizar el seguimiento a los casos en investigación e intervención del SIVIGILA, velar por la retroalimentación a la comunidad de los resultados, e informar a la autoridad sanitaria cuando esto no ocurra.
- ☼ Proponer y establecer en conjunto con la autoridad sanitaria, las alternativas de investigación, intervención y comunicación más apropiada a la comunidad.
- ☼ Establecer canales de comunicación con el COVE, con las entidades responsables del aseguramiento y la prestación de servicios, y con la autoridad sanitaria, que favorezcan la recepción y pronta respuesta a los eventos reportados.
- ☼ Proponer estandarización de actividades de vigilancia para los eventos, así como proponer los nuevos eventos o situaciones a ser vigiladas.

Sobre el funcionamiento del COVECOM. Como espacio de encuentro formal, el COVECOM deberá contar con un cronograma anual para sus reuniones, la definición de una metodología para las mismas, y la formalización de sus resultados mediante actas y acuerdos.

Así mismo, el COVECOM deberá delegar unos representantes, los cuales tendrán la función de divulgar los resultados de su trabajo al COVE, donde estos resultados aportarán al análisis territorial.

3. Responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco de la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria.

En la medida que se incentive la estrategia de VSPC es fundamental que las instituciones fortalezcan su capacidad de respuesta sectorial y de coordinación intersectorial para atender oportunamente las situaciones que así lo requieran. Si las comunidades comunican oportunamente situaciones que requieren atención y no reciben la retroalimentación o la intervención apropiada se profundizará la pérdida de credibilidad en las instituciones del sector y no será viable la estrategia. A continuación se proponen unas funciones básicas de los actores del SGSSS para hacer factible la VSPC:

Superintendencia Nacional de Salud.

- ☼ Velar por el cumplimiento de las funciones establecidas en el presente lineamiento para los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ministerio de Salud y la Protección Social.

- ☼ Establecer los lineamientos para la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria y definir la fuente de recursos que las entidades territoriales deberán utilizar para implementar la estrategia.
- ☼ Establecer eventos, factores de riesgo y/o determinantes básicos susceptibles de ser objeto de la estrategia de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria.
- ☼ Establecer la “Caja de Herramientas” de instrumentos y metodologías a ser usada en el marco de la estrategia de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria.

- ✿ Desarrollar asesoría y asistencia técnica a las Entidades Territoriales en la implementación de la estrategia de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria.

Instituto Nacional de Salud (INS) / Centro Nacional de Enlace.

- ✿ Establecer lineamientos técnicos y definir los medios que permitan a las Entidades Territoriales la implementación del Sistema de Vigilancia con base Comunitaria y su articulación efectiva y sostenible con el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.
- ✿ Realizar monitoreo de medios de comunicación y rumores provenientes de la comunidad y el proceso de confirmación o descarte

Secretarías de Salud Departamentales.

- ✿ Adoptar, adecuar y adaptar el presente lineamiento en coordinación con los diferentes actores de su territorio.
- ✿ Velar y vigilar la aplicación de las acciones contenidas en el presente lineamiento
- ✿ Incluir la VSPC en el plan operativo anual, garantizando los recursos necesarios para su implementación, incluyendo la designación de una persona responsable de la estrategia en la entidad territorial.
- ✿ Articular la estrategia de VSPC al proceso de construcción del ASIS.
- ✿ Concurrir oportunamente ante la notificación comunitaria de la ocurrencia de eventos, brotes o epidemias o muerte que por sus características sean de interés en salud pública.
- ✿ Brindar asistencia técnica permanente a los municipios
- ✿ Contar con un Equipo de Respuesta Inmediata –ERI–
- ✿ Propiciar espacios intersectoriales para abordar y resolver la problemática que trascienda los alcances de la salud.
- ✿ Gestionar de manera eficaz y oportuna, el traslado y la atención de aquellos pacientes detectados por la comunidad, que requieran atención en salud en un nivel de mayor complejidad, en el caso de personas vinculadas.

Secretarías de Salud Municipales.

- ✿ Adoptar, adecuar y adaptar el presente lineamiento en coordinación con los diferentes actores de su territorio.
- ✿ Incluir la VSPC en el plan operativo anual, garantizando los recursos necesarios para su implementación, incluyendo la designación de una persona responsable de la estrategia en la entidad territorial.
- ✿ Articular la estrategia de VSPC al proceso de construcción del ASIS
- ✿ Brindar acompañamiento en los procesos de implementación y conformación de la vigilancia comunitaria
- ✿ Apoyar en la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones de vigilancia comunitaria en su jurisdicción

- ✿ Capacitar a la comunidad y a los miembros de la red en el sistema de vigilancia basado en la comunidad previa coordinación con los miembros de la misma.
- ✿ Apoyar el análisis de la información generada en los procesos de observación de la vigilancia comunitaria
- ✿ Realizar intervención e investigación de eventos de interés en salud pública en coordinación con la comunidad
- ✿ Explicar los resultados de las investigaciones e intervenciones a los diferentes actores de la Entidad Territorial, incluyendo siempre la retroalimentación a la comunidad.
- ✿ Actuar como veedor de los procesos de implementación y de compromisos interinstitucionales
- ✿ Propiciar espacios intersectoriales para abordar y resolver la problemática que trascienda los alcances de la salud

Empresas promotoras de salud (EPS).

- ✿ Garantizar la prestación de los servicios de salud a su población afiliada
- ✿ Gestionar de manera eficaz y oportuna, el traslado y la atención de aquellos pacientes detectados por la comunidad, que requieran atención en salud en un nivel de mayor complejidad

Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

- ✿ Hacer recepción de interconsultas y pacientes identificados comunitariamente.
- ✿ Realizar los procesos de referencia y contrarreferencia según evaluación individual de cada caso
- ✿ Realizar notificación al ente territorial de aquellos eventos objeto de vigilancia y control en salud pública
- ✿ Disponibilidad permanente de equipo médico de respuesta inmediata para intervención ante la ocurrencia de brotes o epidemias que requieren este tipo de intervención

Comunidad.

- ✿ Desarrollar las actividades definidas en el presente lineamiento de forma autónoma y voluntaria.

Sobre la gestión del conocimiento en Vigilancia en Salud Pública Comunitaria. La gestión del conocimiento constituye una función transversal de los distintos actores, quienes contribuyen a conocer las particularidades y/o similitudes de las Entidades Territoriales, con miras a facilitar la generación de respuestas idóneas a las problemáticas de salud y la calidad de vida.

4. Monitoreo de la estrategia de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria.

La estrategia de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria será monitoreada por cada autoridad sanitaria teniendo en cuenta la operación de la RVSPC y del COVECOM, mediante indicadores de estructura, de proceso y de resultado.

Indicadores para la RVSPC

Estructura de la Red

Redes funcionales en la Entidad Territorial:

- Proporción de redes funcionales de manera sostenida en el territorio respectivo, con mapeo de actores respecto a las redes inicialmente definidas.

Proceso de la Red

Cumplimiento de actividades.

- Proporción de eventos analizados por la red respecto a los eventos identificados y notificados por la red.
- Proporción de eventos en los que la red apoyó y asesoró a la autoridad sanitaria.

Resultados de la Red

Análisis y respuestas ante la notificación.

- Proporción de eventos notificados llevados a análisis en el COVECOM – COVE.
- Proporción de análisis de los eventos notificados divulgados a los nodos de la red.
- Proporción de eventos notificados por la red con respuesta institucional y comunitario – Planes de Acción.

Indicadores para el COVECOM

Estructura del COVECOM

COVECOM en la Entidad Territorial.

- proporción de COVECOM funcionales en el territorio, soportados por al menos una reunión trimestral.
- Proporción de miembros del COVECOM activos y con datos para ubicación.

Proceso del COVECOM

Cumplimiento de actividades.

- Proporción de eventos analizados en COVECOM respecto a todos los notificados por la red.
- Proporción de eventos analizados transmitidos al COVE.

Resultados del COVECOM

Respuestas ante eventos transmitidos al COVE.

- Proporción de eventos transmitidos al COVE con respuesta – Plan de Acción.
- Proporción de respuestas –Planes de Acción – del COVE con seguimiento del COVECOM.
- Participación de los miembros del COVECOM en la respuesta institucional.

Flujo de la información en Vigilancia en Salud Pública Comunitaria

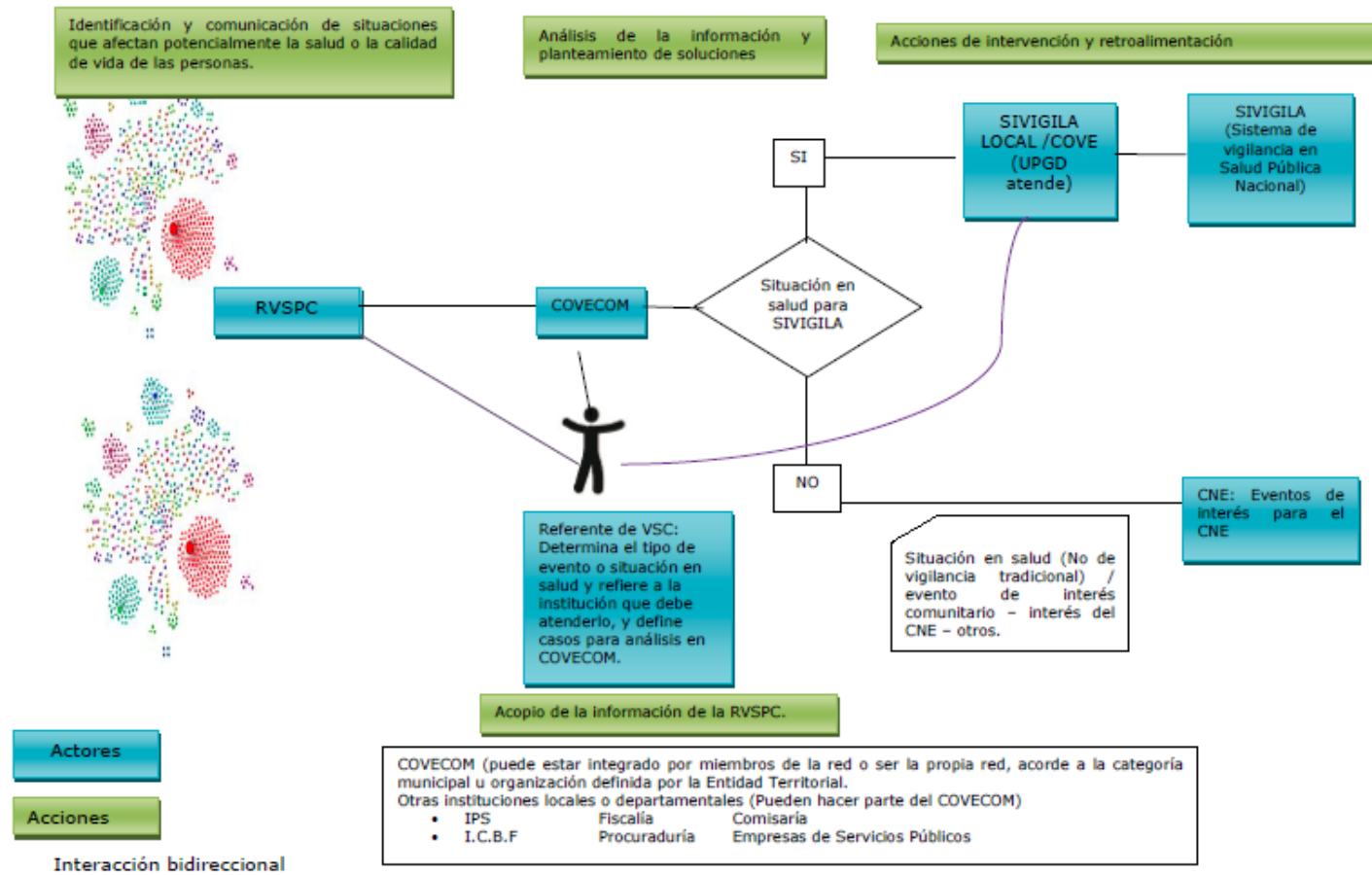


Ilustración 1 Flujo de la información en Vigilancia en Salud Pública Comunitaria

Anexos

Anexo 1: Eventos Básicos a ser incluidos en la estrategia de vigilancia con base comunitaria sugeridas

A continuación se presenta el listado de los eventos, factores de riesgo y/o determinantes a vigilar definidos como prioritarios por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este listado debe ser actualizado mediante circular anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social y deberá ser adecuado por cada Entidad Territorial de acuerdo a las condiciones socioculturales de su población.

EVENTOS BÁSICOS
EVENTOS RELACIONADOS CON LA MATERNIDAD SEGURA • Situación de riesgo en mujer gestante. • Parto extrainstitucional. • Embarazo en adolescente
VIOLENCIA • Sexual • Psicológica • Física • Privación y o descuido • Ámbito escolar y/o acoso escolar • Conflicto armado • Explotación sexual comercial, de niños, niñas y adolescentes.
LESIONES POR PÓLVORA

Anexo 2: Definiciones sugeridas de eventos básicos, factores de riesgo y/o determinantes objeto de la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria

EVENTOS RELACIONADOS CON LA MATERNIDAD SEGURA

Los eventos de Vigilancia en Salud Pública rutinarios son la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y sífilis gestacional. Dado que la VSPC excede los espacios para hacer estos reportes, se considera que la prioridad es garantizar el derecho a acceder a las atenciones de detección de alteraciones de la gestación con el prestador de servicios, el cual deberá realizarla con la respectiva garantía de derechos.

Acorde con ello, la RVSPC y el COVECOM se orientarán al reporte de las gestantes del territorio, a la sensibilización en derechos humanos sexuales y reproductivos de las mujeres en gestación, incluyendo los métodos de planificación tanto tradicionales, como modernos, enfatizando en la identificación del riesgo asociado a su situación de salud y el contexto que la rodea. Esta última incorporaría situaciones como la falta de red de apoyo o ausencia del padre del menor o la familia; baja percepción del riesgo de la gestación en edades extremas de la vida considerado como riesgo biológico - adolescentes y mayores de 37 años -; enfermedades de base como diabetes, hipertensión, obesidad o desnutrición; así como identificar riesgos posibles de acceso a los servicios de salud, barreras invisibles, entre otros.

Otros eventos de precursores de la Morbilidad Materna que se podrían reportar se relacionan más con si la mujer gestante probablemente está en exposición a violencia, en estado de malnutrición o desnutrición o si se trata de una menor adolescente lo que da prioridad al reporte.

1 Situación de riesgo en mujer gestante

Definición comunitaria propuesta: Toda mujer que evidencie o manifieste estar en gestación y se encuentre en riesgo de no haber accedido a controles prenatales ó se encuentre expuesta a violencia doméstica ó abandono, adolescente gestante (< 15 años) ó mujer gestante en cualquier situación adicional definida por la comunidad para ser reportada a la entidad territorial, esto vincula situaciones como: mujer que vive en zona urbana o rural con dificultades de transporte desde su residencia hasta el lugar de atención en salud, mujer con hijos pequeños y sola que no se desplaza por no dejarlos solos, entre otras situaciones que puedan generar un riesgo, como el desconocimiento de sus derechos en salud y bienestar social - subsidios y alimentos por parte de la entidad territorial o entidades como I.C.B.F.

Temporalidad del reporte: Inmediata

2 Parto extrainstitucional

Definición comunitaria propuesta: Toda mujer que presenta parto con o sin alumbramiento fuera de la institución, sea detectada en el momento del parto o por referencia de parto en casa de menos de tres meses sin asistencia hospitalaria posterior.

Toda mujer atendida en su domicilio por partera o comadrona pero que no ha asistido a control en institución hospitalaria luego del parto, pos parto hasta tres meses.

Temporalidad del reporte: Semanal o inmediato acorde a situación clínica de la madre o de su hijo. Se reporta la madre y el menor nacido vivo o mortalidad perinatal no denunciada.

Se propone que para el análisis de estos eventos se tenga en cuenta el modelo de las tres demoras propuesto por el equipo de Deborah Maine³⁴, adaptado en el protocolo del INS, se debe definir con la comunidad los riesgos a vigilar con relación a la gestante. En el anexo 2 se describe este modelo

VIOLENCIA

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones

3 Violencia

Definición comunitaria propuesta:

Sexual. Todo menor, mujer, anciano o persona en situación de discapacidad que refiera insinuaciones, comentarios sexuales o acceso carnal por parte de una persona independientemente que sea familiar o no.

Psicológica. Toda persona que refiera ser humillada de forma repetitiva o donde se observe de manera constante mal trato verbal (gritos, insultos y descalificaciones con palabras hirientes)

Física. Toda persona, en especial menores, mujeres, ancianos o personas con discapacidad que presente moretones, golpes, quemaduras o agresiones sin causa aparente y de forma repetitiva.

Privación y/o descuido: Todo menor, adulto mayor o persona en situación de discapacidad que no salga de la casa porque se encuentra confinado manera obligada y en condiciones sanitarias y de habital inadecuadas.

Menor, adulto o persona en situación de discapacidad que tengan deterioro en los ámbitos de salud y/o educación por causa de omisión por parte de los familiares o cuidadores teniendo las posibilidades de hacerlo

De ámbito escolar: Niño que llega del colegio corriendo al baño, con hambre, ansioso, no duerme presenta ojeras, no juega con amigos y refiere no querer ir al colegio o que manifiesta agresión por parte de compañeros.

Temporalidad del reporte: Inmediata.

LESIONES POR PÓLVORA

4 Vigilancia comunitaria de las lesiones por pólvora

Definición comunitaria propuesta:

Toda persona, en especial menores que presenten quemaduras, ampollas o enrojecimiento en cualquier parte del cuerpo causadas por la manipulación y/o exhibición de pólvora, independiente si se conoce o no que hayan sido llevadas a un servicio de salud.

Temporalidad del reporte: Inmediato

Anexo 3: Eventos, factores de riesgo y/o determinantes complementarios sugeridos como objeto de la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria

BROTOS E INTOXICACIONES

Por brote se entiende la situación en que dos o más personas presentan un conjunto de signos y síntomas similar. Habitualmente suelen ser de tipo infeccioso, y afectan al sistema respiratorio, nervioso y gastrointestinal.

Estos se presentan con frecuencia en el núcleo familiar, pero tienen la probabilidad de masificarse o convertirse en una epidemia en lugares con agrupación voluntaria o involuntaria de personas: escuelas y colegios, instituciones de protección, cárceles, distritos militares, entre otros.

Un requisito fundamental para la prevención de los brotes es que la autoridad sanitaria de la Entidad Territorial reconozca los lugares susceptibles de presentar este tipo de eventos. Una vez reconocidos, debe establecer un diagnóstico de riesgos, un plan de mejoramiento, y establecer las acciones pertinentes para prevenir o mitigar la presencia de estos. Estas acciones exceden al presente lineamiento.

Brotes en comunidades en zonas rurales dispersas de grupos étnicos/raciales: En estos territorios suelen presentarse Enfermedades Respiratorias Agudas, Hepatitis del tipo A y B – que puede estar acompañada del virus delta -, y Enfermedades Diarreicas Agudas. Estos brotes pueden causar especial impacto en aquellas comunidades más alejadas, de difícil acceso y poco contacto con las cabeceras municipales.

Brotes en instituciones penitenciarias carcelarias: En estas, el hacinamiento constituye el principal factor de riesgo, lo cual permite la transmisión Enfermedades Respiratorias Agudas, así como de la Tuberculosis. El SIVIGILA reporta principalmente ETAs, con afectación masiva no letal, la cual se asocia a mala conservación de los alimentos.

Brotes en instituciones escolares: En estas se reconoce la presencia de un pico en la presencia de Enfermedades Respiratoria Agudas en los meses de marzo a junio, el cual se correlaciona con la época invernal y escolar. La vigilancia de ausentismo escolar; así como la vigilancia de síndromes febriles y respiratorios dentro de los menores asistentes a clases, pueden proponerse como parte de la VSPC a desarrollar por integrantes de la RVSPC vinculados a estas instituciones.

5 Brotos para enfermedades infecciosas.

Definición comunitaria de brotes para enfermedades infecciosas: Dos o más personas muertas en la misma comunidad y/o localidad y no se conocen las causas.

O toda situación en la que dos o más personas que conviven en el hogar, finca, cuadra, vereda, celda, salón de clase presentan signos y síntomas similares como fiebre, malestar general, asociados a manifestaciones:

Respiratorias:

Adultos: Dificultad para respirar.

Niños y niñas: Con o sin ahogo, con o sin color morado en la boca, con o sin costillas visibles al respirar, con o sin irritabilidad, con o sin somnolencia, con o sin salida de mucosidades por nariz y boca.

Nerviosas:

Adultos: Dolor de cabeza intenso, con o sin náuseas, con o sin vómito, con o sin cambios del comportamiento.

Niños y niñas: Irritabilidad o somnolencia, al movilizarles la cabeza se tornan se quejan, con o sin vómito, con o sin brote en el cuerpo de color rosado o rojo.

Temporalidad del reporte: Inmediato.

6 Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETAs

Definición comunitaria propuesta: Dos o más personas que conviven en un mismo lugar, o que comieron en el mismo lugar que presentan antes de 12 horas: diarrea, vómito, malestar general tras el consumo de los mismos alimentos.

Brote de ETA: dos personas o más que luego de un evento social o comunitario presentan malestar general, diarrea, náusea, vómito y se sospecha de los alimentos servidos en el evento.

Temporalidad del reporte: Inmediato

Nota de VSC: Se debe generar en cada institución y con la entidad coordinadora de la RVSC, los planes de atención inmediata mientras se activan los equipos de cada territorio o se genera concurrencia por parte del INS. Es de anotar que estos planes hacen parte del Plan de Emergencia Territorial como atención de emergencias de tipo sanitario.

7 Intoxicación por Metanol.

Definición comunitaria propuesta:

Toda persona que presente pérdida de visión, dolor de cabeza intenso, dolor de estómago, náuseas y vomito posterior a la ingesta de alcohol durante las siguientes 30 horas.

Temporalidad del reporte: Inmediato

ZOONOSIS

8 Rabia – exposición a animal potencialmente trasmisor de la rabia.

La vigilancia de este evento se relacionará con la vigilancia de los quirópteros, ya que son los reservorios el virus de la rabia y reporte de personas que tuvieron exposición o no exposición al virus de la rabia pero NO consultaron al médico.

Vigilancia comunitaria de la Rabia

Definición comunitaria propuesta con relación a la vigilancia de los quirópteros:

Presencia de murciélagos hematófagos de día o de noche; con o sin evidencia de haber mordido ganado, animales domésticos o personas.

Presencia de murciélagos no hematófagos con comportamiento torpe, vuelo irregular, caídas o similares que no son habituales.

Temporalidad del reporte: Inmediato

Reporte de personas con exposición o no exposición a animales potencialmente transmisores de la rabia: Persona que manifieste haber sido mordida, lamida en área o piel lesionada o rasguñada por un animal doméstico no observable, o animal salvaje mamífero que no haya consultado en el momento del accidente a un servicio de salud, máximo 15 días desde el ataque del animal.

Temporalidad del reporte: Inmediato

Reporte de animales domésticos con o sin dueño con comportamiento anormal: Todo animal que presente comportamiento agresivo inexplicable, sin haber sido provocado.

Todo quiróptero que presente vuelo tórpido, caídas o comportamiento anormal sea o no sea hematófago.

Temporalidad del reporte: Inmediato.

Nota de VSPC: Las mordeduras por animales potencialmente transmisores de rabia deben ser atendidas en todos los servicios de salud como una urgencia, independiente de si el animal está vacunado o no. Este es uno de los eventos que mayor trabajo educativo demanda para la comunidad, ya que no es fácil establecer si es una exposición o no lo es,

incluso para el personal sanitario. Igualmente demanda la observación de los animales a cargo de saneamiento básico o quien cumpla esas funciones.

Análisis comunitario del evento en COVECOM: Se debe analizar la situación de vacunación de los animales domésticos - gatos y perros -, así como la situación o presencia de quirópteros hematófagos, los cuales ameritan intervención por los expertos del Instituto Colombiano Agropecuario – ICA - o quien cumpla esas funciones. Se debe educar a la comunidad para que no sea asesinado el animal que ataca, así como entrenado para saber diferenciar los murciélagos hematófagos de las otras variedades, para evitar que se generen acciones que alteren el medio ambiente de estos animales necesarios para mantener el equilibrio del ecosistema.

Los casos de exposición deben ser analizados en el COVECOM acorde al protocolo y se debe hacer seguimiento a la terminación de esquemas e vacunación de las personas que lo requieren.

EVENTOS DE VIGILANCIA COMUNITARIA EN FRONTERAS

El Reglamento Sanitario Internacional señala la necesidad de vigilar algunos eventos que pueden ingresar por las fronteras. Para el caso de poblaciones fronterizas, se seleccionan algunos de estos eventos que pueden ser objeto de la acción de la RVSPC y el COVECOM.

9 Evento Similar a Influenza – Infección Respiratoria Aguda Grave. Enfermedad respiratoria por virus nuevo.

Definición comunitaria propuesta:

Toda persona con fiebre alta y dificultad respiratoria que hubiera estado en otro país o en contacto con personas de otro país hasta siete días antes del inicio de los síntomas.

Temporalidad del reporte: Inmediato.

Nota VSC: Definir con el COVECOM las situaciones relacionadas con el tránsito por fronteras que puedan representar un riesgo para la salud de la comunidad, puede ser riesgos por consumo o por contacto con personas.

10 Situación en salud: Turistas, viajeros y personal de paso en mal estado general evidente o fiebre alta.

Definición comunitaria propuesta: Toda persona sea menor o adulta que se encuentre de paso o turismo en zona de frontera y presente fiebre, malestar general entre otros síntomas que no lleva más de siete días en el país.

Temporalidad del reporte: Inmediato.

INMUNOPREVENIBLES

La Organización Panamericana de la Salud – OPS -, sugiere clasificar este tipo de eventos en erradicables, eliminables o controlables, lo cual se encuentra relacionado con los medios posibles de intervención, es decir, la existencia de vacunas para prevenirlos, la generación de inmunidad temporal o permanente por estas vacunas, la existencia de reservorio humano o de otras especies, y la capacidad de los países de realizar las actividades que permitan reducir su morbilidad y/o mortalidad³⁵.

Control de una enfermedad. Se refiere a la aplicación de medidas poblacionales dirigidas a reducir la incidencia de la enfermedad a un nivel en el que deje de constituir un problema de salud pública. Estas medidas se dirigen principalmente a reducir la morbilidad y mortalidad de la enfermedad objeto de control.

Eliminación de una enfermedad. Se refiere a la aplicación de medidas poblacionales dirigidas a conseguir una situación de eliminación es decir, aquella en la cual no existen casos de la enfermedad, aunque persistan los factores que potencialmente pueden producirla, como la presencia del agente en el medio ambiente.

Erradicación de la enfermedad. Se refiere a la aplicación de medidas poblacionales dirigidas a conseguir la erradicación de una enfermedad, es decir, aquella en la cual no solamente se han eliminado los casos sino las causas de la enfermedad, en particular el agente, a nivel global.

Situaciones en salud relacionadas con inmunoprevenibles, objeto de la VSPC:

11 Vigilancia de la garantía del derecho a la vacunación de los menores de edad.

Definición comunitaria propuesta: Todo menor de un año, cuya familia no presente carné de vacunación, o las vacunas no estén al día, o refieran que no desean vacunarlo. Menores de uno a cinco años sin antecedentes de vacunación o sin carné que certifique su estado vacunal.

12 Polio -Parálisis Flácida Aguda

Definición comunitaria propuesta: toda niño o niña de edad igual o menor a los 15 años con pérdida de la fuerza en piernas y/o brazos que le impida caminar normalmente o de forma permanente sin haber tenido un accidente o traumatismo previo, no mayor de quince días desde el inicio de los síntomas y que no ha recibido atención médica.

Temporalidad del reporte comunitario: Inmediato

Nota para la VSPC: Se considera que este tipo de eventos serán en su mayoría llevados a los servicios de salud por la gravedad y agudeza del caso. La vigilancia de este evento sirve para verificar si fue notificado por la UPGD correspondiente y las muestras fueron garantizadas, ya que por ser el polio una enfermedad en erradicación es relevante que el prestador cumpla con el protocolo al 100%. Para la comunidad es relevante conocer la historia del polio y porque se está erradicando; en este punto es importante que en el

COVECOM se hable de la erradicación de Viruela para que se comprenda el contexto e importancia del evento.

Análisis comunitario del evento en COVECOM: Verificar que en la UPGD el evento hubiera sido verificado, el líder de la vigilancia comunitaria deberá confirmar con el de la vigilancia epidemiológica, si el caso cumplía con la definición INS y en tal aspecto se debe verificar todas y cada una de las acciones de intervención tanto individuales como colectivas contempladas en el protocolo.

13 Sarampión y Rubéola

Para facilitar la vigilancia de estos dos eventos, el INS ha decidido hacer la vigilancia conjunta, ya que clínicamente son muy similares.

Definición comunitaria propuesta: toda persona con fiebre **y** salpullido en la piel –brote - generalmente de color rosado o rojo además que no ha recibido atención médica. Si la persona vive en zona endémica para Dengue, es relevante indicar que puede también ser esa enfermedad.

Temporalidad del reporte comunitario: Inmediato

Nota para la VSPC: se debe resaltar que son eventos en eliminación para que la comunidad entienda la relevancia de su reporte, ya que los diagnósticos diferenciales son subestimados tanto por clínicos, e incluso muchas familias deciden no consultar por la benignidad de los cuadros diferenciales - roséola, parvovirus, eritema infeccioso, erisipela, dengue etc.

Análisis comunitario del evento en COVECOM: Verificar que en la UPGD el evento hubiera sido verificado, el líder de la vigilancia comunitaria deberá confirmar con el de la vigilancia epidemiológica, si el caso cumplía con la definición INS y en tal aspecto se debe verificar todas y cada una de las acciones de intervención tanto individuales como colectivas contempladas en el protocolo.

14 Tos Ferina

Definición comunitaria propuesta:

Niños: Niños y niñas que presentan vomito después de toser, ahogo o que se ponga morado tenga o no fiebre. Todo niño que se quede sin respiración por momentos – apnea- además que no ha recibido atención médica.

Adultos: Todo adulto con vómito o náuseas después de toser o todo adulto con tos de más de 15 días sin otro síntoma que además que no ha recibido atención médica.

Temporalidad del reporte: inmediato.

Nota VSPC: La Tos Ferina es una enfermedad endémica en Colombia. El esquema de vacunación tradicional incluye la vacuna para esta enfermedad. Sin embargo su primera dosis se aplica a los dos meses, por lo cual los niños menores de esta edad tienen alto

riesgo de contraer la enfermedad, enfermar muy gravemente o morir. Al momento de realizar las visitas es importante verificar los contactos y cuidadores cercanos del menor lactante como la madre, abuelos, otros familiares que se encuentren tosiendo y reportarlos también.

Análisis comunitario del evento en COVECOM: Verificar que en la UPGD el evento hubiera sido verificado, el líder de la vigilancia comunitaria deberá confirmar con el de la vigilancia epidemiológica, si el caso cumplía con la definición INS y en tal aspecto se debe verificar todas y cada una de las acciones de intervención tanto individuales como colectivas contempladas en el protocolo, incluyendo la quimioprofilaxis a contactos sintomáticos.

15 Tétanos Accidental

Definición comunitaria propuesta: toda persona con antecedente de herida cortante, cortopunzante o corto-contundente, que presente fiebre y malestar general y no haya accedido a la atención médica, hasta un mes desde el inicio de síntomas.

Temporalidad del reporte: inmediato

16 Meningitis

Definición comunitaria propuesta:

Niños y niñas lactantes menores de un año: Todo menor que tenga fiebre y se encuentre irritable o somnoliento o presente: vómito, irritabilidad al movilizarle la cabeza, o la mollera abombada además que no ha recibido atención médica.

Niños mayores de 1 a 10 años: Todo menor que presente fiebre, malestar general, irritabilidad o somnolencia o presente: vómito, irritabilidad al moverle la cabeza además que no ha recibido atención médica.

Mayores de 10 años: Todo menor o adulto con fiebre, dolor de cabeza, dolor al movilizar la nuca hacia delante, tenga o no tenga: náuseas, vómito, comportamiento extraño, deterioro de la conciencia además que no ha recibido atención médica.

Temporalidad del reporte: inmediato

Análisis comunitario del evento en COVECOM: Verificar que en la UPGD el evento hubiera sido verificado, el líder de la vigilancia comunitaria deberá confirmar con el de la vigilancia epidemiológica, si el caso cumplía con la definición INS y en tal aspecto se debe verificar todas y cada una de las acciones de intervención tanto individuales como colectivas contempladas en el protocolo del INS, esto incluye la quimioprofilaxis acorde a las indicaciones del protocolo INS.

TRANSMISIBLES – MICOBACTERIAS

17 Tuberculosis

Definición comunitaria propuesta: toda persona que presente tos con flemas o gargajos – expectoración - por más de 15 días además que no ha recibido atención médica.
Todo niño que convive con una persona diagnosticada de Tuberculosis.
Todo adulto que refiera se ha quedado sin voz (disfonía) más de dos veces en un año.
Temporalidad del reporte: Semanal

18 Lepra

Definición comunitaria propuesta: Toda persona que presente una mancha, que al ser tocada con la punta de un esfero o un palillo de madera, no duele o no siente nada. La mancha puede ser más clara que el color de piel de la persona o roja.
Toda persona que presente tubérculos o nódulos como cauchos o gomas en la piel y/o con úlceras en los pies que son indoloras y/o que refiera tener sensación de corrientazos en las piernas o en los brazos de más de 6 meses de evolución además que no ha recibido asistencia médica.
Temporalidad del reporte: Semanal

Nota de VSPC: Es relevante que en cada región se conozca la carga de enfermedad ya que esto aumenta la probabilidad de encontrar casos de Lepra sin diagnosticar. Se sugiere revisar el documento “Plan estratégico contra la Lepra en Colombia” para ver los mapas de carga por regiones. La Lepra es una enfermedad con tratamiento, es importante resaltar que en la medida que la persona ha perdido sensibilidad en sus miembros sobretodo inferiores, o los hallazgos son úlceras o deformación en dedos de las manos o los pies, mayor es el avance de la enfermedad, por eso lo ideal es detectar los casos cuando están apareciendo las manchas. Se debe entrenar a los participantes de la RVSPC en hacer la valoración de las manchas en la piel de manera adecuada. Se sugiere, igualmente, la “Guía de detección de la Lepra” de la DAHW que es muy completa y tiene apartes dirigidos a la detección en la comunidad.

Análisis comunitario del evento en COVECOM: Verificar que en la UPGD se haya generado el diagnóstico o descarte de la enfermedad de manera adecuada. En caso de ser positivo se debe brindar acompañamiento a la persona, se recomienda la Rehabilitación Basada en la Comunidad - RBC. La Lepra sigue generando en algunos territorios estigma y discriminación a quienes la padecen, por lo cual es importante que el líder de la vigilancia comunitaria como de la vigilancia en salud pública, aborden el tema desde el punto de vista de derechos y tratamiento de la enfermedad.

El enfermo de Lepra se debe seguir toda la vida, y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB - son responsables de garantizar las valoraciones necesarias para establecer el grado de discapacidad del paciente con Lepra y las estrategias de cuidados, prevención de lesiones en pies, manos y ojos, como leproreacciones.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

19 Dengue

Vigilancia comunitaria del Dengue

Definición comunitaria propuesta:

Todo niño con fiebre alta y malestar general proveniente de zona endémica de Dengue además que no ha consultado a los servicios de salud.

Adultos: Persona con fiebre alta, malestar, dolor en los huesos que puede o no presentar: dolor abdominal, brote de color rojo en todo el cuerpo que no ha consultado a los servicios de salud.

Temporalidad del reporte: Inmediato

Vigilancia de focos vector transmisor del Dengue

Definición comunitaria propuesta:

Se propone que los miembros de la RVSPC y COVECOM reporten a la entidad territorial los focos donde se identifiquen larvas, pupas o zancudos relacionados con el Dengue - en la medida que se va entrenando los integrantes de la red ellos pueden identificar y diferenciar el vector *A. aegypti* - pero en principio el reporte de “moscos o zancudos” creciendo en aguas limpias y estancadas es suficiente.

Temporalidad del reporte: Semanal

Nota VSC: Se debe entrenar a los integrantes de la red para control de focos, lavado de depósitos y control con peces. Desestimular el uso de control químico.

20 Malaria

Definición comunitaria propuesta:

Todo niño o adulto proveniente de zona endémica de malaria que presente fiebre, malestar general, puede o no tener color amarillento en la piel además que no ha consultado a los servicios de salud.

Toda gestante tenga síntomas o no, que vive en zona endémica de malaria además que no ha consultado a los servicios de salud.

Temporalidad del reporte: Inmediato

21 Leishmaniasis

Definición comunitaria propuesta:

Toda persona de zona endémica que luego de haber sido picado por un mosquito, zancudo, chupo o pito presenta una lesión en la piel, del tamaño que sea, muy dolorosa o una úlcera dolorosa en boca y nariz o toda persona de zona endémica que sienta o

determine tiene el hígado grande, le duele el abdomen con o sin fiebre, malestar general y sangrados, además que no haya consultado a los servicios de salud.

Temporalidad del reporte: Inmediato

FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL Y DEL CONSUMO

22 Hepatitis A

Definición comunitaria propuesta:

Persona con malestar general, que se torna amarillenta, no quiere comer, puede tener o no fiebre y la orina es muy amarilla color colombiana o coca cola en contraste con materia fecal muy clara o casi blanca.

Temporalidad del reporte: Inmediato

Nota de VSPC: En comunidades indígenas se presentan brotes de Hepatitis B, es importante en los territorios con población indígena hacer la vigilancia de ambos tipos de Hepatitis.

EVENTOS DE VIGILANCIA COMUNITARIA EN FRONTERAS

23 Cólera

Definición comunitaria propuesta: Adulto o niño que estuvo previamente en un país fronterizo y presenta diarrea como agua de arroz, posterior al consumo de agua, pescado o productos de mar o río hasta siete días antes del inicio de los síntomas.

Temporalidad del reporte: Inmediat

Anexo 4: Formatos de reporte.

Los siguientes contenidos pueden ser recolectados mediante papel, registros electrónicos en una página web o enviado por correo electrónico o incluso mediante el desarrollo de un aplicativo tecnológico tipo App que permita el reporte de eventos de manera inmediata y anónima.

El Ministerio de Salud y protección social y cada entidad territorial podrá definir y gestionar la estrategia que sea más efectiva para el uso y apropiación en cada comunidad o subgrupos de comunidad.

SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD BASADO EN LA COMUNIDAD Ministerio de Salud y Protección Social – Centro Nacional de Enlace – Instituto Nacional de Salud			
FORMATO REPORTE SITUACION DE SALUD			
Fecha del reporte:	<i>dd</i>	<i>mm</i>	<i>aa</i>
Fecha del verificación:	<i>dd</i>	<i>mm</i>	<i>aa</i>
Situación de salud a reportar:			
Breve descripción de la situación:			
Lugar del reporte:			
Responsable de la verificación:			

SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD BASADO EN LA COMUNIDAD
Ministerio de Salud y Protección Social – Centro Nacional de Enlace – Instituto
Nacional de Salud
FORMATO NOTIFICACION EVENTOS DE SALUD IDENTIFICADOS

Fecha del reporte:	<i>dd</i>	<i>mm</i>	<i>aa</i>
Fecha del verificación:	<i>dd</i>	<i>mm</i>	<i>aa</i>
Lugar del reporte:(Departamento, Municipio, Vereda, Dirección si se tiene)			
Nombre completo de la persona:			
Identificación (si se tiene):			
Evento de salud a reportar:			
Observaciones (Información adicional):			
Responsable de la verificación:			

Bibliografía

- ¹ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra, OMS, 1978.
- ² Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa*. Promulgada en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 1986. <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf> (Accedida el 14/3/2014)
- ³ Organización Mundial de la Salud (1997). *Declaración de Yakarta*. IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf (Accedida el 14/3/2014)
- ⁴ Organización Mundial de la Salud (2000). V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. México DF. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf (Accedida el 14/3/2014)
- ⁵ Organización Mundial de la Salud. *Carta de Bangkok*. Tailandia: VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. 2005. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf (Accedida el 14/3/2014)
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. VII Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Nairobi, Kenia, 2009. http://www.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/Nairobi_2009_sp.pdf (Accedida el 14/3/2014)
- ⁷ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS, 2008.
- ⁸ Lawn J, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008; 372: 917–27.
- ⁹ Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, Lawn JE. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet* 2008; 372: 950–61. *Lancet* 2008; 372: 950–61
- ¹⁰ Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bastías G, Chopra M, Ciapponi A, Flottorp S, García Martí S, Pantoja T, Rada G, Souza N, Treweek S, Wiysonge CS, Haines A. Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Lancet* 2008; 372: 928–39.
- ¹¹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS, 2007.
- ¹² Organización Mundial de la Salud. Reglamento sanitario internacional (2005): 2ª edición. http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf?ua=1 (Accedida el 14/3/2014)
- ¹³ Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, D.C.: OPS, 2002. http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf (Accedida el 14/3/2014)
- ¹⁴ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Posicionamiento de la vigilancia en salud pública comunitaria. Plan de Intervenciones Colectivas. Guía Operativa. 2011. http://saludpublicabogota.org/wiki/images/7/79/GO_vigilancia_comunitaria.pdf (Accedida el 14/3/2014)
- ¹⁵ Gómez, H. G., López, I. C., & Bedoya, I. C. (2011). Antecedentes históricos y perspectivas de la participación social en el sistema de salud colombiano. *Tendencias & Retos*, (16), 79-91.
- ¹⁶ Arévalo, D. A. (2004). Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Rev Salud Pública*, 6(2), 107-9. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v6n2/v6n2a01.pdf> (Accedida el 16/3/2014)
- ¹⁷ Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248> (Accedida el 14/3/2014)
- ¹⁸ Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1757 de 1994. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21850> (Accedida el 14/3/2014)
- ¹⁹ Congreso de la República de Colombia. Ley 789 de 2002. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6778> (Accedida el 14/3/2014)
- ²⁰ Jørgensen S, Holzmann R. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2003; 21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021106>. Consultado el 17 de marzo de 2014.
- ²¹ Ministerio de Protección Social (2006). *Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones*. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf> Consultado el 26 de mayo de 2013.
- ²² Congreso Nacional de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600> (Accedida el 17/3/2014)

-
- ²³ Ministerio de la Protección Social. Resolución 425 de 2008.
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28912#0> (Accedida el 14/3/2014)
- ²⁴ Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007.
<http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/decreto%203039.pdf> (Accedida el 17/3/2014)
- ²⁵ Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Gobierno 2010-2014.
<https://www.dnp.gov.co/PND/PND20102014.aspx> (Accedida el 14/3/2014)
- ²⁶ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Ley 1438 de 2011.
<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf> (Accedida el 14/3/2014)
- ²⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá, 2013.
http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/departamental/2._plan_decenal_salud_publica_2012_2021.pdf (Accedida el 14/3/2014)
- ²⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841. 2013.
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53328> (Accedida el 14/3/2014)
- ²⁹ Fassaert H, Llopis A & Tigre C. "Sistemas de Vigilancia Epidemiológica". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* Junio 1974: 512-528
- ³⁰ Martínez F "Vigilancia en Salud Pública: una perspectiva histórica". En: Martínez F [Ed]. *Vigilancia Epidemiológica..* McGraw Hill Interamericana. Madrid, España, 2004. 1-14
- ³¹ Rovere M. *Redes en Salud Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lanzaate. Rosario, Argentina, 1999.
- ³² Sulbrandt J, Lira R & Ibarra A. "Redes interorganizacionales en la administración pública". *Revista CLAD Reforma y Democracia* No. 21 ,2001. Disponible en: <http://siare.clad.org/revistas/0041006.pdf>
- ³³ Breilh J "De la vigilancia convencional al monitoreo participativo". *Ciencia & Saúde Coletiva* 8(4): 937-951. (2003).
- ³⁴ Maine D. *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*. Center for Population and Family Health - Columbia University. New York, United States of America, 1997.
- ³⁵ Organización Panamericana de la Salud. *Módulos de principios de Epidemiología para el control de enfermedades. Control de enfermedades en la población*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Estados Unidos. 2002