

INFORME DEL EVENTO

VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA O DESNUTRICIÓN

COLOMBIA 2020



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud



INFORME DE EVENTO VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA O DESNUTRICIÓN, COLOMBIA, 2020

Giana María Henríquez Mendoza
Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN



La muerte por causas evitables, de un niño o niña menor de cinco años es el resultado de la interacción de los determinantes sociales de la salud. El acceso a agua apta para el consumo y a saneamiento básico, la oportunidad y calidad de la atención, el acceso a los servicios de salud, los conocimientos de la madre sobre cuidados de salud, los ingresos del hogar y disponibilidad de alimentos configuran las categorías más importantes de estos (1). La importancia de la tasa de mortalidad de este grupo de edad se debe a la baja posibilidad de que un porcentaje poblacional minoritario con mejor posición económica afecte la tasa en un país. Así entonces, este indicador permite una medida del estado de salud de la mayoría de los niños y del desarrollo de la población general (2).

Aunque en Colombia se ha reducido la tasa de mortalidad en la niñez en un 30 % en los últimos 20 años, aún persisten diferencias regionales (3). En la ocurrencia de estas muertes la relación de la desnutrición, con la aparición de enfermedades infecciosas, que son tanto factor causal como concurrente y consecuencia del efecto deletéreo de la desnutrición sobre el sistema inmunitario del niño (3), fundamenta la integración de la vigilancia de estas muertes de menores de 5 años en un mismo evento. Por esto los casos probables de esta vigilancia incluyen toda muerte en menor de 5 años, cuya cascada fisiopatológica incluya diagnósticos de DNT o deficiencias nutricionales, enfermedad diarreica aguda (EDA) o infección respiratoria aguda (IRA) (4).

Por lo anterior, estos casos probables son objeto de unidad de análisis y de tablero de problemas. El propósito es que esta información sirva como un insumo, no solo para la seguimiento y ajuste de planes, programas y políticas que apunten a la disminución de estas muertes, sino también para ejercicios de análisis, discusiones y reflexiones en el espacio intersectorial que redunden en medidas en otros sectores con el mismo propósito.

De esta manera, este ejercicio de vigilancia en salud pública es coherente con el significado de la muerte evitable del menor de cinco años, en cuanto a aspectos que tocan la justicia



social y el desarrollo social y económico del país. El objetivo de este informe es hacer la revisión del evento de vigilancia integrada de muerte menor de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición en el 2020.

2. MATERIALES Y MÉTODOS



Se realizó un análisis de tipo descriptivo retrospectivo de los casos notificados en 2020 al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y un análisis del tablero de problemas que las entidades territoriales presentaron para casos confirmados.

Los casos notificados cada semana son objeto de un procedimiento de depuración en el que se verifican los casos nuevos y los ajustes presentados. Se incluyen los casos nuevos a la base acumulada una vez se confirma que no son duplicidades por nombre concatenado y número de documento de identidad.

Para este análisis se utiliza la base acumulada de los casos confirmados. En el 2020 hubo necesidad de confirmar casos con la información disponible en RUAF. Para esta confirmación por RUAF se verificó el cumplimiento de la cascada fisiopatológica del evento y la ausencia de patologías de base. Se define como patología de base para el evento aquella presente en la cascada fisiopatológica y cuya historia natural implica la ocurrencia de desenlaces que favorecen la incidencia y persistencia de los estados mórbidos definidos para la vigilancia del evento (IRA, EDA, DNT). Esta patología de base opera como un obstáculo que dificulta que las intervenciones sanitarias de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno tengan la misma efectividad que se espera de ellas en comparación con un niño sin estas enfermedades de base graves y debilitantes. No se incluyen en este análisis los casos descartados por UA y descartados por error de digitación.

Se caracterizan los casos por las variables de sexo, edad, pertenencia étnica, condición migrante y departamento de residencia. Se calculan las tasas específicas de mortalidad y las razones de tasa 2020/2019 para cada causa de muerte y departamento de residencia.

Se adiciona para los casos de infección respiratoria aguda confirmados el porcentaje de toma de muestra para SARS-CoV-2 por entidad de residencia y se hacen análisis comparativos con las tasas de mortalidad y las razones de tasas. Se calculan los indicadores de cumplimiento y oportunidad de UA y de cumplimiento de Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) para un análisis integral de la gestión territorial del evento. Para tablero de problemas se calcula la razón UA confirmatoria - tablero de problemas por entidad territorial y una descripción de los problemas presentados con base en la homologación y estandarización al tablero de problemas 2021.

El plan de análisis se realizó por medio de estadística descriptiva, con las variables de tiempo, persona y lugar de residencia, mediante el software Excel® 365. Para las tasas



específicas de mortalidad en menores de cinco años se usaron las proyecciones del censo DANE 2018 para 2018, 2019 y 2020 y las proyecciones del censo 2005 para las poblaciones de 2014, 2015, 2016 y 2017. De acuerdo con la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 del ministerio de salud, es una investigación sin riesgo, se garantiza la confidencialidad de los datos.

3. RESULTADOS



En el 2020 ingresaron al sistema de vigilancia 783 muertes probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición, lo que significó un descenso del 36,4 % del total de casos notificados con relación al 2019.

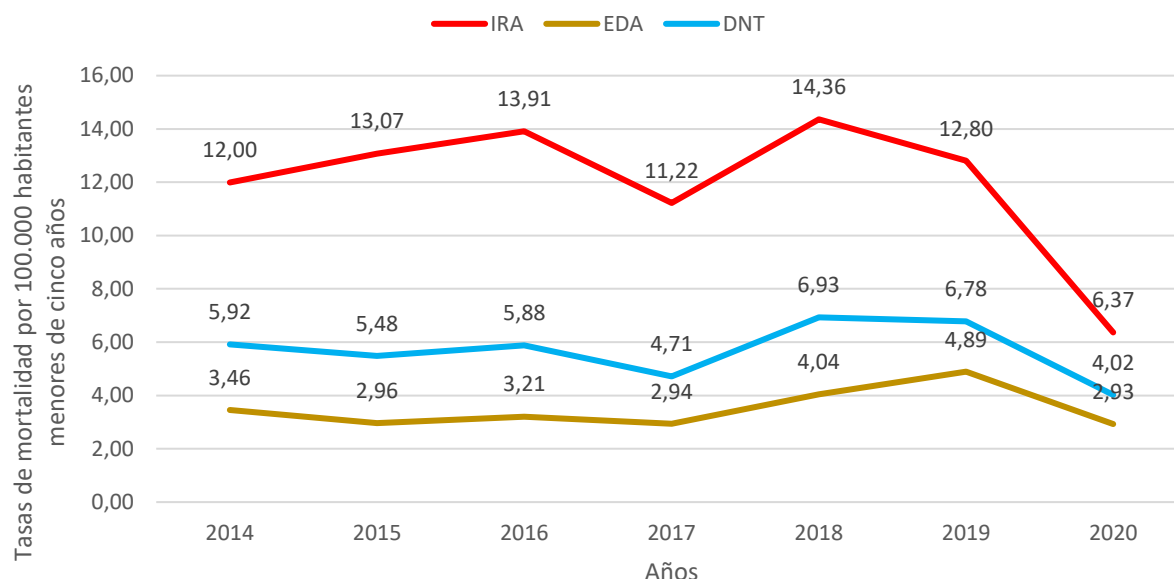
Se realizó Unidad de Análisis en el 75,8 % de los casos notificados, el restante (24,2 %) fue clasificado con revisión del certificado de defunción. Se notificaron cinco casos que al cerrar la base no tenían registro en RUAF y 2 casos con muerte en estudio, que correspondieron al 0,9 % del total.

Se confirmaron 540 muertes para el evento (68,9 %), conforme al comportamiento histórico el mayor volumen de casos correspondió a infección respiratoria aguda con 261 de ellos (48,3 %), seguidos de 160 muertes por desnutrición (29,6 %), y el número más bajo de casos correspondió a muertes por enfermedad diarreica aguda con 119 (22,0 %).

En concordancia con el descenso de la notificación, los casos confirmados tuvieron un decremento del 42,7 % en comparación con el 2019 por lo tanto, las tasas específicas representaron el valor más bajo desde que se inició la vigilancia, en 2014, en las tres clasificaciones de caso del evento.



Figura 1. Tasas de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda, desnutrición y enfermedad diarreica aguda, Colombia 2014 a 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila 2014 – 2020.

En cuanto a la distribución de los casos se observó predominio en hombres (54,2 %) y de menores de un año (68,5 %), que se corresponden con el comportamiento demográfico de la población en este grupo de edad y con las mayores tasas de mortalidad poblacional del menor de un año en comparación con el niño de 1 a 4 años.

Por otra parte, los casos de grupos étnicos se distribuyeron en 201 (37,2 %) indígenas, 44 (8,1 %) afrocolombianos y raizales y 1 caso de población rrom, lo que significó el 45,5 % de los casos en el 2020, con un incremento de 6,5 % con respecto al 2019 y de 2,8 % con el 2018. Estos resultados de importante afectación de los grupos étnicos son concordantes con otras publicaciones (1).

Cinco departamentos concentran el 75 % de los casos de muerte en menores de 5 años indígenas. Estos son La Guajira 75 casos (37 %), Chocó 41 (20 %), Risaralda 14 (7 %), Vichada 12 (6 %) y Cesar 8 (4 %). En correspondencia con la mayor presencia de casos en estas entidades territoriales se da la afectación de los pueblos indígenas con esta ubicación geoespacial como son el wayúu con 74 casos (36,8 %), los emberá con 39 casos (19,4 %), los sikuni 13 (6,4 %) y yukpa 6 (3 %).

En cuanto a los casos de muertes en afrocolombianos y raizales se relacionan con la mayor presencia poblacional de este grupo étnico en Chocó, Buenaventura, Nariño, La Guajira y



Cartagena. El menor de 5 años con reconocimiento étnico rrom se notificó con departamento de residencia en La Guajira.

Se notificaron 37 muertes en menores de cinco años con nacionalidad no colombiana con país expulsor Venezuela, que representaron el 6,8 % de los casos. Una proporción similar al 7 % observado en el 2019 y al 8 % en 2018. La mayoría fueron notificados por las entidades territoriales de La Guajira, Norte de Santander, Santa Marta y Atlántico.

Se compararon las tasas de mortalidad por entidades territoriales con las nacionales para cada una de las causas de muerte. En comparación con la tasa de mortalidad por desnutrición en menor de 5 años de 6,8 por 100 000 habitantes (3) presentaron tasas de mortalidad mayores las entidades de Amazonas, Atlántico, Bolívar, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Magdalena, Putumayo y Vichada (tabla 1).

La comparación con la tasa de mortalidad nacional por IRA en menor de 5 años de 11,5 muertes por 1000 000 habitantes (5), se observaron mayores tasas en las entidades territoriales de Amazonas, Atlántico, Bolívar, Chocó, Guaviare, La Guajira, Magdalena, Vaupés y Vichada (tabla 1).

Finalmente, en comparación con la tasa de mortalidad de EDA en menor de cinco años de 5,7 por 100 000 habitantes (5) se observaron mayores tasas en las entidades territoriales de Arauca, Bolívar, Chocó, Guainía, La Guajira, Magdalena, Risaralda, Vaupés y Vichada (tabla 1).

Las entidades territoriales con tasas mayores a las nacionales en las tres enfermedades fueron Bolívar, Chocó, La Guajira, Magdalena y Vichada. (tabla 1).

Tabla 1. Número de casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años por 100 000 habitantes por desnutrición, infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, 2020

Entidad territorial de residencia	DNT		IRA		EDA	
	Número de muertes	Tasa de muerte	Número de muertes	Tasa de Muerte	Número de muertes	Tasa de muerte
Amazonas	3	31,4	2	20,9	-	10,5
Antioquia	4	0,9	27	5,8	5	1,1
Arauca	2	6,7	2	6,7	3	10,0
Atlántico	12	38,2	8	25,5	-	0,0
Barranquilla	7	3,6	6	3,1	-	0,0
Bogotá D.C.	-	0,0	15	3,0	-	0,0
Bolívar	11	43,4	5	19,7	2	7,9
Boyacá	1	1,1	8	8,7	2	2,2
Buenaventura	4	5,4	5	6,8	3	4,1
Caldas	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Caquetá	-	0,0	3	7,4	-	0,0



Entidad territorial de residencia	DNT		IRA		EDA	
	Número de muertes	Tasa de muerte	Número de muertes	Tasa de Muerte	Número de muertes	Tasa de muerte
Cartagena	-	0,0	10	5,8	1	0,6
Casanare	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Cauca	3	2,5	3	2,5	2	1,7
Cesar	11	8,5	7	5,4	2	1,5
Chocó	8	13,5	27	45,5	18	30,4
Córdoba	2	1,2	9	5,5	1	0,6
Cundinamarca	4	1,6	5	2,0	-	0,0
Guainía	2	29,6	-	0,0	2	29,6
Guaviare	-	0,0	2	21,3	-	0,0
Huila	3	2,9	9	8,7	1	1,0
La Guajira	37	32,9	25	22,2	31	29,4
Magdalena	4	8,8	10	22,1	6	13,3
Meta	4	4,6	4	4,6	-	0,0
Nariño	6	4,8	10	8,0	1	0,8
Norte de Santander	7	5,0	7	5,0	3	2,9
Putumayo	4	12,2	2	6,1	1	3,1
Quindío	-	0,0	2	6,0	-	0,0
Risaralda	3	4,8	3	4,8	10	15,9
San Andrés Islas	0	0,0	0	0	0	-
Santa Marta	-	0,0	3	3,4	5	5,7
Santander	1	0,6	3	1,8	2	1,2
Sucre	3	3,6	6	7,3	1	1,2
Tolima	-	0,0	6	6,6	1	1,1
Valle del Cauca	7	2,6	8	3,0	6	2,3
Vaupés	-	0,0	1	15,7	1	15,7
Vichada	4	28,6	6	42,9	3	21,5
Exterior	2	NA	11	NA	4	NA
Total general	160	4,02	261	6,37	119	2,93

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila 2020. Datos de población Censo DANE 2018

Se calculó la razón de tasas 2020/2019 (4) con la que se observó una razón de tasa mayor de 1 para desnutrición, que indica una mayor tasa en el 2020 con relación al 2019 en las entidades territoriales de Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Cauca, Cundinamarca y Valle del Cauca. En las tasas de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en se dieron mayores tasas en 2020 en comparación al 2019 en las entidades territoriales de Arauca, Boyacá, Buenaventura, Casanare, Guainía, Huila, Magdalena, Santa Marta, Santander, Sucre y Valle del Cauca. Para las tasas de infección respiratoria aguda se analizarán en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.

Con el mismo ejercicio, se observó una razón de tasas menor de 1 para desnutrición, en comparación con el año anterior, que indica menor tasa en 2020 con relación al 2019 en



las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Guaviare, Quindío, Santa Marta DE, Santander, Tolima y Vaupés. Se encontró una razón de tasas menor de 1 en mortalidad por EDA, que indica una tasa menor en 2020 con relación a 2019 en las entidades territoriales de Amazonas, Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Caldas, Caquetá, Cartagena, Cauca, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, La Guajira, Meta, Nariño, Norte Santander, Quindío, Tolima, Vaupés y Vichada. Para las tasas de infección respiratoria aguda se analizarán en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2. El Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina no notificó casos en ninguna de las tres causas de muerte del evento en 2019 y 2020.

De los 261 casos confirmados de muerte por infección respiratoria aguda se tomó muestra para infección por SARS-CoV-2 al 43 % de ellos (111 casos) de los que el 83,7 % tuvo resultado negativo. Las entidades territoriales con porcentaje de muestra mayor al total nacional fueron Arauca, Barranquilla, Nariño, Huila, Bolívar, Caquetá, Risaralda, Santa Marta D.E., Cartagena, Atlántico, Bogotá, Cundinamarca, Cesar, Amazonas, Meta, Putumayo, Quindío y Córdoba (tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de casos de muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años con muestra para infección por SARS-CoV-2, según departamento de residencia, Colombia, 2020

Departamento de residencia	Porcentaje de muestra para SARS-CoV-2
Amazonas	50%
Antioquia	41%
Arauca	100%
Atlántico	63%
Barranquilla	83%
Bogotá D.C.	60%
Bolívar	67%
Boyacá	38%
Buenaventura	0%
Caquetá	67%
Cartagena	64%
Casanare	0%
Cauca	0%
Cesar	57%
Chocó	7%
Córdoba	44%
Cundinamarca	60%
La Guajira	34%
Guaviare	0%
Huila	78%
Magdalena	40%
Meta	50%
Nariño	80%



Departamento de residencia	Porcentaje de muestra para SARS-CoV-2
Norte de Santander	40%
Putumayo	50%
Quindío	50%
Risaralda	67%
Santander	33%
Santa Marta	67%
Sucre	33%
Tolima	17%
Valle del Cauca	38%
Vaupés	0%
Vichada	0%
COLOMBIA	43%

Fuente: Instituto Nacional de Salud, SIVIGILA 2020

En cuanto a la razón de tasas 2020/2019 para muertes por IRA, el 65 % de las entidades territoriales (21 de 37) presentaron menor tasa en el 2020, que se corresponde con el descenso del 45 % en el número de casos entre los dos años (6).

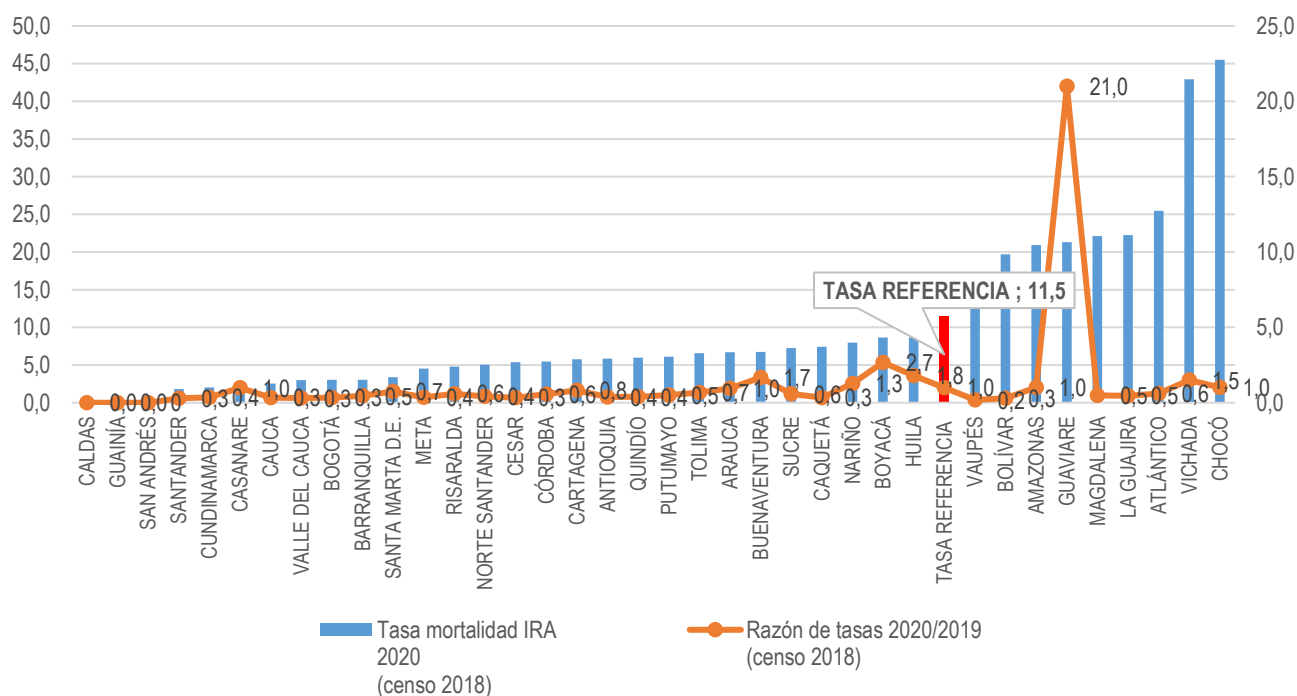
Los departamentos con las tasas de mortalidad por infección respiratoria aguda mayores a la tasa de referencia nacional citada (barra roja en la figura 1) y la razón de tasa 2020/2019 mayor de 1, por incremento de la tasa en 2020, fueron Guaviare y Vichada. Pero también se observaron entidades territoriales con tasas menores a la nacional, que mostraron razón de tasas mayores a 1, por incremento en 2020 en comparación con 2019, las cuales fueron Boyacá, Buenaventura, Huila y Nariño (figura 1).

Las entidades con las tasas de mortalidad por IRA mayores a la referencia nacional y razón de tasa mayor de 1, es decir Guaviare y Vichada (figura1) tuvieron 0 % toma de muestra para infección SARS-CoV-2 ambas. En cuanto a las que tuvieron tasas menores de la nacional, pero razones de tasa 2020/2019 mayores de 1, o sea Boyacá, Buenaventura, Huila y Nariño (figura 1), tienen 38, 0, 78 y 80 % de toma de muestra para infección por SARS-CoV-2, respectivamente (tabla 2)

El resto de las entidades territoriales tuvieron tasas de mortalidad por infección respiratoria aguda menores a la media nacional, y razones de tasa de mortalidad 2020/2019 iguales o menores de 1 y dentro de ellas Guainía sin casos notificados y Caldas con un caso notificado que fue descartado, ambas con tasas de mortalidad en cero para el 2020.



Figura 2. Tasa de mortalidad menor de 5 años por infección respiratoria aguda 2020 y razón de tasas 2020-2019 por entidad territorial, Colombia, 2021



Fuente: Instituto Nacional de Salud, SIVIGILA 2020

Indicadores de cumplimiento y oportunidad de las Unidades de Análisis

El cumplimiento del envío de las unidades de análisis mantuvo un nivel similar al 2019. El descenso del indicador de cumplimiento fue de 2 puntos porcentuales para los casos notificados por infección respiratoria aguda y desnutrición y de 4 puntos para los notificados por enfermedad diarreica aguda. Pero el indicador de oportunidad sufrió un mayor decremento en comparación al 2019, con un descenso de 14 puntos para las UA de infección respiratoria aguda, 25 puntos para las de desnutrición y 27 para las de enfermedad diarreica aguda (tabla 3).

El cumplimiento de envío de las UA de los casos de desnutrición fluctuó entre el 0 % para Atlántico y el 100 % de Amazonas, en infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda entre el 0 % de Santa Marta y el 100 % de Boyacá.

En cumplimiento de UA de casos de desnutrición la mayoría de las entidades territoriales tuvieron un indicador óptimo superior al total nacional, excepto Cesar, Guainía, La Guajira, Risaralda, Córdoba, Barranquilla y Atlántico. En cumplimiento de las UA de infección



respiratoria aguda el 60 % de las entidades territoriales que notificaron casos estuvo por encima del total nacional y en enfermedad diarreica aguda el 65 % presentó el mismo resultado.

Como se mencionó antes el indicador que más decreció en el 2020 fue el de oportunidad. El resultado total de UA de desnutrición y enfermedad diarreica aguda enviadas oportunamente fue del 19 % en ambos, y del 23 % para las de infección respiratoria aguda (tabla 3).

Las entidades con mejor oportunidad en desnutrición por encima del total nacional fueron Santander, Cauca, Sucre, Bolívar, Arauca, Valle del Cauca, Antioquia, Nariño y Cundinamarca; en infección respiratoria aguda fueron Caldas, Atlántico, Caquetá, Norte de Santander, Bogotá, Cundinamarca, Valle del Cauca, Barranquilla, Antioquia, Vichada, Cartagena y Boyacá, y en enfermedad diarreica aguda las de mejor gestión por encima del total nacional fueron Valle del Cauca, Norte de Santander, Boyacá, Córdoba, Cesar, Putumayo, Magdalena, Antioquia, Nariño y La Guajira (tabla 3).

Los mejores resultados en estos indicadores de gestión en todas las patologías que notificaron del evento se produjeron en las entidades territoriales de Antioquia, Boyacá, Cundinamarca, Nariño, Quindío y Valle del Cauca. Sin embargo, fue evidente el esfuerzo de muchas entidades como Vichada con óptimos indicadores de cumplimiento en las tres patologías y de oportunidad para infección respiratoria aguda, o Bolívar y Sucre con óptimo indicador de cumplimiento en las tres patologías y de oportunidad en desnutrición. Bogotá tuvo excelente gestión en infección respiratoria aguda, pero no en enfermedad diarreica aguda.

También tuvieron óptimo indicador de cumplimiento en las tres patologías, pero no en oportunidad las entidades de Chocó, Meta, Huila, Putumayo y Buenaventura. Estos resultados reflejan la mística que implica al trabajo de la vigilancia en salud pública, frente a un año que fue un desafío para la salud pública.

Tabla 3. Cumplimiento y oportunidad de las Unidades de Análisis por entidad territorial de residencia, Colombia, 2020

Entidad territorial de residencia	DNT		IRA		EDA	
	% Cumplimiento	% Oportunidad	% Cumplimiento	% Oportunidad	% Cumplimiento	% Oportunidad
Amazonas	100	0	0	0	0	-
Antioquia	100	38	98	33	100	38
Arauca	100	50	60	0	50	0
Atlántico #	0	-	10	100	-	-
Barranquilla #	25	0	27	33	-	-
Bogotá*	-	-	90	43	67	0
Bolívar	100	50	100	10	100	0
Boyacá	100	0	100	23	100	50
Buenaventura	100	0	100	0	100	0



Entidad territorial de residencia	DNT		IRA		EDA	
	% Cumplimiento	% Oportunidad	% Cumplimiento	% Oportunidad	% Cumplimiento	% Oportunidad
Caldas* #	-	-	100	100	-	-
Caquetá* #	-	-	100	60	-	-
Cartagena*	-	-	92	25	100	0
Casanare	100	0	33	0	100	0
Cauca	100	67	80	0	33	0
Cesar	67	0	89	13	100	50
Chocó	80	0	90	11	100	5
Córdoba	33	0	42	20	67	50
Cundinamarca #	83	20	91	40	-	-
Guainía &	67	0	-	-	100	0
Guaviare* #	-	-	67	0	-	-
Huila	100	0	80	6	100	0
La Guajira	65	16	67	4	56	21
Magdalena	100	0	50	0	83	40
Meta #	100	0	82	11	-	-
Nariño	100	22	100	23	100	33
Norte de Santander	100	14	63	50	80	50
Putumayo	100	0	100	0	100	50
Quindío* #	-	-	100	0	-	-
Risaralda	40	0	83	20	80	0
Santander	100	100	50	0	100	0
Santa Marta	100	0	0	-	0	-
Sucre	80	50	100	0	100	0
Tolima	100	0	22	0	0	-
Valle del Cauca	91	40	84	38	71	60
Vaupés*	-	-	100	0	100	0
Vichada	80	0	88	29	100	0
Total general	74	19	77	23	75	19

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila 2020

* Entidades que no notificaron casos de muerte por desnutrición en 2020.

Entidades que no notificaron casos de muerte por EDA en 2020.

& Entidades que no notificaron casos de muerte por IRA en 2020

Cumplimiento de la Investigación Epidemiológica de Campo

Finalmente, el indicador de cumplimiento de la Investigación epidemiológica de Campo – IEC, cuya relevancia en el ejercicio de unidad de análisis y tablero de problemas es central, se evaluó sobre las UA presentadas por cada entidad territorial y las IEC incluidas, bien sea como un texto resumen en su contenido o como un soporte adjunto, pero cuya utilización en la discusión de la unidad de análisis fue reportada en el acta. Se observa en la figura 3 que el 60 % de las entidades territoriales que presentaron UA realizaron la respectiva IEC



en al menos una de las UA, excepto Santa Marta, Guaviare y Caldas que no presentaron IEC en ninguna de las UA presentadas.

Las entidades con cumplimientos mayores de IEC con UA presentada sobre el total nacional empiezan por Bogotá con el 51 % y terminan con Amazonas que presenta 100 %. No obstante, los cumplimientos del 100 % en presentación de IEC se deben contrastar con los cumplimientos en UA para una mirada integral de la gestión territorial del evento. De esta manera, Casanare, Guainía, Meta y Vaupés tuvieron 66 %, 80 %, 87,5 % y 100 %, respectivamente de cumplimiento global de UA y 100 % de cumplimiento en IEC, que demuestra una óptima gestión del evento, mientras que Atlántico y Amazonas tuvieron 4 % y 33 % de cumplimiento global en UA.

De otra parte, entidades territoriales que presentaron altos indicadores de cumplimiento y oportunidad en UA como Antioquia, Nariño y Valle del Cauca exhiben bajo cumplimiento de IEC, por debajo del valor medio nacional. En contraste, el grupo de entidades territoriales que se observan en este indicador de cumplimiento de IEC entre el 75 y el 92 % por encima del valor medio nacional, conformado por las entidades en barras amarillas en la figura 3, se encuentra en ellas que existe correlación de su resultado en IEC, con el indicador de cumplimiento global de UA. En este sentido, tienen en cumplimiento global de UA del 72 % en Cauca, 83 % en Huila, 87 % en Vichada, 92 % en Sucre y 100 % en Putumayo, Quindío y Bolívar. Este análisis configura unas entidades territoriales con excelente desempeño de la gestión territorial, pues no solo tiene un alto cumplimiento de realización y entrega de las unidades de análisis, sino que cumplen con un estándar importante del protocolo como es la realización y presentación de la investigación epidemiológica de campo, aunque el indicador de oportunidad de UA les fue adverso.

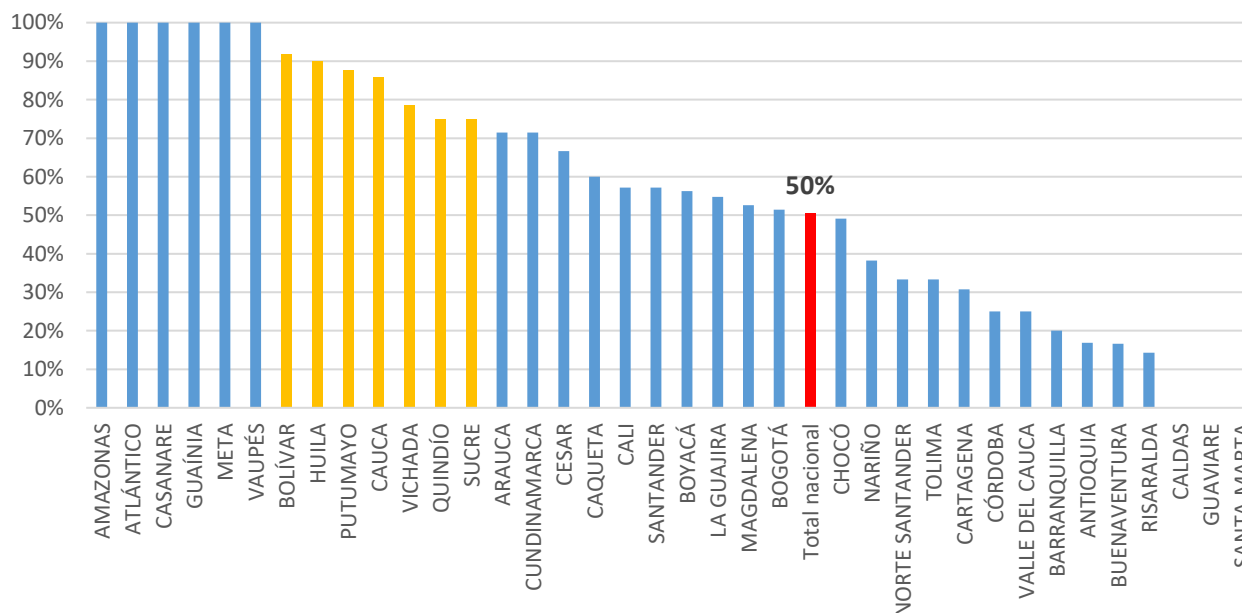
Resultados y cumplimiento del Tablero de Problemas

El componente final de los resultados del evento está constituido por el cumplimiento en la elaboración y presentación de los tableros de problemas producto de las unidades de análisis que son confirmatorias del evento. A partir del 2018 la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública implementó la metodología y los lineamientos para la realización y divulgación de los tableros de problemas para los eventos de interés de salud pública que son objeto de unidades de análisis. El propósito central es hacer un aporte significativo que se traduce en un insumo de alto valor público para la formulación de las políticas públicas en salud (7).

Por lo anterior, los lineamientos establecen que el tablero de problemas solo se produce a partir de la unidad de análisis que confirman el evento de interés en salud pública. Por lo tanto, este análisis parte de describir la producción de tableros de problemas con base en las unidades de análisis que confirmaron los casos en este evento. Así entonces, se responderá primero a la pregunta ¿cuál es la razón UA confirmatoria y tablero de problemas presentado? para luego describir los resultados de los problemas presentados en dicho ejercicio para este evento.



Figura 3. Cumplimiento de investigación epidemiológica de campo por entidad territorial de residencia, Colombia, 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud, SIVIGILA 2020

Se reportaron 15 725 problemas en total en el 2020, 4 puntos porcentuales menos de los reportados en 2019. De estos 3 306 sobre el evento de vigilancia integrada de mortalidad de menor de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición, que representan el 21 % del total, porcentaje similar al de 2019 del 23 % (6).

Para responder a la pregunta sobre la razón entre UA confirmatorias del evento y tablero de problemas presentado se toman las entidades territoriales con UA confirmatorias y se calcula para cada una la razón con el número de problemas presentados (figura 4).

En total la razón UA confirmatoria / problemas – RUA-C/P para el evento es de 8,0. Es decir, por cada unidad de análisis confirmatoria se producen en promedio 8 problemas por las entidades territoriales que presentaron tablero de problemas.

El ejercicio en 2020 presentó un alto grado de aceptación y adherencia, pues el 85 % de las entidades territoriales que presentaron unidades de análisis confirmatorias del evento presentaron también los respectivos tableros de problemas. Pocas entidades territoriales que presentaron unidad de análisis confirmatorias del evento no presentaron tablero de problemas, es el caso de Vaupés, Sucre, Risaralda, Bogotá y Atlántico (figura 4).

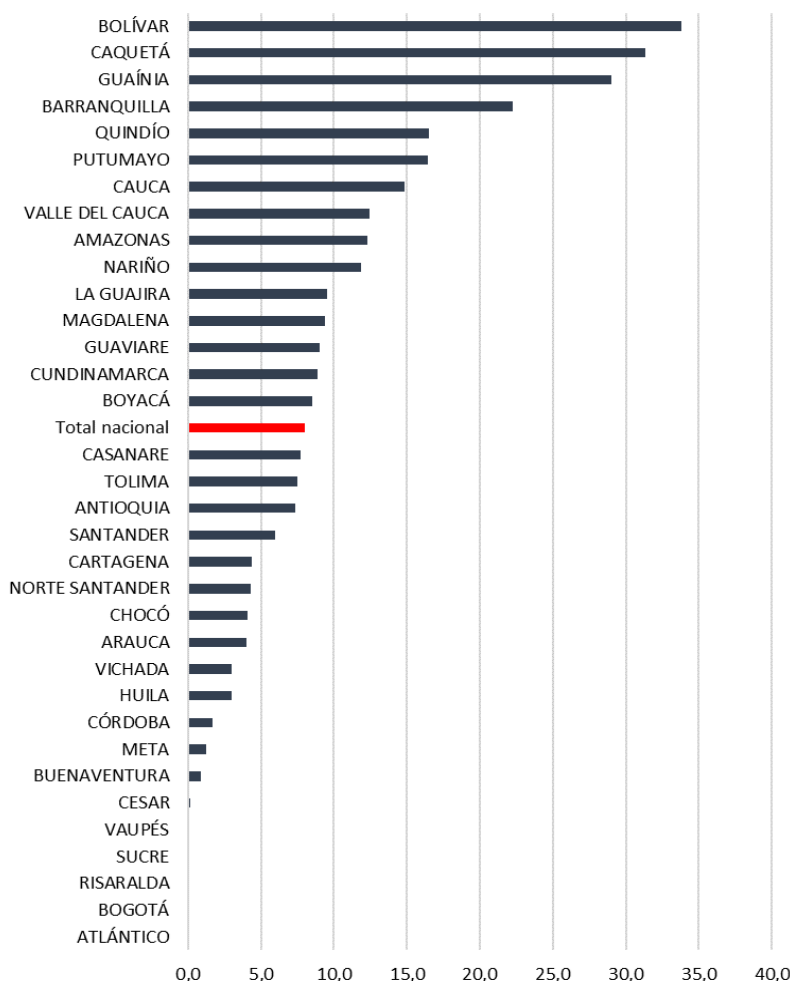
Las entidades con RUA-C/P por encima del valor medio nacional son el 44 % e inician con Boyacá con 8,5 problemas por UA y terminan con Bolívar con 33,8 problemas por UA.



Se presentarán los problemas por regiones, pero presentando las RUA-C/P de las entidades territoriales de la respectiva región para presentar con el mayor contexto posible los resultados, dada la asimetría del reporte de problemas entre entidades territoriales. Por ejemplo, en la región Caribe el departamento de Bolívar presenta 33,8 problemas por UA, en contraste su capital el Distrito de Cartagena presenta 4,4 problemas por UA. Esto inevitablemente da más peso a los problemas detectados por Bolívar que tiene diferencias obvias con los problemas del ámbito urbano de la capital de departamento.

Se utilizan las regiones de Orinoquía y Amazonía, Caribe, Central, Oriental, Pacífica y Bogotá, pues son las utilizadas en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) y otras, lo que facilita el análisis de cuestiones pertinentes al evento (8).

Figura 4. Razón unidad de análisis confirmatoria / problemas por entidad territorial de residencia, Colombia, 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud, SIVIGILA 2020



En la región Orinoquía y Amazonía están las siguientes entidades en orden descendente de RUC/P: Guainía 29, Putumayo 16, Amazonas 12, Guaviare 9, Casanare 7,8, Arauca 4 y Vichada 3. La única entidad de esta región sin información es Vaupés que no presentó tablero. En volumen de producción de problemas hay un grupo con mayor volumen y tres rezagados. Esta región concentra sus problemas en: Acciones de promoción y mantenimiento de la salud, Gestión del aseguramiento, Prestación de servicios individuales y Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.

Las entidades territoriales de la región Caribe, tiene la siguiente situación: Atlántico y Sucre no presentaron tableros, Santa Marta no presentó UA, San Andrés no notificó casos. Las demás entidades en orden descendente de RUC/P son Bolívar 33,8, Barranquilla 22,3, La Guajira 9,5, Magdalena 9,4, Cartagena 4,4, Córdoba 1,7 y Cesar 0.1. Esta región está menos balanceada que la anterior en producción de problemas, pues tres de las entidades no presentaron sus problemas y de los que presentaron hay dos rezagados en producción de problemas. La información se sesga hacia Bolívar, Barranquilla, La Guajira y Magdalena. Esta región concentra sus problemas en los factores de Prestación de servicios individuales, Acciones de promoción y mantenimiento de la salud, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud, Gestión del aseguramiento, Factores sociales y económicos asociados a situaciones de pobreza y desigualdad y Gobernanza.

Las entidades territoriales de la región Central en orden descendente de RUC/P son: Caquetá 31,3, Quindío 16,5, Antioquia 7,3, Tolima 7,5, Huila 3,0, Risaralda no presentó tablero y Caldas notificó un caso que fue descartado, no aplica para tablero. Esta región también se sesga por volumen de información de Caquetá y Quindío. Antioquia y Tolima en el centro y Huila rezagada. Esta región concentra sus problemas en Acciones de promoción y mantenimiento de la salud, Prestación de servicios individuales, Gestión del aseguramiento y Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.

Las entidades de la región Oriental en orden descendente de RUC/P son: Cundinamarca 8,9, Boyacá 8,5, Santander 6,0, Norte de Santander 4,3 y Meta 1,3. Esta región se sesga hacia los problemas de Cundinamarca y Boyacá, menos participación de Santander y Norte de Santander y Meta rezagado. Esta región concentra sus problemas en Acciones de promoción y mantenimiento de la salud, Prestación de servicios individuales, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud y Gestión del aseguramiento.

Las entidades de la región Pacífica en orden descendente de RUC/P son: Cauca 14,9, Valle del Cauca 12,4, Nariño 11,9, Chocó 4,1 y Buenaventura 0,9. Esta región se sesga hacia los problemas del Cauca, Valle del Cauca y Nariño. Chocó y Buenaventura rezagados en producción de problemas. Esta región concentra sus problemas en Acciones de promoción y mantenimiento de la salud, Prestación de servicios individuales, Gestión del aseguramiento, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud y Barreras para el acceso a los servicios de salud.

La región de Bogotá no presentó tablero de problemas.



De los 3 306 problemas del evento, el 68 % fue presentado por la región Caribe y Pacífica, esto es positivo pues en estas regiones se concentra el mayor volumen de casos del evento. Pero la Amazonía y Orinoquía la otra región de interés para este evento, solo alcanzó el 10 % de los problemas presentados. La región con menor participación en estos problemas fue la Oriental con el 8 %.

4. DISCUSIÓN



Los casos que se incluyen en la vigilancia integrada de mortalidad del menor de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición, constituyen uno de los indicadores más sensibles del desarrollo social y económico de una región o de un país. En la muerte evitable del menor de cinco años se reúnen nociones como los determinantes sociales de la salud y la determinación social del riesgo, justicia social y justicia ambiental. No hay esfuerzo innecesario en pro de promover y mantener todas las medidas posibles desde el sector salud para disminuir al máximo estas muertes.

No obstante, los problemas que subyacen a la ocurrencia de estas muertes requieren el concurso de otros sectores además de los esfuerzos desde el sector salud. Es por esto, que este ejercicio de las unidades de análisis es tan importante y es por esto mismo que el tablero de problemas no es un asunto de mero trámite que culmina con su envío al Instituto Nacional de Salud para cumplir los indicadores.

Es todo lo contrario, el sentido del ejercicio del tablero de problemas es trascender a su realización en el marco del cumplimiento de un indicador, para hacer una difusión activa y permanente y ofrecer al espacio intersectorial información pertinente basada en el análisis riguroso de cada evento de interés en salud pública cuya ocurrencia se relaciona, en su mayoría, con muertes prematuras evitables en Colombia (7).

Actualmente, el tablero de problemas 2021 ofrece a las direcciones de salud departamentales, distritales y municipales, un instrumento invaluable para el ejercicio de la gerencia del Sivigila en el contexto territorial. Esta afirmación se basa, no solo en el potencial que tiene la información producto de cada unidad de análisis, sino en que permite organizar la información con enfoque de derechos humanos en doce grupos de factores relacionados con el evento (9) que conectan en forma efectiva con el espacio intersectorial, dado que en la muerte del menor de cinco años por IRA, EDA o DNT, el 67 % de los desenlaces en salud deben ser intervenidos con acciones colectivas y poblacionales, pues sus determinantes están fuera del ámbito clínico (10).

En Colombia se calculan 62 organismos de este tipo en los que el sector salud tiene representación, en el nivel nacional y territorial. La gestión en el espacio intersectorial hace parte de varias metas del Plan Decenal de Salud Pública (11). La trascendencia de esta acción está basada en que desde esta perspectiva la intersectorialidad implica que diversos



sectores gubernamentales no sólo entreguen a un mismo público específico los servicios que son propios de cada uno, sino que de manera articulada atiendan necesidades sociales o prevengan problemas que tienen causas complejas, diversas y relacionadas en sus orígenes (12).

Por lo anterior, la metodología y los lineamientos del tablero de problemas del Instituto Nacional de Salud de Colombia se deben constituir en un instrumento de política de interés para las áreas de salud pública de las direcciones territoriales, por su potencial para abordar una gestión efectiva en el espacio intersectorial e incidir en los determinantes sociales de la salud.

A partir de los problemas presentados por las entidades territoriales en los consolidados se elaboran mediciones como la razón UA confirmatoria/problema. Esta medida tiene limitaciones, pero es una aproximación sencilla y de rápida comprensión para hacer evidente la producción de problemas a partir de las unidades de análisis confirmatorias. Las limitaciones se relacionan con que las conclusiones y el número de problemas derivados de una unidad de análisis se deriva del nivel técnico y profundidad que tenga el análisis, lo que es difícil medir, pero que, sin duda se relaciona con el volumen de problemas que produce el análisis. Este es un proceso en construcción que se desarrolla y retroalimenta en forma permanente de sus resultados en las entidades territoriales.

Estos resultados son indicativos de la importancia que tiene este ejercicio técnico e instrumento de política diseñado para que la información producida en las unidades de análisis trascienda el espacio sectorial y se convierta en un instrumento con el potencial de incidir en el cambio de la situación de los eventos de interés en salud pública en los que se aplica. Esto es posible porque permite la organización de la información en doce factores que tocan todos los determinantes sociales de la salud, de esta manera da alcance dentro del análisis a revisar los factores externos al sector salud.

Los problemas presentados tienen obvias conexiones con lo territorial y los entornos familiares, laborales y comunitarios que cambian entre entidades territoriales y regiones. Por lo tanto, el análisis que se propone por regiones tiene el propósito de organizar la información con una mirada regional, los problemas más frecuentes en la región están influidos por las diferencias en número de problemas presentados por cada entidad territorial. Por ejemplo, para este evento los problemas más frecuentes de la región Caribe sin duda están determinados por los problemas de Bolívar y Barranquilla, que además de ser diferentes entre sí, son bastante diferentes de La Guajira o del Cesar que presentaron menor número de problemas por UA confirmatoria.

No se conocen experiencias en Latinoamérica sobre ejercicios similares a partir de la vigilancia en salud pública. Es necesario seguir su desarrollo y cohesión territorial alrededor de este instrumento y empezar a observarlo como objeto de interés e investigación en salud pública (13).



5. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud ASIS 2019. Bogotá D.C.; 2019. 264 p.
2. UNICEF. Estado mundial de la infancia. New York; 2009. 100 p.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Desnutrición infantil en Colombia: marco de referencia. Bogotá D.C.; 2016. 50 p.
4. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por IRA, EDA o DNT. Bogotá D.C.; 2018. 13 p.
5. DNP. Plan Nacional de Desarrollo. 2018 - 2022 Pacto por Colombia, pacto por la equidad. Bogotá; 2018.
6. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición Colombia 2019 [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. p. 14. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS_2019.pdf
7. INS. Anexo. Manual Tablero de Problemas. Segunda. Bogotá D.C.: INS; 2021. 30 p.
8. ICBF. ENSIN [Internet]. Bogotá D.C.; 2015. Available from: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>
9. Naciones Unidas. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales Observación general N° 14. Ginebra; 2000. 23 p.
10. Goinvo. Determinants of Health Visualized [Internet]. 2017 [cited 2021 May 22]. Available from: <https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá D.C.; 2013.
12. Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. Gest polít pública. 2014;23(1):5–46.
13. ISAGS. Vigilancia en salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental [Internet]. Primera ed. Hage E, Gemal A, Oliveira S, editors. Rio de Janeiro; 2013. p. 221. Available from: <https://es.slideshare.net/isagsunasur/vigilancia-en-salud-en-suramerica>