



**MANUAL PARA LA REALIZACIÓN DE  
UNIDADES DE ANÁLISIS DE LOS EVENTOS  
DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA PRIORIZADOS**

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública**



## Créditos

### **Martha Lucía Ospina Martínez**

Directora Instituto Nacional de Salud

### **Franklyn Edwin Prieto Alvarado**

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

### **Grupo Análisis de Casos Especiales**

#### **Claudia Marcella Huguett Aragón**

Deccy Magnolia González Ruje

Diego Felipe López Ávila

Diana Paola Bocanegra Horta

Hector Eduardo Pachón Melo

Jessika Alexandra Manrique Sánchez

Maira Liliana Peñaranda García

Yudy Estela Silva Lizarazo

©

Instituto Nacional de Salud

Bogotá, Colombia

Av. Calle 26 No. 51-20



## CONTENIDO

<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>1</b>
<b>3.</b>	<b>ALCANCE</b> .....	<b>1</b>
<b>4.</b>	<b>RESPONSABILIDAD</b> .....	<b>1</b>
<b>5.</b>	<b>ABREVIATURAS Y DEFINICIONES</b> .....	<b>6</b>
5.1.	ABREVIATURAS.....	6
5.2.	DEFINICIONES.....	7
<b>6.</b>	<b>CONDICIONES GENERALES</b> .....	<b>10</b>
6.1.	MARCO NORMATIVO NACIONAL.....	11
<b>7.</b>	<b>INSUMOS Y EQUIPOS REQUERIDOS</b> .....	<b>12</b>
<b>8.</b>	<b>LINEAMIENTOS</b> .....	<b>12</b>
8.1	OBJETIVOS DE UNA UNIDAD DE ANÁLISIS.....	12
8.2.	OBJETIVOS.....	13
8.3.	CLASIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS .....	13
8.4	REALIZACIÓN DE UNIDAD DE ANÁLISIS .....	14
8.5	DIFERENCIAS ENTRE UNIDADES DE ANÁLISIS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS .....	21
8.6	FLUJO DE TRABAJO DE UNIDADES DE ANÁLISIS.....	22
8.7	EVENTOS QUE REQUIEREN UNIDAD DE ANÁLISIS Y CONDICIONES PARA SU REALIZACIÓN .	23
8.8	GEOGRAFÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS .....	26
<b>9</b>	<b>INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE UNIDADES DE ANÁLISIS</b> .....	<b>27</b>
<b>10</b>	<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>29</b>



## **1. INTRODUCCIÓN**

La unidad de análisis es una metodología utilizada para dos grandes objetivos. El primero, determinar si los casos reportados al sistema de vigilancia en salud pública, para algunos eventos de interés priorizados, cumplen con las definiciones de caso establecidas en los protocolos, a partir del análisis de los hallazgos clínicos, situación epidemiológica y ayudas diagnósticas que sean consolidados.

El segundo objetivo es identificar los motivos por los cuales las personas fallecen por causas potencialmente prevenibles, que son informados para que las áreas responsables realicen acciones puntuales que minimicen el riesgo y la probabilidad de que ocurran otras muertes. En este caso, el resultado de las unidades de análisis es enunciado mediante un listado de problemas identificados que ofrecen una visión a los líderes del sistema de salud y a otros sectores en cada uno de los niveles (municipal, departamental y nacional) de las necesidades de cambio y con esto trazar una ruta para el mejoramiento de la salud.

## **2. OBJETIVO**

Analizar los casos de eventos de interés en salud pública priorizados, de forma individual o colectiva, que permitan su clasificación final y/o la identificación de los factores relacionados con su ocurrencia.

## **3. ALCANCE**

Aplica como referencia para la realización de las unidades de análisis de los eventos objeto de vigilancia en salud pública priorizados, en las entidades territoriales departamentales y distritales, que involucran a los actores del nivel municipal, instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y otras que se consideren.

## **4. RESPONSABILIDAD**

De acuerdo con lo estipulado en la normatividad, la nación, departamentos y municipios tienen la obligación de analizar la situación de salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras fuentes que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública, que orienten las acciones según los problemas. La finalidad es atender y prevenir los eventos de interés en salud pública, lograr el mantenimiento de la salud y brindar educación, información y fomento de la salud en su jurisdicción.

Las personas convocadas (partes interesadas) a las unidades de análisis, de cada uno de los escenarios: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Secretarías de Salud (departamentales, distritales y municipales) deben estar en capacidad de representar a la

institución, entidad o área convocadas y serán quienes aportan la información, el conocimiento y la experiencia desde su disciplina acerca de:

- La valoración de los criterios para la clasificación del caso.
- La evaluación del riesgo de acuerdo con el evento analizado.
- La situación y el contexto social de la persona (su familia, su trabajo, su entorno, etc.)
- Los determinantes sociales, culturales y ambientales relacionados con los casos.
- El cumplimiento de los hitos de las rutas integrales de atención en salud.

**Tabla 1. Escenarios, actores y responsabilidades asignadas en la realización de unidad de análisis.**

ESCENARIOS	PARTES INTERESADAS	RESPONSABILIDADES
Instituciones Prestadoras de servicios de Salud	<p>Representante idóneo del equipo médico: es indispensable la asistencia de al menos un médico, general o especialista, dependiendo del caso a analizar, nivel de complejidad y capacidad de la Institución.</p> <p>Personal de apoyo (enfermería, bacteriología y otras disciplinas) en los casos en los que se requiera.</p>	<p>Buscan, recolectan, clasifican, revisan y envían de forma oportuna a la entidad territorial que les corresponde, las fuentes de información útiles para la preparación de las unidades de análisis tanto individuales como colectivas.</p> <p>Analizan de acuerdo con la metodología desarrollada por sus oficinas de calidad, los aspectos relacionados con la seguridad del paciente establecen una síntesis con sus resultados y la envían de forma oportuna a la entidad territorial que lidera la unidad de análisis.</p> <p>Participan en las unidades de análisis que sean convocadas por la entidad territorial que las lidera.</p>
Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB.	Representante de la EAPB a la cual estaba afiliada la persona que presentó el evento objeto de unidad de análisis	<p>Suministran oportunamente (durante la etapa de planeación) a las entidades territoriales que lideran las unidades de análisis, la información que sea de su competencia, en especial, la continuidad de la afiliación y la red de atención en la que fue atendida la persona.</p> <p>Verifican que su red de prestadoras remita a la entidad territorial que lidera la unidad de análisis, los soportes de las fuentes de información necesarias de forma oportuna (de lo contrario, los solicitan formalmente, como apoyo a la gestión de la entidad territorial).</p> <p>Analizan de acuerdo con la metodología desarrollada por sus oficinas de calidad, la gestión y la comunicación del riesgo individual, el apoyo al</p>

ESCENARIOS	PARTES INTERESADAS	RESPONSABILIDADES
		<p>autocuidado y las acciones de prevención primaria. Establecen una síntesis según sus resultados, la cual remiten de forma oportuna (durante la etapa de planeación) a la entidad territorial que lidera la realización de las unidades de análisis.</p> <p>Participan en las unidades de análisis individuales y colectivas a las que sean convocados por la entidad territorial que lidera las unidades de análisis.</p>
<p>Secretarías de Salud Departamentales</p>	<p>Referente departamental del Programa o de la dimensión del PDSP.</p> <p>Referente departamental del evento.</p> <p>Representante grupo de vigilancia en salud pública.</p> <p>Delegado de la oficina de aseguramiento.</p> <p>Delegado de la oficina de prestación de servicios.</p> <p>Delegado del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias cuando se considere pertinente.</p> <p>Representantes de otras oficinas o áreas de la secretaría de salud que se consideren necesarios.</p> <p>Es importante la participación de al menos un médico para asesorar la realización del resumen de las atenciones y clasificación del caso.</p>	<p>Reciben, hacen seguimiento al envío oportuno de las unidades de análisis por parte de las secretarías de salud municipal y verifican que se encuentren en el formato establecido.</p> <p>Revisan y hacen la retroalimentación a los municipios acerca de la calidad de las unidades de análisis.</p> <p>Solo cuando el municipio no cuente con la capacidad instalada, coordinarán y realizarán las unidades de análisis individuales y colectivas.</p> <p>Organizan y participan en las unidades de análisis de su competencia (en las que el municipio requiera su apoyo para la clasificación del caso y cuando se presenten eventos en erradicación y eliminación y en los casos de muerte materna y perinatal).</p> <p>Envían las unidades de análisis recibidas y las realizadas directamente al Instituto Nacional de Salud, según el tiempo establecido para cada evento en el formato establecido.</p> <p>Consolidan el tablero de problemas y lo envían al INS. Lo divulgan a las áreas responsables al interior de su Secretaría o de otros actores del sector salud e incluso de otros sectores del nivel departamental.</p>

ESCENARIOS	PARTES INTERESADAS	RESPONSABILIDADES
Secretarías de Salud Municipales y Distritales. (Categoría 1,2,3)	<p>Referente municipal del evento o eventos relacionado(s) con el(los) caso(s) a analizar.</p> <p>Representante grupo de vigilancia en salud pública.</p> <p>Delegado de la oficina de aseguramiento.</p> <p>Delegado de la oficina de prestación de servicios.</p> <p>Delegado del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias cuando se considere pertinente.</p> <p>Representantes de otras oficinas o áreas de la Secretaría de salud que se consideren necesarios.</p>	<p>Lideran la realización de las unidades de análisis individuales y colectivas (cuando tienen la capacidad instalada para hacerlo, en caso contrario lo hará la unidad notificadora departamental) de acuerdo con este manual y los lineamientos que lo complementen.</p> <p>Solicitan, reciben, evalúan la calidad, revisan y sintetizan la información de las fuentes de información enviadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud y EAPB.</p> <p>Aportan la investigación epidemiológica de campo, las entrevistas familiares o las autopsias verbales (cuando se requieren) a la unidad de análisis individual.</p> <p>Presentan la síntesis de la información, aportada por las diferentes fuentes, a los participantes en la reunión.</p> <p>Envían el formato de la unidad de análisis y las fuentes de información a la Secretaría de Salud departamental, según el tiempo establecido para cada evento.</p> <p>Realizan y consolidan el tablero de problemas y lo envían periódicamente a la Secretaría de Salud departamental en el caso de los municipios y al INS en el caso de los distritos.</p>
Secretarías de Salud Municipales (Categoría 4,5,6)	<p>Referente municipal del evento o eventos relacionado(s) con el(los) caso(s) a analizar.</p> <p>Representante grupo de vigilancia en salud pública.</p>	<p>Solicitan a las instituciones prestadoras de servicios de salud y EAPB las fuentes de información y remiten a la secretaría de salud departamental.</p> <p>Aportan la investigación epidemiológica de campo, las entrevistas familiares o las autopsias verbales (cuando se requieren) a la unidad de análisis individual.</p> <p>Participan en las unidades de análisis individuales y colectivas convocadas por la secretaría de salud departamental quien lidera la unidad de análisis.</p>
	Referentes nacionales*	

ESCENARIOS	PARTES INTERESADAS	RESPONSABILIDADES
<p>Instituto Nacional de Salud - INS</p>	<p>Grupo unidad de análisis de casos especiales**</p>	<p>Hacen seguimiento a la situación de los eventos objeto de unidad de análisis y solicitan o realizan el ajuste de la clasificación final del caso*.</p> <p>Verifican la oportunidad en la realización y envío al INS de las unidades de análisis*.</p> <p>Realizan el seguimiento al cumplimiento y oportunidad en la realización y envío de las unidades de análisis y del consolidado de tablero de problemas, en los niveles departamental, distrital de acuerdo con los protocolos y lineamientos publicados por el INS**.</p> <p>Consolidan los problemas identificados y enviados por departamento, actor y evento**.</p> <p>Socializan el tablero de problemas a entidades de orden nacional**.</p> <p>Participan en las unidades de análisis cuando el caso lo amerite, como en las de los casos de EAPV, en los que además del INS participan representantes del área de farmacovigilancia del INVIMA y del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud y Protección Social convocados por el Comité Nacional de Prácticas en Inmunización (CNPI).</p>

**Fuente: Grupo unidad análisis de casos – DVARSP – INS, 2020**

**Recuerde que:**

Las Fuerzas Militares, la Policía Nacional o las entidades encargadas del aseguramiento de los docentes y la población privada de la libertad son actores que, de acuerdo con el sujeto afectado, pueden asumir el esquema presentado o hacer parte de unidades de análisis departamental, distrital o municipal.

**Tenga en cuenta que:**

Sin perjuicio de la preparación y presentación integral, única y cronológica de los casos, de la cual es responsable única la entidad territorial que lidera las unidades de análisis, las prestadoras y aseguradoras (EAPB) podrán contribuir con esta actividad por solicitud de la Secretarías de salud municipal, distrital o departamental, previa concertación entre las partes.

## 5. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES

### 5.1. Abreviaturas

CAR: Corporaciones Autónomas Regionales  
CNPI: Comité Nacional de Prácticas en Inmunización  
COTSA: Consejos Territoriales de Salud Ambiental  
COVE: comités de vigilancia en salud pública  
CRUE: Centro Regulator de Urgencias y Emergencias  
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
DVARSP: Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública  
EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios  
EAPV: Evento adverso grave posterior a la vacunación  
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda  
EEVV: Estadísticas vitales  
EISP: Eventos de Interés en Salud Pública.  
ESPII: Emergencia en Salud Pública de Interés Internacional  
ET: Entidades territoriales  
GPC: Guía de Práctica Clínica  
GUACE: Grupo Análisis de Casos Especiales  
ICA: Instituto Colombiano Agropecuario  
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
IEC: Investigación epidemiológica de campo  
INPEC: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario  
INS: Instituto Nacional de Salud  
INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos  
IPS: Institución prestadora de servicios de salud  
IRA: Infección Respiratoria Aguda  
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave  
MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial  
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud  
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social  
OMS: Organización Mundial de Salud  
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones  
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública  
RIPS: Registro individual de prestación de servicios de salud  
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud  
SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública  
TB: Tuberculosis  
VIH: Virus de inmunodeficiencia humana  
VSP: Vigilancia en Salud Pública

## 5.2. Definiciones

**Autopsia verbal:** es una metodología por medio de la cual se reconstruye cronológicamente la historia de la enfermedad que padeció el paciente, así como el camino recorrido por el mismo (atenciones) desde el inicio de la enfermedad hasta su muerte. Generalmente se utiliza cuando la muerte ocurre fuera de una institución de salud, aunque puede ser utilizada para obtener información de importancia que se omitió en la historia clínica de la atención. Es básicamente un estudio del proceso enfermedad -atención -muerte (1).

**Caso confirmado:** “Persona de la cual fue aislado e identificado el agente etiológico o de la que fueran obtenidas otras evidencias clínicas, epidemiológicas de laboratorio y/o de patología, que siguen los criterios y definiciones para cada enfermedad específica” (2).

**Causa antecedente:** “Es toda enfermedad que haya ocurrido entre la causa directa y la causa básica de la defunción y como complicación de esta, siendo a su vez desencadenante de la causa directa de la defunción. Si existe más de una causa antecedente el médico debe anotarla en los incisos b y c de la parte I del certificado guardando secuencia causal entre sí” (3).

**Causa básica de la defunción:** “Enfermedad o lesión que inició la cadena de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte”.

“Desde el punto de vista de la prevención de la muerte es necesario romper la cadena de sucesos que va agravando la enfermedad o realizar la curación en algún momento de la evolución de esta”.

“Por esta razón la causa básica de defunción fue definida como el hecho clínico que inicia esa cadena de acontecimientos patológicos, aunque este haya ocurrido muchos años atrás”.

“La responsabilidad del médico que firma el certificado de defunción es indicar la afección que condujo directamente a la muerte, así como establecer las causas antecedentes o sucesos que dieron origen a dicha afección” (3).

**Causa contribuyente:** “Es toda enfermedad que contribuye a la muerte, pero que no se encuentra dentro de la cadena de acontecimientos que se describen en la parte I del certificado de defunción. El médico debe anotar las causas contribuyentes en la parte II del certificado de defunción” (3).

**Causas de defunción:** “Son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte y contribuyeron a ella, así como las circunstancias del accidente o violencia que produjo dichas lesiones. El propósito de esta definición es asegurar que se registre toda la información pertinente y que el médico certificante no seleccione algunas afecciones para registrarlas y rechace otras; la definición no incluye síntomas ni

modos de morir, tales como paro cardíaco o insuficiencia respiratoria cuando son el resultado final de un proceso de enfermedad. También excluye a las enfermedades o lesiones que no tuvieron participación directa en la secuencia de eventos que llevaron a la muerte o no participaron en ella” (3).

**Causa directa:** “Enfermedad o afección que produce la muerte directamente, causa el desenlace fatal, así se deba a una cadena de antecedentes, y tuvo menos tiempo de evolución; es el único apartado que no se puede quedar sin diligenciar, el médico debe anotar esta afección en el inciso a parte I del certificado de defunción, excluyendo síntomas, signos y formas de morir como por ejemplo paro cardiorrespiratorio o insuficiencia respiratoria” (3).

**Emergencia en Salud Pública de Interés Internacional (ESPII):** “Es todo evento extraordinario de conformidad con el RSI, se ha determinado que: 1) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y 2) podría exigir una respuesta internacional coordinada. Sólo el Director General de la OMS, sobre la base de la información existente y el consejo de un Comité de Emergencia, incluido el aporte del proveniente del Estado Parte donde ocurrió el evento, puede determinar la ocurrencia de una emergencia de salud pública de importancia internacional.” (5).

**Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB):** “Para efectos del presente manual y de acuerdo con el Decreto 780 de 2016, Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001” (6).

**Entidad territorial:** se entiende como una entidad territorial las personas jurídicas, de derecho público, que componen la división político-administrativa del Estado, gozando de autonomía en la gestión de sus intereses. Por mandato constitucional son entidades territoriales los departamentos, municipios, distritos y los territorios indígenas y eventualmente, las regiones y provincias.

**Epicrisis:** es un documento en el cual esta resumida la atención médica que recibe un paciente, ya sea por consulta externa o en una hospitalización. En esta se encuentran los datos más relevantes de la atención como, por ejemplo: diagnóstico, antecedentes, procedimientos realizados, complicaciones y evolución clínica, entre otras (7).

**Eventos:** “Sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad y que para efectos del artículo 2.8.8.1.1.3 del decreto 780 de 2016, se clasifican en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes; factores protectores y factores de riesgo relacionados con condiciones del medio ambiente, consumo y comportamiento; acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades y demás factores determinantes asociados” (6).

**Eventos en eliminación:** son aquellos que “han reducido a cero su incidencia; sin embargo, el agente causal continúa en circulación y se identifican los vectores o las causas que pueden producir la enfermedad, en consecuencia, se mantienen las medidas de control de forma indefinida” (2).

**Eventos en erradicación:** hace referencia al “cese de toda transmisión de infección por extinción artificial de la especie del agente causal, lo cual presupone la ausencia completa de riesgo de reintroducción de la enfermedad, de forma que permite la suspensión de toda medida de prevención y control” (2).

**Investigación Epidemiológica de Campo:** es la aplicación de los principios y métodos de la investigación epidemiológica para el estudio de problemas de salud inesperados, para los cuales se demanda una respuesta inmediata y una intervención oportuna en la población.

**Modelo de Vigilancia en Salud Pública:** es la construcción conceptual que ordena los aspectos con que se aborda un problema específico que requiere ser vigilado por el sistema y que permite obtener información integral sobre un grupo de eventos de interés en salud pública. (6)

**Muerte de interés en salud pública.** “Es cualquier muerte resultado de alguna situación considerada como importante o trascendente para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo–efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública” (7).

**Muertes maternas ocurridas por causas coincidentes:** “De acuerdo con la OMS, se consideran como aquellas muertes que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio y como clasificación nosológica incluyen lesiones de causa externa como accidente por vehículo automotor, causas externas de lesiones accidentales ataque, agresión, violación, otros accidentes, hierbas medicinales, etc.” (5).

**Nacido vivo:** “Es la expulsión completa del cuerpo de su madre, sin importar el tiempo de duración del embarazo, del producto del mismo que después de dicha separación de cualquier señal de vida, tanto si se ha cortado o no del cordón umbilical y este no se desprenda de la placenta; cada producto de un nacimiento que reúna dichas características se considera un nacido vivo” (3).

**Protocolo de Vigilancia en Salud Pública:** es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública. (6)

**Representante idóneo:** persona que participa en la unidad de análisis en cualquiera de las etapas de esta, con perfil mínimo y experiencia relacionada con los aspectos a tratar

en ella, que conozca los protocolos, las guías de intervención clínica y la metodología aplicada para realizar las unidades de análisis y que se encuentre en capacidad de representar a su Institución o Entidad (delegado por los tomadores de decisiones).

**Resultado de exámenes paraclínicos específicos:** son exámenes especiales que se realizan para confirmar o descartar el evento objeto de análisis. No se refiere a los exámenes consignados en la historia clínica del paciente.

**Tablero de problemas:** es el producto principal de la realización de unidades de análisis, permite identificar y caracterizar los problemas relacionados con las muertes de los eventos objeto de vigilancia en salud pública priorizados por el Instituto Nacional de Salud e identificar las causas raíz.

**Unidad de análisis individual:** es un método de indagación o exploración cualitativa que permite caracterizar una situación o problema y determinar sus causas, mediante el análisis de los hechos y a partir de la descripción e interpretación de la situación con su contexto. Las fuentes de información para el análisis pueden ser: historias clínicas de las atenciones recibidas, epicrisis, registro de la notificación del caso, copia de la investigación epidemiológica de campo y de la autopsia verbal (si aplica), Certificado de defunción, Resultado de pruebas diagnósticas específicas, Información de la EAPB, Información de la EAPB, información de actividades de demanda inducida, detección temprana y protección específica.

**Unidad de análisis colectiva:** es aquella que estudia varios casos similares con el fin de detectar patrones y problemas comunes a estos; así como, características únicas, a partir de un análisis individual previo (10).

**Vigilancia en salud pública:** 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 (6).

**Vigilancia y Control Sanitario:** función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana (6).

## 6. CONDICIONES GENERALES

Este documento guarda correspondencia con los Lineamientos anuales para la prevención, vigilancia y control en salud pública, publicados en la página web del INS <https://bit.ly/2KYjDKv>, en el capítulo correspondiente a unidades de análisis y con los protocolos para la vigilancia en salud pública elaborados por el INS, teniendo en cuenta los eventos priorizados para la realización de unidades de análisis.

## 6.1. Marco normativo nacional

**Tabla 2. Leyes relacionadas con la realización de unidades de análisis**

Ley	Descripción
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral.
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Tiene como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Da la definición de salud pública
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.
Ley 1641 de 2013	Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones.
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
Ley 1955 de 2019	Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad".

**Tabla 3. Decretos relacionados con la realización de unidades de análisis**

Decreto	Descripción
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. PARTE 8. Normas relativas a la salud pública Título VIII: Sistema de vigilancia en salud pública Decreto compilatorio del sector salud, incluye el Decreto 3518 de 2006.

**Tabla 4. Resolución relacionadas con la realización de unidades de análisis**

<b>Resolución</b>	<b>Descripción</b>
Resolución 4015 de 2013	Por la cual se establecen los términos y se adopta la metodología para la elaboración de los Planes Financieros Territoriales de Salud por parte de los departamentos y distritos y se dictan otras disposiciones
Resolución 1841 de 2013	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
Resolución 518 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC).
Resolución 1536 de 2015	Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.
Resolución 2063 de 2017	Por la cual se adopta la política de participación social en salud (PPSS).
Resolución 2626 de 2019	Por la cual se Modifica la Política de Atención Integral en Salud - País y adopta el Modelo de acción Integral Territorial – Maite.

## 7. INSUMOS Y EQUIPOS REQUERIDOS

La realización de las unidades de análisis de eventos de interés en salud pública requiere de insumos para recolección y consolidación de información, recursos tecnológicos para la comunicación y envío de la información relacionada con el caso.

La implementación, funcionamiento y liderazgo de este proceso es competencia del ente territorial departamental, distrital y municipal según su área de jurisdicción, así como el proceso de coordinación sectorial e intersectorial y comunitaria con todos los integrantes del SGSSS.

## 8. LINEAMIENTOS

### 8.1 Objetivos de una unidad de análisis

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

Constituye un insumo fundamental en cada uno de los niveles de competencia de la Red de Vigilancia en Salud Pública, para cumplir con la función de realizar el análisis de la

situación de salud descrita en el Decreto 0780/2016, para definir áreas prioritarias de intervención en salud y orientar las acciones de promoción, prevención y control (6).

**Recuerde que:**

La unidad de análisis no reemplaza la metodología para evaluar calidad de atención y seguridad del paciente, este análisis será desarrollado por cada institución de salud y EAPB.

La unidad de análisis no es el comité de vigilancia epidemiológica – COVE.

Lo consignado como producto de las unidades de análisis no constituye un documento legal para el juzgamiento de las acciones de los profesionales que intervinieron en el proceso de la atención en salud; por lo tanto, “no es una instancia punitiva, no sule comités que se puedan realizar en el marco del sistema de garantía de calidad y auditoría médica (comités ad-hoc de mortalidad, de estadísticas vitales o de calidad), de los cuales, las IPS, las aseguradoras (EAPB) y las Direcciones Territoriales de Salud” son responsables (9).

## 8.2. Objetivos específicos

- Clasificar los casos de los eventos priorizados captados a través del sistema de vigilancia en salud pública.
- Identificar los factores relacionados con la presencia de casos de los eventos en salud pública priorizados.

## 8.3. Clasificación de las unidades de análisis

Los estudios de caso en los que se basan las unidades de análisis pueden ser simples (una a una) o múltiples (varios casos al tiempo), dependiendo de la cantidad a estudiar.

En este manual se desarrollarán las unidades de análisis individuales y colectivas, teniendo en cuenta que estas últimas parten de una individual.

**8.3.1. Unidad de análisis individual.** Tiene como propósito la clasificación final del caso de manera que se pueda confirmar o descartar de acuerdo con la información recolectada. Esto debe generar al final, si es necesario, un proceso de ajuste en el sistema de vigilancia o de enmienda estadística, cuando son muertes.

8.3.1.1 Unidad de análisis simplificada: el Instituto Nacional de Salud ha implementado la realización de unidades de análisis rápido, para clasificar las muertes de acuerdo con la definición de caso de los eventos de salud pública de preocupación internacional que se presentaran en Colombia. La metodología detecta las variables condicionantes que confirman o descartan el caso como un desenlace directo de la presencia de la enfermedad. La clasificación de las muertes deber realizarse de manera diaria debido a

la necesidad de generación información oportuna para el análisis del comportamiento evento.

**8.3.2. Unidad de análisis colectiva.** El análisis colectivo es el estudio de un grupo de casos notificados por un evento de interés en salud pública a partir de la recolección descriptiva o exploratoria de sus características, usando diferentes fuentes de información, que tiene como propósito identificar problemas comunes o factores relacionados en dos o más casos.

## **8.4 Realización de unidad de análisis.**

La metodología para la realización de unidades de análisis aplica para los eventos de interés en salud pública descritos en los lineamientos y manual de unidad de análisis del Instituto Nacional de Salud.

El proceso de realización de unidades individuales y colectivas se divide en tres etapas: planeación, desarrollo y divulgación.

**8.4.1. Planeación de la unidad de análisis.** Es el proceso orientado a organizar la realización de la unidad de análisis, requiere de tres fases: a) búsqueda, recolección y clasificación de las fuentes de información, b) resumen de la información para la unidad de análisis, c) convocatoria.

**a. Búsqueda, recolección y clasificación de las fuentes de información.** Cuando se notifique un caso objeto de unidad de análisis por las unidades primarias generadoras de datos o por la unidad notificadora municipal o distrital, el primer paso será buscar, organizar y tener disponibles todas las fuentes de información posibles para realizar la unidad de análisis.

Las fuentes de información de las que se dispondrá para la realización de las unidades de análisis son:

- Historia clínica completa de cada una de las instituciones prestadoras (incluyendo instituciones privadas y públicas independiente del nivel de complejidad, atenciones domiciliarias, entre otras) donde fue atendida la persona que presentó el evento y que sean trazadoras para la unidad de análisis.
- Epicrisis.
- Investigación epidemiológica de campo. Permite el análisis del entorno en el cual se presentó el evento, el tiempo entre el desplazamiento del domicilio del paciente y la atención, la identificación de factores asociados para disminuir o eliminar la presencia de casos (consultar el manual para la investigación epidemiológica de campo, el cual contiene las especificaciones técnicas y condiciones para el desarrollo de esta actividad). Esta investigación solo será útil cuando se haga en los periodos recomendados para la vigilancia de cada uno de los eventos.
- Resultado de exámenes paraclínicos específicos para el evento.
- Registro de la notificación del caso.

- Certificado de defunción (cuando sea requerido), para lo cual es importante que previo a la unidad de análisis se establezca la concordancia entre los registros: Sivigila y RUAF, confirmando que el caso haya sido adecuadamente notificado y revisando en las otras fuentes que el caso cumpla con la definición del evento a analizar.
- Autopsia verbal. Se realiza en aquellos casos en los cuales la persona fallece en la casa o fuera de la institución prestadora de servicios de salud a causa de un evento de interés en salud pública y cuando el certificado de defunción no tenga clara la causa de muerte. Reconoce los factores asociados, los determinantes sociales y el conjunto de signos y síntomas. (10) (11) (12) (13). Anexo
- Informe de las prestadoras de servicios de salud donde la persona fue atendida, sobre los resultados de la evaluación de la aplicación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud y otros datos útiles para el análisis del caso.
- Informe de la EAPB en la que estuvo o está afiliada la persona que presentó el caso, relacionado con la cronología de las autorizaciones de servicios que se le debían prestar y las dificultades que se hubieran podido presentar durante el proceso de atención, desde la visión y competencias de la aseguradora en la gestión del riesgo.
- Otras fuentes de información que se consideren necesarias para el análisis, tales como formatos de controles de programas de detección temprana, protección específica y demanda inducida, entre otros.

**Recuerde:** En caso de realización de necropsia médico legal solicitar con anterioridad el apoyo de Medicina legal para documentar y contextualizar el caso, debido a que el informe pericial hace parte del proceso penal y por ende no es posible la entrega del mismo.

**b. Resumen de la información para la unidad de análisis individual.** El responsable designado por el municipio o departamento realizará el resumen de los datos obtenidos usando las fuentes de información disponibles, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Datos de identificación de la persona.
- Resumen de las atenciones médicas, siguiendo orden cronológico y respetando las partes que comprenden la historia clínica.
- Resumen de las otras fuentes de información.
- Registrar en los resúmenes datos que aporten al análisis del caso y faciliten la clasificación e identificación de factores asociados a la ocurrencia del caso.
- Si no es médico asesorarse de un médico para la realización del resumen de la historia clínica.

Para la captura de los datos, se han dispuesto diversos instrumentos que son de uso opcional, los cuales corresponden a los anexos del presente manual. Estos formatos son una ayuda para el proceso y no serán de diligenciamiento obligatorio, si la entidad territorial tiene un formato estandarizado con las variables requeridas para la captura de

los datos, en el orden en el que se describe en este manual, será válido como documento soporte de la realización de la unidad de análisis. Sin embargo, para la realización de unidades colectivas se recomienda utilizar el formato simplificado con la finalidad de optimizar recursos y agrupar las variables o factores comunes o relacionados.

**c. Convocatoria.** Es la comunicación de la realización de la unidad de análisis a los diferentes actores involucrados, con indicación del orden del día.

Antes de la convocatoria es fundamental identificar quienes serán los participantes en las unidades de análisis, así como las diferentes actividades que desempeñan, de acuerdo con lo consignado en el capítulo de escenarios, actores y responsabilidades.

La invitación se realizará mínimo con 15 días de anterioridad para dar tiempo a la búsqueda, alistamiento y envío de las fuentes de información. En el caso de las entidades territoriales con mayor volumen de casos, se podría establecer una fecha periódica mensual, bimensual o trimestral.

El coordinador o director del equipo de vigilancia, delegará a una persona de su grupo para que realice la convocatoria, que puede ser el referente del evento de interés; previa verificación de las condiciones de logística y disponibilidad de tiempo de los participantes, quien realizará las siguientes actividades:

- Envío de la agenda a desarrollar, en la cual se determina la fecha, hora, lugar, participantes y responsabilidades para la realización de la reunión.
- Envío del resumen de información para la unidad de análisis.

**Recuerde:** La unidad de análisis es liderada por aquellos municipios o distritos que tienen la capacidad instalada para hacerlo, en caso contrario, lo hará la secretaría de salud departamental.

**8.4.2. Desarrollo de la unidad de análisis.** Es la realización de la unidad de análisis, requiere de tres fases: a) verificación de la asistencia, objetivo y orden del día, b) presentación del resumen, c) análisis de los hallazgos.

**a. Verificación de la asistencia, objetivo y orden del día.** La persona designada del equipo de vigilancia de la entidad territorial que lidera la unidad de análisis verifica la asistencia de las personas convocadas y da lectura al objetivo de la reunión especificando cuál es el evento objeto de análisis, comunica el tiempo destinado para el desarrollo de la unidad de análisis, incluyendo momentos de concertación entre las partes durante todas las fases, como estrategia para armonizar las actividades entre todos los actores, sin perjuicio de lo establecido en el presente manual y los lineamientos, directrices y normas que lo complementan.

**Es importante tener en cuenta que:**

El jefe del área de vigilancia que lidera la unidad de análisis designa de forma previa a una persona encargada de elaborar el acta de la reunión en la cual se describe de forma muy resumida el desarrollo de la misma, mencionando cuál es el evento del caso que se analiza, la cadena fisiopatológica, la clasificación del caso y los factores asociados que se encontraron.

Los participantes en la unidad de análisis son:

- Representantes del equipo de vigilancia de la entidad territorial.
- Representantes de programas de promoción y mantenimiento de la salud de la entidad territorial
- Representantes de las áreas de aseguramiento, prestación de servicios, CRUE de la entidad territorial.
- Representante(s) de la EAPB.
- Representante del equipo asistencial de la prestadora de servicios de salud.
- Representantes de otros sectores como medicina legal que puedan contribuir a la clasificación del caso

Todos con el perfil y el conocimiento del caso suficientes para participar en el análisis.

**b. Presentación del resumen de la información.** La persona designada del equipo de vigilancia de la entidad territorial, quien lidera la unidad de análisis o moderador, presenta a los demás participantes el resumen del caso, el cual envía previamente con la convocatoria. Durante el desarrollo de la unidad de análisis se registran los hallazgos significativos.

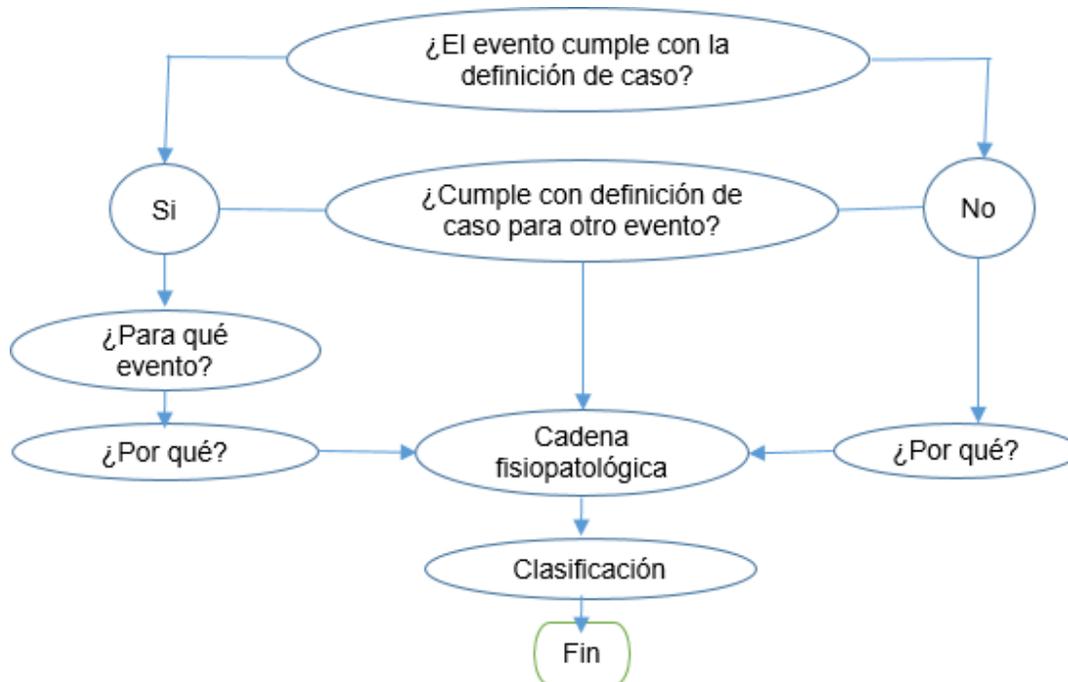
Las copias provenientes de las fuentes de información usadas para esos efectos deben estar disponibles durante la reunión.

El contenido se presenta de la siguiente forma:

- Datos generales de la persona
- Resumen de las atenciones realizadas por los prestadores de servicios de salud, siguiendo el orden cronológico de las mismas y respetando las partes que comprenden una historia clínica.
- Revisión de los resultados de pruebas diagnósticas específicas para la clasificación de los casos analizados.
- Revisión de la necropsia clínica o médico legal: se analiza la patología y se relaciona con la clínica del paciente.
- Presentación del resumen de los resultados de la investigación epidemiológica de campo y la autopsia verbal cuando aplique.
- Presentación de las otras fuentes de información.
- Información de los determinantes sociales en salud que se obtienen de la historia clínica, investigación epidemiológica de campo y autopsia verbal.

**c. Análisis de los hallazgos de la unidad de análisis.** El moderador de la unidad de análisis realiza lectura de los hallazgos significativos identificados según la fase anterior, posteriormente procede a responder las siguientes preguntas en esta secuencia funcional:

**Figura1. Clasificación de eventos de interés en salud pública.**



- **Definición epidemiológica del caso.** Breve descripción del diagnóstico identificado.
- **Clasificación del caso.** La clasificación de caso cumple con el objetivo de la unidad de análisis individual y colectiva.

Los participantes de la unidad de análisis definen la clasificación del caso de acuerdo con las definiciones de caso estipuladas en el respectivo protocolo de vigilancia en salud pública, si se cuenta con la información suficiente.

Si con las fuentes de información disponibles no se logró clasificar el caso, se dejará establecida una clasificación preliminar con los elementos analizados. En caso, que sea necesario clasificar el caso porque no se tendrán más fuentes de información que las disponibles, se escribirá el evento con el que quedo clasificado de forma definitiva, de acuerdo con el análisis realizado, en concordancia con la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia. En algunas

ocasiones el caso puede ser clasificado como indeterminado.

Existen casos cuya clasificación será apoyada por el INS por considerarse de “difícil clasificación”.

- **Cadena fisiopatológica.** Se trata del establecimiento de las causas fisiopatológicas, partiendo de los diagnósticos consignados en la historia clínica. Para el análisis de casos vivos se requiere de la revisión de los registros clínicos: evolución médica y diagnósticos.

En el análisis de casos de muertes además de los registros clínicos se requiere de revisión de la cascada de causas directas y antecedentes registradas en el certificado de defunción, verificando la coherencia de estas.

- **Proceso de enmienda estadística.** La enmienda estadística tiene como finalidad mejorar la información consignada inicialmente en el certificado de defunción y que por presentar inconsistencias, omisión, errores o déficit de información requiere de ajuste de la información.

En la parte I se anotan las enfermedades que llevaron a la causa directa de la muerte y en la parte II otros estados patológicos que contribuirían con el deceso pero que no se encuentran en la cadena causal de la muerte directa.

Los estados patológicos deben tener una relación causal entre sí: lo escrito en a, debe ser desencadenado por lo escrito en b y a su vez este debe ser causado por lo escrito en c y este a su vez ser debido a lo escrito en d.

El intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte es expresado en segundos, minutos, horas, días, meses o años según sea el caso (2).

Los participantes de la unidad de análisis realizan la revisión del certificado de defunción y si consideran pertinente una enmienda estadística de la cascada de defunción, el moderador de la unidad de análisis con apoyo de la persona encargada de estadísticas vitales de la entidad territorial, deben hacer la respectiva solicitud de enmienda estadística al médico que certificó la muerte; quien tiene plazo máximo de treinta días para dar respuesta. Esta información se comunicará también al responsable de estadísticas vitales de la región, departamento, Nación y del DANE.

La información paso a paso sobre cómo realizar la enmienda estadística, cuál es el formato que se debe diligenciar y de qué consta se encuentra en el Manual de Crítica y Codificación Certificados de Nacidos Vivos y de Defunción – EEVV 2004 del Departamento Administrativo Nacional (DANE). (14).

Figura 2. Descripción de causa de muerte en el certificado de defunción.

*5. Decálogo para la certificación*

---

**Ejemplo 2**

Hombre, recién nacido, de 8 horas de vida. Producto pretérmino con desgarro de cordón umbilical. Desde su nacimiento presentó dificultad respiratoria y alteraciones hemodinámicas. Falleció por choque hipovolémico de 2 horas de evolución.

Hombre de 8 horas

I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
	(a) <u>Choque hipovolémico</u> debido a o como consecuencia de	2 horas
<i>Causas antecedentes</i> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(b) <u>Desgarro de cordón umbilical</u> debido a o como consecuencia de	8 horas
	(c) _____ debido a o como consecuencia de	
	(d) _____	
II		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	<u>Dificultad respiratoria</u> <u>Prematurez</u>	8 horas 8 horas

En éste caso, la causa directa de la muerte es el choque hipovolémico de 2 horas de evolución que se anota en el inciso I a). Éste se debió al desgarro del cordón umbilical presente desde el momento del nacimiento, siendo ésta la causa básica de la defunción que se anota en el inciso I b).

Tanto la dificultad respiratoria como la prematurez se consideran causas contribuyentes y se anotan en la Parte II del Certificado Médico de Causas de Defunción.

### **8.4.3. Divulgación**

Una vez realizada la unidad de análisis individual, la persona designada del área de vigilancia de la entidad territorial que la lidera, entregará a los participantes que representaron a las IPS y EAPB, a más tardar al día siguiente a la reunión, el formato para la captura de los datos de la unidad de análisis diligenciado y copia del acta correspondiente, tendrá un plazo determinado que depende del evento que presente el caso a analizar, para su remisión junto con el soporte documental al área de vigilancia en salud pública de las Secretarías Departamentales de Salud (en el caso de los municipios con capacidad instalada) y estas a su vez las envían al INS, al referente del evento y al repositorio creado por el INS para tal fin.

De la misma forma, las unidades notificadoras distritales y departamentales que hagan unidades de análisis las envían directamente al INS al repositorio mencionado.

## **8.5 Diferencias entre unidades de análisis individuales y colectivas**

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

Cuando no se usen como fuente de información, los problemas identificados en las unidades de análisis individuales, los factores asociados con la presencia del evento serán identificados en el desarrollo de la unidad de análisis colectiva.

El proceso de realización de unidad de análisis colectiva comprende las tres etapas anteriores, sin embargo, presenta las siguientes modificaciones:

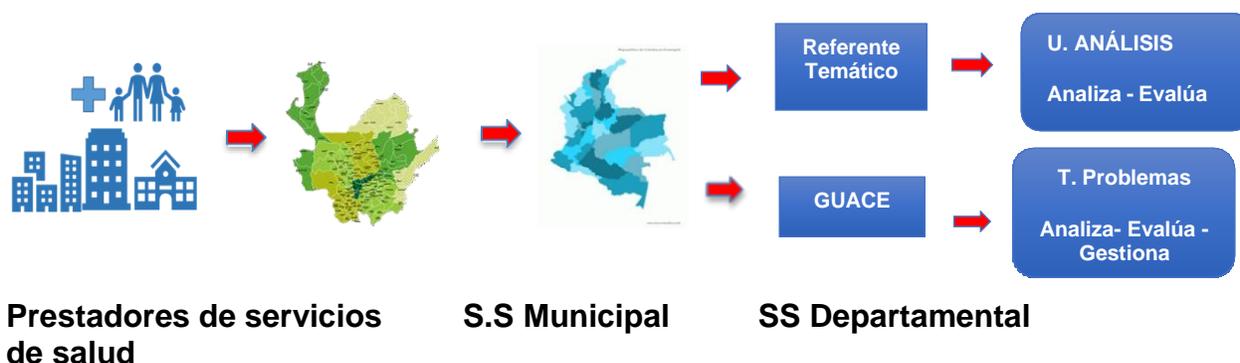
- En la etapa de planeación o preparación de la unidad de análisis colectiva, se debe identificar el evento de interés en salud pública objeto de análisis y el número de casos por dicho evento a analizar (Revisar eventos a los cuales se puede realizar unidad de análisis colectiva).
- El proceso de recolección de fuentes de información necesaria para el análisis se origina de base de datos Sivigila (datos básicos y complementarios), Registro individual de prestación de servicios de salud (RIPS) y tablero de problemas (consolidado de los problemas identificados en las unidades de análisis individuales).
- Realización de consolidado de los problemas detectados en las unidades de análisis individuales para generar el tablero de problemas, asignado los responsables (prestadora, EAPB, entidad territorial).

- Realizar análisis descriptivo del evento, en donde se especifican principalmente características sociodemográficas (sexo, edad, lugar de procedencia, lugar de residencia, entre otros), factores relacionados que contribuyeron a que ocurriera el evento, agrupándolos en diferentes categorías: sociales, económicas, culturales, ambientales, relacionadas con la prestación del servicio y otras identificadas durante las unidades de análisis individuales
- Como resultado del análisis colectivo pueden identificarse nuevos factores asociados o problemas comunes.

**Tabla 4. Características de las unidades individuales y colectivas**

CARACTERÍSTICAS	UNIDAD DE ANÁLISIS INDIVIDUAL	UNIDAD DE ANÁLISIS COLECTIVA
<b>Definición</b>	Estudio de caso individual	Estudio de un grupo de casos
<b>Propósito</b>	Clasificación final de un caso objeto de VSP	Identificar problemas comunes o factores relacionados en dos o más casos de un mismo EISP
<b>Origen</b>	El análisis parte de un caso sospechoso o probable	El análisis se origina de un listado previo de problemas que resulta de unidades de análisis individuales o información consolidada de bases de datos
<b>Realización y desarrollo</b>	Búsqueda, recolección y clasificación de las fuentes de información del caso objeto de análisis	Requiere de análisis descriptivo del evento, factores asociados o problemas que influyen en la ocurrencia de los casos

## 8.6 Flujo de trabajo de unidades de análisis



A nivel territorial el flujo de información se origina desde los prestadores de servicios de Salud quienes realizan la notificación del evento y reúnen los soportes de la atención, posteriormente las Secretarías de Salud Municipal (según capacidad instalada) consolidan las fuentes, realizan la investigación de campo, analizan la información y remiten al ente departamental. La secretaría de salud Departamental o distrital consolida y remite la información de la unidad de análisis al referente del evento del Instituto Nacional de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud consolidan los soportes de la atención y hacen análisis de la atención conjuntamente con el ente territorial.

### **8.7 Eventos que requieren unidad de análisis y condiciones para su realización**

La priorización de eventos a los cuales se les realiza unidades de análisis es definida en las tablas 5 y 6. No se considera la realización de unidades de análisis para otros eventos. Si la entidad territorial lo considera, puede incluir otros eventos para unidad de análisis, pero no serán considerados en la evaluación y seguimiento nacional.

**Eventos de control nacional.** Son objeto de unidad de análisis cuando ingresa el caso notificado, el plazo para la entrega al INS de las unidades de análisis realizadas a los casos de estos eventos es de ocho semanas a partir de la fecha de notificación, excepto, mortalidad materna, que tiene definido el plazo de 45 días. En ese sentido, es necesario tener en cuenta las siguientes precisiones:

- Los prestadores de servicios de salud y EAPB tendrán máximo dos semanas a partir de ocurrido el evento a analizar, para enviar a las entidades territoriales las fuentes de información.
- Los municipios con capacidad instalada tendrán máximo cinco semanas a partir de recibidas las fuentes de información para preparar, realizar y enviar las unidades de análisis al departamento que tendrá una semana para revisarlas y remitirlas al INS.
- Las unidades notificadoras distritales y las departamentales (en el caso de asumir la responsabilidad de los municipios que no tienen la competencia) que realizan directamente las unidades de análisis individuales, tendrán 8 semanas a partir de recibidas las fuentes de información para prepararlas, realizarlas y enviarlas al INS.

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

Tipo de evento	Evento	Condiciones	Plazo	Grupos priorizados	Tablero de problemas
<b>VECTORES</b>	Fiebre amarilla	Vivos y muertos	8 Semanas	Todos	Si
	Encefalitis equinas	Vivos y muertos	8 Semanas	Todos	Si
<b>ZOONOSIS</b>	Rabia humana	Vivos y muertos	8 Semanas	Todos	Si
	Sarampión	Unidad de análisis en casos de muerte, casos sospechosos sin muestra o con segunda muestra fallida.	8 Semanas	Todos	No
<b>INMUNOPREVENIBLES</b>	Rubeola	Unidad de análisis en casos de muerte, casos sospechosos sin muestra o con segunda muestra fallida.	8 Semanas	Todos	No
	Síndrome de rubeola congénita	Unidad de análisis individual solo en casos con resultados IgM positivo o dudoso y casos sin muestras vivos y muertos. Siempre requieren unidad de análisis aquellos casos que no tengan clara una fuente de infección.	8 Semanas	Menores de un año	No
	Tétanos neonatal	Vivos y muertos	8 Semanas	Menores de 28 días de nacidos	No
	Parálisis flácida aguda	Las unidades de análisis se realizarán a todos los casos sin muestra, con muestra tardía (mayor a 14 días de inicio de parálisis) y resultados con detección de agentes poliovirus vacunales o derivados de vacuna independiente de la condición final y todos los casos de muerte. La Dirección de Vigilancia determinará los casos que serán analizados por el CNPI (Comité Nacional de Prácticas de Inmunización) en coordinación con el PAI del MSPS	14 Semanas	Menores de 15 años	No

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

Tipo de evento	Evento	Condiciones	Plazo	Grupos priorizados	Tablero de problemas
<b>INMUNOPREVENIBLES</b>	Tos ferina	Se realiza UA a los casos probables vivos sin muestra y a todas las muertes.	8 semanas	Todos	No
	Meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica	Muertos Solo para Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis y Streptococcus pneumoniae	8 semanas	Todos	No
	Hepatitis A	Muertos	8 semanas	Todos	No
	Varicela	Muertos	8 semanas	Todos	No

	Difteria	Realizar unidad de análisis a los casos sin muestra y a las mortalidades	8 semanas	Todos	No
	EAPV	Vivos y muertos	8 semanas	Todos	No
<b>ZOONOSIS</b>	Leptospirosis	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Accidente ofídico	Muertos	0 semanas	Todos	Si
<b>ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES</b>	Malaria	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Dengue	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Chikungunya	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Enfermedad por virus Zika	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Chagas agudo	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Leishmaniasis visceral	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	IRAG Inusitado	Muertos	8 semanas	Todos	Si
<b>RESPIRATORIAS</b>		Muertos			Si, en casos analizados de población priorizada
	COVID-19	Se implementa la metodología tradicional, de unidad de análisis, para las muertes con prueba confirmatoria positiva de SarsCov2, en poblaciones priorizadas (menores de 5 años y maternas), las cuales deberán ser lideradas por los referentes de dichos eventos. Los demás casos se clasifican a partir de las Unidades de análisis "express".	48 horas*	Todos	No, en unidades de análisis express
<b>VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR IRA, EDA Y/O DNT</b>	IRA, EDA y DNT	Muertos	8 semanas	Menores de cinco años	Si
<b>MICOBACTERIAS</b>		Muertos			
	Tuberculosis sensible y fármaco resistente	Unidades de análisis deben partir del cruce de las bases de datos de tuberculosis y VIH y será liderado por los referentes de los dos eventos.	8 semanas	Coinfección TB/VIH en población menor o igual a 49 años que correspondan al año epidemiológico según notificación al Sivigila	Si
<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>		Muertos			
	VIH/SIDA	Unidades de análisis deben partir del cruce de las bases de datos de tuberculosis y VIH y será liderado por los referentes de los dos eventos.	8 semanas	Coinfección TB/VIH en población menor o igual a 49 años que correspondan al año epidemiológico según notificación al Sivigila	Si
	Sífilis congénita	Muertos	8 semanas	Todos	Si
	Transmisión materno infantil (VIH/SIDA)	Vivos y muertos	8 semanas	Menores de 5 años	Si

	Muertos			
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Los aspectos de selección de las muertes para el análisis están relacionados con las prioridades del territorio, teniendo en cuenta que serán casos emblemáticos	8 semanas	Cuatro casos por periodo epidemiológico	Si
Mortalidad materna	Muertos	45 días	Todos	Si
<b>MATERNIDAD SEGURA</b>			Casos con diagnóstico de: Microcefalia (Q02X), Anomalías del cuerpo caloso (Q040), Holoprosencefalia (Q042), Secuencia disruptiva del cerebro fetal, atrofia cerebral o anomalías de migración celular (Q043), Porencefalia o esquicencefalia (Q046), Calcificaciones intracraneales o ventriculomegalia (Q048)	
Defectos congénitos de SNC	Vivos y muertos	8 semanas		No
<b>LESIONES DE CAUSA EXTERNA - SALUD MENTAL</b>	Casos posiblemente relacionados con el uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)	Vivos y muertos	8 semanas	Todos
				No

El INS solo solicitará unidades de análisis de lo que está contenido en las tablas 5 y 6, es importante racionalizar este proceso por parte de todas las entidades del orden departamental, distrital, municipal, UPGD, para no afectar la operación rutinaria del sistema de vigilancia en salud pública.

Las entidades territoriales departamentales y distritales deben enviar al referente nacional de cada evento de interés en salud pública, las unidades de análisis de acuerdo con el plazo establecido en las tablas 5 y 6; la oportunidad de la unidad de análisis tendrá en cuenta el envío efectivo al INS.

### 8.8 Geografía para la realización de las unidades de análisis

Para las unidades de análisis de los eventos priorizados se debe tener en cuenta la geografía de análisis.

Las unidades de análisis de los siguientes eventos se realizan por residencia:

- Defectos congénitos (Los departamentos o distritos de residencia deben realizar unidad de análisis para clasificación etiológica de los casos de defectos congénitos posiblemente asociados a Zika)
- Mortalidad Materna
- Mortalidad Perinatal y neonatal tardía
- Sífilis congénita
- Sífilis gestacional

- Síndrome rubeola congénita
- Tuberculosis (todas las formas / farmacorresistente)
- Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por ERA, IRA y desnutrición

Los eventos a continuación se analizan por procedencia / ocurrencia:

- Tos ferina
- Meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica
- Varicela
- Difteria
- EAPV
- Leptospirosis
- Accidente ofídico
- Malaria
- Dengue
- Chikungunya
- Enfermedad por virus Zika
- Chagas agudo
- Leishmaniasis visceral
- IRAG Inusitado
- COVID-19
- VIH/SIDA
- Transmisión materno infantil (VIH/SIDA)
- Fiebre amarilla
- Encefalitis equinas
- Rabia humana
- Sarampión
- Rubeola
- Tétanos neonatal
- Parálisis flácida aguda

## 9 INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE UNIDADES DE ANÁLISIS

Dentro de la clasificación de desempeño a entidades territoriales, para el ranking nacional, se priorizaron tres indicadores de unidades de análisis, con el fin de verificar el cumplimiento del proceso, los cuales se describen a continuación.

**Tabla 7. Indicadores de Unidades de Análisis**

Indicador	Objetivo	Cálculo
<b>Cumplimiento en el envío de unidades de análisis</b>	Medir el cumplimiento en el envío de las unidades de análisis realizadas de los eventos de interés en salud pública priorizados.	(Número de unidades de análisis de los eventos priorizados enviadas / número de casos o muertes presentadas de los eventos priorizados para Unidades de análisis) * 100

<p><b>Oportunidad en el envío de la unidad de análisis</b></p>	<p>Identificar las unidades de análisis de los eventos priorizados, enviadas con oportunidad, de acuerdo con los plazos establecidos en lineamientos nacionales.</p>	<p>(Número de unidades de análisis enviadas en los plazos establecidos en los lineamientos Nacionales / número de unidades de análisis enviadas) * 100</p>
<p><b>Cumplimiento en el envío del tablero de problemas</b></p>	<p>Medir el cumplimiento en el envío de los tableros de problemas de las unidades de análisis realizadas de los eventos priorizados.</p>	<p>(Número de tableros de problemas enviados en los plazos establecidos en los lineamientos Nacionales / número de unidades de análisis enviadas) * 100</p>

## 10 REFERENCIAS

1. MERCOSUR/GMC/RES N° 53/99. Glosario de terminología de vigilancia epidemiológica.
2. Organización Panamericana de la salud. Curso virtual sobre el correcto llenado del certificado de defunción, 2013.
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía, 2017.
4. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de la mortalidad materna, 2017.
5. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional 2005. Segunda edición [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [Consultado 2017 Mayo 15] (Disponible en: [http://www.who.int/ihr/IHR\\_2005\\_es.pdf](http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf)).
6. Ministerio de Salud y Protección social, Decreto 0780 de 06 de mayo de 2016, Bogotá D.C., 2016.
7. Servicio occidental de salud. Guía conceptual y metodológica para análisis de casos [internet]. [Consultado 2017 Mayo 17]. Disponible en: <https://www.sos.com.co/ArchivosSubidos/Internet/Epidemiologia/Guiaconceptualmetodologicaaanalisidecasos.pdf>
8. Urra Eugenia, Núñez Rocio., Retamal Carmen, Jure Lucy. Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 Abril [Consultado 2017 Mayo 17]; 20(1): 131-142. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-5532014000100012&lng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-5532014000100012&lng=en)
9. Instituto Nacional de Salud. Respuesta asesoría sobre la entrega de documentación de las unidades de análisis de casos de mortalidad para los eventos de interés en salud pública. 19 de diciembre de 2016.
10. Romero M, Mercer R, Karolinski A, Molinas M, Del Rio C. CEDES. [Online].; 2004 [cited 2016 Abril. Available from: <http://www.cedes.org/morbi-mortalidad-materna-y-perinatal-en-argentina-diagnostico-para-la-reorientacion-de-las-politicas-y-programas-de-salud.php>.
11. Cardenas R. El uso de la autopsia verbal en el análisis de la salud. Estudios Demográficos y Urbanos. 2000 Septiembre;(45): p. 665-683. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31204506>. Fecha de consulta: 21 de abril de 2016.
12. Nunes ED. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2007 Agosto; 12(4): p. 1087-1088. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400030&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400030&lng=en) <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400030>.

13. World Health Organization (2015). Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing cause of death. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/verbalautopsystandards/en/> .
14. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Dirección de censos y demografía- DCD. Manual de crítica y codificación certificados de nacido vivo y de defunción- EEVV, 2004.
15. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Decreto 780 de 2016. 06 de mayo de 2016. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)
16. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensiontransversal-gestiondiferencialpoblaciones-vulnerables.pdf>
17. **Organización Panamericana de la Salud.** Competencias Esenciales en Salud Pública: Un Marco Regional para las Américas. Campus virtual de salud pública. Washington, DC OPS, 2013. Fecha de consulta: 08 de enero de 2020. Disponible en: <https://www.campusvirtualsp.org/es/competencias-esenciales-en-salud-publica-un-marco-regional-para-las-americas>
18. **Republica de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. noviembre de 2016. Fecha de consulta: 18 de Noviembre de 2019. Disponible en [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co).
19. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Guías de práctica clínica. Disponible en [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/gpc\\_info\\_1.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/gpc_info_1.aspx)
20. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 100 de 1993. 23 de diciembre de 1993. Fecha de consulta: 20 de agosto de 2019. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
21. **Constitución Política de Colombia.** 20 de julio de 1991. Fecha de consulta: 20 de agosto de 2019. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)
22. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 9 de 1979. 16 de julio de 1979. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0009\\_1979.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0009_1979.html)
23. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 715 de 2001. 21 de diciembre de 2001. Fecha de consulta: 27 de agosto de 2019. Disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf)

24. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 1164 de 2007. 03 de octubre de 2007. Fecha de consulta: 27 de agosto de 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf)
25. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 1122 de 2007. 09 de enero de 2007. Fecha de consulta: 27 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
26. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 1438 de 2011. 19 de enero de 2011. Fecha de consulta: 27 de agosto de 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
27. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 1641 de 2013. 12 de julio de 2013. Fecha de consulta: 27 de agosto de 2019. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201641%20EL%2012%20DE%20JULIO%20DE%202013.pdf>
28. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 1751 de 2015. 16 de febrero de 2015. Fecha de consulta: 27 de agosto de 2019. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)
29. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 1753 de 2015. 09 de junio de 2015. Fecha de consulta: 27 de agosto de 2019. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1753\\_2015.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html)
30. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 1823 de 2017. 04 de enero de 2017. Fecha de consulta: 27 de agosto de 2019. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1823\\_2017.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1823_2017.html)
31. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 1955 de 2019. 25 de mayo de 2019. Fecha de consulta: 27 de agosto de 2019. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1955\\_2019.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1955_2019.html)
32. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 1966 de 2019. 11 de julio de 2019. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1966\\_2019.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1966_2019.html)
33. **Congreso de la República de Colombia.** Ley 1977 de 2019. 24 de julio de 2019. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1977\\_2019.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1977_2019.html)
34. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Decreto 2462 de 2013. 07 de noviembre de 2013. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en:

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/NOVIEMBRE/07/DECRETO%202462%20DEL%2007%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202013.pdf>

35. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Decreto 2499 de 2018. 29 de diciembre de 2018. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%202499%20DEL%2029%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202018.pdf>
36. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Decreto 2500 de 2018. 29 de diciembre de 2018. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%202500%20DEL%2029%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202018.pdf>
37. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Decreto 1765 de 2019. 01 de octubre de 2019. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20No.%201765%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%201765%20de%202019.pdf)
38. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Decreto 2257 de 1986. 16 de julio de 1986. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [http://biblioteca.saludcapital.gov.co/img\\_upload/03d591f205ab80e521292987c313699c/decreto-2257-de1986.pdf](http://biblioteca.saludcapital.gov.co/img_upload/03d591f205ab80e521292987c313699c/decreto-2257-de1986.pdf)
39. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Decreto 1543 de 1997. 12 de julio de 1997. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1543-de-1997.pdf>
40. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Decreto 3518 de 2006. 09 de octubre de 2006. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf)
41. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Decreto 2323 de 2006. 12 de julio de 2006. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [http://biblioteca.saludcapital.gov.co/img\\_upload/03d591f205ab80e521292987c313699c/decreto-2323-de-2006.pdf](http://biblioteca.saludcapital.gov.co/img_upload/03d591f205ab80e521292987c313699c/decreto-2323-de-2006.pdf)
42. **Ministerio de la Protección Social.** Decreto 1575 de 2007. 09 de mayo de 2007. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <http://www.mincit.gov.co/ministerio/normograma-sig/procesos-de-apoyo/gestion-de-recursos-fisicos/decretos/decreto-1575-de-2007.aspx>
43. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Decreto 859 de 2014. 06 de mayo de 2014. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-859-DE-2014.pdf>

44. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Decreto 1375 de 2014. 22 de julio de 2014. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D1375014.pdf>
45. **Ministerio de la Protección Social.** Resolución 3442 de 2006. 22 de septiembre de 2006. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCIÓN%203442%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN%203442%20DE%202006.pdf)
46. **Ministerio de la Protección Social.** Resolución 3990 de 2009. 22 de octubre de 2009. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3990-de-2009-parcialmente-vigente.pdf>
47. **Ministerio de la Protección Social.** Resolución 5195 de 2010. 10 de diciembre de 2010. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R\\_MPS\\_5195\\_2010.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_5195_2010.pdf)
48. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 4505 de 2012. 31 de diciembre de 2012. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/resolucion\\_minsaludps\\_4505\\_2012.htm](https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/resolucion_minsaludps_4505_2012.htm)
49. **República de Colombia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público/Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 4015 de 2013. 26 de noviembre de 2013. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4015-de-2013.pdf>
50. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 1841 de 2013. 28 de mayo de 2013. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
51. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 518 de 2015. 24 de febrero de 2015. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
52. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 1536 de 2015. 11 de mayo de 2015. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

53. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 1619 de 2015. 15 de mayo de 2015. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1619-del-2015.PDF>
54. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 5159 de 2015. 30 de noviembre de 2015. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5159-de-2015.pdf>
55. **República de Colombia, Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 999 de 2016. 28 de marzo de 2016. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-999-2016.pdf>
56. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 2465 de 2016. 14 de junio de 2016. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion\\_no.\\_2465\\_del\\_14\\_de\\_junio\\_de\\_2016.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no._2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf)
57. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 3202 de 2016. 25 de julio de 2016. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
58. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 3595 de 2016. 10 de agosto de 2016. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3595-2016.pdf>
59. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 2063 de 2017. 09 de junio de 2017. Fecha de consulta: 24 de agosto de 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución%20No.%202063%20de%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202063%20de%202017.pdf)
60. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 3280 de 2018. 02 de agosto de 2018. Fecha de consulta: 26 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
61. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 2515 de 2018. 26 de Agosto de 2019. Fecha de consulta: 28 de enero de 2020. Disponible en:

[http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol\\_bc7e1d7d6eed41709a3549a868507beb](http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol_bc7e1d7d6eed41709a3549a868507beb)

62. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 5857 de 2018. 26 de diciembre de 2018. Fecha de consulta: 26 de agosto de 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución%205857%20de%202018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%205857%20de%202018.pdf)
63. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 276 de 2019. 04 de febrero de 2019. Fecha de consulta: 27 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-276-de-2019.pdf>
64. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 561 de 2019. 04 de marzo de 2019. Fecha de consulta: 27 de noviembre de 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución%20No.%20561%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%20561%20de%202019.pdf)
65. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 2626 de 2019. 27 de septiembre de 2019. Fecha de consulta: 27 de de noviembre de 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf)
66. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Resolución 3512 de 2019. 26 de diciembre de 2019. Fecha de consulta: 13 de Enero de 2020. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf)
67. **Ministerio de Salud y de la Protección Social.** ABC del Plan Decenal de Salud Pública. noviembre de 2013. Fecha de consulta: 27 de de noviembre de 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP\\_4feb+ABCminsalud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf)
68. **Instituto Nacional de Salud.** Lineamientos nacionales 2021, Vigilancia y control en salud pública, XX de diciembre de 2020.
69. **Instituto Nacional de Salud.** Protocolos por eventos. Disponibles en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos>