



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

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA

AUTORES:

Norma Rocío Lozano Falla
Diana Paola Bocanegra Horta
Jessica Alexandra Manrique Sánchez
Yenny Fernanda Pinilla Muñoz
José Ferez Ziadé Benítez
Helena Patricia Salas Suspes
Deccy Magnolia González Ruje
Lida Musdie Martínez Montañez
Grupo unidad de análisis de casos especiales

Bogotá D.C., noviembre de 2017



CONTENIDO

1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. ESCENARIOS, ACTORES Y RESPONSABILIDADES	3
4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	6
5. CONDICIONES GENERALES.....	10
6. DESCRIPCIÓN.....	10
6.1 ¿QUÉ ES UNA UNIDAD DE ANÁLISIS?	10
6.2 ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE UNA UNIDAD DE ANÁLISIS?	11
6.3 ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE UNIDADES DE ANÁLISIS Y CÓMO SE REALIZAN?	11
6.3.1. ¿CÓMO SE HACE UNA UNIDAD DE ANÁLISIS INDIVIDUAL?.....	11
6.3.2. ¿CÓMO SE HACE UNA UNIDAD DE ANÁLISIS COLECTIVA?	18
6.4. EVENTOS QUE REQUIEREN UNIDAD DE ANÁLISIS Y CONDICIONES PARA SU REALIZACIÓN Y DIVULGACIÓN.....	21
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	26
ANEXOS	27

1. OBJETIVO

Realizar el análisis de los casos de eventos de interés en salud pública priorizados, de manera individual o colectiva que permitan su clasificación final y la identificación de los factores relacionados con su ocurrencia.

2. ALCANCE

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

Complementa e incorpora el proceso de unidad de análisis de la muerte materna basado en la web y las instrucciones para otras unidades de análisis incluidas en los protocolos y lineamientos.

3. ESCENARIOS, ACTORES Y RESPONSABILIDADES

Las personas convocadas (actores) a las unidades de análisis, de cada uno de los escenarios: UPGD, EAPB, UND (departamentales y distritales) y UNM deben estar en capacidad de representar a la institución, entidad o área convocadas y serán quienes aportan la información, el conocimiento y la experiencia desde su disciplina acerca de:

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



Escenarios	Actores	Responsabilidades
Unidades Primarias Generadoras de Datos – UPGD (prestadoras de servicios de salud).	Representante idóneo del equipo médico: es indispensable la asistencia de al menos un médico, general o especialista, dependiendo del caso a analizar y de la capacidad de la Institución. Personal de apoyo (enfermería, bacteriología y otras disciplinas) en los casos en los que se requiera.	Buscan, recolectan, clasifican, revisan y envían de forma oportuna a la entidad territorial que les corresponde, las fuentes de información útiles para la preparación de las unidades de análisis tanto individuales como colectivas. Analizan de acuerdo con la metodología desarrollada por sus oficinas de calidad, los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, establecen una síntesis con sus resultados y la envían de forma oportuna a la entidad territorial que lidera la unidad de análisis. Participan en las unidades de análisis que sean convocadas por la entidad territorial que las lidera.
Entidades administradoras de planes de beneficios – EAPB.	Representante idóneo de la EAPB a la cual estaba afiliada la persona que presentó el evento objeto de unidad de análisis	Suministran oportunamente (durante la etapa de planeación) a las entidades territoriales que lideran las unidades de análisis, la información que sea de su competencia, en especial, la continuidad de la afiliación y la red de atención en la que fue atendida la persona. Verifican que su red de prestadoras remita a la entidad territorial que lidera la unidad de análisis, los soportes de las fuentes de información necesarias de forma oportuna (de lo contrario, los solicitan formalmente, como apoyo a la gestión de la entidad territorial). Analizan de acuerdo con la metodología desarrollada por sus oficinas de calidad, la gestión y comunicación del riesgo individual, el apoyo al autocuidado y las acciones de prevención primaria. Establecen una síntesis según sus resultados, la cual remiten de forma oportuna (durante la etapa de planeación) a la entidad territorial que lidera la realización de las unidades de análisis. Participan en las unidades de análisis individuales y colectivas a las que sean convocados por la entidad territorial que lidera las unidades de análisis.
Unidades Notificadoras Municipales y Distritales – UNM/UND	Referente municipal del evento o eventos relacionado(s) con el(los) caso(s) a analizar. Representante grupo de vigilancia en salud pública.	Lideran la realización de las unidades de análisis individuales y colectivas (cuando tienen la capacidad instalada para hacerlo, en caso contrario lo hará la unidad notificadora departamental) de acuerdo con este manual y los lineamientos que lo complementen.

	Delegado de la oficina de aseguramiento. Delegado de la oficina de prestación de servicios. Delegado del CRUE cuando se considere pertinente. Representantes de otras oficinas o áreas de la Secretaría de salud que se consideren necesarios. Es importante la participación de al menos un médico, general o especialista, para que apoye el resumen de las atenciones y participe en el análisis del caso, que depende del caso a analizar y de la capacidad de la institución. Los representantes de este nivel serán los idóneos, dependiendo del papel que ejerza cada uno de ellos.	Solicitan, reciben, evalúan la calidad, revisan y sintetizan la información de las fuentes de información enviadas por las UPGD y EAPB. Aportan la investigación epidemiológica de campo, las entrevistas familiares o las autopsias verbales (cuando se requieren) a la unidad de análisis individual. Presentan la síntesis de la información, aportada por las diferentes fuentes, a los participantes en la reunión. Envían el formato de la unidad de análisis y las fuentes de información a la Secretaría departamental de salud, según el tiempo establecido para cada evento. Realizan y consolidan el tablero de problemas y lo envían trimestralmente a la Secretaría de Salud departamental, en el caso de los municipios y al INS, de los distritos.
Unidades Notificadoras Departamentales - UND	Referente departamental del Programa o de la dimensión del PDSP Referente departamental del evento Representante grupo de vigilancia en salud pública. Delegado de la oficina de aseguramiento. Delegado de la oficina de prestación de servicios. Delegado del CRUE cuando se considere pertinente. Representantes de otras oficinas o áreas de la Secretaría de salud que se consideren necesarios. Es importante la participación de por lo menos un médico para asesorar la realización del resumen de las atenciones.	Reciben, hacen seguimiento al envío oportuno de las unidades de análisis por parte de las UNM y verifican que se encuentren en el formato establecido. Revisan y hacen la realimentación a los municipios acerca de la calidad de las unidades de análisis. Solo cuando el municipio no cuente con la capacidad instalada, coordinarán y realizarán las unidades de análisis individuales y colectivas. Organizan y participan solo en las unidades de análisis de su competencia (en las que el municipio requiera su apoyo para la clasificación del caso y cuando se presenten eventos en erradicación y eliminación, difteria, en los casos de muerte materna y perinatal). Envían las unidades de análisis recibidas y las realizadas directamente al Instituto Nacional de Salud, según el tiempo establecido para cada evento en el formato establecido. Consolidan el tablero de problemas y lo envían al INS. Lo divulgan a las áreas responsables al interior de su Secretaría o de otros actores sectoriales o transectoriales departamentales.

Instituto Nacional de Salud - INS	Referentes nacionales* Grupo unidad de análisis de casos especiales**	Hacen seguimiento a la situación* de los eventos objeto de unidad de análisis y solicitan o realizan el ajuste de la clasificación final del caso. Realizan el seguimiento al cumplimiento** en la entrega de las unidades de análisis en los niveles departamental y distrital, de acuerdo con los protocolos y lineamientos publicados por el INS. Consolidan los problemas identificados por departamento, actor y evento** Participan en las unidades de análisis cuando el caso lo amerite, como en las de los casos de ESAVI grave, en los que además del INS participan representantes del área de fármaco-vigilancia del INVIMA y del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud y Protección Social y de ser necesario este convocará al Comité Nacional de Prácticas en Inmunización (CNPI)
--	---	--

Fuente: Grupo unidad análisis de casos – DVARSP – INS, 2017

Recuerde que:

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

Tenga en cuenta que:

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

4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

Caso confirmado. “Persona (viva o muerta, según el evento) de la cual fue aislado e identificado el agente etiológico o de la que fueran obtenidas otras evidencias clínicas, epidemiológicas de laboratorio y/o de patología, que siguen los criterios y definiciones para cada enfermedad específica” (1).

Causa antecedente. “Es toda enfermedad que haya ocurrido entre la causa directa y la causa básica de la defunción y como complicación de esta, siendo a su vez desencadenante de la causa directa de la defunción. Si existe más de una causa antecedente el médico debe anotarla en los incisos b y c de la parte I del certificado guardando secuencia causal entre sí” (2).

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

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

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

“La responsabilidad del médico que firma el certificado de defunción es indicar la afección que condujo directamente a la muerte, así como establecer las causas antecedentes o sucesos que dieron origen a dicha afección” (2).

Causa contribuyente. “Es toda enfermedad que contribuye a la muerte, pero que no se encuentra dentro de la cadena de acontecimientos que se describen en la parte I del certificado de defunción. El médico debe anotar las causas contribuyentes en la parte II del certificado de defunción” (2).

Causas de defunción. “Son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte y contribuyeron a ella así como las circunstancias del accidente o violencia que produjo dichas lesiones. El propósito de esta definición es asegurar que se registre toda la información pertinente y que el médico certificante no seleccione algunas afecciones para registrarlas y rechace otras; la definición no incluye síntomas ni modos de morir, tales como paro cardíaco o insuficiencia respiratoria cuando son el resultado final de un proceso de enfermedad. También excluye a las enfermedades o lesiones que no tuvieron participación directa en la secuencia de eventos que llevaron a la muerte o no participaron en ella” (2).

Causa directa. “Enfermedad o afección que produce la muerte directamente, causa el desenlace fatal, así se deba a una cadena de antecedentes, y tuvo menos tiempo de evolución; es el único apartado que no se puede quedar sin diligenciar, el médico debe anotar esta afección en el inciso a parte I del certificado de defunción, excluyendo síntomas, signos y formas de morir como por ejemplo paro cardiorrespiratorio o insuficiencia respiratoria” (2).

Defunción. “Desaparición de toda evidencia de vida después de haber ocurrido el nacimiento, (no incluye las defunciones fetales). Desde el punto de vista clínico y fisiopatológico la defunción se considera como muerte encefálica en todos los casos” (2).

Defunciones fetales. “Muerte de un producto de la concepción, desde antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre independientemente del tiempo de embarazo. El feto posterior a la separación no respira ni da ninguna señal de vida; por lo cual su definición es diferente a la defunción ya que no hay un nacido vivo” (3).

Defunción materna. “Se define como la defunción de una mujer durante el embarazo o hasta 42 siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio anatómico del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o durante su atención, mas no por causas accidentales” (4).

Defunción materna tardía. “Muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas posterior a los 42 días pero antes del año” (4).

Defunciones obstétricas directas. “Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas” (4).

Defunciones obstétricas indirectas. “Son las que resultan de una patología existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, pero que no es debida a causas obstétricas directas, pero si agravada por la fisiología del embarazo” (4).

Defunción relacionada con el embarazo. “Muerte de una mujer ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días después del parto, independientemente de la causa de defunción” (4).

Emergencia en Salud Pública de Interés Internacional (ESPII). “Es todo evento extraordinario que se ha determinado constituye un riesgo para la salud pública de otros países a causa de la propagación internacional de una enfermedad y podría exigir una respuesta internacional coordinada. Este listado se actualiza ante el comité internacional conformado por los estados miembro de la OPS/OMS” (5).

Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB). “Para efectos del presente manual y de acuerdo con el decreto 3518 de 2006, son las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, las administradoras del régimen subsidiado, las empresas de medicina prepagada y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001” (6).

Eventos. “Sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad y que para efectos del artículo 3° del Decreto 3518 se clasifican en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes; factores protectores y factores de riesgo relacionados con condiciones del medio ambiente, consumo y comportamiento; acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades y demás factores determinantes asociados” (6).

Eventos de interés en salud pública. “Aquellos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo–efectividad de las intervenciones, e interés público; que además requieren ser enfrentados con medidas de salud pública” (6).

Eventos en eliminación. Son aquellos que “han reducido a cero su incidencia; sin embargo, el agente causal continúa en circulación y se identifican los vectores o las causas que pueden producir la enfermedad, en consecuencia, se mantienen las medidas de control de forma indefinida” (1).

Eventos en erradicación. Hace referencia al “cese de toda transmisión de infección por extinción artificial de la especie del agente causal, lo cual presupone la ausencia completa de riesgo de reintroducción de la enfermedad, de forma que permite la suspensión de toda medida de prevención y control” (1).

Muerte de interés en salud pública. “Es cualquier muerte resultado de alguna situación considerada como importante o trascendente para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento

epidemiológico, posibilidades de prevención, costo–efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública” (6).

Muertes maternas ocurridas por causas coincidentes. “De acuerdo a la OMS, se consideran como aquellas muertes que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio y como clasificación nosológica incluyen lesiones de causa externa como accidente por vehículo automotor, causas externas de lesiones accidentales ataque, agresión, violación, otros accidentes, hierbas medicinales, etc.” (4).

Nacido vivo. “Es la expulsión completa del cuerpo de su madre, sin importar el tiempo de duración del embarazo, del producto del mismo que después de dicha separación de cualquier señal de vida, tanto si se ha cortado o no del cordón umbilical y este no se desprenda de la placenta; cada producto de un nacimiento que reúna dichas características se considera un nacido vivo” (2).

Representante idóneo. Persona que participa en la unidad de análisis en cualquiera de las etapas de la misma, con perfil mínimo y experiencia relacionada con los aspectos a tratar en ella, que conozca los protocolos, las guías de intervención clínica y la metodología aplicada para realizar las unidades de análisis y que se encuentre en capacidad de representar a su Institución o Entidad (delegado por los tomadores de decisiones).

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

Unidad de análisis individual. Es un método de investigación cualitativa que permite caracterizar una situación o problema y determinar sus causas, mediante el análisis de los hechos y a partir de la descripción e interpretación de la situación con su contexto. Las fuentes de información para el análisis pueden ser: documentos, registros, entrevistas, observación directa y materiales como fotografías, videos, etc. (7)

Unidad de análisis colectiva. Es aquella que estudia varios casos similares con el fin de detectar patrones y problemas comunes a estos; así como, características únicas, a partir de un análisis individual previo (8).

Unidad Notificadora Departamental y Distrital (UMD). Son las Secretarías y Direcciones de salud del orden departamental y distrital o las dependencias que hagan sus veces.

Unidad Notificadora Municipal (UNM). Es la Secretaría o Dirección de salud de orden municipal o las dependencias que hagan sus veces, responsables de la investigación, confirmación y configuración de los eventos de interés en salud pública, con base en la información suministrada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos y cualquier otra información obtenida a través de procedimientos epidemiológicos.

Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD). Es la entidad pública o privada prestadora de servicios de salud, que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila (6).

Vigilancia en salud pública. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública (6).

Vigilancia y control en salud pública. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada (6).

5. CONDICIONES GENERALES

Este documento es coherente con los lineamientos anuales para la prevención, vigilancia y control en salud pública, publicados en la página web del INS en el enlace¹, en el capítulo correspondiente a unidades de análisis y con los protocolos para la vigilancia en salud pública publicados en la página web del INS en el link², teniendo en cuenta los eventos priorizados para la realización de unidades de análisis.

6. DESCRIPCIÓN

6.1 ¿QUÉ ES UNA UNIDAD DE ANÁLISIS?

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

Constituye un insumo fundamental en cada uno de los niveles de competencia de la Red de Vigilancia en Salud Pública, para cumplir con la función de realizar el análisis de la situación de salud descrita en el Decreto 0780/2016, para definir áreas prioritarias de intervención en salud y orientar las acciones de promoción, prevención y control (Art. 2.8.8.1.1.8, 2.8.8.1.1.9, 2.8.8.1.1.10 del Decreto 0780/2016) (6).

Recuerde que:

La unidad de análisis **no** reemplaza la metodología para evaluar calidad de atención y seguridad del paciente, este análisis será desarrollado por cada unidad primaria generadora de datos como prestadora habilitada y por las EAPB.

Recuerde que:

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

¹<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/lineamientos-y-documentos.aspx#.WVJfFuvhDX4>

²<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/protocolos.aspx>

Recuerde que:

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

6.2 ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE UNA UNIDAD DE ANÁLISIS?

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

6.3 ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE UNIDADES DE ANÁLISIS Y CÓMO SE REALIZAN?

Los estudios de caso en los que se basan las unidades de análisis pueden ser simples (una a una) o múltiples (varios casos al tiempo), dependiendo de la cantidad a estudiar. En este manual se desarrollarán las unidades de análisis individuales y colectivas, teniendo en cuenta que estas últimas parten de una individual.

6.3.1. ¿CÓMO SE HACE UNA UNIDAD DE ANÁLISIS INDIVIDUAL?

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

Recuerde que:

Incluir momentos de concertación entre las partes durante todas las fases de la unidad de análisis, como estrategia para armonizar las actividades entre todos los actores, sin perjuicio de lo establecido en el presente manual y los lineamientos, directrices y normas que lo complementan.

Para realizar una unidad de análisis individual se tendrán en cuenta tres fases:

Fase 1. Planeación de la unidad de análisis individual**a. Búsqueda, recolección y clasificación de las fuentes de información**

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

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

- Historia clínica completa de cada una de las instituciones prestadoras (incluyendo en lo posible consultorios de profesionales independientes, atenciones domiciliarias, entre otras.), donde fue atendida la persona que presentó el evento y que sean trazadoras para la unidad de análisis.
- Epicrisis.
- Investigación epidemiológica de campo. Permite el análisis del entorno en el cual se presentó el evento, el tiempo entre el desplazamiento del domicilio del paciente y la atención, la identificación de factores asociados para disminuir o eliminar la presencia de casos (consultar el manual para la investigación epidemiológica de campo, el cual contiene las especificaciones técnicas y condiciones para el desarrollo de esta actividad). Esta investigación solo será útil cuando se haga en los periodos recomendados para la vigilancia de cada uno de los eventos.
- Resultado de exámenes paraclínicos específicos para el evento.
- Certificado de defunción (cuando sea requerido), para lo cual es importante que previo a la unidad de análisis se establezca la concordancia entre ambos registros: Sivigila y RUAF, confirmando el caso haya sido adecuadamente notificado y revisando en las otras fuentes que el caso cumpla con la definición del evento a analizar.
- Autopsia verbal. Se realiza en aquellos casos en los cuales la persona fallece en la casa o fuera de la institución prestadora de servicios de salud a causa de un evento de interés en salud pública y cuando el certificado de defunción no tenga clara la causa de muerte. Reconoce los factores asociados, los determinantes sociales y el conjunto de signos y síntomas. (10) (11) (12) (13).
- Entrevista familiar. En los casos de muerte materna, cuando se requiera.
- Necropsia clínica (médico-legal si se dispone de ella) para el análisis de las muertes.
- Informe de las prestadoras de servicios de salud donde la persona fue atendida, sobre los resultados de la evaluación de la aplicación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud y otros datos útiles para el análisis del caso.
- Informe de la EAPB en la que estuvo o está afiliada la persona que presentó el caso, relacionado con la cronología de las autorizaciones de servicios que se le debían prestar y las dificultades que se hubieran podido presentar durante el proceso de atención, desde la visión y competencias de la aseguradora en la gestión del riesgo.
- Otras fuentes de información que se consideren necesarias para el análisis, tales como formatos de controles de programas de detección temprana, protección específica y demanda inducida, entre otros.

b. Resumen de la información para la unidad de análisis individual

El responsable designado por el municipio o departamento resumirá los datos obtenidos usando las fuentes de información disponibles, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Registre los datos de identificación de la persona.
- Realice un único resumen de las atenciones en la Red Integrada de Atención en Salud, siguiendo el orden cronológico de las mismas y respetando las partes que comprenden una historia clínica.
- Realice un resumen de las otras fuentes de información.
- Registre en los resúmenes solo los datos que aporten al análisis de los casos y que faciliten su clasificación y la identificación de factores asociados con su presencia.
- Si no es médico asesorarse de un médico para la realización del resumen de la historia clínica.

Para la captura de los datos, se dispusieron varias posibilidades de formatos con sus respectivos instructivos, los cuales corresponden a los anexos 1 a 3 y 1.1 a 1.3 respectivamente y hacen parte integral del presente manual. Estos formatos son una ayuda para el proceso y no serán de diligenciamiento obligatorio, si la entidad territorial tiene un formato estandarizado con las variables requeridas para la captura de los datos, en el orden en el que se describe en este manual, será válido como documento soporte de la realización de la unidad de análisis.

c. Convocatoria

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

Es necesario que el coordinador del equipo de vigilancia antes de cada reunión designe un encargado de elaborar el acta de la unidad de análisis y establezca un plazo para enviarla a los participantes.

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

- Envío de la agenda a desarrollar, en la cual se determina la fecha, hora, lugar, participantes y responsabilidades para la realización de la reunión.
- Envío del resumen de información para la unidad de análisis en el formato establecido para la captura de los datos anexo 1.

Recuerde que:

La unidad de análisis es liderada solo por aquellos municipios que tienen la capacidad instalada para hacerlo, en caso que no sea así, la unidad notificadora departamental asumirá el liderazgo de la misma.

Fase 2. Desarrollo de la unidad de análisis individual

a. Verificación de la asistencia, objetivo y orden del día

La persona designada del equipo de vigilancia de la entidad territorial que lidera la unidad de análisis verifica la asistencia de las personas convocadas y da lectura al objetivo de la reunión especificando cuál es el evento objeto de análisis y se comunica el tiempo destinado para la misma.

Es importante tener en cuenta que:

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

Recuerde que:

Los participantes en la unidad de análisis individual son:

- ✓ Representantes del equipo de vigilancia de la entidad territorial.
- ✓ Representantes de programas de promoción y prevención (PDSP) de la entidad territorial
- ✓ Representantes de aseguramiento, de calidad de la prestación de servicios y de ser necesario del CRUE.
- ✓ Representante(s) de la EAPB.
- ✓ Representante del equipo asistencial de la prestadora de servicios de salud.

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

b. Presentación del resumen de la información para la unidad de análisis individual

La persona designada del equipo de vigilancia de la entidad territorial, quien lidera la unidad de análisis, presenta a los demás participantes el resumen del caso, el cual envía previamente con la convocatoria. Las copias provenientes de las fuentes de información usadas para esos efectos deben estar disponibles durante la reunión.

El contenido se presenta de la siguiente forma:

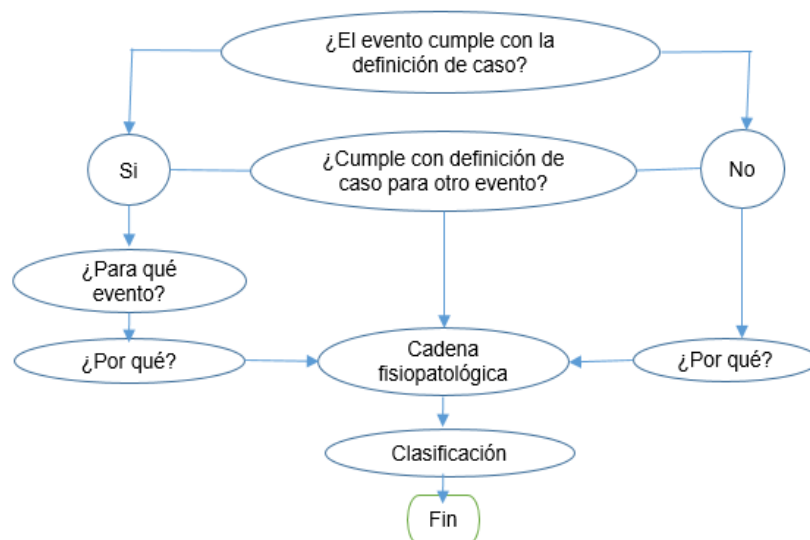
- Datos generales y resumen de las atenciones.
- Revisión de los exámenes paraclínicos específicos para la clasificación de los casos analizados.
- Revisión de la necropsia clínica o médico legal: se analiza la patología y se relaciona con la clínica del paciente.
- Presentación del resumen de los resultados de la investigación epidemiológica de campo y la autopsia verbal cuando aplique.
- Presentación de las otras fuentes de información.

Recuerde que:

La necropsia médico legal se considera prueba para la clasificación de una muerte.
La necropsia clínica debe cumplir con las valoraciones específicas para la clasificación de caso, de lo contrario no puede considerarse prueba de oro.

c. Análisis de los hallazgos de la unidad de análisis individual

- **Definición epidemiológica del caso:** se realiza una breve descripción del diagnóstico identificado y se responden las siguientes preguntas en esta secuencia funcional:



- **Cadena fisiopatológica:** se trata del establecimiento de las causas fisiopatológicas, partiendo de los diagnósticos consignados en la historia clínica o en el caso de muerte de la cascada de causas registradas en el certificado de defunción.

Los participantes en la unidad de análisis revisan las causas consignadas en el certificado de defunción, verificando la coherencia de las mismas, si se dispone de esta fuente de información y proceden a establecer la cadena fisiopatológica de causas de acuerdo al análisis realizado.

	Causa de defunción	intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
I. enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte	(a)	
	(b)	debido a (o como consecuencia de)
Causas antecedentes, estados morbosos, si existiera alguno que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.	(c)	debido a (o como consecuencia de)
	(d)	debido a (o como consecuencia de)
II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.		

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

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

En esta sección se encuentra el intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte, expresado en segundos, minutos, horas, días, meses o años según sea el caso (2).

➤ **Proceso de enmienda estadística**

Cuando los participantes de la unidad de análisis individual hagan la revisión del certificado de defunción, consideraran pertinente una enmienda estadística de la cascada de defunción. Quien lidera la unidad de análisis con el apoyo de la persona encargada de estadísticas vitales de la entidad territorial, deben hacer la respectiva solicitud al médico que certificó la muerte de realizar la enmienda; quien tiene plazo máximo de treinta días para dar respuesta. Esta información se comunicará también al responsable de estadísticas vitales de la región o departamento y del DANE.

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

➤ **Clasificación del caso**

Los participantes de la unidad de análisis definen la clasificación del caso de acuerdo con el protocolo de vigilancia en salud pública, si se cuenta con la información suficiente. Esto significa que se debe realizar el proceso de ajuste correspondiente con el protocolo de vigilancia específico para el evento al registro en el Sivigila cuando es requerido (ver manual del usuario sistema aplicativo Sivigila, publicado en la página web del INS, en el link ³).

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

Recuerde que:

La clasificación de caso cumple con el objetivo de la unidad de análisis individual. La siguiente sección se convertirá en un insumo para la consolidación del tablero de problemas de la unidad de análisis colectiva. En el caso que no se indique Unidad de Análisis Colectiva, la entidad territorial considerará la pertinencia de utilizarla o no.

³<http://www.ins.gov.co/lineas-de acci3n/SubdireccionVigilancia/sivigila/Paginas/documentos.aspx>

➤ **Identificación de problemas individuales**

Se realiza una discusión entre los participantes, utilizando al menos un método para la evaluación de los problemas, tales como el de espina de pescado para la identificación de la causa raíz, “por qué-por qué-cómo-cómo”, identificación de demoras, identificación de determinantes o problemas sociales, educativos, económicos, culturales, relacionados con la atención, ambientales, etc, eslabones críticos, ruta de la vida, protocolo de Londres, o uno que combine los anteriores (Ver anexo 4. Métodos para la evaluación de problemas). Adicionalmente se dispuso como parte de este manual un documento orientador para determinar los problemas en el contexto de las rutas de atención integral (RIAS), que corresponde al anexo 5.

El análisis de los casos aplicando el método que la entidad territorial seleccione resultará siempre en la detección de los factores asociados a la presentación del caso en estudio, los cuales serán incluidos en un tablero de problemas que será fuente de información para la unidad de análisis colectiva.

Fase 3. Divulgación

Una vez realizada la unidad de análisis individual, la persona designada del área de vigilancia de la entidad territorial que la lidera, entregará a los participantes que representaron a las IPS y EAPB, a más tardar al día siguiente a la reunión, el formato para la captura de los datos de la unidad de análisis diligenciado y copia del acta correspondiente, tendrá un plazo determinado que depende del evento que presente el caso a analizar, para su remisión junto con el soporte documental al área de vigilancia en salud pública de las Secretarías Departamentales de Salud (en el caso de los municipios con capacidad instalada) (ver capítulo 6.4) y estas a su vez las envían al INS, al repositorio ubicado en el enlace que se divulgará por correo electrónico a todas las entidades territoriales.

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

El listado de problemas derivados de las unidades de análisis individuales (tablero de problemas) que será consolidado por el área de vigilancia de los municipios con capacidad instalada, los departamentos y los distritos serán remitidos a los tomadores de decisiones y actores participantes de las diferentes áreas y escenarios involucrados con las unidades de análisis para ser usados como fuente de información para la realización de las unidades de análisis colectivas.

Así mismo, el consolidado del tablero de problemas (anexo 6) con todos los eventos, será enviado al INS de forma trimestral por cada entidad territorial que lidera las unidades de análisis.

Tenga en cuenta que...

Si la entidad territorial observa en algún evento que todos los problemas se repiten el siguiente trimestre, lo informarán al INS y no elaborarán un nuevo tablero con los mismos problemas, pues se ha llegado a un nivel de saturación que indica la necesidad de reevaluar la efectividad de los planes de acción derivados de estos resultados.

Tenga en cuenta que:

La elaboración de los planes de acción tendrá un espacio diferente al de la unidad de análisis individual y no hace parte de esta metodología. Los responsables de la prevención y control, del aseguramiento y de la inspección, vigilancia y control de servicios utilizarán su método y realizarán el seguimiento correspondiente. Estos planes de preferencia, se deben realizar para los problemas encontrados en la unidad de análisis colectiva.

6.3.2. ¿CÓMO SE HACE UNA UNIDAD DE ANÁLISIS COLECTIVA?

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

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

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

Recuerde que...

Las unidades de análisis colectivas serán lideradas y realizadas por las entidades territoriales, distritales y municipales con capacidad instalada con la participación de los actores claves de su entidad y representantes de las EAPB involucradas con los casos.

Fase 1. Planeación o preparación de la unidad de análisis colectiva**a. Búsqueda, recolección y clasificación de las fuentes de información**

- Identificación del evento de interés en salud pública objeto de análisis y el número de casos por dicho evento a analizar (ver el capítulo 6.4 eventos a los cuales se les realizará unidad de análisis colectiva).
- Recolectar las fuentes de información que se consideren necesarias para el análisis: base de datos Sivigila (datos básicos y complementarios) en donde se evidencien los casos notificados, Registro individual de prestación de servicios de salud (RIPS) y tablero de problemas (consolidado de los problemas identificados en las unidades de análisis individuales), cuando el análisis no se origine de unidades de análisis individuales y por

lo tanto, no se cuente con listado de problemas, es importante la consecución y alistamiento otras fuentes de información de los casos que puedan ser requeridas como investigación de campo, autopsia verbal u otras.

b. Análisis previo de la información

La entidad territorial que lidera la unidad de análisis colectiva:

- Consolida los problemas detectados en las unidades de análisis individuales y genera una tabla (tablero de problemas) con estas situaciones a intervenir categorizadas por evento, prestadora, EAPB y entidad territorial, la cual actualizarán los municipios con capacidad instalada, los distritos y departamentos que realicen unidades de análisis de forma periódica, el cual será consolidado en el formato tablero de problemas que hace parte integral del presente manual, corresponde al anexo 2 y está publicado en el enlace
- Hace el análisis descriptivo preliminar del grupo de casos del evento, en donde se especifican principalmente características sociodemográficas (sexo, edad, lugar de procedencia, lugar de residencia, entre otros).

c. Convocatoria

El profesional del área de vigilancia encargado de liderar la realización de la unidad de análisis convoca a los actores responsables para realizarla, estos son:

- Delegados de las EAPB a las que pertenecen los casos.
- Funcionarios de las diferentes dependencias de la entidad territorial que lidera la unidad de análisis (funcionarios del área de vigilancia, referentes de los programas relacionados con los eventos o de las dimensiones, etc., según cómo estén organizadas las dependencias relacionadas con la ruta de atención de los casos).
- Los representantes de las prestadoras que atendieron los casos asistirán solo si se justifica su presencia, por ejemplo, podrían ser convocados cuando el análisis colectivo no parta de los problemas identificados en unidades de análisis individuales previas.

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

Fase 2. Desarrollo de la unidad de análisis colectiva

a. Verificación de quórum

Una vez en la unidad de análisis colectiva se confirma la asistencia de los participantes convocados previamente a la misma.

b. Presentación del análisis descriptivo

El profesional encargado del desarrollo de la unidad de análisis colectiva presenta el análisis descriptivo realizado del evento, así como los factores relacionados con los casos analizados que contribuyeron a que ocurriera el evento que hacen parte del tablero de problemas, agrupándolos

en diferentes categorías: sociales, económicas, culturales, relacionados con la atención, ambientales y otras identificadas durante las unidades de análisis individuales relacionados en él.

Recuerde que:

Como parte del análisis descriptivo se deben establecer frecuencias absolutas y relativas de los resultados encontrados.

Como resultado del análisis colectivo realizado se identifican los factores asociados o problemas comunes que se constituyen en los problemas tipo a intervenir por los diferentes actores responsables dependiendo de sus competencias. Este tablero puede modificarse de acuerdo con el número de unidades de análisis colectivas que se realicen.

C. Conclusiones

Una vez realizados estos pasos se establecerán las conclusiones del análisis, mediante una discusión de los factores asociados encontrados por los asistentes a la reunión, moderada por el delegado del área de vigilancia de la entidad territorial que lidera la unidad de análisis.

Posteriormente el profesional que haya liderado la unidad de análisis (dependiendo del evento), hará entrega al área que corresponda para que realice, verifique y haga seguimiento al plan de acción a que dé a lugar (lo cual se debe realizar una vez se dé por finalizada la unidad de análisis).

Fase 3. Divulgación

De la misma forma que en las unidades de análisis individuales, los actores delegados del área de vigilancia de las entidades territoriales que lideran las unidades de análisis colectivas remitirán el formato que recoge los datos de las mismas, el tablero de problemas y las actas de las reuniones a los tomadores de decisiones de los diferentes niveles del flujo de información: gerentes de IPS (UPGD) o EAPB, responsables de programas o dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, Secretarios de salud y al área encargada de la verificación del cumplimiento y seguimiento de los planes de acción a que den lugar, definida por los tomadores de decisiones.

Los servidores responsables del área de vigilancia de los municipios con capacidad instalada, distritos y departamentos que realicen unidades de análisis periódicamente, dejarán el soporte documental de las unidades de análisis en un repositorio en el nivel departamental y desde allí serán remitidas al repositorio del INS que se divulgará por correo electrónico a todas las entidades territoriales.

De la misma forma que en el caso de las unidades de análisis individuales, para las colectivas se establecerá un plazo para su envío que también depende del evento analizado, para su remisión si es municipio a las Secretarías Departamentales de salud (ver capítulo 6.4) y este a su vez y los distritos al Instituto Nacional de Salud.

El grupo unidad de análisis de casos especiales del INS evaluará la oportunidad en el envío y la calidad de las mismas, a través del formato de realimentación de las unidades de análisis que hace parte integral del presente manual (anexo7).

Tenga en cuenta que...

Para este tipo de análisis las funciones de los actores implicados son iguales que para las unidades de análisis individuales.

Recuerde que...

NO se considera una responsabilidad del área de vigilancia en salud pública el diseño de los planes de acción, pero no se excluye de participar en un espacio diferente al de las unidades de análisis cuando es requerido.

6.4. EVENTOS QUE REQUIEREN UNIDAD DE ANÁLISIS Y CONDICIONES PARA SU REALIZACIÓN Y DIVULGACIÓN

A continuación, se describen los eventos que requieren unidad de análisis individual y/o colectiva. No se considera la realización de unidades de análisis para otros eventos. Si la entidad territorial lo considera, puede incluir otros eventos para unidad de análisis, pero no serán considerados en la evaluación y seguimiento nacional.

Eventos de erradicación o eliminación. Son objeto de una unidad de análisis inicial cuando ingresa el caso notificado para estudiar la situación y definir acciones urgentes de vigilancia y control y de una final para clasificar el caso de forma definitiva, para esta última el plazo será variable dependiendo de los resultados confirmatorios de los exámenes.



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

Tipo de evento	Evento	Condición final	Plazo ¹	Grupos priorizados	Tipo de unidad de análisis
Erradicación y eliminación	Fiebre amarilla		Inmediato para la unidad de análisis inicial		
	Encefalitis				
	Rabia humana			Todos	
	Sarampión ²				
	Rubeola ²	Vivos y muertos	Variable para la unidad de análisis final		Individual
	Síndrome de rubeola congénita ²			Menores de un año	
	Tétanos neonatal			Menores de 28 días de nacidos	
	Parálisis flácida aguda ³			Menores de 15 años	

Fuente: Mesas de trabajo Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública - INS

¹Se refiere al tiempo que tiene la entidad territorial para realizar la unidad de análisis a partir de la fecha de ocurrencia. En estos casos para la unidad de análisis inicial el tiempo máximo de envío al INS de las unidades iniciales será de 48 horas después de ocurrido el evento y se realizará otra reunión solo para realizar la clasificación final, cuyo plazo dependerá de los resultados confirmatorios que genere la Institución encargada.

²Para los eventos sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita, se hará unidad de análisis individual solo en casos con resultados IgM positivo o dudoso y casos fallecidos sin muestra.

³Para parálisis flácida aguda se realizará unidades de análisis individuales a casos vivos sin muestra o casos fallecidos (con o sin muestra). También para todo caso en donde se detecte por laboratorio un PVS (poliovirus salvaje), un PVDV (poliovirus derivado de vacuna 1, 2 o 3) o un virus vacunal tipo 2 (Sabin 2).

Recuerde que...

En estos casos será el departamento quien lidere las unidades de análisis tanto la inicial como la final y el Instituto Nacional de Salud intervendrá en la final que se hace para clasificación definitiva del caso.

Eventos de control nacional. Son objeto de unidad de análisis cuando ingresa el caso notificado, el plazo para la entrega al INS de las unidades de análisis realizadas a los casos de estos eventos es de ocho semanas a partir de la fecha de ocurrencia, excepto: difteria, que tiene el mismo plazo definido para los eventos de erradicación y eliminación y muerte materna, que tendrán los plazos determinados en sus protocolos y lineamientos. En ese sentido, es necesario tener en cuenta las siguientes precisiones:

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

Condiciones para la realización de las unidades de análisis de los eventos de control nacional

Tipo de evento	Evento de interés en salud pública	Condición final	Plazo ¹	Grupos priorizados	Tipo de unidad de análisis
Inmunoprevenibles	Tos ferina ²				
	Meningitis ³ bacteriana aguda	Muertos	Ocho semanas	Todos	
	Difteria	Vivos y muertos			
	ESAVI grave	Vivos y Muertos			Individual y colectiva
Zoonosis	Leptospirosis				
Enfermedades transmitidas por vectores	Malaria				
	Dengue	Muertos	Ocho semanas	Todos	
	Chikunguña				
	Zika				

	Chagas agudo Leishmaniasis visceral				
Respiratorias	IRAG Inusitado IRA ⁴			Todos	
Vehiculizadas por agua y/o alimentos	EDA ⁴	Muertos	Ocho semanas	Menores de cinco años	
Vigilancia nutricional	DNT ⁴				
	Muerte materna		45 días	Todos	
Maternidad segura	Muerte perinatal y neonatal tardía ⁵	Muertos	Ocho semanas	Cuatro casos por periodo epidemiológico según criterios de protocolo	Individual y colectiva
Micobacterias	Tuberculosis ⁶ sensible y farmacorresistente VIH/SIDA ⁶	Muertos	Ocho semanas	Coinfección TB/VIH en menores de 49 años	Individual y colectiva
Infecciones de transmisión sexual	Transmisión materno infantil (VIH/SIDA)	Vivos y muertos		Todos	Individual

Fuente: mesas de trabajo Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública.

¹Se refiere al tiempo que tiene la entidad territorial para realizar la unidad de análisis a partir de la fecha de ocurrencia, en estos casos será el municipio con capacidad instalada quien lidere las unidades de análisis o en su defecto el departamento cuando el municipio no cuente con capacidad técnica ni de personal para realizarlas.

²Se realiza unidad de análisis a los casos probables vivos sin muestra y a todas las muertes.

³Las unidades de análisis para este evento solo se hacen para meningitis por *Haemophilus Influenzae* (Hi), *Neisseria meningitidis* (meningococo) y *Streptococcus Pneumoniae* (neumococo).

⁴Estas unidades de análisis deben partir de los registros obtenidos del cruce de las bases de datos de muerte por EDA, muerte por IRA y muerte por desnutrición y será liderado por los referentes de los tres eventos.

⁵La entidad territorial escoge cuatro casos por periodo epidemiológico, que presenten situaciones críticas tanto de los recién nacidos como de las gestantes, teniendo en cuenta los criterios descritos en el protocolo de vigilancia del evento.

⁶Estas unidades de análisis deben partir de los registros obtenidos del cruce de las bases de datos de tuberculosis y VIH y será liderado por los referentes de los dos eventos en la entidad

territorial a la que le corresponda preparar la unidad de análisis y presentar los casos (unidad notificadora distrital, unidad notificadora municipal y si esta última no tiene la capacidad instalada, la unidad notificadora departamental).

A los casos que se notifiquen de los siguientes eventos **no se les realizará unidad de análisis**, sin embargo, requieren la gestión de sus respectivas fuentes de información cuando se presenten brotes o se confirmen por laboratorio.

Eventos de notificación obligatoria que no requieren unidad de análisis

Tipo de evento	Evento de interés en Salud pública
Eventos en proceso de eliminación	Lepra
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis congénita Sífilis gestacional hepatitis B, C y coinfección B-Delta
Respiratorias IAAS Intoxicaciones	Enfermedad similar a la influenza Infecciones asociadas a consumo de antibióticos Intoxicación por sustancias químicas
Enfermedades de transmisión vectorial	Chagas crónico Leishmaniasis cutánea Leishmaniasis mucosa
Zoonosis	Accidente ofídico Síndrome febril icterico hemorrágico Tifus Tracoma
No transmisibles	Bajo peso al nacer a término Defectos congénitos Cáncer en menores de 18 años Cáncer de cuello y mama Enfermedades huérfanas Consumo de sustancias psicoactivas Exposición a flúor
Lesiones de causa externa	lesiones por artefactos explosivos intento de suicidio Violencia Procedimientos estéticos Accidente de consumo Lesión en menor trabajador Consumo de sustancias psicoactivas
Maternidad Segura	Morbilidad Materna extrema
Brotes	Se realiza el análisis como parte de la investigación del brote

Fuente: mesas de trabajo Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública



7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MERCOSUR/GMC/RES N° 53/99. Glosario de terminología de vigilancia epidemiológica.
2. Organización Panamericana de la salud. Curso virtual sobre el correcto llenado del certificado de defunción, 2013.
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía, 2017.
4. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de la mortalidad materna, 2017.
5. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional 2005. Segunda edición [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [Consultado 2017 Mayo 15] (Disponible en: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf).
6. Ministerio de Salud y Protección social, Decreto 0780 de 06 de mayo de 2016, Bogotá D.C., 2016.
7. Servicio occidental de salud. Guía conceptual y metodológica para análisis de casos [internet]. [Consultado 2017 Mayo 17]. Disponible en: <https://www.sos.com.co/ArchivosSubidos/Internet/Epidemiologia/Guiaconceptualmetodologicaanalisisdecasos.pdf>
8. Urrea Eugenia, Núñez Rocío., Retamal Carmen, Jure Lucy. Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 Abril [Consultado 2017 Mayo 17]; 20(1): 131-142. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-5532014000100012&lng=en
9. Instituto Nacional de Salud. Respuesta asesoría sobre la entrega de documentación de las unidades de análisis de casos de mortalidad para los eventos de interés en salud pública. 19 de diciembre de 2016.
10. Romero M, Mercer R, Karolinski A, Molinas M, Del Rio C. CEDES. [Online].; 2004 [cited 2016 Abril. Available from: <http://www.cedes.org/morbi-mortalidad-materna-y-perinatal-en-argentina-diagnostico-para-la-reorientacion-de-las-politicas-y-programas-de-salud.php>.
11. Cardenas R. El uso de la autopsia verbal en el análisis de la salud. Estudios Demográficos y Urbanos. 2000 Septiembre;(45): p. 665-683. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31204506>. Fecha de consulta: 21 de abril de 2016.
12. Nunes ED. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2007 Agosto; 12(4): p. 1087-1088. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400030&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400030>.
13. World Health Organization (2015). Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing cause of death. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/verbalautopsystandards/en/>.
14. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Dirección de censos y demografía- DCD. Manual de crítica y codificación certificados de nacido vivo y de defunción- EEVV, 2004.



ANEXOS

Anexos 1 a 3. Instrumentos para la captura de los datos que hacen parte de las unidades de análisis

Anexos 1.1, 2.1 y 3.1 Instructivos para los instrumentos que capturan los datos que hacen parte de las unidades de análisis.

Anexo 4. Métodos para la evaluación de problemas.

Anexo 5. Evaluación de RIAS por evento

Anexo 6. Consolidado tablero de problemas

Anexo 7. Formato de realimentación