

PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

**Vigilancia integrada
de muertes en menores
de cinco años por
Infección Respiratoria
Aguda, Enfermedad
Diarreica Aguda o
Desnutrición aguda**

Código 591



Créditos

DIANA MARCELA PAVA GARZÓN
Directora General

HERNAN QUIJADA BONILLA
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Actualización y elaboración Versión 4

GERHARD MISAE ACERO DE LA PARRA
HECTOR EDUARDO PACHON MELO
Grupo unidad de análisis de casos especiales

SERGIO YEBRAIL GÓMEZ RANGEL
PAULA RODRÍGUEZ ROMERO
LUCY ANGELINE MONTAÑO VALENCIA
Grupo de Virología y microbiología

Revisión

NATALÍ PAOLA CORTES MOLANO
Coordinadora Grupo unidad de análisis de casos especiales

CLAUDIA YANETH RINCÓN ACEVEDO
Subdirectora de prevención, vigilancia y control en salud pública

LINA YESSSENIA LOZANO LESMES
Subdirectora de Análisis del riesgo y respuesta inmediata

Aprobación

HERNAN QUIJADA BONILLA
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda. Versión 04. [Internet] 2026. <https://doi.org/10.33610/SXQI1860>

Tabla de contenido

1.	Introducción	5
1.1	Situación epidemiológica	5
1.1.1.	Situación epidemiológica mundial	5
1.1.2	Situación epidemiológica en las Américas	6
1.1.3	Situación epidemiológica en Colombia	6
1.2	Estado del arte	6
1.3	Justificación de la vigilancia	7
1.4	Usos y usuarios de la vigilancia	8
2.	Objetivos específicos	8
3.	Definiciones operativas del evento	8
4.	Estrategias de Vigilancia y responsabilidades por niveles	10
4.1.	Estrategias de vigilancia	10
4.1.1.	Vigilancia pasiva	10
4.1.2.	Vigilancia activa	10
4.1.2.1	Búsqueda activa comunitaria	10
4.1.2.2	Búsqueda activa por el registro Único de afiliados, modulo nacimientos y defunciones RUAF-ND	11
4.1.3	Vigilancia basada en comunidad	11
4.2.	Responsabilidades por niveles	11
4.2.1	Ministerio de Salud y Protección Social	11
4.2.2	Instituto Nacional de Salud	12
4.2.3	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	12
4.2.4	Secretarías departamentales y distritales de Salud	13
4.2.5	Secretarías municipales y locales de Salud	14
4.2.6	Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)	14
4.2.7	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	15
4.2.8	Superintendencia Nacional de Salud	15
4.2.9	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)	16
5	Recolección, procesamiento de datos y flujos de información	16

5.1	Periodicidad del reporte	16
5.1.2	Periodicidad en ajustes y reportes	16
5.2	Flujo de la información	18
5.3.	Fuentes de información	18
6	Análisis de información	18
6.1	Procesamiento de datos	18
6.2.	Análisis rutinarios y comportamientos inusuales	18
7.	Orientación para la acción	20
7.1.	Acciones individuales	20
7.1.1	Investigación Epidemiológica de Campo (IEC)	21
7.1.2	Autopsia verbal	21
7.1.3	Necropsia	22
7.2.	Acciones colectivas	22
7.2.1	Información, educación y comunicación	22
7.2.2	Búsqueda activa Comunitaria	22
7.2.3	Búsqueda activa por RUAF-ND	22
7.2.3	Correspondencia Sivigila RUAF-ND (INS-DANE)	23
7.3	Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública	23
7.4	Acciones de laboratorio	25
7.4.1.	Conservación, embalaje y transporte de muestras	26
7.4.2.	Análisis de resultados de laboratorio	26
8.	Comunicación del riesgo y difusión de los resultados de la vigilancia	27
9.	Indicadores	28
10.	Referencias Bibliográficas	35
11.	Control de cambios	39
12.	Anexos	39

1. Introducción

La vigilancia integrada de muertes de menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) o Desnutrición (DNT) aguda se relaciona con el derecho a la vida, calidad de vida, un ambiente sano (1) y la mortalidad evitable en la niñez (2,3).

En Colombia son derechos fundamentales de los niños y las niñas: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión (4). Así mismo, el interés superior y derecho prevalente de los niños están amparados por las normas del bloque de constitucionalidad (1,5).

Muchas de estas muertes por IRA, EDA o DNT aguda se consideran evitables si existe un tipo particular de intervención considerada potencialmente efectiva para prevenirla o postergarla (6,7). Esta connotación implica que uno de los fines de las políticas de salud debe ser reducir la mortalidad, mediante la intervención de aquellos factores que aumentan el riesgo de morir (8). Además, muchas de estas muertes se encuentran dentro del contexto de bajo nivel socioeconómico, falta de acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico (9). Recordándonos la importancia que tienen los determinantes sociales en salud en la incidencia de este tipo de muertes y la necesidad de identificarlos para la generación de políticas públicas en salud adecuadas.

Lo anterior se encuentra acorde con los objetivos de desarrollo sostenible propuestos por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 2015 donde se propone disminuir las muertes en menores de cinco años a 25 por cada 1 000 nacidos vivos en todos los países (10).

1.1 Situación epidemiológica

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han logrado progresos en la supervivencia y el

bienestar de los niños menores de cinco años en el mundo. Entre 1990 y 2023 ha disminuido el número de muertes en menores de cinco años de 12,8 millones a 4,8 millones, lo que corresponde a un descenso aproximado del 61 %. Sin embargo, se observan grandes diferencias entre regiones y países, siendo las regiones de África subsahariana y sur de Asia, las que abarcan el 80 % de las muertes en menores de cinco años en el mundo (11).

Las enfermedades infecciosas como la neumonía, la diarrea y el paludismo, junto con el parto prematuro y las complicaciones asociadas al parto continúan como las principales causas de defunción de niños menores de cinco años (11).

Se estima que las muertes por neumonía y diarrea son responsables aproximadamente de una de cada cuatro muertes en menores de cinco años a nivel mundial, por lo que cada año pierden la vida cerca de 1,2 millones de menores de cinco años (12). Esto puede empeorar dada la disminución en las coberturas de vacunación que se ha presentado posterior a la pandemia por COVID-19. Para el 2021 había 25 millones de niños y niñas sin servicios de vacunación, cifra que no se presentaba desde el 2009 y es producto del efecto de la pandemia sobre los sistemas de salud y la población (13).

Es importante resaltar que hasta el 45 % de las muertes en menores de cinco años están influenciadas por las condiciones nutricionales de los niños y niñas (14). Esto adquiere un mayor interés cuando la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la alimentación (FAO, por sus siglas en inglés) estima que, en 2024, el 8,2 % de la población mundial pudo haber padecido hambre (15).

Estas muertes suceden a pesar de la existencia de intervenciones sanitarias y familiares como: el parto institucional, los cuidados posnatales, la lactancia materna, la nutrición adecuada, la vacunación, el tratamiento de las enfermedades prevalentes, la atención prenatal adecuada, la adherencia a las guías de práctica clínica y la realización de campañas de educación (10).

Para la enfermedad diarreica aguda existen tratamientos de bajo costo como lo son las Sales

de Rehidratación Oral (SRO) que podrían salvar miles de vidas. Sin embargo, algunos estudios han encontrado una inadecuada formulación de estas poniendo en riesgo la vida de los niños y niñas (16).

1.1.2 Situación epidemiológica en las Américas

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) en las Américas se ha presentado una disminución de las muertes de niños y niñas menores de cinco años en 22 % entre 2015 y 2022 (17). Respecto a la desnutrición aguda en América Latina y el Caribe, se estima que en el 2022 hasta un 2 % de los niños y niñas presentan desnutrición aguda (17). Para el 2020, en América Latina y el Caribe, dos de cada cinco niños y niñas no tenían garantizado al menos uno de sus derechos y el 46,2 % de los menores de 15 años vivían en pobreza, en su mayoría en zonas rurales remotas y, cada vez más, en entornos periurbanos (18). Por otro lado, se estima que dos de cada 10 niños y niñas no han recibido la tercera dosis de la vacuna DPT (DPT3) relacionado con la disminución en la cobertura vacunal que se dio entre 2015 y el 2023 (17). Lo anterior puede influir en las muertes por estas causas en la región.

Respecto a la mortalidad por IRA o EDA, en Latinoamérica y el Caribe, se reportaron 28 840 muertes por enfermedad diarreica en 2019, de estas el 32,7 % (9 450) fueron en menores de cinco años. Para el mismo año, se reportaron 20 140 muertes por neumonía en menores de cinco años, este dato corresponde al 3 % de las defunciones por neumonía en menores de cinco años a nivel mundial (19).

1.1.3 Situación epidemiológica en Colombia

Según Naciones Unidas, la tasa de mortalidad de los menores de cinco años en Colombia ha tenido un descenso entre 1990 y 2024, de 36 muertes por cada 1 000 nacidos vivos a 12 por cada 1 000 nacidos vivos, para una reducción de 66,6 % (20).

La fuente oficial de la información de mortalidad en el país es el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la información derivada de la vigilancia epidemiológica es sólo una de las fuentes de información para conocer el comportamiento de la mortalidad, existen otras fuentes que son consolidadas por el DANE y no ingresan al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública del país (Sivigila).

Según el DANE, se estima que la tasa de mortalidad por deficiencias y anemias nutricionales en menores de cinco años para el 2024 fue de 6,5. Las tasas más altas estuvieron en La Guajira, Chocó y Vichada. En cuanto a la mortalidad por IRA en niños y niñas menores de cinco años, el número de defunciones para 2024 fue de 319 para una tasa de 8,5 por cada 100 000 menores de cinco años. Así mismo, En el caso de las EDA, la tasa de mortalidad por cada 100 000 niños menores de cinco años fue de 4,5 (21).

Según el Sivigila, en el 2024 se habían notificado 961 muertes probables en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda en el Colombia, con una variación porcentual de -13,86 % al compararlo con el año anterior (22). Es importante recordar que en 2023 se inició la vigilancia intensificada de la desnutrición aguda en 12 entidades territoriales priorizadas del país, buscando fortalecer las estrategias de salud pública en estos territorios y que busca disminuir las muertes por esta causa (23).

1.2 Estado del arte

La presencia simultánea de malnutrición e infección es el resultado de una interacción que tiene consecuencias más serias sobre el huésped de lo que tendría el efecto aditivo si las dos se presentaran de modo independiente. Las infecciones empeoran la malnutrición y ésta aumenta la gravedad de las enfermedades infecciosas (24).

El INS integró la vigilancia de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda en un solo evento desde 2018, con el objetivo de ser una fuente de información para la toma de decisiones en diferentes sectores que contribuyan a

intervenir de manera oportuna en las causas del evento e impactar en ellas de manera positiva para disminuir las cifras de mortalidad.

La vigilancia en salud pública de este evento se articula con los siguientes instrumentos de política vigentes a través de la valoración de los problemas de los servicios de salud en las unidades de análisis. Para la identificación y análisis de las situaciones problemas de las muertes por desnutrición relacionadas con el servicio de salud, es importante tener en cuenta las siguientes resoluciones o las que las modifiquen:

- I) La Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación (25).
- II) Resolución 2465 de 2016: Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas (26).
- III) Resolución 2350 de 2020 Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (27) y la circular 115 de 2026 Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 2350 de 2020 y su anexo técnico (28).

Para las muertes por IRA y EDA, el Programa Nacional de Prevención Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda (29).

1.3 Justificación de la vigilancia

Disminuir la mortalidad evitable es uno de los principales objetivos de la salud pública, tanto así que una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es la disminución de las muertes evitables de niños y niñas menores de 5 años a una tasa de mortalidad de al menos hasta

25 por cada 1 000 nacidos vivos (30). Además, los indicadores de mortalidad evitable se han utilizado para evaluar los servicios de salud, el efecto de las intervenciones sanitarias destinadas a mejorar la salud de la población y alertar sobre los problemas en la prestación de los servicios (8).

Es necesaria la información integrada del comportamiento de las muertes en los menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda para identificar las condiciones que determinan estas muertes, para priorizar las acciones de vigilancia e intervención y contribuir al descenso de las muertes en esta población, a través de la articulación de los actores del sector salud y de otros sectores, potenciando los esfuerzos para el diseño, implementación y evaluación de políticas dirigidas a mejorar la situación de salud de esta población.

Existen varias estrategias para disminuir las muertes en menores de cinco años que generan gran impacto poblacional y tienen un papel preponderante: la atención prenatal adecuada, el parto institucional, los cuidados posnatales, la lactancia materna, la nutrición adecuada, la vacunación, el tratamiento de las enfermedades prevalentes, la adherencia a las guías de práctica clínica y la realización de campañas de educación (10).

La vigilancia integrada de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda permitirá identificar factores problema y determinantes sociales de la salud que pueden estar involucrados en las mortalidades por estas causas.

Además, el análisis, interpretación y divulgación de la información a nivel intersectorial permitirá generar estrategias y políticas públicas para la resolución de estos problemas identificados, buscando alcanzar las metas propuestas en el plan nacional de desarrollo 2022-2026 – Ley 2294 de 2023: A 2031, reducir a 3,37 por cada 100 000 menores de cinco años la tasa de mortalidad por DNT aguda y las propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031:; tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por IRA de 6,7 por cada 100 000 menores de cinco años y tasa de mortalidad en niños y niñas menores de cinco

años por EDA de 3 por cada 100 000 menores de cinco años (31).

1.4 Usos y usuarios de la vigilancia

Los usos de la vigilancia están enmarcados al seguimiento del comportamiento de la notificación, la caracterización de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda en el país, el análisis de la información, la clasificación final y la identificación de factores problemas que pudieron llevar al desenlace, para generar información oportuna, válida y confiable, orientar estrategias nacionales y políticas públicas para la prevención y control de la mortalidad infantil.

Los usuarios de la información generada por el sistema de vigilancia serán:

- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
- Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud
- Unidades Informadoras (UI) y Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)
- Laboratorios de Salud Pública (LSP)
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
- Superintendencia Nacional de Salud
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
- Procuraduría General de la Nación
- Contraloría General de la República
- Presidencia de la República

- Comunidad médica
- Vigías y gestores comunitarios
- Población en general

2. Objetivos específicos

Describir el comportamiento de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda con su caracterización en tiempo, persona y lugar.

Identificar oportunamente los cambios inusuales en el comportamiento de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda como insumo para que los actores involucrados activen mecanismos de respuesta inmediata.

Identificar los factores problema y determinantes sociales en salud que pudieron relacionarse con las muertes en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda y que orienten el diseño e implementación de intervenciones o políticas públicas en el país.

Generar información oportuna que permita orientar las acciones individuales y colectivas de la vigilancia en salud pública de las muertes probables en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda.

Monitorear y divulgar el cumplimiento a los indicadores establecidos en este protocolo, buscando que los actores responsables ejecuten acciones de fortalecimiento según los resultados.

3. Definiciones operativas del evento

Las definiciones operativas de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda orientan las acciones individuales y colectivas a desarrollar en cada dirección territorial en salud (tabla 1).

Tabla 2. Definiciones operativas de caso en la vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda moderada o severa

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso probable	Menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causa directa, causa básica, relacionadas, otros estados patológicos y muerte sin certificación médica) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. En los casos en que se presenten patologías de base, crónicas o debilitantes se procederá de la siguiente manera: 1. Si las patologías de base, crónicas o debilitantes NO influyeron en la cascada fisiopatológica que conllevó a la defunción, los casos deben ser notificados a Sivigila. 2. Si las patologías de base, crónicas o debilitantes influyeron en la cascada fisiopatológica que conllevó a la defunción, estos casos no deben ser notificados al Sivigila. Si a pesar de esto, el caso fue notificado, se debe informar por medio de un acta elaborada por la entidad territorial el motivo por el cual no cumple la definición de caso y realizar ajuste 6- descartado en Sivigila. Todas las muertes se deben notificar a Sivigila como caso probable y todas deben clasificarse por medio de unidad de análisis (incluyendo migrantes o extranjeros) en el aplicativo UACE de acuerdo con lo establecido en el Manual para la realización de unidades de análisis de eventos de interés en salud pública priorizados y sus anexos 1 y 2, disponibles en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx
Caso confirmado por clínica	<u>Muertes confirmadas por clínica para DNT aguda moderada o severa</u> Caso probable de muerte en menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) en el que, mediante unidad de análisis, se confirman los criterios clínicos para desnutrición aguda moderada o severa y la fisiopatología del proceso de enfermedad lo defina como causa básica de acuerdo con los criterios definidos en la resolución 2465 de 2016 (o la norma que la modifique), resolución 2350 de 2020 del MSPS (o la normal que la modifique) (27) y protocolo de Vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años (0 a 59 meses) (32). <u>Muertes confirmadas por clínica para IRA</u> Caso probable de muerte en menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) en el que mediante unidad de análisis se confirman criterios clínicos y paraclínicos para infección respiratoria aguda que expliquen la cascada fisiopatológica de defunción y se establezca como la causa básica, en el que no se identifique agente etiológico (Guía de práctica clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años (33)). <u>Muertes confirmadas por clínica para EDA</u> Caso probable de muerte en menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) en el que mediante unidad de análisis se confirman criterios clínicos y paraclínicos para enfermedad diarreica aguda que expliquen la cascada fisiopatológica de defunción y se establezca como causa básica, que no cuenten con identificación de agente etiológico (Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años (34)).
Caso confirmado por laboratorio	<u>Muertes confirmadas por laboratorio para IRA</u> Caso confirmado mediante unidad de análisis para mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) y al que se le identificó algún agente etiológico que explique la cadena fisiopatológica de eventos que llevaron a la muerte. Este agente etiológico se

Tipo de caso	Características de la clasificación
	puede identificar en secreciones nasofaríngeas, orofaríngeas o cortes de tejido, mediante técnica de PCR, RT-PCR en tiempo real o detección de antígenos (esta última solamente para casos de COVID-19); de igual manera los casos en los que se obtenga un aislamiento bacteriano u otro agente. Muertes confirmadas por laboratorio para EDA Caso confirmado mediante unidad de análisis para mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) y al que se le identificó algún agente etiológico que explique la cadena fisiopatológica de eventos que llevaron a la muerte. Este agente etiológico se puede identificar en materia fecal por medio de coprocultivo u otras pruebas específicas.
Caso descartado	Caso probable de mortalidad por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda en el que, mediante unidad de análisis, no se evidencia correspondencia con el cuadro clínico, resultados de laboratorio, imágenes diagnósticas y las causas de defunción. También se descartará, si se cuenta con hallazgos clínicos o soportes de paraclínicos pertinentes y suficientes para el diagnóstico de una patología de base grave o crónica que coexistió y contribuyó a la aparición de la enfermedad que desencadenó la defunción y cuya presencia fue un factor para el desenlace fatal del caso. En estos casos la patología de base debe establecerse como la causa básica
Ajustes	Los ajustes en Sivigila se deben realizar posterior a la realización de la unidad de análisis y según los tiempos establecidos en los lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública, demanda los siguientes tipos de ajuste: • Ajuste 3: Confirmado por laboratorio • Ajuste 4: Confirmado por clínica • Ajuste 6: Descartado • Ajuste D: Error de digitación. Se realiza únicamente cuando alguna de las variables que conforman la llave primaria es incorrecta: código del evento, código del prestador, subíndice del prestador, tipo de documento, número de identificación, semana y año epidemiológico. El caso se debe volver a notificar correctamente. • Ajuste 7: ajuste de variables exceptuando las llaves primarias o las variables recuperadas por el servicio BDUA y que el usuario decidió conservar antes de guardar un registro.

4. Estrategias de Vigilancia y responsabilidades por niveles

4.1.2. Vigilancia activa

4.1.2.1 Búsqueda activa comunitaria

4.1. Estrategias de vigilancia

En la vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda, se empleará la vigilancia pasiva, activa y la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC).

4.1.1. Vigilancia pasiva

Se realiza a través de la notificación inmediata del evento 591. Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda, en Sivigila web 4.0 para la captura de la información en tiempo real.

Se realiza en situación de brote, conglomerado o aumento inusual en el número de casos notificados o confirmados, a partir de la detección de dos o más casos o muertes probables por IRA, EDA o DNT aguda y que compartan características similares en lugar, tiempo y persona. Se debe indagar por casos ocurridos no notificados, así como el estado nutricional en los menores fallecidos. Un conglomerado de casos o muertes por desnutrición, se considera una situación de emergencia. La BAC inicia desde la vivienda del caso probable y se deben cubrir cinco manzanas alrededor del caso, en el sentido de las manecillas del reloj (anexo 1). **Para la realización de las BAC**

en zonas rurales se hará una BAC veredal según sea el caso.

4.1.2.2 Búsqueda activa por el registro Único de afiliados, modulo nacimientos y defunciones RUAF-ND

Se realiza a través de la descarga de RUAF-ND identificando menores de cinco años con diagnósticos relacionados con infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda y desnutrición aguda registrados en la causa directa, relacionadas, **causa básica** y otros estados patológicos **y muerte sin certificación médica**.

4.1.3 Vigilancia basada en comunidad

Desde el 2023, el INS ha publicado los manuales de “Vigilancia basada en comunidad” con el objetivo de facilitar la adopción o la adaptación de los procesos para la identificación del riesgo utilizando esta estrategia: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-1-1-sistema-de-alerta-temprana-vigilanciabasadaencomunidad-generalidades.pdf> y <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-1-2-sistema-de-alerta-temprana-vigilancia-basada-en-comunidad-fases-de-implementacion.pdf>.

Considerando lo mencionado y con el objetivo de contribuir a la disminución de la mortalidad por IRA, EDA o DNT aguda en menores de cinco años, **la red de vigilancia epidemiológica comunitaria puede identificar las situaciones de interés en salud pública relacionadas con:**

Signos de alarma para DNT aguda: presencia de delgadez extrema, edema (acumulación de líquido en extremidades o todo el cuerpo), piel seca, opaca, quebradiza y con lesiones, cambios en la coloración del cabello, alopecia (pérdida del cabello).

Signos de alarma para IRA: presencia de fiebre, tirajes subcostales o intercostales (hundimiento de costillas), tos, cianosis (coloración de piel morada), aleteo nasal (fosas nasales que se agrandan para respirar).

Signos de alarma para EDA: presencia de fiebre, heces líquidas o acuosas abundantes más de 3 en 24 horas, ojos hundidos, boca seca, llanto sin lágrimas, está intranquilo o irritable, pierde la conciencia.

Frente a la presencia de cualquiera de estas situaciones (señales), los agentes comunitarios deben reportar de manera inmediata a la entidad territorial a través de los canales establecidos para tal fin, incluyendo el módulo de reporte de vigilancia basada en comunidad FrontComunidades. Adicionalmente, la entidad territorial debe contar con las herramientas y mecanismos para verificar la señal; en caso de confirmación se debe activar la respuesta necesaria.

4.2. Responsabilidades por niveles

Será conforme a lo establecido en el Decreto 3518 de 2006 (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública), compilado en el Decreto 780 de 2016 (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) (35,36).

En concordancia con estas normas, para la vigilancia integrada de muerte en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda, se establecen las siguientes responsabilidades:

4.2.1 Ministerio de Salud y Protección Social

Dirigir el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del sistema de vigilancia para el evento de muerte en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda desde los programas y equipos funcionales.

Realizar monitoreo de medios de comunicación y redes sociales acerca de muerte en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda desde el Centro Nacional de Enlace (CNE).

Mantener los canales de comunicación y difusión de mensajes clave de identificación de signos de

alarma para la prevención de infecciones respiratorias y diarreicas y estado nutricional.

Mantener coberturas de vacunación óptimas en los menores de cinco años

Mantener actualizadas las guías de práctica clínica para el manejo de la infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda.

Orientar las acciones dispuestas en la Resolución 2350 de 2020 para la atención integral de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de (0) a 59 meses de edad.

Orientar a las entidades territoriales acerca de las acciones de mejoramiento a partir de los resultados de los tableros de problemas.

4.2.2 Instituto Nacional de Salud

Orientar y coordinar las labores técnicas y científicas relacionadas con el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) de acuerdo con la normatividad vigente.

Realizar asistencia técnica y acompañamiento a las entidades territoriales según sus necesidades.

Realizar análisis de la información registrada en el Sivigila y divulgar los resultados (informe de evento, circulares, boletines epidemiológicos semanales, tableros de control, entre otros) para contribuir al diseño de estrategias de prevención y control a nivel nacional.

Desarrollar acciones de vigilancia y control epidemiológico en situación de brote, conglomerado o aumento inusual de casos notificados o confirmados.

Generar alertas en la identificación de comportamientos inusuales por evento desagregado, grupos de edad, entidades territoriales nivel departamental, distrital y municipal, poblaciones especiales priorizadas, EAPB, etc.

Apoyar a las entidades territoriales con el análisis de casos de difícil clasificación.

Divulgar los resultados de tableros de problemas en diferentes espacios nacionales, departamental, municipales y demás.

Apoyar a las entidades territoriales en el uso del aplicativo web para realización de unidades de análisis en línea.

Realizar seguimiento desde el Laboratorio Nacional de Referencia de del INS, a la red de laboratorio departamentales y distritales que realicen captación de muertes en menores de cinco años por IRA y EDA y verificar los estándares de calidad.

Implementar y hacer seguimiento de los lineamientos técnicos para la implementación de la Vigilancia Basada en Comunidad para situaciones de interés en salud pública relacionados con la mortalidad en menores de 5 años.

4.2.3 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

Realizar seguimiento a la red de prestadores respecto a la notificación de las muertes probables en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda.

Participar en las estrategias de vigilancia planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.

Garantizar a su población afiliada la toma de muestras y pruebas diagnósticas para virus respiratorios a través de su red de prestadores según lo establecido en la circular externa conjunta 031 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social tanto para el diagnóstico clínico como para la vigilancia epidemiológica en los casos que así lo requieran.

Garantizar a su población afiliada, la toma de muestras y pruebas diagnósticas para las muertes probables en menor de cinco años por enfermedad diarreica aguda.

Asegurar la atención de salud mental en padres y cuidadores del menor fallecido como apoyo al proceso de duelo.

Participar en las unidades de análisis de las muertes en menor de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda de su población afiliada, cuando sea requerido por la Secretaría de Salud Municipal, Departamental o Distrital.

Apoyar a la entidad territorial en la realización de la autopsia verbal cuando sea requerido.

En caso de muerte sin causa básica bien definida, asegurar los procesos de necropsia, toma y envío de muestras al Laboratorio Departamental de Salud Pública (hisopado, tejidos respiratorios, etc.), para su procesamiento, cuando aplique, o el envío al Laboratorio Nacional de Referencia para los análisis que correspondan (patológicos, virológicos, etc.).

En el caso de necropsia medicolegal, deberá asegurar que el prestador de servicios de salud envíe la información completa (historia clínica, paraclínicos, epicrisis, etc.) al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) para la adecuada realización de la necropsia. Además, en coordinación con el INMLCF, cuando corresponda, envíe las muestras junto con la información epidemiológica disponible al INS, realizando cumplimiento estricto de las condiciones técnicas establecidas en el Manual de procedimientos para la toma, conservación y envío de muestras al Laboratorio Nacional de Referencia vigente (<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-toma-envio-muestras-ins.pdf>). En estos casos la causa básica de la muerte será según lo establecido por la autopsia médico-legal, sin embargo, la entidad territorial debe realizar la unidad de análisis para gestionar las acciones necesarias con los hallazgos identificados en los tableros de problemas.

Implementar actividades de control y mitigación de las situaciones problema resultado del tablero de problemas en las unidades de análisis.

Apoyar con los requerimientos realizados por la entidad territorial de las situaciones de salud pública identificadas a través de la vigilancia basada en la comunidad.

4.2.4 Secretarías departamentales y distritales de Salud

Realizar seguimiento a la adecuada notificación de los casos de mortalidad por IRA, EDA o DNT aguda y realimentar a las UPGD.

Realizar seguimiento al comportamiento semanal del evento con el fin de detectar oportunamente comportamientos inusuales, generar alertas y realizar acciones de control y mitigación. Esta información debe ser enviada al nivel nacional para una adecuada articulación.

Articular con el nivel nacional las acciones de vigilancia del evento, cuando se requiera.

Concurrir con las secretarías de salud municipales, si se requiere, en la investigación epidemiológica de campo o autopsia verbal.

Liderar, realizar y divulgar las unidades de análisis y tablero de problemas de las muertes probables en menor de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda notificadas al Sivigila según lo establecido con el manual de unidad de análisis (37).

Garantizar Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) para la atención de brotes, conglomerados y situaciones de emergencia de casos o muertes por IRA, EDA y DNT aguda.

Consolidar la información del área de su jurisdicción y realizar la notificación al nivel correspondiente según flujo de información y tiempos establecidos.

Realizar asistencia técnica a la entidad municipal de salud, según necesidad.

Mantener a los equipos de vigilancia del nivel departamental/distrital y municipal entrenados en la vigilancia de la muerte en menor de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda, actualización de documentos, manuales e instrumentos.

Consolidar, evaluar y analizar la información de sus UNM y generar los reportes necesarios para fortalecer los procesos de retroalimentación y divulgación de resultados.

Participar en las salas de análisis del riesgo, presentando información necesaria para toma de decisiones en investigación epidemiológica y clasificación de los casos.

Realizar los informes de evento y remitir al INS según los tiempos estipulados en lineamientos (trimestral y anual).

Garantizar que la UPGD recolecte las muestras biológicas para diagnóstico en las muertes

probables en menor de cinco años por IRA y EDA en el marco de sus procesos de atención y en cumplimiento a las guías de práctica clínica.

En el caso de muertes que requieran proceso de necropsia, asegurar el envío oportuno de las muestras al Laboratorio Nacional de Referencia para análisis que correspondan (patológicos, virológicos, etc.).

Realizar acompañamiento técnico en la operación de la Vigilancia Basada en Comunidad en los municipios de su jurisdicción.

La entidad territorial de defunción debe revisar los certificados de defunción generados por el INMLCF que cumplan con los criterios del evento para su revisión y posible notificación.

Realizar búsqueda activa de muertes desde RUAF-ND de manera semanal.

4.2.5 Secretarías municipales y locales de Salud

Consolidar la información del área de su jurisdicción y realizar seguimiento a la adecuada notificación de los casos de muerte en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda al nivel correspondiente, según flujo de información y tiempos establecidos.

Liderar y realizar las unidades de análisis de las muertes probables en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según la categoría del municipio y lo establecido con el manual de unidad de análisis (37)

Liderar y realizar las acciones individuales y colectivas oportunamente.

Realizar la investigación epidemiológica de campo o las autopsias verbales en los casos en que aplique.

Analizar la información de sus UPGD y generar los reportes necesarios para fortalecer los procesos de retroalimentación y socialización de resultados.

Garantizar ERI para la atención de brotes, conglomerados y situaciones de emergencia de

muertes probables en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda.

Realizar seguimiento al comportamiento semanal del evento con el fin de detectar oportunamente comportamientos inusuales y reporte de situaciones de salud. Esta información debe ser enviada a nivel departamental para una adecuada articulación.

Garantizar que la UPGD recolecte las muestras biológicas para diagnóstico en las muertes probables en menor de cinco años por IRA y EDA en el marco de sus procesos de atención y en cumplimiento a las guías de práctica clínica.

En muertes donde la causa básica no sea claramente definida, asegurar los procesos de necropsia y el envío de las muestras al Laboratorio Departamental de Salud Pública.

Realizar la verificación de las situaciones en salud identificadas por los vigías y gestores de la comunidad. Si se confirma un evento de interés en salud pública realizar la notificación al Sivigila e iniciar las acciones individuales y colectivas establecidas en el protocolo.

El municipio de defunción debe revisar los certificados de defunción generados por el INMLCF que cumplan con los criterios del evento para su revisión y posible notificación.

Realizar búsqueda activa de muertes desde RUAF-ND de manera semanal.

4.2.6 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)

Garantizar la notificación, inmediata en Sivigila de toda muerte en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda.

Participar en las unidades de análisis convocadas desde la entidad territorial del nivel departamental, distrital o municipal.

Consolidar y enviar la información de las atenciones realizadas de toda muerte de menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda a la entidad territorial del nivel departamental, distrital o municipal, insumos requeridos para la realización de las unidades de análisis.

Realizar el proceso de modificación o enmienda estadística cuando se requiera.

En las muertes probables por IRA y EDA asegurar la recolección de muestras biológicas para detección de agente etiológico como parte de los procesos de atención en salud y en consonancia con sus guías de práctica clínica.

Garantizar la recolección y envío de las muestras biológicas requeridas al Laboratorio Departamental de Salud Pública (Ver sección 7.4 Acciones de laboratorio).

En caso de muerte sin una causa básica bien definida, asegurar los procesos de necropsia, toma y envío de muestras, procesamiento y envío de muestras al Laboratorio Departamental de Salud Pública y el envío al Laboratorio Nacional de Referencia para los análisis que correspondan (patológicos, virológicos, etc.).

En el caso de necropsia medicolegal, deberá coordinar con el INMLCF el envío de las muestras al INS de acuerdo con sus lineamientos, **asegurando el envío de la información completa (historia clínica, epicrisis, paraclínicos, etc.).**

Capacitar a los profesionales de la salud en la notificación de los casos a Sivigila y protocolo nacional del evento.

Garantizar el adecuado diligenciamiento del certificado de defunción de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Realizar búsqueda activa de muertes desde RUAF-ND **de manera semanal.**

Realizar el ajuste de los casos e ingreso de laboratorios en Sivigila en los tiempos establecidos como oportunos.

Apoyar con los requerimientos realizados por la entidad territorial de las situaciones de salud pública identificadas a través de la vigilancia basada en la comunidad.

4.2.7 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Articular acciones, capacidades y conocimientos para desarrollar mecanismos de coordinación, colaboración técnica e intercambio de información de registros administrativos y operaciones estadísticas, entre la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud del INS y el DANE, para efectuar trabajos de consistencia y verificación de información de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda contribuyendo al logro de sus objetivos misionales en el marco del Sistema Estadístico Nacional.

El DANE es la entidad a cargo de la fuente oficial de la información de mortalidad en el país. La información derivada de la vigilancia epidemiológica es sólo una de las fuentes de información para conocer el comportamiento de la mortalidad en tiempo real, existen otras fuentes que son consolidadas por el DANE y no ingresan al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del país por lo que pueden existir diferencias entre las distintas fuentes de información. Además, estas diferencias también pueden estar relacionadas con los distintos tiempos de cierre de las bases de datos.

4.2.8 Superintendencia Nacional de Salud

Realizar inspección y vigilancia a las entidades de aseguramiento acerca del cumplimiento de los indicadores de gestión, proceso y resultado de la vigilancia integrada de muertes probables en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda.

Realizar inspección y vigilancia a los prestadores de servicios de salud sobre los riesgos y su gestión relacionado con la vigilancia integrada de muertes probables en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT

Realizar inspección y vigilancia a las entidades territoriales acerca del cumplimiento de los indicadores gestión, proceso y resultado de la vigilancia integrada de muertes probables en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda

Articular con las demás entidades gubernamentales y entidades territoriales la información respecto al cumplimiento de las

acciones por parte de las entidades prestadoras de salud.

4.2.9 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

Establecer las actividades relacionadas con el uso y gestión de la información de las bases de datos entre INS e ICBF, en el marco del acuerdo de intercambio de información suscrito.

5 Recolección, procesamiento de datos y flujos de información

5.1 Periodicidad del reporte

Ante la notificación de los casos se debe realizar:

Tabla 2. Periodicidad de la notificación

Tipo notificación	Observaciones
Notificación inmediata	Todas las muertes probables en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda deben notificarse de manera individual e inmediata (primeras 24 horas desde la defunción).

5.1.2 Periodicidad en ajustes y reportes

Tipo	Observaciones y periodicidad
Ajustes	Los ajustes en Sivigila se deben realizar posterior a la realización de la unidad de análisis y según los tiempos establecidos en los lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública, demanda los siguientes tipos de ajuste: Ajuste 3: Confirmado por laboratorio Ajuste 4: Confirmado por clínica Ajuste 6: Descartado Ajuste D: Error de digitación. Se realiza únicamente cuando alguna de las variables que conforman la llave primaria es incorrecta: código del evento, código del prestador, subíndice del prestador, tipo de documento, número de identificación, semana y año epidemiológicos. El caso se debe volver a notificar correctamente.

Tipo	Observaciones y periodicidad
	Ajuste 7: ajuste de variables exceptuando las llaves primarias o las variables recuperadas por el servicio BDUA y que el usuario decidió conservar antes de guardar un registro.
Investigación Epidemiológica de Campo	Se debe realizar a todos los casos notificados y su cumplimiento se evaluará como indicador.
Unidad de análisis	Se deberá realizar según metodología y tiempos establecidos en el Manual para la realización de las unidades de análisis
Reporte de situación SITREP	El primer SITREP se debe emitir en las 24 horas posterior a la notificación y se generarán con la periodicidad establecida por la entidad territorial o ante la identificación de nueva información que actualice el reporte inicial. Cada situación informada a través de SITREP, requiere uno final o de cierre, donde se consolide de manera más amplia las acciones implementadas para el control, la metodología, los resultados y los criterios de cierre de la situación.
Búsqueda activa por RUAF-ND	Se debe realizar semanalmente por parte de las entidades departamentales y municipales con el fin de garantizar oportunidad en la notificación y las acciones de vigilancia. Si el caso cumple con criterios, se debe notificar de manera inmediata. Si el caso NO cumple, se deben enviar soportes (historias clínicas, laboratorios y demás) vía correo electrónico al referente del INS y una justificación adecuada del motivo por el cual no se notificó. Además, se debe garantizar el ajuste del certificado de defunción si se requiere y según lo encontrado en los soportes. Las entidades territoriales tendrán hasta 72 horas para gestionar la información y dar una conclusión del caso, si pasadas las 72 horas no se ha obtenido respuesta del caso se hará la notificación desde nivel central.

5.2 Flujo de la información

El flujo de información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos. El flujo de información se puede consultar en el documento: “Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila” que puede ser consultado en el portal web del INS: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-sivigila.pdf>.

5.3. Fuentes de información

El conjunto de datos requerido para describir el comportamiento de la vigilancia en salud pública del país, se obtiene a partir de la recolección realizada por las UPGD y UI en el territorio nacional, de los datos de pacientes que cumplen con la definición de caso de cada evento de interés en salud pública y que son diligenciados en el Registro Administrativo "Sivigila" utilizando cualquiera de las herramientas disponibles de la suite de Sivigila 4.0 desarrollada por el Instituto Nacional de Salud.

La Operación Estadística de Vigilancia de eventos de salud pública, hace un aprovechamiento de dicho Registro Administrativo y se constituye en una de las fuentes oficiales para Colombia, de la información referente a los eventos de interés en salud pública. Para algunos eventos, esta fuente se integra a otros sistemas de información del tipo Registro, que, de acuerdo con la legislación colombiana, son la fuente oficial del evento.

Para complementar los datos obtenidos del sistema de vigilancia se hace uso de otros registros tales como:

- Historias clínicas.
- Registro de defunción, tomado del RUAF-ND.
- Monitoreo de medios de comunicación, rumores y señales.
- Investigación epidemiológica de campo (IEC).
- Autopsia verbal (en los casos que aplique).
- Registro de pruebas de laboratorio.
- Reportes del INMLCF.
- Vigilancia Basada en Comunidad.

6 Análisis de información

6.1 Procesamiento de datos

Para la depuración de la base de datos, primero deben excluirse los casos con ajuste D (error de digitación). Se deben retirar casos que no corresponden al año epidemiológico en análisis. Se debe verificar la completitud de la información de las variables de número de identificación y certificado de defunción

Posteriormente, identificar y excluir los casos repetidos por número de documento o nombres y apellidos concatenados o número de certificado de defunción. El análisis de la información se realiza a partir de la fecha de defunción y la residencia del caso.

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales

Para las variables sociales y demográficas se puede realizar análisis de medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas. Se pueden comparar por medio de pruebas de hipótesis (Chi cuadrado y Fisher).

La tasa de mortalidad en menor de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda (o desagregada por cada evento) se realiza con los casos

confirmados por entidad territorial de residencia; como denominador se debe usar la proyección poblacional de los menores de cinco años de las bases de DANE (38). También se puede realizar análisis de las tasas de mortalidad desagregando por sexo, edad, autorreconocimiento étnico y área de residencia, de la misma manera, se debe usar la proyección poblacional del DANE; y tasas de mortalidad por aseguramiento en salud, como denominador se debe usar la información del tablero de control del Ministerio de Salud y Protección Social (39).

El seguimiento del indicador “proporción de IEC realizadas” se realizará a partir de la entidad territorial de residencia; en los casos extranjeros se realizará a partir de la entidad territorial de notificación.

El seguimiento del indicador “proporción de muertes en menor de cinco años por IRA con muestra respiratoria” se realizará a partir de la entidad territorial notificadora, teniendo en cuenta que es la UPGD quien debe garantizar la toma de muestra para identificación de agente etiológico. Este indicador se analizará en los casos con defunción institucional y se incluirán los casos extranjeros. La información de la toma de muestra será tomada de los laboratorios cargados en Sivigila y las unidades de análisis, por lo que se requiere de la realización y su cargue en el aplicativo UACE para ser tenidas en cuenta.

La correspondencia entre Sivigila y RUAF-ND se realizará por entidad territorial de notificación, garantizando que todos los casos notificados en Sivigila se encuentren en RUAF-ND y verificando por búsqueda de diagnósticos en RUAF-ND los casos que cumplan definición del evento para notificarlos en Sivigila.

Se debe identificar y analizar los factores problemas y determinantes sociales en salud por medio de la metodología de los tableros de problemas descrita en el Manual para la

realización de unidades de análisis y tablero de problemas:

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>.

El análisis de comportamientos inusuales se realiza con los datos acumulados hasta la semana epidemiológica a analizar. Se compara la mediana de los casos probables y confirmados actualmente (observado) con la mediana de los casos confirmados de los últimos cinco años (esperado), excluyendo los años 2020 y 2021 por efecto de la pandemia. Se utiliza la distribución de Poisson para comprobar la significancia estadística, se considera un comportamiento inusual significativo con un valor de $p < 0,05$. Esta metodología debe ser utilizada cuando hayan menos de 30 muertes a nivel departamental, distrital o municipal.

Para aquellas entidades con un valor observado superior a 30 se utiliza la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento. Además, se deben identificar aquellos municipios sin casos previos en los últimos cuatro años buscando caracterizar la situación de salud en menores de cinco años que explique este comportamiento nuevo.

Por último, se debe realizar el análisis de las muertes en menores de cinco años teniendo en cuenta el número de nacidos vivos esto permite la comparación con la información internacional disponible. En este caso el multiplicador es 1 000 (40).

En los casos confirmados o descartados sin patologías de base se recomienda identificar aquellos casos en que la desnutrición aguda no es la causa básica, pero si se encuentra en la cascada de defunción. Con el objetivo de implementar acciones sobre los elementos que pudieron contribuir a la aparición de esta

en el ámbito extra e intrahospitalario identificados durante la unidad de análisis.

7. Orientación para la acción

Todas las muertes notificadas deben generar acciones individuales y colectivas para una adecuada vigilancia del evento y clasificación final de cada caso; así mismo, generar acciones para impactar positivamente los determinantes y factores de riesgo del desarrollo de los casos.

7.1. Acciones individuales

Las siguientes acciones deben ser coordinadas entre los diferentes entidades e instituciones pertinentes según las responsabilidades establecidas, incluyendo el asegurador y el prestador de servicios de salud. Esto debe hacerse bajo el control tutelar de la secretaria departamental o distrital.

Revisión de historias clínicas para verificación de antecedentes maternos, perinatales, patológicos, quirúrgicos, consultas de crecimiento y desarrollo, estado vacunal y demás valoraciones, con el fin de identificar causas médicas y no médicas de la cascada fisiopatológica de cada caso.

Tener en cuenta la valoración nutricional antropométrica, el tipo y la severidad de la desnutrición en niños menores de cinco años mediante indicadores antropométricos y signos clínicos. En Colombia los indicadores antropométricos peso para la talla (P/T) y talla para la edad (T/E) se interpretan según los puntos de corte definidos por el MSPS, reglamentados por la resolución 2465 de 2016. Además, se tienen en cuenta los hallazgos clínicos y el análisis de las causas de la desnutrición con la información recopilada de las historias clínicas según lo estipulado en el documento de “Lineamientos para el manejo integrado de la desnutrición aguda en

niños de 0 a 59 meses” de la Resolución 2350 de 2020.

Garantizar la recolección de muestras biológicas desde la UPGD en las muertes probables por IRA y EDA.

Garantizar la remisión oportuna de las muestras biológicas en las muertes probables por IRA tomadas previo al fallecimiento con resultado positivo para Influenza A y B sin subtipo o linaje determinado, al Laboratorio Nacional de Referencia del INS a través de los Laboratorios de Salud Pública Departamentales/Distritales.

Garantizar la remisión de los aislamientos en las muertes probables por EDA con resultado positivo para *Salmonella* spp, *Shigella* spp, *E. coli* enterotoxigénica, *Campylobacter* spp y *Listeria monocytogenes* al Laboratorio Nacional de Referencia del INS a través de los Laboratorios de Salud Pública Departamentales.

En las muertes en menor de cinco años que no haya sido clara la causa de muerte y que el cuadro clínico sea sugestivo a algún evento de interés en salud pública, será de obligatorio cumplimiento la realización de necropsias y la toma de muestras de tejidos, en los términos del Capítulo V del Decreto 0786 de 1990, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Realizar investigación epidemiológica de campo.

En los casos de muerte extrainstitucional, realizar la autopsia verbal en los primeros 10 días de identificado o notificado el caso, disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>.

Realizar unidad de análisis a todas las muertes probables en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda, en las primeras cinco semanas epidemiológicas a partir de la

defunción con el objetivo de realizar la clasificación final e identificación de los factores problema asociados con el mismo. La participación debe involucrar a todas las instituciones que tuvieron atenciones o acciones relacionadas con el caso, de acuerdo con el Manual para la realización de unidades de análisis y tablero de problemas, publicado en la página web del INS: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>.

Cuando se identifiquen muertes probables en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda en comunidad, garantizar el proceso de reporte de acuerdo con los lineamientos de la Vigilancia Basada en Comunidad.

En cada unidad de análisis se debe verificar el adecuado diligenciamiento de las causas de muerte en el certificado de defunción, si se define modificación del certificado de defunción se debe garantizar la gestión desde la IPS que certificó la defunción, si se define enmienda estadística se debe realizar el proceso en el formato establecido por el MSPS. En caso de confirmarse la muerte por IRA, EDA o DNT aguda, se debe establecer este evento como la causa básica en el certificado de defunción. En caso de que se descarte para los tres eventos, pero haya evidencia de haber presentado IRA, EDA o DNT aguda sin ser esta la causa básica de la defunción debe dejarse anotada la patología ya sea en otros estados fisiopatológicos o en la cadena causal según corresponda.

Realizar los ajustes e ingreso de laboratorio en Sivigila, de acuerdo con los tiempos establecidos.

7.1.1 Investigación Epidemiológica de Campo (IEC)

Se debe realizar la IEC a todas las muertes por IRA, EDA o DNT aguda notificadas,

implementando el documento publicado en la página del INS ([ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Formato](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Formato) de investigación epidemiológica de campo, vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda.pdf) o una versión de esta que contengan la misma información. Los elementos básicos de la investigación de campo incluirán:

Verificar antecedentes clínicos, familiares, perinatales, maternos, alérgicos, patológicos.

Verificar estado vacunal, incluir copia del carné de vacunación.

Describir el proceso de enfermedad desde el inicio de los síntomas hasta el desenlace de acuerdo con el relato de familiares o cuidador principal, incluyendo la percepción frente a la enfermedad.

Identificar características sociales, culturales, geográficas, pertenencia étnica, de protección social y de condiciones de vivienda en el entorno familiar y comunitario relevantes para el análisis del caso.

Georreferenciar los casos por medio de su latitud y longitud acorde con lo establecido en los elementos de la ficha de notificación.

7.1.2 Autopsia verbal

La autopsia verbal es una herramienta de estudio para reconstruir los factores personales, familiares, comunitarios y del sistema de salud que rodearon el fallecimiento, mediante una entrevista semiestructurada a los familiares del caso de estudio.

Se debe realizar cuando la muerte en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda fue extrainstitucional o en los casos que las historias clínicas sean ilegibles o irreuperables. Debe ser realizada por personal con experiencia, capaz de orientar la

entrevista e identificar la información necesaria para determinar la secuencia de las causas de la muerte, disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>.

7.1.3 Necropsia

La necropsia clínica se realizará a los casos en los cuales no se conozca la causa básica de muerte. El procedimiento de necropsia médico legal no podrá ser negado, amparado en el Decreto 786 de 1990 (19). En muertes probables en menores de cinco años por IRA y que no sea posible la realización de la necropsia, se deben recolectar muestras de secreción respiratoria (hisopado nasofaríngeo postmortem) hasta seis horas posteriores a la muerte para análisis virológico.

7.2. Acciones colectivas

7.2.1 Información, educación y comunicación

Las acciones colectivas están orientadas a la articulación sectorial, intersectorial y comunitaria de la estrategia de Información, Educación y Comunicación, que busca el desarrollo de capacidades en la comunidad para la identificación temprana y reporte de situaciones inusuales o rumores que permitan la identificación y alerta de casos del evento, informando así a la autoridad sanitaria pertinente, generando respuesta oportuna y adecuada con respecto a la naturaleza del evento con un enfoque integral de salud con participación social y ciudadana.

Para el evento, las entidades territoriales, de acuerdo con sus capacidades y competencias, generarán los mecanismos necesarios para incorporar a los Planes de Salud Territorial (PST) y el Plan de Intervenciones Colectivas

(PIC) las acciones que permitan impactar de manera positiva los determinantes y factores de riesgo involucrados en las muertes en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda. Estas acciones serán dirigidas con un enfoque intercultural y poblacional en concordancia con los conocimientos y prácticas que ha aportado la experiencia en el análisis de las muertes.

7.2.2 Búsqueda activa Comunitaria

Se realiza en situación de brote, conglomerado o aumento inusual, con el fin de captar casos que no hayan sido identificados o notificados previamente. Un conglomerado de casos o muertes probables por IRA o EDA puede corresponder a un brote, y un conglomerado de casos o muertes probables por DNT aguda es una situación de emergencia. La BAC inicia desde la vivienda del caso probable y se deben cubrir cinco manzanas alrededor del caso, en el sentido de las manecillas del reloj (anexo 1). Se debe evaluar el contexto del brote en las instituciones educativas, poblaciones confinadas, instituciones de salud, centros comunitarios, hogares de paso, etc. **Para la realización de las BAC en zonas rurales se hará una BAC veredal según sea el caso.**

7.2.3 Búsqueda activa por RUAF-ND

Se debe realizar semanalmente por parte de las entidades departamentales y municipales, según lo estipulado en los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública, para garantizar oportunidad en la notificación y las acciones de vigilancia. Se hará a partir de los registros de RUAF-ND, **se debe incluir únicamente los casos entre 0 y 59 meses y se excluirán los registros que se encuentren anulados.** Posterior a esto, se realizará la búsqueda de las siguientes palabras clave en

todas las causas de defunción, otros estados patológicos y en la variable “Muerte Sin Certificación Médica”:

IRA: neumon, bronquiol, infección respira, infección pulmón, sepsis pulmonar, IRA

EDA: diarrea, gastroenter, disenter, colitis, EDA

DNT aguda: desnutrición, Kwashiorkor, Marasmo, proteínico, DNT.

Nota: en el caso de IRA y EDA, puede incluir en la búsqueda el nombre de los agentes etiológicos que están circulando en su territorio.

Posterior a esto se debe hacer una verificación de las cascadas de defunción excluyendo aquellas muertes con patologías de base crónicas o debilitantes.

Por último, los registros resultantes de esta búsqueda deben ser revisados y verificados con la historia clínica para establecer si cumple con la definición de caso del evento para su notificación.

En caso de encontrar causas de defunción mal definidas o síntomas como causa básica se debe solicitar información a la UPGD para verificar las patologías que llevaron a la defunción.

Este proceso también se realiza desde el nivel nacional de manera semanal como apoyo a las entidades territoriales.

Si el caso cumple con criterios, se debe notificar de manera inmediata. Si el caso NO cumple, se deben enviar soportes (historias clínicas, laboratorios y demás) vía correo electrónico al referente del INS y una justificación adecuada del motivo por el cual no se notificó.

La entidad territorial tendrá hasta 72 horas para gestionar la información y dar una conclusión del caso, si pasadas las 72 horas no se ha obtenido respuesta del caso se hará la notificación desde nivel nacional.

7.2.3 Correspondencia Sivigila RUAF-ND (INS-DANE)

Por medio del convenio interadministrativo de cooperación entre el INS y DANE, se desarrollan acciones, capacidades y conocimientos para implementar mecanismos de coordinación, colaboración técnica e intercambio de información de registros administrativos y operaciones estadísticas; esto se ve reflejado en la concordancia de registros en Sivigila y RUAF-ND de forma trimestral, los resultados son informados a las entidades territoriales en dos situaciones: 1) casos notificados en Sivigila y sin registro en RUAF-ND y 2) casos en RUAF que cumple con definición de caso y no registran notificación en Sivigila.

Las entidades territoriales serán informadas oportunamente de estos casos cada trimestre para su verificación con respuesta máxima en dos semanas. Esta correspondencia es un proceso complementario a lo definido en el apartado 7.2.3. Búsqueda activa por RUAF

7.3 Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública

El análisis de la información se debe realizar de manera inmediata, tomando como fuente la información epidemiológica producto de la caracterización inicial de los casos, la investigación epidemiológica de campo, la información clínica, datos del certificado de defunción y la información proveniente de las pruebas de laboratorio realizadas de acuerdo con los lineamientos publicados por la Dirección de Redes en Salud Pública.

Las acciones para realizar en situación de brote, conglomerado, situación de emergencia o aumento inusuales son:

Establecer la existencia del brote, conglomerado o aumento inusuales que se definirá como:

IRA: dos o más muertes probables en menores de cinco años por IRA que compartan tiempo, persona y lugar.

EDA: dos o más muertes probables en menores de cinco años por EDA que compartan tiempo, persona y lugar.

DNT aguda: dos o más muertes probables en menores de cinco años por DNT aguda que compartan tiempo, persona y lugar. Un aumento inusual corresponde a cuatro semanas consecutivas con aumento de muertes en una misma zona geográfica, municipio, departamento o distrito.

Nota: en los casos donde se presente una muerte por IRA, EDA o DNT aguda y se identifiquen casos con signos y síntomas compatibles con el evento, se debe generar una alerta del conglomerado y desarrollar acciones para prevenir otras muertes.

Verificar que el diagnóstico del brote, conglomerado o aumento inusuales a intervenir corresponda a IRA, EDA o DNT aguda, o si corresponde a más de dos eventos. Las alertas identificadas deben ser informadas y notificadas inmediatamente al referente del evento nacional y al sistema de monitoreo especial del INS (correo eri@ins.gov.co) con una información preliminar tipo “capsula”. La cápsula de información debe fluir inmediatamente a los niveles superiores y no debe depender de la generación de un Reporte de Situación (SITREP).

Realizar Sala de Análisis del Riesgo (SAR) con las entidades involucradas para determinar las posibles causas y magnitud del brote, conglomerado o aumento inusuales de casos o muertes probables.

En el marco de la SAR, los Laboratorios Departamentales de Salud Pública deben asesorar a los ERI para orientar sobre las muestras a recolectar (41,42).

Preparar el trabajo de campo y conformación de los ERI, diseño de plan de acción y despliegue de acciones en el marco de SAR.

Actividades de intervención a realizar en terreno:

- Definir e identificar los casos: teniendo en cuenta los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio de la enfermedad.
- Definir la realización de BAC y BAI por RUAF-ND de acuerdo con los criterios establecidos y contexto del brote o conglomerado.
- Realizar seguimiento a los contactos sintomáticos identificados.
- Caracterizar el brote o conglomerado en persona, tiempo y lugar.
- Plantear una hipótesis de trabajo.

Posterior a la intervención realizada, evaluar la hipótesis planteada inicialmente aplicando métodos de análisis exploratorio. Si es necesario, replantee la hipótesis.

Implementar de medidas de control involucrando las instituciones de apoyo a la atención de la IRA, EDA o DNT aguda.

Evaluar las medidas de control.

Comunicar los hallazgos y resultados.

El primer SITREP se debe emitir en las 24 horas posterior a la notificación y se generarán con la periodicidad establecida por la entidad territorial o ante la identificación de nueva información que actualice el reporte inicial. Cada situación informada a través de SITREP, requiere uno final o de cierre, donde se consolide de manera más amplia las acciones implementadas para el control, la metodología, los resultados y los criterios de cierre de la situación. El formato departamental de SITREP está disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-documentos.aspx>

Se debe garantizar que todos los casos notificados se encuentren clasificados, con unidad de análisis y ajustados en Sivigila y RUAF-ND, según requiera.

El cierre de brote o conglomerado se realiza:

Muertes por IRA: dos periodos máximos de incubación sin casos nuevos, de acuerdo con el agente identificado y a partir de la fecha de inicio de síntomas del último caso confirmado.

Muertes por EDA: dos periodos máximos de incubación sin casos nuevos, de acuerdo con el agente identificado y a partir de la fecha de inicio de síntomas del último caso confirmado. Si no hay identificación de agente, se contempla 30 a 60 días máximo, a partir de la fecha de inicio de síntomas del último caso.

Muertes por DNT aguda: dos periodos epidemiológicos sin muertes a partir de la fecha del primer caso confirmado.

7.4 Acciones de laboratorio

Infección Respiratoria Aguda

Se debe garantizar la recolección de muestras respiratorias (hisopado nasofaríngeo o aspirado nasofaríngeo) al 100 % de las muertes probables por IRA. Se recomienda la realización de pruebas moleculares (RT-PCR en tiempo real o PCR múltiplex) que garanticen la detección mínima de los siguientes agentes: SARS-CoV-2, Influenza A y B, Adenovirus, Virus Sincitial Respiratorio. El análisis de otros agentes se puede considerar de acuerdo con el análisis clínico-epidemiológico del caso.

Es indispensable verificar que la muestra se haya recolectado adecuadamente y dentro de los 7 a 10 primeros días de inicio de síntomas, para la obtención de un diagnóstico virológico acertado a nivel institucional.

Las muestras recolectadas en pacientes vivos de hisopado faríngeo o sangre para hemocultivo deben ser procesadas en el laboratorio de la institución de salud para el diagnóstico de gérmenes comunes (Virus Sincitial Respiratorio, Adenovirus, Coronavirus, Rinovirus, Enterovirus, Metapneumovirus, Influenza, Parainfluenza, SARS-CoV-2, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Bordetella pertussis*, *Pseudomonas aeruginosa* y demás), también los casos para diagnóstico de *Mycobacterium tuberculosis*. Si el paciente ha recibido algún antimicrobiano antes de la recolección de la muestra de sangre, deben tomar dos muestras separadas por un tiempo no mayor de 48 horas.

En las muertes de IRA con resultado positivo para Influenza A o B se debe remitir la muestra al Laboratorio Nacional de Referencia del INS de acuerdo con lo establecido en el lineamiento de virus respiratorios vigente (43).

En los casos que se requiera necropsia, se deben recolectar cortes de tejido del tracto respiratorio de acuerdo a lo indicado en el Manual de procedimientos para la toma, conservación y envío de muestras al Laboratorio Nacional de Referencia vigente (ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-toma-envio-muestras-ins.pdf) (bronquios, tráquea y pulmón de ambos lados (derecho e izquierdo)) en solución salina, refrigerados para análisis virológico, con muestra adicional de los mismos tejidos incluyendo cortes de hígado en formol tamponado al 10 % para estudio histopatológico.

En caso de no ser posible la realización de la necropsia, se deben recolectar muestras de secreción respiratoria (aspirado nasofaríngeo) hasta seis horas posteriores a la muerte para análisis virológico.

Enfermedad Diarreica Aguda

Se debe tomar muestras de materia fecal por parte del laboratorio institucional y, según hallazgos epidemiológicos y clínicos (34). Si los coprocultivos para la determinación de agentes bacterianos son positivos para agentes etiológicos como *Salmonella* spp, *Shigella* spp, *E. coli* enterotoxigénica, *Campylobacter* spp y *Listeria monocytogenes*, los aislamientos bacterianos recuperados deben ser enviados al INS para su confirmación y genotipificación según lo establecido en el Manual de procedimientos para la toma, conservación y envío de muestras al Laboratorio Nacional de Referencia

(ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-toma-envio-muestras-ins.pdf)

Recuerde utilizar todos los medios posibles para identificar el agente etiológico de las muertes probables por IRA y EDA.

7.4.1. Conservación, embalaje y transporte de muestras

Sin identificación etiológica previa a la muerte, deberán ser remitidas las muestras positivas para Influenza A y B detectadas previo al fallecimiento, donde no se haya identificado un subtipo o linaje, de acuerdo con lo establecido en el Manual de toma y envío de muestra vigente

(ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-toma-envio-muestras-ins.pdf). Se deben remitir al Laboratorio Nacional de Referencia rotulados adecuadamente con nombres y apellidos del paciente, documento de identidad y fecha de toma de la muestra. Estas muestras se deben remitir en medio de transporte viral – MTV, criovial tapa rosca y cierre hermético, frasco plástico boca ancha, tapa rosca y cierre hermético (cortes de tejido).

Los aislamientos con identificación de *Salmonella* spp, *Shigella* spp, *E. coli* enterotoxigénica, *Campylobacter* spp y *Listeria monocytogenes*, se deben remitir al Laboratorio Nacional de Referencia de acuerdo con lo descrito en el Manual de procedimientos para la toma, conservación y envío de muestras al Laboratorio Nacional de Referencia

(ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-toma-envio-muestras-ins.pdf)

7.4.2. Análisis de resultados de laboratorio

Infección Respiratoria Aguda

La detección viral en secreciones nasofaríngeas, orofaríngeas o cortes de tejido, mediante técnica de PCR, RT-PCR en tiempo real o detección de antígenos (esta última solamente para casos de COVID19), confirma el caso como positivo por laboratorio. De igual manera los casos en los que se obtenga un aislamiento bacteriano (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* u otra bacteria) se confirmaran por laboratorio.

Enfermedad Diarreica Aguda

Si los coprocultivos para la determinación de agentes bacterianos son positivos para *Salmonella* spp, *Shigella* spp, *E. coli* enterotoxigénica, *Campylobacter* spp y *Listeria monocytogenes* se confirma el caso por laboratorio. Así mismo si se determinan otros agentes virales o parasitarios que expliquen la cadena fisiopatológica de eventos que llevaron a la muerte.

8. Comunicación del riesgo y difusión de los resultados de la vigilancia

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, tienen la responsabilidad de difundir los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por lo cual se recomienda realizar de manera periódica diversas herramientas de divulgación como boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros, así como, utilizar medios de contacto comunitario como radio, televisión o redes sociales, manteniendo los flujos de información y comunicación del riesgo establecidos en las entidades.

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda, tiene como propósito desarrollar la capacidad resolutoria del equipo territorial, siendo un insumo fundamental que apoya la toma de decisiones y contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento en el territorio.

Con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud, el Instituto Nacional de Salud, de forma rutinaria, publica los informes gráficos con el análisis del comportamiento del evento e informes semestrales y finales con los cierres anuales. De manera semanal se publica el Boletín epidemiológico semanal (BES) en el cual se presentan los comportamientos inusuales del evento, y el tablero de control que presenta el comportamiento del evento:

- Informes del evento de años anteriores y por período epidemiológico:
<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>

- Tablero de control de evento de mortalidad integrada por IRA, EDA y DNT con actualización semanal e información histórica:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojZDhkY2MxNjQ0ODQ1Yi00MWZiLTk4N2Q0MjYmYmM0OGFkIiwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTlmNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiIsImMiOiR9>

- Boletines epidemiológicos semanales - BES: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Vista-Boletin-Epidemiologico.aspx>

Adicionalmente, se generan informes del comportamiento del evento según periodicidad acordada y transferencia de datos mediante acuerdos previos con ICBF, Supersalud, DANE, MSPS y Presidencia de la república.

Así mismo, se ha publicado en el Portal Sivigila 4.0, módulos de análisis que comprenden: i. número de casos reportados, ii. Estimaciones de medidas de frecuencia, iii. generación de microdatos, los datos corresponden a cierres anuales depurados desde 2007, que permiten una desagregación geográfica por departamento, distrito, municipio, desagregación temática por evento, desagregación temporal por año y desagregación institucional por institución prestadora de servicios de salud o red conexas que caracterizó y notificó el evento y la Entidad Administradora de Planes de Beneficios responsable del aseguramiento de los pacientes: bases de datos anonimizadas para [descarga: https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/Buscador.aspx](https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/Buscador.aspx)

Es muy importante que las entidades territoriales realicen la divulgación de la información con periodicidad trimestral a todos los actores involucrados; esta información debe incluir el análisis del tablero de problemas consolidado del evento, el cual

es construido a partir de las unidades de análisis correspondientes.

Cuando sea necesario el INS generará circulares o alertas a la comunidad médica o a

la población general para informar sobre la situación y las medidas preventivas que se deben implementar. Igualmente comunicará alertas emitidas por organismos internacionales como la OMS o la OPS.

9. Indicadores

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad en menores de cinco años por DNT aguda
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Muertes por DNT aguda en menores de cinco años residentes en Colombia por cada 100 000 menores de cinco años
Periodicidad	Por período epidemiológico
Objetivo	Identificar el comportamiento de la mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años con el fin de generar información oportuna que permita la toma de decisiones en salud relacionadas con el cumplimiento de metas, la ejecución de intervenciones de prevención y control y la elaboración de políticas públicas.
Definición operacional	Numerador: Número de defunciones confirmadas en menores de cinco años por DNT aguda según entidad territorial de residencia (no se incluyen extranjeros). Denominador: proyección de la población menor de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) del DANE CNPV 2018
Coeficiente de multiplicación	100 000 menores de cinco años
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública-Sivigila Proyecciones de población menor de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) del DANE CNPV 2018
Interpretación del resultado	En la entidad territorial ____ la tasa de mortalidad por DNT aguda fue ____ casos por cada 100 000 menores de cinco años.
Nivel	Nacional, departamento y municipio
Meta	Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por desnutrición aguda (por cada 100 000 menores de cinco años): 3,37 (Metas Plan nacional de Desarrollo 2022-2026 – Ley 2294 de 2023)

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad en menores de cinco años por DNT aguda
Aclaraciones	El indicador se mide por entidad territorial de residencia, no se incluyen extranjeros.

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad en menores de cinco años por IRA
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Muertes por IRA en menores de cinco años residentes en Colombia por cada 100 000 menores de cinco años
Periodicidad	Por período epidemiológico
Objetivo	Identificar el comportamiento de la mortalidad por IRA en menores de cinco años con el fin de generar información oportuna que permita la toma de decisiones en salud relacionadas con el cumplimiento de metas, la ejecución de intervenciones de prevención y control y la elaboración de políticas públicas.
Definición operacional	Numerador: Número de defunciones confirmadas en menores de cinco años por IRA según entidad territorial de residencia (no se incluyen extranjeros). Denominador: proyección de la población menor de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) del DANE CNPV 2018
Coeficiente de multiplicación	100 000 menores de cinco años
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública-Sivigila Proyecciones de población menor de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) DANE CNPV 2018
Interpretación del resultado	En la entidad territorial de ____ la tasa de mortalidad por IRA fue ____ casos por cada 100 000 menores de cinco años.
Nivel	Nacional, departamento y municipio
Meta	Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por infección respiratoria aguda (por cada 100 000 menores de cinco años): 6,7 (Metas Plan Decenal de salud pública 2022-2031)
Aclaraciones	El indicador se mide por entidad territorial de residencia, no se incluyen extranjeros

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad en menores de cinco años por EDA
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Muertes por EDA en menores de cinco años residentes en Colombia por cada 100 000 menores de cinco años
Periodicidad	Por período epidemiológico
Objetivo	Identificar el comportamiento de la mortalidad por EDA en menores de cinco años con el fin de generar información oportuna que permita la toma de decisiones en salud relacionadas con el cumplimiento de metas, la ejecución de intervenciones de prevención y control y la elaboración de políticas públicas.
Definición operacional	Numerador: Número de defunciones confirmadas en menores de cinco años por EDA según entidad territorial de residencia (no se incluyen extranjeros). Denominador: proyección de la población menor de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) del DANE CNPV 2018
Coeficiente de multiplicación	100 000 menores de cinco años
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública-Sivigila Proyecciones de población menor de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) del DANE CNPV 2018
Interpretación del resultado	En la entidad territorial de ____ la tasa de mortalidad por EDA fue ____ casos por cada 100 000 menores de cinco años.
Nivel	Nacional, departamento y municipio
Meta	Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda (por cada 100 000 menores de cinco años): 3 (Metas Plan Decenal de salud pública 2022-2031)
Aclaraciones	El indicador se mide por entidad territorial de residencia, no se incluyen extranjeros

Nombre del indicador	Proporción de muertes por IRA en menores de cinco años con muestra respiratoria
Tipo de indicador	Gestión
Definición	Refleja el cumplimiento en la toma de muestras para la identificación de agente etiológico en las muertes por IRA en menores de cinco años ocurridas a nivel institucional.
Periodicidad	Por período epidemiológico
Objetivo	Identificar el porcentaje de muertes por IRA en menores de cinco de años que ocurren a nivel institucional y tienen muestra respiratoria para la identificación de agente etiológico.
Definición operacional	Numerador: número de muertes institucionales por IRA en menores de cinco años con muestra respiratoria Denominador: número de muertes institucionales por IRA en menores de cinco años por entidad territorial de notificación
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia-Sivigila Aplicativo web UACE Resultados de laboratorio de las UPGD, Laboratorios de Salud Pública Departamentales, municipales y LNR
Interpretación del resultado	Del total de muertes institucionales por IRA en menores de cinco años ocurridas en el período epidemiológico __, el __ % tuvo muestra respiratoria
Nivel	Nacional, departamento y municipio
	100 %
Aclaraciones	Se mide por entidad territorial de notificación y en los casos de muertes por IRA en menores de cinco años ocurridas en instituciones prestadoras de servicios en salud (IPS). Se evaluarán de manera individual las muertes enviadas a medicina legal y aquellas que ingresaron y duraron menos de 6 horas en la IPS antes de la defunción. La información de la toma de muestra se obtiene de las unidades de análisis cargadas al aplicativo por lo que al momento de obtener el indicador se tendrá en cuenta únicamente esta fuente.

Nombre del indicador	Correspondencia entre Sivigila y el módulo de defunciones del RUAF
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Mide el grado de correspondencia entre el Sivigila y el RUAF, evaluando la proporción de casos que están presentes en ambas fuentes respecto al total de registros.
Periodicidad	Por periodo epidemiológico (convenio DANE) y semanal
Objetivo	Garantizar la concordancia de registros de muerte en menor de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda en Sivigila y RUAF
Definición operacional	Numerador: total de muertes en menor de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda notificadas al Sivigila Denominador: total de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda registradas en el módulo de defunciones del RUAF-ND, que cumplen la definición de caso del evento y que no se encuentren notificadas en Sivigila más el total de muertes notificadas en Sivigila
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia-Sivigila RUAF-ND defunciones
Interpretación del resultado	En el período ____ hay una correspondencia entre la notificación por Sivigila y el módulo de defunciones del RUAF del ____%
Nivel	Nacional, departamento y municipio
Meta	100 %
Aclaraciones	

Nombre del indicador	Notificación de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda por entidad territorial
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Mide el grado de cumplimiento de la notificación al Sivigila por parte de las entidades territoriales, evaluando la proporción de casos que fueron notificados por las entidades del total de casos notificados.
Periodicidad	Por período epidemiológico
Objetivo	Garantizar la notificación de todas las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda a Sivigila por parte de la entidad territorial en la que se presentó la defunción
Definición operacional	Numerador: total de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda notificadas al Sivigila por parte de la entidad territorial en la que se presentó la defunción Denominador: total de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda notificadas desde la entidad territorial en la que se presentó la defunción más las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda notificadas desde nivel nacional.
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia-Sivigila RUAF-ND
Interpretación del resultado	En el período ____ el porcentaje de notificación por parte de la entidad territorial fue ____ %
Nivel	Departamento y municipio
Meta	100 %
Aclaraciones	

Nombre del indicador	Cumplimiento en la realización de investigación epidemiológica de campo de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Porcentaje de investigaciones epidemiológicas de campo de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda realizadas
Periodicidad	Por período epidemiológico
Objetivo	Verificar el cumplimiento en la realización de la investigación epidemiológica de campo de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda
Definición operacional	Numerador: Número de investigaciones epidemiológicas de campo en menores de cinco años por EDA, IRA y DNT aguda gestionadas Denominador: Total de muertes por IRA, EDA o DNT aguda en menores de cinco años gestionadas
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia – SiviVila Aplicativo web UACE Investigación Epidemiológica de Campo
Interpretación del resultado	En el período ____ se realizó el ____% de las investigaciones epidemiológicas de campo del total de muertes por EDA, IRA o DNT aguda notificadas
Nivel	Nacional, Departamento y Municipio
Meta	100 %
Aclaraciones	

10. Referencias Bibliográficas

1. Congreso de Colombia. Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y la Adolescencia [Internet]. Bogotá D.C.; 2006 [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>
2. Rojas-Botero ML, Ramírez YEB, de María Cáceres-Manrique F. Avoidable childhood deaths: An analysis by department and municipality in Colombia (2000-2018). *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2021;46. doi:10.26633/RPSP.2021.64
3. Rojas-Botero ML, Borrero-Ramírez YE, de María Cáceres-Manrique F. List of potentially avoidable causes of death in childhood: a proposal for Colombia. *Cad Saude Publica*. 2020 Sep 1;36(8). doi:10.1590/0102-311X00086519 PubMed PMID: 32901665.
4. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de Colombia [Const] Art. 44. [Internet]. Colombia; 1991 [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/constitucion-1991.pdf>
5. Congreso de Colombia. Ley 12 de 1991 Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Bogotá D.C.; 1991 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=10579>
6. Rutstein DD BWCTCC 3rd, FAPE. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *N Engl J Med*. 1976 Mar;294(11):582–8. doi:10.1056/NEJM197603112941104 PubMed PMID: 942758.
7. Ivonne Rubio, Anabella Santoro, Marta Alberti, Elina Pizorno, Alicia Fernández, Carmen Gutiérrez, et al. Mortalidad evitable en pediatría. Un aporte a la planificación de la atención a la salud de los niños. *Rev Med Urug* [Internet]. 2007 [cited 2025 Nov 6];23:145–52. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v23n3/v23n3a03.pdf>
8. Gómez ARD. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2001. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. 2008 May [cited 2023 Nov 22];1–2. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/882/771>
9. Alfonso Chang Y, Gómez García N, Quintana Gómez F, Pimienta Pérez N, Gaudencia González Díaz J, Suárez Morales O, et al. Determinantes sociales que inciden en la mortalidad de los menores de cinco años. *Acta Médica del Centro* [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 18]. Available from: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1362/1402>
10. Madewell ZJ, Whitney CG, Velaphi S, Mutevedzi P, Mahtab S, Madhi SA, et al. Prioritizing Health Care Strategies to Reduce Childhood Mortality. *JAMA Netw Open*. 2022 Oct 21;5(10):E2237689. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.37689 PubMed PMID: 36269354.
11. UNICEF. Under-five mortality [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 18]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/#:~:text=The%20global%20under%2Dfive%20mortality,a%20matter%20of%20urgent%20concern.>
12. JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH, International Vaccine Access Center. Pneumonia & diarrhea progress report 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://publichealth.jhu.edu/ivac/resources/pneumonia-diarrhea-progress-reports>
13. International Vaccine Access Center (IVAC), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. PNEUMONIA AND DIARRHEA PROGRESS REPORT_2022_HOPKINS [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://publichealth.jhu.edu/sites/default/files/2024-02/pdpr2022ax.pdf>

14. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
15. FAO, FIDA, OMS, PMA, UNICEF. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2025 [Internet]. Roma: FAO; IFAD; WHO; WFP; UNICEF; 2025 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://openknowledge.fao.org/items/d6c18a42-5ef7-49aa-873f-065492a1b6b5>
doi:10.4060/cd6008es
16. Wagner Z, Mohanan M, Zutshi R, Mukherji A, Sood N. What drives poor quality of care for child diarrhea? Experimental evidence from India. Science (1979). 2024 Feb 9;383(6683).
doi:10.1126/science.adj9986
17. UNICEF. Progreso de la Infancia y Adolescencia hacia los ODS en América Latina y el Caribe 2024: ¿Dónde Estamos? [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.unicef.org/lac/media/50761/file/Progreso%20de%20la%20Infancia%20y%20Adolescencia%20ODS%20LAC%202024.pdf.pdf>
18. UNICEF. Niños y niñas en América Latina y el Caribe. Panorama 2020. [Internet]. 2020 Oct [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.unicef.org/lac/informes/ninos-y-ninas-en-america-latina-y-el-caribe-2020>
19. Max Roser, Hannah Ritchie, Bernadeta Dadonaite. Child and Infant Mortality [Internet]. 2013 [cited 2023 Mar 16]. Available from: <https://ourworldindata.org/child-mortality>
20. Banco Mundial. Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1.000) - Colombia [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr 27]. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT>
21. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones No Fetales [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 15]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>
22. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento vigilancia integrada de las muertes en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición aguda [Internet]. Bogotá, Bogotá D.C., Colombia; 2024 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Directrices para la intensificación y fortalecimiento de las acciones de atención integral en salud de niños y niñas con el proposito de reducir la mortalidad en los niños y niñas en la primera infancia [Internet]. Colombia; 2024. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2022%20de%202024.pdf
24. FAO. Nutrición e infección, salud y enfermedad [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.fao.org/3/W0073S/w0073s07.htm#:~:text=Las%20infecciones%20empeoran%20la%20malnutrici%C3%B3n,gravedad%20de%20las%20enfermedades%20infecciosas.&text=El%20cuerpo%20humano%20tiene%20la,Esta%20capacidad%20se%20denomina%20inmunidad.>
25. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. Colombia; 2018. p. 1–348. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

26. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016 [Internet]. 2016 [cited 2023 Nov 29]. Available from: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no._2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2350 de 2020, adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad. Bogotá D.C; 2020.
28. Ministerio de salud y protección social. Resolución 115 de 2026 [Internet]. 2026 [cited 2026 Feb 9]. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=192057>
29. Ministerio de salud y protección social. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA [Internet]. Bogotá D.C.; 2023 [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/programa-nacional-ira-eda-2023.pdf>
30. ONU. Objetivos de desarrollo sostenible [Internet]. [cited 2024 Feb 14]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
31. Ministerio de salud y protección social. Resolución 1035 de 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 26]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%c3%b3n%20No.%201035%20de%202022.pdf
32. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años [Internet]. Colombia; 2023. p. 1–25. Available from: <https://doi.org/10.33610/infoeventos.23> doi:10.33610/infoeventos.23
33. Ministerior de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la evulación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años [Internet]. Colombia; 2014 [cited 2024 Feb 15]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-neumonia-bronquiolitis.pdf>
34. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años [Internet]. Colombia; 2013 [cited 2024 Feb 15]. 2–236 p. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_EDA.pdf
35. Presidencia de Colombia. Decreto 780 de 2016 Sector Salud y Protección Social [Internet]. 2016. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>
36. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 3518 de 2006. Bogotá D.C.: MINSALUD; 2006.
37. Instituto Nacional de Salud. Manual para la realización de unidades de análisis y tablero de problemas de eventos de interés en salud pública priorizados [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 15]. Available from: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-unidad-de-analisis-y-tablero-de-problemas-2023.pdf>
38. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones poblacionales [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
39. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de afiliación en salud [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 25]. Available from: <https://minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

40. Organización Mundial de la Salud. Under-five mortality rate (per 1000 live births) (SDG 3.2.1) [Internet]. [cited 2026 Feb 9]. Available from: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/7?utm_source=chatgpt.com
41. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos nacionales para la vigilancia [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamientos-nacionales-2023.pdf>
42. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de salud y protección social. Instructivo de atención epidemiológica de brotes de enfermedades inmunoprevenibles. [Internet]. 2015 [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/Instructivo-atencion-epidemiologica-brotes.pdf>
43. Instituto Nacional de Salud. Guía para la vigilancia por laboratorio del virus de la influenza y otros virus respiratorios [Internet]. Colombia; 2017. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Guia%20para%20la%20Vigilancia%20por%20Laboratorio%20de%20Virus%20Respiratorios.pdf>

11. Control de cambios

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2017	12	29	Publicación del protocolo de vigilancia	Norma Rocío Lozano Falla Diana Paola Bocanegra Horta Jessika Alexandra Manrique Sánchez Deccy González Ruge Grupo análisis de casos especiales
01	2019	12	23	Actualización de conceptos	Jessika Alexandra Manrique Sánchez Claudia Marcella Huguett Aragón Grupo análisis de casos especiales
02	2022	05	18	Actualización de conceptos y formato	Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez Gerhard Misael Acero de la Parra Natali Paola Cortés Molano Grupo unidad de análisis de casos especiales
03	2023	12	29	Actualización de conceptos	Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez Gerhard Misael Acero de la Parra Martha Cristina Santana León Natali Paola Cortés Molano Grupo unidad de análisis de casos especiales
04	2026	07	02	Actualización de conceptos e indicadores	Gerhard Misael Acero de la Parra Héctor Eduardo Pachon Melo Natali Paola Cortés Molano Grupo unidad de análisis de casos especiales

12. Anexos

Anexo 1. Búsqueda Activa Comunitaria

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Busqueda%20Activa%20Comunitaria.pdf>