

**Apreciaciones, alcances y limitaciones de la Vigilancia Salud Pública
Comunitaria (VSPC) en Quibdó-Chocó Colombia, 2020 -2022**

Jesús Emilio Delgado Rosero

Facultad de Economía, Universidad Santo Tomás

Trabajo de Grado

Luz Adriana Restrepo

20 de junio de 2023 Bogotá, Colombia

Resumen

La Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria (VSPC) es una estrategia, enmarcada en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), orientada a la identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y determinantes que pueden afectar la salud y calidad de vida de las personas, a partir de información recaudada, notificada o construida por la propia población organizada como comunidad. Igualmente, sirve de puente con la institucionalidad a través de la discusión, análisis y construcción de alternativas de solución, en un ejercicio de Participación Social y Ciudadana en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹.

Los principales alcances de la VSPC, se reflejan en una mayor participación de la comunidad frente a los eventos de salud pública y el interés de apropiarse de los en eventos de salud, que se presenten en su comunidad. Este artículo busca reconocer el alcance y las limitaciones de la Vigilancia en Salud Publica Comunitaria en el municipio de Quibdó-Chocó, en la perspectiva de los actores involucrados. Es un estudio comprensivo que utilizó técnicas de investigación social interactivas.

Se pudo identificar que las mayores debilidades de las unidades Primarias Generadora de Datos (UPGD) está en su sistema de información, por el subregistro en la notificación de los eventos de salud Publica en el SIVIGILA, por eso se ameritan la implementación de la Vigilancia Salud Publica Comunitaria (VSPC), como una alternativa para el tratamiento y la notificación oportuna de los eventos de salud pública.

Palabras clave: Vigilancia, SIVIGILA, Salud Publica, Participación Comunitaria.

¹ (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Abstract

Community-based Public Health Surveillance (VSPC) is a strategy, framed in the Public Health Surveillance System (SIVIGILA), aimed at the identification, analysis and dissemination of knowledge associated with events, risk factors and determinants that can affect the health and quality of life of people, based on information collected, notified or constructed by the population itself organized as a community. Likewise, it serves as a bridge with the institutional framework through the discussion, analysis and construction of solution alternatives, in an exercise of Social and Citizen Participation within the framework of the General System of Social Security in Health². The main scopes of the VSPC, are reflected in greater community participation in public health events and the interest in appropriating them in health events that take place in their community.

This article seeks to recognize the scope and limitations of Community Public Health Surveillance in the municipality of Quibdó-Chocó. from the perspective of the stakeholders involved.

It is a comprehensive study that used interactive social research techniques.

It was possible to identify that the greatest weaknesses of the Primary Data Generating Units (UPGD) are in their information system, due to the underreporting in the notification of Public Health events in SIVIGILA, for this reason the implementation of Health Surveillance is warranted. Public Community (VSPC), as an alternative for the treatment and timely notification.

Keywords: Surveillance, SIVIGILA, Public Health, Community Participation.

² (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

1 Artículo producto del trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Santo Tomas, Facultad de Economía.

2 Investigador Principal. Sociólogo. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Especialista en Docencia Universitaria, Candidato a Magíster en Salud Pública de la Universidad Santo Tomas. Correo: jdelgado62@yahoo.es

Introducción

En municipio como Quibdó, que es un municipio que presentan unas debilidades muy visibles en las estructuras organizativas y administrativas, y una alta dispersión geográficas y de accesibilidad, que dificultan la implementación y cumplimientos de sus competencias, dentro de los roles que les toca asumir como actores y autoridades sanitarias, como partes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud; la participación comunitaria juega un papel preponderante en el cumplimiento de dichas competencias, por eso los procesos de La Vigilancia en Salud Publica Comunitaria –VSPC- son determinantes, porque es una estrategia, que tiene un punto de partida general que es el fortalecimiento de las capacidades de las comunidades para la identificación de problemas relevantes para la salud y la calidad de vida de acuerdo a cada contexto, lo cual involucra actividades como la definición de los eventos a vigilar, la recolección de datos en la vida cotidiana.

La sistematización de estos de forma homogénea para que estén disponibles como información ordenada para uso local y para su integración con el SIVIGILA. La consolidación de estas capacidades, favorece la progresión hacia el análisis por parte de la comunidad de dichas

situaciones, lo cual constituye el aporte de la Vigilancia en Salud Pública a la organización y empoderamiento local, que va de la mano con otras estrategias comunitarias enmarcadas en las diferentes dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

El resultado final de estos procesos, es la construcción de una ciudadanía en salud que ejerza el control social de la institucionalidad, y una institucionalidad que trabaje de forma armónica sectorial e intersectorialmente, favoreciendo la corresponsabilidad entre ciudadanía y Estado, en la generación de respuestas a los problemas identificados.

Desde el punto de vista institucional, la estrategia es generadora de la participación comunitaria e información continua y sistemática para la realización de análisis epidemiológicos de los territorios, que permite generar respuestas rápidas, oportunas y adecuadas a la población, así como aportar a la construcción del análisis de situación de salud (ASIS) y dentro de él priorizar necesidades, favoreciendo la implementación de medidas de promoción de la salud, intra y extra sectoriales, y de prevención, atención y recuperación de la enfermedad³.

El desarrollo central del artículo inicia exponiendo algunos conceptos sobre la definición de la Vigilancia Salud Pública Comunitaria (VSPC), en que consiste esta estrategia, sus componentes, y destacando principalmente uno de sus componentes como es el Rumor, los actores y los roles de cada uno de ellos, comunitarios, e institucionales.

Se hace una revisión del arte en la participación comunitaria en el sector salud, desde el marco legal internacional y nacional, que soportan la Vigilancia en Salud Pública con enfoque Comunitario, y especialmente se describe el objeto principal del Decreto 3518 de 2006, que creó y reglamentó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, y normas posteriores relacionadas y emitidas por

³ (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

el Congreso de la Republica y el Estado Colombiano, en donde se precisa y se clarifican los espacios de la participación social comunitaria, como las redes de vigilancia en salud pública con base comunitaria, los comité de vigilancia comunitaria (COVECOM), y el alcance de la vigilancia en salud publica comunitaria.

Posteriormente se hace una descripción demo-geográfica del municipio de Quibdó, y un análisis de los principales indicadores de desarrollo, las brechas de inequidad comparadas con el promedio nacional y el resto del país. Se hace un relato de la experiencia y aplicación de la Vigilancia Salud Publica Comunitaria (VSPC), en el municipio de Quibdó a través de la estrategia del Programa Pruebas Rastreo, y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS), en donde el municipio fue escogido como prueba piloto para la aplicación de esta estrategia en medio de la pandemia COVID-19.

Se describe la metodología que se utilizó para poder determinar las Apreciaciones y Limitaciones de la Vigilancia en salud Publica Comunitaria (VSPC), en el municipio de Quibdó, que fue la de estudio de caso comprensivo, dentro de un paradigma histórico hermenéutico, fundamentado en el concepto de la acción social de Max Weber; para poder mostrar unos Resultados que arrojaron la aplicación de un instrumento de pre tes y pos tes en el desarrollo de los talleres programados con este fin y las cuatro (4) categorías analíticas que surgieron del análisis de los resultados, en donde se visibilizaron las limitaciones que se pueden presentar en la aplicación de este tipo de estrategias en municipio con características similares a la del municipio de Quibdó.

Terminando el articulo con unas Discusiones y Conclusiones en donde se plasman los alcances y limitaciones de la implementación de la Vigilancia Salud Publica Comunitaria (VSPC), desde la percepción de los actores Comunitarios e Institucionales.

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

Para una mejor comprensión de este artículo, es recomendable explorar algunos indicadores socioeconómicos del municipio de Quibdó, y los principales indicadores trazadores de salud pública y prestación de servicios de salud de este municipio.

La Vigilancia Salud Publica Comunitaria (VSPC). es entonces una estrategia valiosa, ampliamente soportada por nuestro marco legal, que además de permitir la articulación entre los procesos de vigilancia en salud pública y de participación social y comunitaria, favorece el empoderamiento de actores comunitarios pudiendo generar acciones sectoriales e intersectoriales que afecten positivamente los determinantes sociales a nivel local.

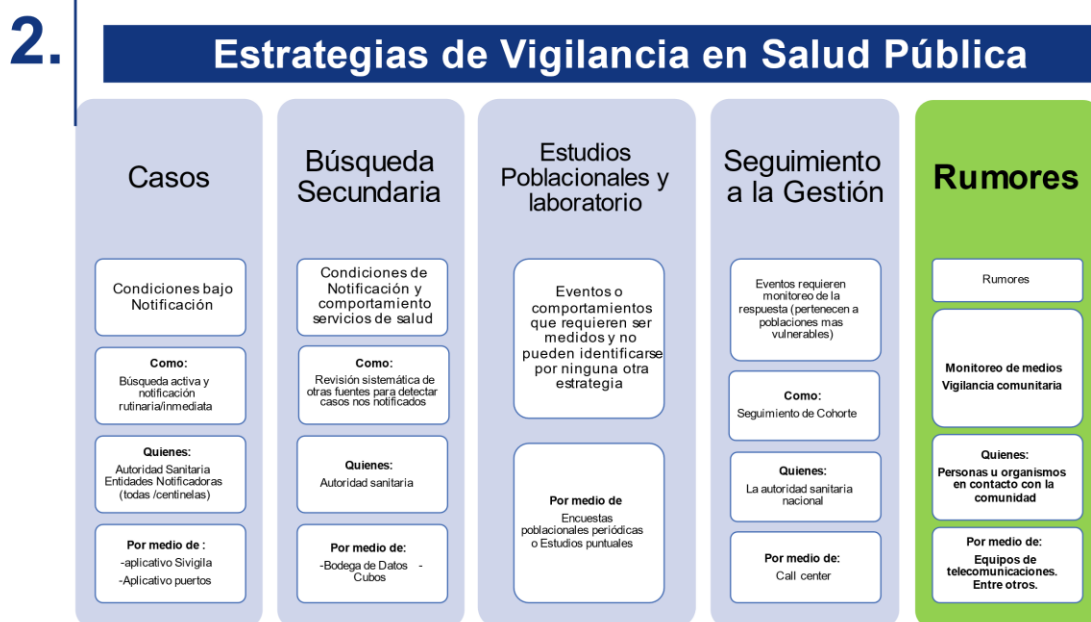
Definición de Vigilancia Salud Publica Comunitaria (VSPC).

Proceso de recopilación, seguimiento, análisis e interpretación activa de información de interés en salud pública no estructurada (Rumores), que puede ser canalizada en tiempo real y de forma flexible, a través de múltiples fuentes de información de tipo formal e informal tanto del sector salud como de otros sectores. MSPS 2023⁴.

⁴ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Figura 1

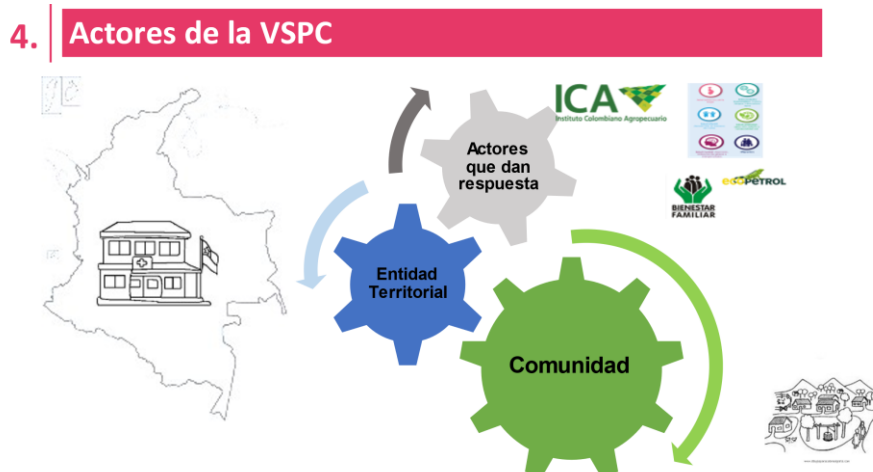
Estrategias de Vigilancia en Salud Pública



Nota. MSPS 2021. Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Figura 2

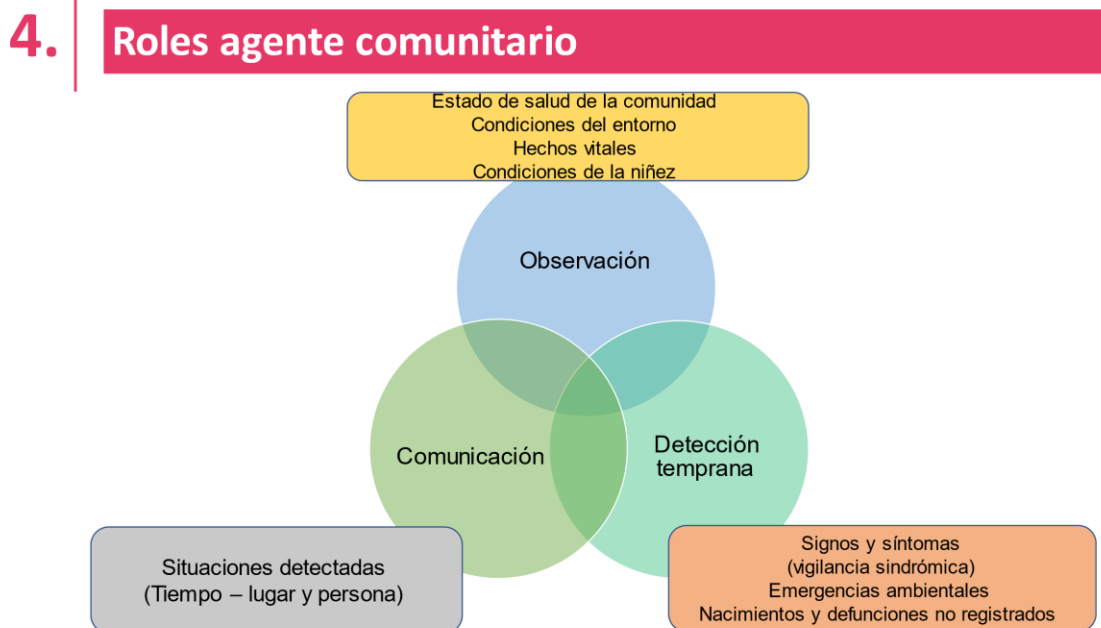
Actores de la VSPC



Nota. MSPS 2021. Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

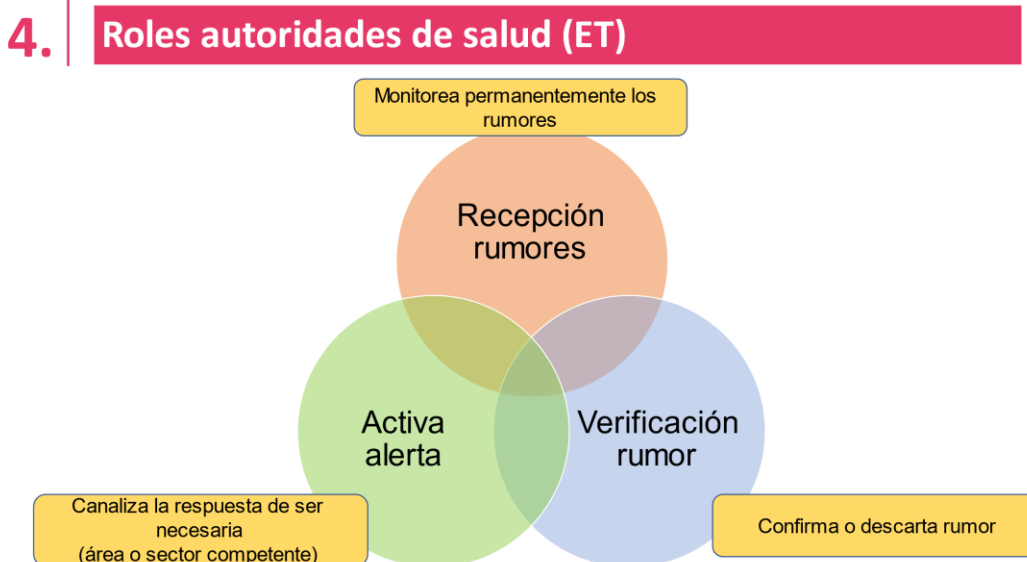
Figura 3

Roles Agente Comunitario



Nota. MSP 2023. Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

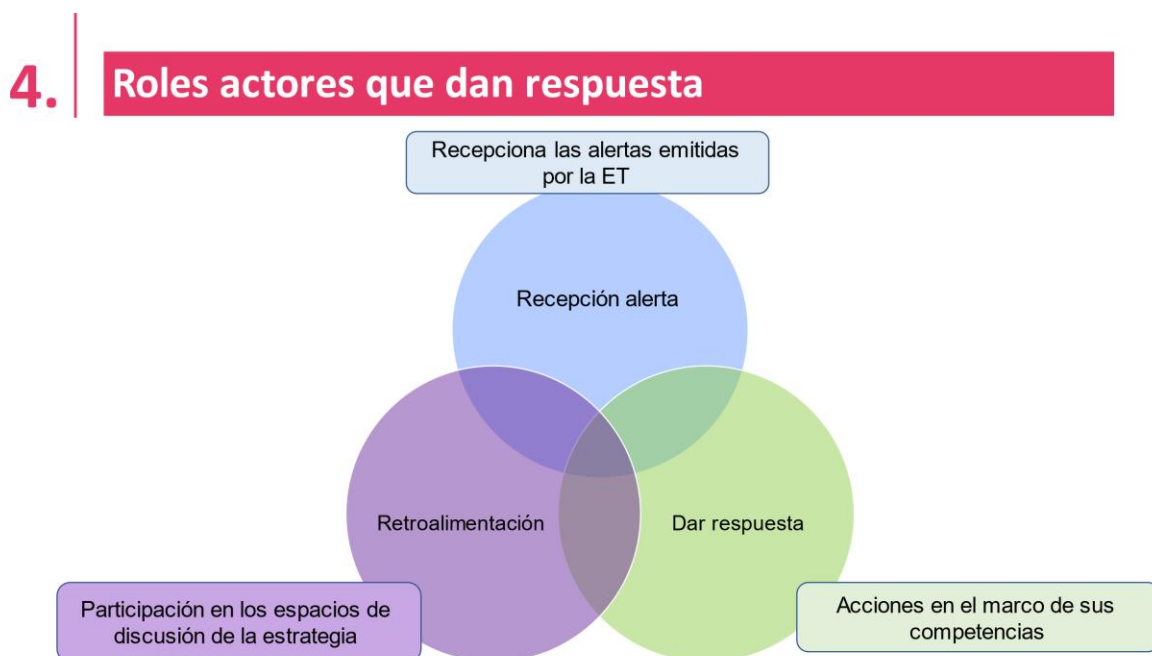
Figura 4



Nota. MSP 2023. Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Figura 5

Roles Actores que dan Respuesta



Nota. MSP 2023. Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Figura 6

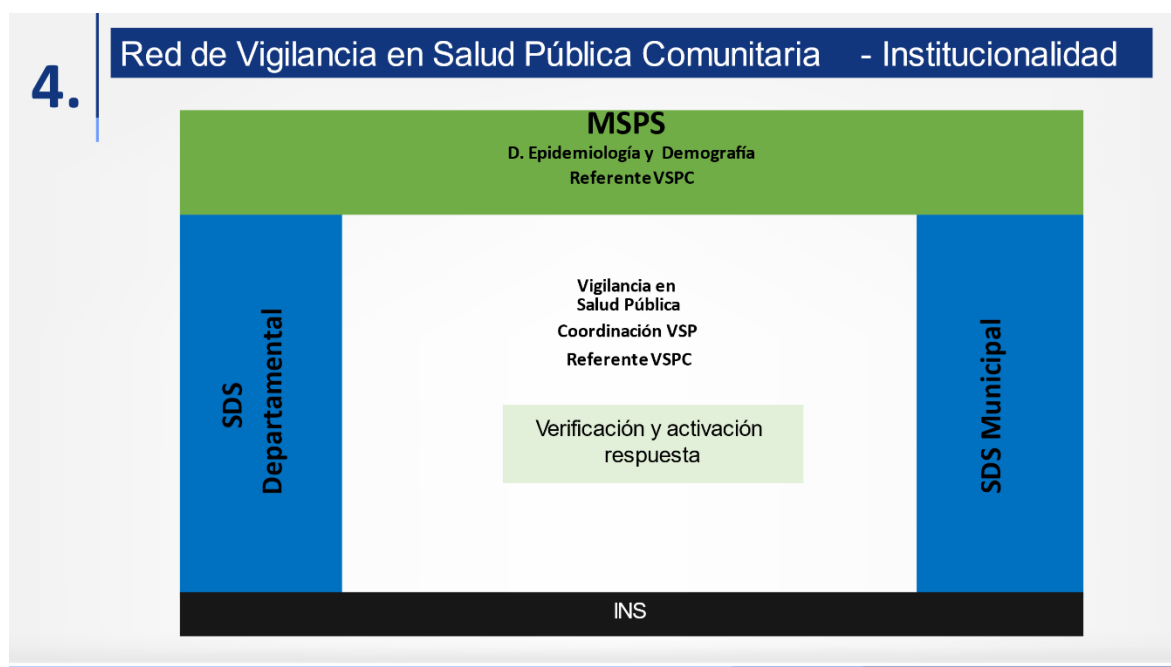
Red de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria



Nota. MSP 2023. Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Figura 7

Red de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria



Nota. MSP 2023. Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Desde la Declaración de Alma-Ata que definió la Atención Primaria en Salud – APS –, la promoción de la participación de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud ha sido un elemento central de las conferencias internacionales de promoción de la salud. En vista de las serias dificultades e inequidades, la fragmentación y debilidades que enfrentan muchos sistemas de salud, el deficiente progreso hacia el cumplimiento de los objetivos del milenio y a la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud, en la última década se ha hecho énfasis en la renovación de la APS capitalizando experiencias y ajustándose a la realidad⁵.

⁵ (Organización Mundial de la Salud-OMS y Organización Panamericana de la salud., 2012)

Actualmente, la APS renovada es una de las estrategias centrales promovidas por los organismos multilaterales y ha sido adoptada por muchos de los países como alternativa para mejorar sus servicios de salud. En el año 2007 la Organización Panamericana de la Salud generó un documento conceptual que ha guiado las políticas de salud en la región (5).

Entre los principios y elementos fundamentales de esta, están:

1) fomentar la participación a nivel individual –toma de decisiones libre e informada– y social –control social y responsabilidad frente a las acciones públicas y privadas– para que individuos y comunidades manejen mejor su propia salud y participen activamente en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud.

2) énfasis en la promoción y en la prevención, con identificación y control de riesgos, lo que incluye el apoyo a los procesos de vigilancia en salud pública.

3) fortalecer la intersectorialidad creando sinergias entre el sector salud y otros sectores y actores, desarrollando acciones concretas para combatir los principales determinantes sociales de las desigualdades en materia de salud, incluyendo acciones coordinadas, entre otros, con los responsables de: empleo y trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social y planificación urbana. En el año 2005 los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud – OMS - se comprometieron, de manera vinculante, con la implementación del Reglamento Sanitario Internacional –RSI– a partir de junio de 2007⁶.

El RSI tiene por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo. Uno de los elementos fundamentales de este reglamento es el fortalecimiento de los

⁶ (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

sistemas de vigilancia en salud pública. De acuerdo con el RSI, dentro de las capacidades básicas necesarias para cumplir con las tareas de vigilancia y respuesta, además de garantizar el fortalecimiento en la capacidad institucional, está el fortalecimiento de las capacidades a nivel de las comunidades para detectar y comunicar eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados.

Es de anotar que la vigilancia en salud pública, la promoción de la salud con el fortalecimiento de alianzas intersectoriales y el fortalecimiento de la participación social hacen parte de las 11 funciones esenciales de la salud pública. Estas funciones describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para mejorar la salud de las poblaciones y hacen parte de los procesos que se evalúan a nivel global para ver el desempeño de los países con respecto a la salud pública. A través de varias resoluciones emanadas de las Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina –REMSAA– Colombia se ha comprometido con el fortalecimiento de su sistema de vigilancia en salud pública⁷.

El Decreto 056 de 1975 (1) del Sistema Nacional de Salud ordenó que en las Juntas Asesoras de los niveles seccionales y regionales existiera un representante de la comunidad y el Decreto 350 del mismo año (1), ordenó la creación de los comités comunitarios de salud en los Hospitales, Centros y Puestos de Salud del País. A principios de la década de los ochenta se estableció el Plan de Participación de la Comunidad en Atención Primaria en Salud, y se configuraron comités comunales de salud para participar en la planeación de las acciones de atención primaria y de prestación de servicios de salud.

En 1989, el Decreto 1216 creó los Comités de Participación Comunitaria (Copacos) como una respuesta a los principios de la descentralización, abriendo los espacios para que la

⁷ (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

comunidad pudiera participar en el diagnóstico, priorización, diseño, implementación y evaluación de intervenciones. La Ley 10 de 1990, (1) que reorganizó el Sistema Nacional de Salud, estableció el derecho de la comunidad a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos relacionados con los servicios de salud. Con la Constitución Política de 1991 se reconoció y elevó la participación a la categoría de principio regulador del Estado Social Democrático de Derecho (preámbulo y artículos 2 y 12)⁸, como garantía de derecho y como deber de los ciudadanos.

El Estado colombiano se comprometió con la promoción de la organización comunitaria (artículos 40, 103 y 270). La Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud estableció como uno de sus principios la participación como la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto. La Ley 134 de 1994 dictó las normas sobre mecanismos de participación ciudadana.

En el mismo año el Decreto 1757 estableció las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud. A través de este decreto se establecieron dos formas de participación en salud: participación social y participación en las instituciones del SGSSS. En la primera quedaron comprendidas la participación ciudadana, referida a los individuos y la comunitaria, correspondiente a las organizaciones comunitarias. Como mecanismo de participación comunitaria promueve la creación de Copacos en todos los municipios, con las funciones descritas previamente.

Como mecanismos de participación en las instituciones del SGSSS se establecieron los Copacos, los Consejos Territoriales y los Comités de Ética Hospitalaria de las IPS públicas o

⁸ (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

mixtas, así como la conformación de Asociaciones de Usuarios y su representación en las juntas directivas de las EPS e IPS de carácter público o mixto. La participación social se enfocó principalmente en los procesos de planeación y veeduría.

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

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

La Ley 9 de 1979⁹ reglamentó el Código Sanitario Nacional y estableció normas generales que sirven de base a las disposiciones y reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar o mejorar las condiciones de salud humana, entre las que se encuentran la vigilancia y control epidemiológicos.

En 1993, la Ley 100¹⁰ estableció que la prestación de los servicios de salud es un servicio público a cargo de la Nación, en todos los niveles. Creó el plan de atención básica que estaría constituido por intervenciones dirigidas a la colectividad o a individuos, pero con altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles, entre otras acciones. Definió que su prestación sería gratuita y obligatoria.

⁹ (Congreso de Colombia, 1979)

¹⁰ (Congreso de Colombia, 1993)

La Ley 191 de 1995¹¹ clasificó y definió las áreas fronterizas según la colindancia, los impactos del fenómeno fronterizo o los acuerdos binacionales de creación en Zonas de Frontera, Unidades Especiales de Desarrollo Fronterizo y Zonas de Integración Fronteriza; y desarrolló el artículo 289 de la Constitución, que faculta a los departamentos y municipios de zonas fronterizas a realizar con sus similares vecinos, programas orientados al desarrollo comunitario, la prestación de servicios públicos y la preservación del ambiente.

El Sistema de Protección Social fue definido en la Ley 789 de 2002 como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo”¹². El Estado colombiano adoptó así un enfoque de “manejo social del riesgo”¹³, lo que implica la distribución de responsabilidades entre las instituciones públicas y privadas, los colectivos y los individuos, dando un nuevo marco para la garantía de derechos y el cumplimiento de deberes que implica el reconocimiento ciudadano.

La enfermedad constituye un riesgo que afecta no solo a individuos, sino a familias, colectivos y el Estado, por lo cual todas las partes son co-responsables de generar los recursos apropiados para enfrentarlos. El Sistema de Protección Social propende por la generación de alianzas intersectoriales para mejorar la calidad de vida de la población.

El decreto 3518 de 2006 creó y reglamentó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA– para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afectan o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública y tomar las decisiones para la prevención y control

¹¹ (Congreso de Colombia, 1995)

¹² (Congreso de Colombia , 2002)

¹³ (Congreso de Colombia , 2002)

de enfermedades y los factores de riesgo para la salud. Este define la Vigilancia en Salud Pública como “función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en Salud Pública¹⁴.

Si bien en este no se definen subsistemas de forma conceptual, se establecen responsabilidades entre diferentes actores, con lo cual se pueden identificar de forma práctica. Este mismo instrumento estableció los procesos básicos – la recolección y organización sistemática de datos, el análisis e interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de las intervenciones de Salud Pública -, cada uno de los cuales se encuentra respectivamente reglamentado. Así mismo, se establecen una serie de organismos para su operación integrada –Red de Vigilancia, Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional, Comisión Nacional Intersectorial de VSP, y Comités de VSP–, los cuales constituyen los nodos principales del sistema.

Establece que departamentos, municipios y distritos deben crear los comités de VSP, entre los que se encuentran los Comités de Vigilancia de Salud Comunitarios –Covecom–. Finalmente, se estipula que el sistema de VSP será un subsistema del Sistema de Protección Social – SISPRO -, sistema de información nacional con el cual se podrían formular, implementar, seguir y evaluar las políticas sociales orientadas a la garantía de los derechos involucrados a la protección social.

El mismo decreto menciona que el Ministerio establecerá los mecanismos para la integración y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, así como los lineamientos

¹⁴ (Congreso de Colombia, 2007)

para la dirección, planeación, organización, seguimiento y evaluación del sistema en todos los niveles.

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

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

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (Decreto 3039 de 2007)¹⁵ establece la promoción de la salud y de la calidad de vida –con fuertes componentes de participación de la comunidad y fomento de los abordajes intersectoriales- y de la vigilancia en salud y gestión del conocimiento como dos de las cinco líneas políticas en torno a las cuales gira el plan.

¹⁵ (Ministerio de Salud Protección Social, 2007)

En el año 2010, el Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014 en su capítulo IV incluye como prioridad “...fortalecer la vigilancia en salud pública de los eventos de notificación obligatoria, las enfermedades transmitidas por alimentos, las enfermedades crónicas no transmisibles, la desnutrición, determinantes de los sistemas de información nacionales y locales para el monitoreo y seguimiento de eventos en salud mental, de las diferentes formas de violencia y consumo de sustancias psicoactivas, de otra parte, se requiere desarrollar la capacidad y evaluación de tecnología en el país”¹⁶.

La reforma al SGSSS del año 2011, formalizada en la Ley 1438, incluyó la APS como uno de los elementos fundamentales para fortalecer el sistema de salud. Dicha ley estableció que la APS tendría tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud – organizados en RISS–, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana. Así mismo definió la APS como “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del SGSSS”¹⁷.

La misma ley promulgó que el país tendría que construir un plan decenal de salud pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP), adoptado por la resolución 1841 de 2013 (15), establece que el desarrollo de mecanismos de participación es una de las acciones necesarias para incidir en los determinantes estructurales de la salud, para que las y los

¹⁶ (Congreso de Colombia, 2011)

¹⁷ (Congreso de Colombia, 2011)

ciudadanos y organizaciones sociales influyan en las decisiones, se involucren en la ejecución y ejerzan el control social. El fortalecimiento de los procesos intersectoriales y de participación social y ciudadana se destaca en la mayoría de las dimensiones del PDSP (ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, salud y ámbito laboral, gestión diferencial de poblaciones vulnerables, fortalecimiento de la autoridad sanitaria). Para el PDSP la participación tiene la finalidad de mejorar la gobernanza y el capital social, fomentar la transparencia, movilizar a la sociedad, fortalecer el empoderamiento ciudadano para exigir sus derechos e influir en las políticas públicas, generar corresponsabilidad y afectar positivamente los determinantes estructurales de la salud.

Adicionalmente, la participación es necesaria para la construcción, desarrollo, monitoreo y evaluación de procesos que permitan a la población incrementar el control sobre su salud y bienestar; y tener incidencia política y ejercer el control social para la promoción de la salud, la afectación de los determinantes sociales y el control de las enfermedades de manera diferencial.

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

Dentro de las competencias en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) para la Nación está definir, promover y propiciar los espacios de participación y articulación sectorial, transectorial y comunitaria para negociar las intervenciones sobre los Determinantes Sociales de

la Salud de mayor impacto en el PDSP. Como competencias para los departamentos, entre otras, coordinar el desarrollo y la operación del Sistema y redes de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto en el ámbito interinstitucional como intersectorial, y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida a los actores transectoriales y comunitarios.

Para los municipios establece realizar la gestión interinstitucional, transectorial y comunitaria para la implementación y desarrollo de las acciones de vigilancia, y garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida en los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia Sanitaria e IVC, en su jurisdicción, conforme con sus competencias, así como coordinar y desarrollar procesos de movilización social con la participación de las instituciones y organizaciones comunitarias, los Consejos Territoriales y el Consejo de Política Social, que puedan desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

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

Participación social

Es una herramienta de empoderamiento que le da a la comunidad un papel activo y de co-responsabilidad. Es un proceso mediante el cual los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades. Facilita el co-protagonismo de la comunidad y fortalece la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil. Es el ejercicio del poder de cada persona para transformar la esfera de lo público en función del bien común (1).

Comunidad

Para efectos de este lineamiento, se considera que una comunidad, como agrupación de individuos, debe ser entendido desde dos perspectivas: una perspectiva ecológica, adecuada para la comprensión de las poblaciones ubicadas en áreas rurales dispersas, donde se destaca el tamaño, la densidad, la heterogeneidad, el ambiente físico donde se desempeñen, sus organizaciones propias, y los efectos de fuerzas, acciones y políticas orientadas a su vinculación territorial; y una perspectiva de sistema social, más acorde con el entorno urbano, que debe concentrarse en las formas de organización formal e informal existentes, explorar la interacción entre diferentes subsistemas de la comunidad, tanto horizontalmente, en la misma comunidad, como verticalmente, en relación con otros sistemas o fuerzas que ejercen poder.

Cada Entidad Territorial, acorde con las características de su población, deberá partir de un reconocimiento de dichas comunidades, acorde con la perspectiva más favorable para su comprensión (1)

Participación social en salud

Proceso a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los ámbitos intervienen en la identificación de necesidades o

problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir. Reconoce la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones públicas, privadas y solidarias en el ejercicio de prevenir, mejorar, recuperar y promover la salud

Intersectorialidad Intervención coordinada y complementaria de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante acciones destinadas total o parcialmente a abordar la búsqueda de soluciones integrales. Crea mejores soluciones que la sectorialidad, porque permite compartir los recursos que le son propios a cada sector. Contribuye a articular las distintas propuestas sectoriales en función de un objetivo común (1)

Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)

Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública (1).

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

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

Determinantes Sociales de la Salud. De la anterior definición se desprenden procesos, actividades y tareas de recolección, análisis, interpretación, formulación de recomendaciones y socialización de las mismas para obtener el control, eliminación o erradicación de un evento de salud, especialmente, una enfermedad infecciosa.

Estas tienen como finalidad la valoración predictiva, así como formar parte del proceso de toma de decisiones. En Colombia se ha definido la Vigilancia en Salud Pública como “función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en Salud Pública”.

La vigilancia en salud pública está constituida por los siguientes componentes: Vigilancia Epidemiológica. Encargada de desarrollar seguimiento permanente a atributos, variables o circunstancias (biológicos, sociales, laborales, ocupacionales y conductuales), que determinan en individuos y poblaciones una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un daño o pérdida de salud, enfermedades, muertes y discapacidades Vigilancia Sanitaria. Encargada de la verificación de estándares de calidad en las cadenas productivas y de la detección de los riesgos, daños e impactos negativos para la salud humana, derivados del uso o consumo de bienes y servicios.

Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria – VSPC

Estrategia del Sistema de Vigilancia en Salud Pública orientada a la identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y/o determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida de las poblaciones organizadas como comunidad que parte de la información recolectada, analizada o construida con ella (1).

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

Redes de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria

Conjunto de individuos y/o organizaciones interdependientes, coordinadas de manera territorial por un referente, que desarrollan las actividades de identificación, análisis y divulgación del conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y/o determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida de la comunidad (1).

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

Comité de Vigilancia en Salud Pública

Son organizaciones de carácter territorial – departamental, municipal, distrital -, o institucional – empresas administradoras de planes de beneficio, prestadores de servicios o de régimen excepcional -, reglamentadas por el Decreto 3518 de 2006, que tienen bajo su responsabilidad el análisis e interpretación de la información recolectada por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública; emitir recomendaciones para la orientación en la toma de decisiones; apoyar y asesorar a la autoridad sanitaria en la adopción, implementación y evaluación de dicho sistema; recomendar la formulación de planes, programas y proyectos destinados a la gestión y operación de este; y asesorar en la investigación en salud requerid (1).

Entre dichos comités se encuentran el Comité de Vigilancia Epidemiológica – COVE -, el Comité de Infecciones Intrahospitalarias, el Comité de Estadísticas Vitales, el Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, y otros comités afines conformados para analizar e interpretar la información de los diferentes sub-sistemas de vigilancia en Salud Pública.

Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria – COVECOM

Son espacios formales para el encuentro de representantes e integrantes de las Redes de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria, en conjunto con otros miembros de las instituciones que ocupan un papel relevante en la búsqueda de lograr una situación de salud favorable en un territorio determinado. Este comité se encuentra reglamentado, siendo parte de los Comités de Vigilancia en Salud Pública, por lo cual sus funciones derivan de las estipuladas a estos (1).

Alcance de la Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria

La Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria es una estrategia progresiva de desarrollo de capacidades por parte de la población. Parte de aquellas orientadas a la definición e identificación de eventos, factores de riesgo y determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida, lo cual incluye actividades de recolección e interpretación de datos en la vida cotidiana, y la comunicación efectiva de estos mediante la notificación (1).

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

LA INTERSECTORIALIDAD EN LA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA COMUNITARIA.

La definición de intersectorialidad se refiere, en principio, a la integración de varios sectores con una visión conjunta para resolver problemas sociales. El término tiene diferentes connotaciones que dependen de la definición adoptada e igualmente de acuerdo con lo que se entiende por sector. (ministerio de salud 2016)

En relación con lo que entendemos por sector, uno de los planteamientos, distingue el sector público, el sector privado y las comunidades; esta aproximación incluye las alianzas público privadas y se considera que los sectores participantes en la intersectorialidad comprenden los sectores publico, privados, las comunidades y el gubernamental.

Se encuentran las siguientes denominaciones para referirse a este proceso:

intersectorialidad, acción intersectorial y coordinación intersectorial. Desde hace casi cuatro décadas el tema de la intersectorialidad ha sido impulsado por el sector salud; el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y propuestas más recientes como Salud en todas las políticas, han llevado a consolidar la “necesidad de liderazgo y acción del sector salud que traspase los dominios de los programas de salud gubernamentales.

La intersectorialidad se fundamenta, desde la base política, en la integración entre sectores que posibilita la búsqueda de soluciones integrales, lo que se traduce en el supuesto de que todas las políticas públicas que busquen el desarrollo global y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, deben ser planeadas e implementadas intersectorialmente.

PROPOSITOS DE LA INTERSECTORIALIDAD.

Para el abordaje de la salud como producto social que está más allá de los límites del sector, se requiere el desarrollo de acciones conjuntas tanto comunitarias, como sectoriales, intersectoriales

y transectoriales esenciales en la formulación de las políticas públicas. (ministerio de salud 2016).

En el territorio la intersectorialidad desempeña un papel primordial para incrementar la percepción del riesgo, la autorresponsabilidad ciudadana, el empoderamiento por la salud y la apropiación de las acciones por la salud y su sostenibilidad

FACTORES RELACIONADOS CON LA INTERSECTORIALIDAD

LA INTERSECTORIALIDAD NO ES UN PROCESO ESPONTÁNEO; debe ser pensado, planeado y programado, lo cual implica reconocer que existen factores que intervienen en su desarrollo de tal manera que su identificación permite orientar la actuación con miras a una eficiente ejecución; y se categorizan en tres (3) grandes grupos:

1. Factores que DEMANDAN la acción intersectorial. Son aquellas situaciones, eventos, necesidades o problemas de salud, bienestar y calidad de vida cuya naturaleza compleja demanda una solución que va más allá de las posibilidades del sector salud por sí solo, y que por lo tanto, implica la planeación, organización y desarrollo consciente de procesos de integración con otros sectores para alcanzar respuestas efectivas.
2. Factores que CONDICIONAN la acción intersectorial. Serie de condiciones existentes en el territorio que permiten crear el escenario adecuado para que la intersectorialidad se produzca, relacionadas directamente con la capacidad de la sociedad para responder a los problemas. Las más significativas son: Voluntad política, Respaldo legislativo, Autoridad sanitaria fortalecida, Descentralización en salud, Talento humano motivado, y Participación social, que esta puede ser (informar, consultar, participar, colaborar y empoderar).

3. Factores que DESENCADENAN la respuesta intersectorial. Son aquellos cuya utilización y presencia resulta fundamental para asegurar una acción coherente y coordinada entre los diferentes sectores y actores en el territorio ante las necesidades, problemas o prioridades de salud, de bienestar y calidad de vida identificados y que demandan para su abordaje la acción intersectorial. Estos factores están relacionados con Enfoques de la gestión, Técnicas de trabajo en equipos, habilidades y destrezas gerenciales, Técnicas gerenciales y Reconocimiento de la producción social de la salud.

TIPO DE INTERSECTORIALIDAD.

La Intersectorialidad es un asunto para ser construido en cada territorio, de desarrollo gradual que, dependiendo de los factores relacionados con ella y existentes en dicho territorio, podrá expresarse en diferentes formas de colaboración y grados de relación entre el sector salud y los otros sectores.

Informativa. Es el primer paso en el proceso de intersectorialidad; consiste en el intercambio de información con otros sectores con base en resultados de estudios y análisis realizados o en situaciones de salud, eventos, necesidades o problemas identificados. No se reconoce un solo modelo para el diseño, implementación, seguimiento o evaluación de la acción intersectorial. Se requiere un lenguaje común para lograr el dialogo y entendimiento

Cooperativa. Se refiere a la interacción entre los sectores para alcanzar una mayor eficiencia en las acciones de cada uno. ESTE TIPO DE RELACIÓN PUEDE ESCALAR DESDE una cooperación incidental, casual o reactiva hasta acciones estratégicas orientadas a aquellos problemas en donde las actividades de otros sectores pueden ser decisivas. Este tipo de intersectorialidad está presente en el empoderamiento y en la implementación de programas o políticas, mas no en su formulación

De coordinación. El esfuerzo de trabajo conjunto implica el ajuste de las políticas y programas de cada sector en la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia. ESTO ES DE GRAN IMPORTANCIA YA QUE PARA crear sinergias en la administración pública es necesario tener una visión más amplia de los temas o problemas comunes, sobre todo cuando se trata de desarrollar una nueva racionalidad, como lo es la acción intersectorial.

De integración. Implica generalmente la definición de una nueva política o programa en conjunto con otros sectores. La acción intersectorial se define no solo por la ejecución o aplicación de políticas conjuntas, sino también por la formulación, seguimiento, evaluación y financiamiento conjuntos sobre la base de un objetivo social común. LA INTEGRACIÓN SE PRODUCE CUANDO LOS sectores son incluyentes en la formulación, seguimiento y evaluación; cuando comparten las decisiones y acciones y muestran mancomunidad en la ejecución y en las estructuras para la gobernanza. Esto implica arreglos de financiamiento comunes, cofinanciamiento, convenios de transferencia de recursos, reorientación de asignaciones presupuestarias preexistentes. En resumen, solidaridad del poder.

PAPEL DEL SECTOR SALUD EN LA INTERSECTORIALIDAD

El sector salud deberá cumplir roles diferentes en la construcción de la intersectorialidad. Sin abdicar a la rectoría que le es misional, en ocasiones deberá ceder la preeminencia y jugar como coequipero. En los roles que pueden cumplir el sector. Líder, Negociador y Socio.

El municipio de Quibdó se encuentra ubicado al norte de la región pacífica colombiana, en la zona central del departamento del Chocó, a la margen oriental del río Atrato. Al analizar sus principales indicadores de desarrollo, las brechas de inequidad con el resto del país son

considerables. El promedio del indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas en el municipio es del 90% frente al nacional que se aproxima a 27,8%. En relación con las 23 principales ciudades y áreas metropolitanas del país, el porcentaje de la población en situación de pobreza de Quibdó es del 73%, ocupando el primer puesto en mayor incidencia de pobreza y pobreza extrema con 49,9% y 17,5% respectivamente.

Quibdó también es la ciudad que cuenta con mayor desigualdad de ingresos, con un coeficiente de Gini de 0,538, frente al promedio de las demás ciudades, de 0,507. Además, según cifras del DANE el porcentaje de viviendas en asentamientos informales alcanza el 83%¹⁸. Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023 lo estamos haciendo posible Quibdó ciudad sostenible (16).

En medio de la pandemia del COVID-19, febrero del 2020, el municipio de Quibdó tuvo una experiencia piloto en la implementación de la Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, VSPC- a través de la estrategia Programa de Pruebas, Rastreo, y Aislamiento Selectivo Sostenible – **PRASS**, en donde inicialmente se seleccionan tres (3) municipios del país para hacer esta prueba piloto Cartagena, Quibdó, y Palmira. (17); estrategia que posteriormente fue implementada en todo el país a través del decreto 1109 de agosto del 2020 (18), en donde se busca desarrollar y fortalecer la participación social y comunitaria en el componente del rastreo de los infectados por COVID-19 y sus contactos, esta estrategia tenía como eje central la contratación de personas de la comunidad como rastreadores para identificar en tiempos reales los infectados en las diferentes comunas del municipio y poder cortar la cadena de infestación por el COVID-19, la principal función de los rastreadores además de fortalecer el equipo de vigilancia epidemiológica es la de reforzar la vigilancia activa comunitaria y el cerco epidemiológico en campo

¹⁸ (Alcaldía Municipal de Quibdó, 2020)

En cuanto a la experiencia de Vigilancia Salud Publica Comunitaria, VSPC- en medio de la pandemia del COVID-19, en Quibdó, entre 2020 y 2023, y posterior al descenso de la alta infestación que tuvo el municipio de Quibdó, en la pandemia ocasionada por COVID-19, se realizó la implementación de una prueba piloto de la VSPC en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Como contexto de este piloto, se pudo determinar las falencias que había en las notificaciones al SIVIGILA, el silencio epidemiológico de algunas UPGD y el subregistro de algunos eventos de interés en salud pública.

En una alianza entre OPS y la administración municipal, buscaron retomar la experiencia de los rastreadores que se utilizaron para controlar la propagación de la pandemia del COVID-19, como fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, implementando la vigilancia salud publica comunitaria, es así como en el 2022, la OPS desarrolla un taller de Vigilancia en Salud Publica Comunitaria, para los funcionarios de la Secretaria de Salud Municipal y líderes y lideresas comunitarias.

En el tiempo de aplicación del piloto, al cruzar la información que se encuentra registrada en el SIVIGILA se pudo determinar que el subregistro de los eventos de salud pública que se presentan en las comunidades y no son reportados al sistema de vigilancia institucional son muchos, el informe muestra que con esta estrategia se pueden mejorar y fortalecer el Sistema de Información en Salud y como fuente de información primaria la comunidad.

También se presentaron dificultades en el trabajo desplegado por los lideres comunitarios, para la socialización de los procesos de vigilancia comunitaria y la razón de ser de dichos procesos y que la comunidad pudiera entender cuál es la función el rol principal en la vigilancia en salud pública con enfoque comunitario.

El presente artículo, da cuenta de los resultados de un estudio que se llevó a cabo en 2022 en Quibdó–Chocó para responder a la pregunta cómo fue el proceso de implementación de la VSPC en este municipio durante el periodo 2020-2022, en medio de la pandemia del COVID-19, sus alcances y limitaciones, según la percepción de los actores comunitarios e institucionales.

Metodología

Se utilizó una metodología de estudio de caso comprensivo dentro del paradigma histórico–hermenéutico, desde el concepto de la acción social de Webber, a partir de la sociología comprensiva desarrollado por este autor, se llevó a cabo con 27 participantes del municipio de Quibdó: 15 actores comunitarios y 12 institucionales, seleccionados utilizando la técnica de muestreo por conveniencia.

Los actores comunitarios cumplían los siguientes roles: tres eran representantes de los usuarios en dos Empresas Sociales del Estado (ESE), y en una entidad aseguradora –EPS; uno era el presidente de una junta de acción comunal y dos eran líderes indígenas. Por su parte, los 16 actores institucionales cumplían los siguientes roles: cuatro (4) coordinadores, de los cuales tres (3) eran de las IPS privadas (Clínica vida, Comfachoco, y Funvida), y otro de la Coordinadora de la ESE Hospital Ismael roldan valencia; una (1) coordinadora del programa de vacunación COVID-19, del Hospital Ismael Roldan Valencia, dos (2) de sanidad del batallón del ejército Manozalva, uno en el comandante de la estación de policía la victoria, dos (2) en las instituciones educativas (el rector del colegio Pedro Grau y el coordinador académico del colegio Santo Domingo Sabio), dos (2) eran de la Secretaría Municipal de Salud.

Los criterios de inclusión definidos fueron: haber tenido experiencia en la implementación de la VSPC en el municipio, tener conocimiento del territorio y tiempo e interés

para participar. La invitación a participar en el estudio se hizo a través de las secretarías municipal y departamental, en atención a la solicitud del investigador.

Para la recolección de la información se realizaron dos talleres (uno con los actores comunitarios y con los actores institucionales) y siete entrevistas semiestructuradas (cuatro entrevistas con actores comunitarios incluidos indígenas y tres con actores institucionales quienes no hicieron parte de los talleres). Los talleres se desarrollaron mediante la técnica colcha de retazos la cual es una técnica interactiva de investigación social de tipo descriptivo que permite indagar, generar información y recrear los procesos en los que los sujetos se encuentran inmersos, para dar cuenta de su comprensión y percepción del asunto que se investiga¹⁹.

Tanto los talleres como las entrevistas se llevaron a cabo en el mes de julio de 2022 y en marzo del 2023 en las instalaciones de la Secretaria de Salud municipal, y para ello se cumplieron los respectivos protocolos de consentimiento informado.

Prevía autorización, se grabaron en audio los talleres, entrevistas y se transcribieron en Word. Una vez transcrita la información, y utilizando herramientas de la teoría fundada ²⁰, se inició con el proceso de codificación abierta de 6 entrevistas, identificando 7 categorías descriptivas que emergieron del análisis de los códigos asociados. Luego, con el fin de saturar las categorías, se procedió con el análisis de la información recolectada en los 2 talleres y la última entrevista. Producto de este último análisis, se identificaron aquellos códigos que complementaban el sentido de las categorías y emergieron 3 categorías descriptivas adicionales.

A continuación, se procedió con un momento de análisis y síntesis en el que las preguntas orientadoras fueron ¿Cómo se relacionaban las categorías entre sí? Como resultado de este análisis, se identificaron cuatro categorías analíticas) en torno a los cuales se congregaron las

¹⁹ (Lafaurie, s.f.)

²⁰ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

categorías descriptivas y que dan cuenta del objetivo de esta investigación en términos de reconocer el alcance y las limitaciones de la Vigilancia en Salud Pública Comunitarias, en el municipio de Quibdó-Chocó, en la perspectiva de los actores involucrados.

Consideraciones éticas:

El protocolo del proyecto de investigación fue evaluado por el Comité de Ética del Centro de Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública y registrado en dicho centro. En todas las fases del proceso investigativo se respetaron las normas de derechos de autor y se reconoció a los participantes como sujetos activos, pensantes y reflexivos con capacidad de expresar libremente sus opiniones sobre el tema de interés del estudio. También se tuvieron en cuenta los aspectos éticos de la Resolución 8430 de 1993 (19).

Resultados

En el anexo, se presentan los hallazgos de la investigación en relación con las 4 categorías analíticas que emergieron del proceso de análisis de la información y que dan cuenta de las percepciones de los actores comunitarios e institucionales que participaron en el estudio en torno al proceso de implementación de la VSPC en el Municipio de Quibdó. Así, en primer lugar, se presentan las apreciaciones de los participantes del estudio sobre los significados de la VSPC. Luego, lo referido al proceso de implementación de la VSPC en el municipio. Posteriormente, se da cuenta de los logros y alcances que ellos reconocen, y por último de las limitaciones que deben superarse.

Figura 8

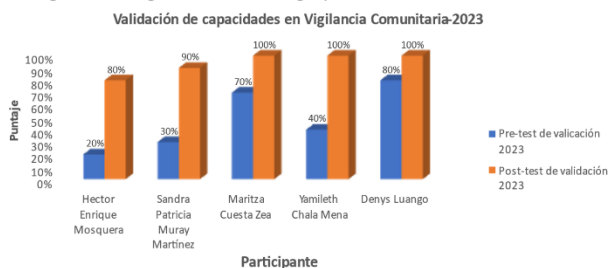
Validación de Capacidades en Vigilancia Comunitaria 2023



Validación de capacidades en Vigilancia comunitaria -2023

Durante el ejercicio de validación de capacidades, se aplicó el cuestionario adjunto con preguntas cerradas y abiertas al cual se le asignó un puntaje del 100% cuando el total de las preguntas se respondieron de forma correcta. Anexo 1.

En el pre-test, el 60% de los participantes tuvo una calificación inferior al 50%, mientras que el posttest el 100% de los participantes obtuvo una calificación superior al 60%. Es importante anotar que, una vez desencadenado el proceso, la validación de capacidades se acompañará durante el seguimiento, vía telefónica, a la red de vigilancia integrada en la estrategia piloto.



Fuente: elaboración propia con base en resultados

Apreciaciones sobre el concepto de VSPC y algunos elementos relacionados

- Una de las principales temáticas indagadas con los actores institucionales y comunitarios se relacionó con su comprensión conceptual acerca de la VSPC. En relación con esto, las respuestas dieron cuenta del significado de VSPC, los principios que rigen la VSPC, lineamientos normativos asociados y, algunas especificidades a tener en cuenta cuando se habla de VSPC en el municipio. A continuación, su descripción.
- En relación con el significado del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), para los participantes del taller, es el sistema de notificación, validación de los eventos de salud pública, y lo realizan las instituciones de salud.
- Tanto para los comunitarios como para los institucionales, más para los institucionales el SIVIGILA es una herramienta tecnológica muy útil para la consolidación y seguimientos de los eventos de interés en salud pública (EISP), y que la vigilancia en salud pública realizada oportunamente, sirve para brindar información a la comunidad sobre el comportamiento de estos eventos que son notificados, y poder generar una mayor sensibilización y reflexión crítica en las comunidades participantes (participación efectiva).

4. Los participantes destacaron: los principios de la participación comunitaria, el papel del vigilante en salud y los fundamentos básicos de la VSPC.

El marco normativo de la VSPC, se buscó profundizar en los participantes de estos talleres el conocimiento de las normas: Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional), Ley 134 de 1994 participación Ciudadana, Decreto 1757 de 1994, Participación en Salud, Ley 789 de 2002, Disminuir la Vulnerabilidad, el Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021 (PDSP), Resolución 2063 de 2017, Política de Participación en Salud.

La implementación de la VSPC en Quibdó durante el 2020-2022, según la experiencia de los actores comunitarios e institucionales.

En lo relacionado con la implementación de la VSPC en Quibdó, los talleristas se centraron en la narración de las experiencia vividas durante la pandemia del COVID-19, y específicamente en la implementación de la estrategia PRASS, porque se desarrollaron acciones de notificaciones a partir de la estrategia del Rumor social, lo que llevo que las IEC realizadas por la institucionalidad en el seguimiento de los pacientes, fueran fortalecidas en la creación de los cercos estrechos de los pacientes con COVID.

También relataron que para la implementación de la VSPC fue fundamental la entrega de los mercados que se le daban a las familias y a las personas que se tomaban las pruebas contra el covid – 19, para lo cual contribuyeron los siguientes actores: el PMA (Programa Mundial de Alimentos), la Administración Municipal, la Unidad de Gestión del Riesgo Nacional; Cooperación Internacional, y la participación de líderes comunitarios, voluntarios y toda la comunidad.

Avances y logros de la implementación de la VSPC.

Para los talleristas comunitarios como los institucionales manifestaron su opinión frente a los avances y logros que se alcanzaron en la implementación la VSPC en el municipio, los principales logros con esta estrategia de la VSPC fueron: sensibilizar a la comunidad de la importancia que tiene que la comunidad misma sea la vigilante de la salud colectiva y de la salud individual, del valor que tiene para la salud de una comunidad el uso del rumor positivo, para tratar y controlar algunas enfermedades, y ampliar los espacios para fortalecer la participación comunitaria, conociendo deberes y derechos en salud.

Según los diferentes participantes en esta investigación, con la experiencia de la implementación de la estrategia de la VSPC, los escenarios de participación durante el 2020 – 2022, también se ampliaron. La administración municipal posterior a este periodo inició un proceso para fortalecer la participación comunitaria a través de la realización de los COVECOM por comunas, uno por cada comuna y se realizan cada dos (2) meses, las veedurías y las asociaciones de usuarios, dando a conocer a los usuarios deberes y derechos en salud y la orientación sobre cómo acceder a servicios de salud, y especialmente como participar en los procesos de VSPC.

Así, se fue fortaleciendo, por ejemplo, las concertaciones comunitarias para la elaboración del PIC, el autocuidado comunitario bajo las premisas populares de que yo me cuido, tú te cuidas y todos nos cuidamos, frases que fueron muy utilizadas durante la pandemia del COVID-19. Comité de Participación Comunitario (COPACO).

Limitaciones en la implementación de la VSPC

Las limitaciones para la implementación de la VSPC, los diferentes actores comunitarios e institucionales, manifestaron, como una debilidad muy latente el débil compromiso y credibilidad de algunos lideres y lideresa comunitarios y de las instituciones del sistema de salud

colombiano, relacionado con la vigilancia en salud y en la notificación de los EISP. También manifestaron que en términos de lineamientos normativos se debe ser un poco más exigentes y sancionatorio con las instituciones que incurren en silencios administrativos.

Por otra parte, no se logró arraigar en la comunidad la importancia de que participen en los procesos de vigilancia comunitarias en todo lo relacionado con el tema de la salud y específicamente en esos eventos de interés en salud pública. Todo esto y otras variables es lo que ha dificultado un proceso de arraigo comunitario en la implementación de la VSPC.

Se podría decir que, frente a las limitaciones para la implementación de la VSPC, en el contexto del Departamento del Choco y especialmente en el municipio de Quibdó, se ha visto afectado por la misma situación de violencia que se ha vivido en el Departamento del Choco y específicamente el Municipio de Quibdó, en donde la violencia urbana y juvenil hace que la gente tenga miedo y no participe en estos espacios de seguimientos y vigilancias comunitarias.

Otra limitación para la implementación de la VSPC tiene que ver con los lineamientos normativos. Los participantes expresaron que una política de VSPC, debería crear las condiciones para que se estimulara la participación comunitaria como son reconocimientos y estímulos, como lo tienen otros espacios de participación comunitarios.

En ese sentido, identificaron limitaciones relacionadas con la participación comunitaria, expresando que a la comunidad aun le hacía falta empoderamiento: Porque manifiestan, los líderes comunitarios, no recibían ningún tipo de incentivo por su labor con la comunidad y tampoco recibían apoyo de parte de los actores institucionales para realizar sus actividades. Hay personas que no participarían a menos que se les dé una dádiva por la asistencia y tienen interés en la atención de enfermedades o saben de la importancia de la prevención.

Se identificaron características propias del Municipio que dificultan la implementación de la VSPC, a plenitud como su alto número de víctimas registradas en el Registro Único de Víctimas que son aproximadamente 94.000 personas, que están representando el 72,3% de la población del municipio y de estas un 66% son víctimas del conflicto armados por desplazamientos forzados, lo que ha generado unas zonas de invasión y de inseguridad ciudadanas en donde nadie quiere hacer partes de estos espacios visible de tipo comunitarios, por el temor de señalamientos y de las barreras invisibles que sean creado al interior de las diferentes comunas barriales y de los cordones de pobreza que esto ha generado en el municipio.

También manifestaron los participantes que fue un error no haber hecho una evaluación de la participación comunitaria en el desarrollo de la estrategia Prass durante la pandemia y haber retomado lo positivo que había generado como fue el proceso de notificación bajo la figura de los rastreadores que se tenían por barrios y sectores de alta infestación por el covid y se les facilitaba los medios para que se realizara la notificación oportuna.

Finalmente, otra de las limitaciones manifestadas fue la falta de educación y capacitación en la participación comunitaria en salud, diferentes a las asociaciones de usuarios y los comités de participación comunitaria.

Discusión y Conclusiones

El propósito de esta investigación fue reconocer cómo ha sido el proceso de implementación de la Vigilancia Salud Pública Comunitaria (VSPC) en Quibdó–Chocó, sus alcances y limitaciones, con base en la percepción de los actores comunitarios e institucionales involucrados durante el periodo 2020-2022.

Para los participantes del estudio, la Vigilancia Salud Pública Comunitaria (VSPC) es un complemento fundamental en el proceso de SIVIGILA, que hace parte del sistema de vigilancia

en salud pública, como un proceso de recopilación, seguimiento, análisis e interpretación activa de información de interés en salud pública no estructurada (rumores) que puede ser canalizada en tiempo real y de forma flexible, a través de múltiples fuentes de información de tipo formal e informal tanto del sector salud como de otros sectores (3).

No se observa, que se haga referencia entre sus apreciaciones a ciertos roles relacionados con la participación comunitaria como son: Observación (estado de salud de la comunidad, condiciones del entorno, hechos vitales, condiciones de la niñez), Detención temprana (signos y síntomas, Emergencias ambientales y defunciones no registrados), Comunicación (Situaciones detectadas Tiempo – lugar – y persona) (3). No mencionaron los nuevos elementos de la RVSPC, Lideres propios: (cabildantes indígenas, JAC y ediles, Veedores, Voceros, Jóvenes, Campesinos, LGTBIQ+, Defensores de derechos). Agentes sociales (Fundaciones, Párrocos y lideres de diferentes religiones, Profesores, Madres comunitarias, ICBF, Promotores de salud, ONG Cooperantes) (3).

En efecto, para muchos de los actores involucrados que hicieron parte del estudio, la VSPC es una estrategia que acerca la institucionalidad llámese Municipio o actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con las comunidades y con la sociedad en general, a través de los espacios de participación comunitaria generados por el SGSSS.

También destacaron que durante ese periodo la participación de los jóvenes en los procesos de representación comunitarios en salud, fueron bastante significativas sobre todo en la implementación de la estrategia PRASS.

Por otra parte, el estudio también reconoció como un logro en la implementación de la VSPC, fue el fortalecimiento de los espacios de participación comunitaria. Confirmando de esta manera que el postulado de la participación social es esencial para garantizar el éxito de la VSPC

porque permite que todos los actores involucrados tengan representación (20), al tiempo que se reconozcan las necesidades en salud con la misma comunidad (21), para luego intervenirlas.

No obstante, este fortalecimiento, los participantes también reconocieron que aún les falta mayor empoderamiento en los asuntos del derecho a la salud. Para ello, tal como lo reconoce Zambrano (22), el empoderamiento comunitario es clave para el desarrollo de esta estrategia, así como para la construcción de ciudadanía, la defensa de los derechos y la transformación del entorno.

Las dificultades aquí expresadas en este documento frente a la implementación de la VSPC, muchas de ellas estarían en contravía frente a la política pública propuestas por el estado colombiano, que lo que persigue es que la comunidad en general sean los vigilantes y hagan la abogacía respectiva de los servicios de salud que se requieran, y la accesibilidad a los servicios y como garante al derecho a la salud. Se pueda responder a la necesidad de salud de la población.

Finalmente, se podría llegar a concluirse que, a pesar de las limitaciones mencionadas en este documento, en el municipio de Quibdó, durante el periodo 2020- 2022, la implementación de la VSPC ha sido la mejor experiencia de vigilancia comunitaria en salud, según lo que se pudo extraer de las percepciones de los actores comunitarios e institucionales, involucrados en el estudio, y que se pudo llevar a cabo por el respaldo de la OPS, las secretarías de salud Departamental, y Municipal. No obstante, esta experiencia dejó para cada uno de los actores involucrados su propia experiencia y aprendizaje.

Ahora, la administración Municipal tiene el inmenso reto de aprender de los errores y fortalecer las debilidades para implementar una RVSPC que fortalezca su sistema de información en salud, y para ello, los actores comunitarios e institucionales involucrados tienen el

compromiso, de ayudar a construir e implementar el sistema de VSPC en el municipio de Quibdó.

RECOMENDACIONES.

Fortalecimiento de la realización de los Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitario (COVECOM) por comuna.

Desarrollar estrategias de empoderamiento a líderes y organizaciones comunitarias sobre estilos de vida saludables para su participación efectiva en el diseño de la vigilancia salud publica comunitaria a las problemáticas colectivas de su barrio o comuna.

Diseñar estrategias para aportar a la caracterización del riesgo colectivo en los espacios públicos y comunitarios, desde el punto de vistas cualitativo y cuantitativo.

Desarrollar la estrategia de la atención primaria en salud (APS) con la Implementación de los equipos básicos de salud, para la realización de investigación socio- epidemiológica de campo, para determinar riesgos colectivos en las comunas,

Realizar identificación de la percepción de riesgo colectivo (en la prestación de los servicios públicos, violencia social, emergencia y desastre, manejo de residuos sólidos, manejo inadecuado de mascotas y zoonosis, barreras físicas para movilidad de las personas, contaminación de fuentes hídricas etc) en los barrios y comunas

Agradecimientos

Gracias a Dios, primero que todo, a mis Hijos, a los diferentes docentes y directivos de la Universidad Santo Tomas, a la OPS regional Choco, a los participantes por su disposición y sus valiosos aportes para los propósitos del estudio. A todos los funcionarios de las secretarías de

salud Departamental y especialmente a la municipal de Quibdó y Chocó, por su incondicional apoyo en la convocatoria.

Referencias

- A, F. G. (2011). *Atención primaria en salud-APS. ¿De regreso al pasado?* Obtenido de Franco-Giraldo A. Atención primaria en salud (aps). ¿De regreso al pasado?. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 30(1): 83-94:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a10.pdf>
- Alcaldía Municipal de Quibdó. (2020). *Plan de Desarrollo. Lo estamos haciendo posible, Quibdó ciudad sostenible 2020 - 2023 Quibdó: Alcaldía; 2020*. Obtenido de Asocapitales: https://www.asocapitales.co/nueva/wp-content/uploads/2020/11/Quibdo_Plan-de-Desarrollo-Municipal_2020-2023.pdf
- Anselm Strauss, J. C. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Teoría y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. Medellín : Universidad de Antioquia.
- Congreso de Colombia . (1993). *Ley 100 de 1993, Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. . Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- Congreso de Colombia . (2002). *Ley 789 de 2002, Por medio de la cual se crea el Sistema de Protección Social*. . Obtenido de Superintendencia del Subsidio Familiar:
<https://ssf.gov.co/ley-789-de-2002#:~:text=La%20Ley%20789%20de%202002,y%20habla%20acerca%20de%20temas>

Congreso de Colombia . (2011). *Ley 1450 de 2011, Plan Nacional de Desarrollo. 2010- 2014 .*

Obtenido de Función Pública:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43101>

Congreso de Colombia. (1979). *Ley 9 de 1979 , por medio del cual se expide elCodigo*

Sanitario. Obtenido de Función Pública:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1177>

Congreso de Colombia. (1993). *Resolución 8430 de 1993, por la cual se crea las normas*

técnicas y administrativas para la salud. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección

Social:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCI](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF)

[ON-8430-DE-1993.PDF](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF)

Congreso de Colombia. (1995). *Ley 191 de 1995, Por medio de la cual se crea la ley de*

fronteras Colombia. Obtenido de Función Pública:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77293#:~:text=En>

[%20desarrollo%20de%20los%20art%C3%ADculos,%2C%20cient%C3%ADfico%2C%20tecnol%C3%B3gico%20y%20cultural.](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77293#:~:text=En)

Congreso de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007, Por medio de la cual se reforma el Sistema*

General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Obtenido de

Ministerio de Salud y Protección Pública:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf)

[de-2007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf)

Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de Función Pública:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>

Lafaurie, A. (s.f.). *Colcha de retazos*. Obtenido de <http://tecnicainteractivas.blogspot.com>.

Ministerio de Salud Protección Social. (2007). *Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Publica. Ministerio de Salud Protección Social*. . Obtenido de Ministerio de Salud Protección Social:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF

Ministerio de Salud y Proteccion Pública. (2020). *Boletín de prensa N° 345 del 2020 MSPS*. .

Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-2021-2022-msps.pdf>

Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2006). *Decreto 3518 de 2006, Por medio del cual se crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Resolución 1841 de 2013. Plan Decenal de Salud Publica. 2012 – 2021. Minsalud* . Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Vigilancia en salud comunitaria. Estrategia*

2023. Obtenido de Circular Externa No. 02 de 2023:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2002%20de%202023.pdf

Ofelia Restrepo Vélez, R. V. (2009). Participación social y comunitaria en Atención Primaria de

Salud - APS. Bogotá: para la muestra un. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v. 8, 153-164.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de

Salud y Protección Social. (2014). *Propuesta de Operación de la estrategia de vigilancia en salud pública con base comunitaria, para Colombia. Convenio Cooperación Técnica N° 3*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/Propuesta-operacion-estrategia-vigilancia-salud-publica-con-base-comunitaria.pdf>

Organización Mundial de la Salud-OMS y Organización Panamericana de la salud. (2012).

Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria en salud de Alma Ata. kasajistan : OPS_OMS; 1978. . Obtenido de

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Pan American Health Organization. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en*

las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud,

Organización Mundial de la Salud. Washington. Obtenido de Organización

Panamericana de Salud:

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

Pardo HI, G. J. (2018). Una mirada de la salud desde la participación social en población dispersa del Pacífico Colombiano. *Revista Cubana de Medicina General Integral* v.3, 40-49.

Ramos, G. S. (2004). Participación social en el campo de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* v.30.

Ministerio de salud y protección social. (2016). Orientación para la intersectorialidad

Anexo A.

NORMATIVA	CONCEPTO
Ley 100 de 1993	Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 789 de 2002	Por medio de la cual se crea el Sistema de Protección Social.
Ley 1450 de 2011	Plan Nacional de Desarrollo. 2010- 2014
Ley 9 de 1979	por medio del cual se expide el Código Sanitario.
Resolución 8430 de 1993	por la cual se crea las normas técnicas y administrativas para la salud.
Ley 191 de 1995	Por medio de la cual se crea la ley de fronteras Colombia.
Ley 1122 de 2007	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 3039 de 2007	Plan Nacional de Salud Pública. Ministerio de Salud Protección Social.

Decreto 3518 de 2006	Por medio del cual se crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.
Resolución 1841 de 2013	Plan Decenal de Salud Publica. 2012 – 2021.
Circular Externa No. 02 de 2023	Vigilancia en salud comunitaria. Estrategia 2023.