

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública

LESIÓN DE CAUSA EXTERNA, EXPOSICIÓN LABORAL EN MENORES DE 18 AÑOS EDAD, ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PRODUCTO DE CONSUMO Y PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS.

Martha Lucía Ospina Martínez
Director General (E) INS

Mancel Enrique Martínez Duran
Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Oscar Eduardo Pacheco García
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

DOCUMENTO ELABORADO POR

María Isabel Schotborgh
Néstor Laverde
Yuliana Valbuena
Profesionales especializado MSPS

Ana María Blandón Rodríguez
Profesional especializado INS



Contenido

1. Introducción	4
1.1. Lesiones por exposición laboral en menores de 18 años de edad.....	5
1.1.1. Generalidades (Situación del evento en los ámbitos mundial, regional y nacional)	5
1.1.2. Estado del arte.....	6
1.1.3. Justificación para la vigilancia del evento.	8
1.2. Lesiones por accidente de tránsito.....	8
1.2.1. Generalidades (Situación del evento en los ámbitos mundial, regional y nacional)	8
1.2.2. Estado del arte.....	9
1.2.3. Justificación para la vigilancia del evento.....	11
1.3. Lesión o daño a la salud, vida o seguridad del consumidor relacionados con el consumo de productos.....	11
1.3.1. Generalidades (Situación del evento en los ámbitos mundial, regional y nacional)	11
1.3.2. Estado del arte.	13
1.3.3. Justificación para la vigilancia del evento.....	14
1.4. Procedimientos estéticos	14
1.4.1. Generalidades (Situación del evento en los ámbitos mundial, regional y nacional)	14
1.4.2. Estado del Arte:.....	15
1.4.3. Justificación para la vigilancia del evento.....	17
1.5. Uso de la vigilancia para el evento.....	18
2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA.	18
3. DEFINICIÓN DE CASO	18
4. FUENTES DE LOS DATOS	18
4.1. Definición de la fuente	19
4.2. Periodicidad del reporte.....	19
4.3. Flujo de Información	20
4.4. Responsabilidad por niveles.....	21
4.4.1. Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios (Aseguradoras)	21
4.4.2. Unidad primaria generadora de datos (UPGD)	21
4.4.3. Unidad notificadora municipal.....	21
4.4.4. Unidad notificadora departamental.....	22
4.4.5. Superintendencia de Industria y Comercio.....	23

4.4.6. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.....	23
4.4.7. Ministerio de Transporte.....	23
4.4.8. Instituto Nacional de Salud, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública:.....	23
5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	23
6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	24
7. Orientación de la acción	26
7.1. Acciones individuales:	26
7.2. Acción colectiva.....	27
8. Acciones de información, educación y comunicación.....	28
9. Referencias bibliográficas.....	28
10. Control de revisiones.....	31
Anexos.....	32

SIGLAS

AVPP. Años de vida potencialmente perdidos

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

NNA: Niño, Niña y Adolescente.

TI: Trabajo Infantil.

TTI: Tasa de Trabajo Infantil.

PFTI: Peores Formas de Trabajo Infantil.

1. Introducción

Las Lesiones de Causa Externa (LCE) son definidas como el daño o lesión en una persona en forma intencional o de manera no intencional. Esta lesión o daño puede originarse por un traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, etc. puede ser mortal (lesión fatal) o no conducir a la muerte (lesión no fatal) (1).

Las lesiones por causa externa son consideradas desde hace dos décadas como un problema sanitario a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 5,8 millones de personas mueren por año por estas causas, cerca de 16000 personas al día, representando cerca del 10% del total de las muertes que se registran en el mundo, 32 % más que el número de muertes que resultan de la malaria, la tuberculosis y el VIH / SIDA. Por cada persona que muere por esta causa, hay miles más lesionadas, muchas de ellas con secuelas permanentes. Las muertes relacionadas con vehículo de motor ocuparon el décimo primer lugar entre las causas principales de mortalidad en el mundo en el año 2002 (2).

De acuerdo con los grupos de edad, este evento representa, la principal causa de defunción en los grupos de edad más jóvenes y en consecuencia, tienen un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP) (1). Para Colombia esta situación no es ajena, si se tiene en cuenta que de acuerdo con análisis realizado por el Observatorio Nacional de Salud de Colombia en el período 1998-2011 se registraron un total 545.467 muertes por causa externa, las cuales la mayoría ocurrió en el grupo de 15 a 44 años (3).

En la región de las Américas, en el período comprendido entre los años 2000 al 2005 se registraron aproximadamente 593.000 personas muertas cada año causadas por lesiones de causa externa, de las cuáles 152.000 (25,6%) correspondieron a accidentes de tránsito (4).

En Colombia las lesiones de Causa Externa son clasificadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en, lesiones fatales y lesiones no fatales. Las lesiones fatales se encuentran clasificadas según la manera de muerte en homicidios, suicidios, accidentales, muertes violentas por accidentes de tránsito y muertes violentas indeterminadas. Así mismo las lesiones no fatales se encuentran clasificadas según el tipo de reconocimiento realizado como violencia interpersonal, violencia intrafamiliar, accidentes de transporte y exámenes medicolegales por presunto delito sexual (5).

Durante el año 2014, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) recibió 25.225 casos por muertes violentas con una tasa de 52,92 casos por cada 100.000 habitantes; el homicidio según la manera de muerte ocupa el primer lugar con 12.626 casos equivalentes al 50,07% del total de los casos y una tasa de 26,49 por cada 100.000 habitantes. Los años de vida potencialmente perdidos fueron 900.878 años. Para las muertes violentas indeterminadas se presentaron 1.611 casos, siendo los hombres quienes aportaron mayor número de casos. Según la causa de muerte, la contundente ocupa el primer lugar con 642 casos. Los cinco departamentos que reportaron mayor número de muertes violentas fueron: Arauca, Valle del Cauca,

Casanare, Putumayo y Meta. En cuanto a las lesiones no fatales, en el año 2014 se practicaron 284.718 reconocimientos medicolegales. De acuerdo al tipo de reconocimiento la violencia interpersonal ocupó el primer lugar con 134.552 casos y una tasa por cada 100.000 habitantes de 282,31. En el año 2014 se perdieron 371.142 años de vida saludables por lesiones no fatales y los departamentos que reportaron mayores tasas de lesiones no fatales fueron Casanare, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Santa Catalina, Cundinamarca, Quindío y Meta (6).

Considerando la importancia de la vigilancia de los eventos que hacen parte de las lesiones de causa externa, en esta oportunidad se ha priorizado los relacionados con exposición laboral en menor de 18 años, accidentes de tránsito, consumo de productos y procedimientos estéticos, teniendo en cuenta el compromiso del país en el cumplimiento de los acuerdos del orden internacional, la no existencia de registro de estos eventos o el registro con que se cuenta no es oportuno para la identificación o caracterización de la situación de tal forma que permita implementar medidas que orienten las acciones de prevención y control, sumado a lo anterior estos eventos ocasionan costos elevado en la atención como en los AVPP que requieren por tanto ser vigilados.

1.1. Lesiones por exposición laboral en menores de 18 años de edad

1.1.1. Generalidades (Situación del evento en los ámbitos mundial, regional y nacional)

La Organización Internacional del Trabajo, OIT, define como trabajo infantil "toda actividad económica realizada por Niños, Niñas y adolescente, por debajo de la edad mínima requerida por la legislación nacional vigente de un país para incorporarse a un empleo, o por menores de 18 años, y que interfiera con su escolarización, se realice en ambientes peligrosos, o se lleve a cabo en condiciones que afecten a su desarrollo psicológico, físico, social y moral, inmediato o futuro" (7).

Debido a la problemática mundial desde la OIT se han derivado estrategias como la creación del Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC), que trabaja en la preparación de modelos para resolver estas peores formas y velar por que se instituyan marcos jurídicos y se mejore la capacidad de los países para aplicarlos (8). A pesar de ello, Entre 2000 y 2008, el número de niños en situación de trabajo infantil a nivel mundial disminuyó en unos 30 millones. Pese a este progreso, al final de ese período, más de 215 millones de niños y niñas se encontraban aún en situación de trabajo infantil, y más de la mitad de ellos en trabajos peligrosos. Asimismo, la tendencia general a la baja ocultó el creciente número de niños en actividades económicas en África Subsahariana de 2004 a 2008 (OIT, 2010). Si bien estas cifras subrayan la magnitud del desafío que la comunidad internacional sigue enfrentando (9).

Se calcula que en todo el mundo hay 158 millones de niños y niñas de entre 5 y 14 años que trabajan, lo que equivale a 1 de cada 6 niños y niñas, encontrándose sometidos a las peores formas de trabajo infantil, como lo son; la explotación sexual, las tareas

domésticas, el trabajo en minas, en fábricas de juegos pirotécnicos y en los conflictos armados (10).

Latinoamérica aporta el 16% de los niños que laboran en estas condiciones en el mundo, en Colombia hay aproximadamente 1567847 niños trabajadores y se presenta el fenómeno incluso en menores de 5 años (11). Si bien en América Latina y el Caribe en los últimos años el trabajo infantil se ha reducido sustancialmente, 5,7 millones de niñas y niños trabajan sin haber cumplido la edad mínima de admisión al empleo o realizan trabajos que deben ser prohibidos, según el Convenio número 182 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) sobre las peores formas de trabajo infantil (12).

Según la última encuesta DANE sobre el tema, la tasa de trabajo infantil (TTI) en el trimestre Octubre – Diciembre de 2013 fue 9,7%, la TTI para hombres fue 12,5% y para mujeres 6,6%, población de 5 a 14 años fue 5,6% y para la de 15 a 17 años fue 23,1%.

En esta misma encuesta se encontró que las ramas de actividad que concentraron el mayor número de Niños, Niñas o Adolescentes (NNA) trabajadores fueron comercio, hoteles y restaurantes (34,6%), agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca (34,3%) y la mayor proporción de NNA trabajando se registró en la posición ocupacional trabajador sin remuneración (49,6%) (13).

1.1.2. Estado del arte

En muchas sociedades del pasado, el que los niños trabajaran era ampliamente aceptado, incluso se valoraba y aceptaba una experiencia intrínseca a la vida infantil. La infancia, la niñez o el trabajo son conceptos históricos, es decir se han transformado y cambiado a lo largo del tiempo. Esto quiere decir que cuando se habla de trabajo infantil se debería tomar en cuenta que este fenómeno, en cualquier época de la historia ha estado condicionado por características sociales, políticas, culturales y económicas, por los espacios en que acontece, por los contextos determinados, los conflictos, cada sociedad y sus actores (14).

Existen determinantes o causas comunes a toda forma de trabajo Infantil y algunas particulares según la actividad específica y el contexto donde se desarrolle, pudiéndose identificar cinco tipos de causas: económicas, sociales, culturales, institucionales e informativas o relacionadas con el acceso a la información (15). Teniendo como consecuencia en cada una de las causas las siguientes:

- **Ámbito económico:** alimenta el desempleo; condicionan los ingresos laborales futuros; impiden acumular capital; limitan el ingreso al Sistema General de Protección Social; perpetúan el ciclo de la pobreza y deterioran el capital humano.
- **Ámbito Social:** aumentan las probabilidades de enfermarse, al asumir actividades exigentes cuando el cuerpo no ha logrado los niveles de desarrollo acordes con los esfuerzos demandados, generando daños físicos y creando predisposición a enfermarse (16). Para los Niños Niñas y Adolescentes (NNA) en trabajo infantil (TI) o Peores Formas de Trabajo Infantil (PFTI), el riesgo crece porque pertenecen a

familias pobres y esa condición, por si sola, posibilita que carezcan de un desarrollo físico que garantice su salud presente y futura; aumentan las posibilidades de deserción escolar; limitan las capacidades comunicativas y fragmentan el pensamiento, debilitando las habilidades necesarias para la inserción social; frustran el desarrollo de dos generaciones cuando está ligado a la maternidad adolescente; se ha notado que la vinculación temprana al trabajo frecuentemente acompaña otros comportamientos adultos, como el consumo de alcohol o la actividad sexual que derivan en maternidad precoz.

- **Ámbito cultural:** se crean argumentos que justifican el trabajo infantil; limita el ejercicio de libertades y derechos.
- **Ámbito Institucional:** ausencia, inadecuación e inaplicación de normas protectoras de los NNA y punitivas para los explotadores; falta de claridad y contundencia a las intenciones gubernamentales nacionales, departamentales y municipales, de resolver el problema y asignar recursos consistentes con su magnitud reconocida.
- **Ámbito Informativo o relacionado con el acceso a la información:** desconocimiento de la situación integral del problema.

Como ya sea mencionado el trabajo infantil (TI) es ocasionado por factores de naturaleza económica, política, cultural y de organización social de la producción, siendo la expresión de un problema estructural de las sociedades ligado a las condiciones de pobreza, desigualdad, exclusión social e inequidad. Para el contexto colombiano, se debe adicionar las particularidades propias como el conflicto armado interno, el desplazamiento y la concepción socialmente construida de niñez y adolescencia (17).

En Colombia el trabajo infantil es un fenómeno heterogéneo, persistente y complejo, con consecuencias a nivel social y económico; los NNA obligados a realizar diferentes actividades productivas ven obstaculizado su proceso educativo y por lo tanto su desarrollo normal a nivel físico, emocional y social, incidiendo en la formación de sus habilidades, pues muchos de ellos desempeñan trabajos que los circunscriben en la economía informal del país con escasas posibilidades de ascender socialmente(18).

La infancia es una etapa de desarrollo físico y mental, "un período de formación de la mente, del cuerpo y de la personalidad, durante el cual hasta una privación transitoria puede causar daños y trastornos permanentes para el desarrollo humano. En consecuencia, ya sea ante la amenaza de la guerra y los conflictos o de la marginación económica, es preciso proteger en la medida de lo humanamente posible a los niños, niñas y adolescentes de los peores errores e iniquidades del mundo adulto" (19).

En Colombia para el período 2008-2015, el Gobierno Nacional con la asistencia técnica de la Organización Internacional del Trabajo - OIT, presentó la Estrategia Nacional para Prevenir y Erradicar las Peores Formas de Trabajo Infantil, y Proteger al Joven Trabajador, ENETI, con el objetivo de "focalizar y ordenar la acción de las entidades estatales y privadas que intervienen en el tema, hacia dos puntos de quiebre de las Peores Formas de Trabajo Infantil (PFTI): de un lado, el ingreso de Niños, Niñas y

Adolescentes (en PFTI o en riesgo) al servicio educativo, a programas de uso creativo de tiempo libre y al sistema general de protección social; y, de otro lado, el acceso de sus familias a servicios sociales que permitan que sus NNA no ingresen o se retiren de las PFTI”. La ENETI fue diseñada por el Comité Interinstitucional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador, CIETI, que está integrado por instituciones y actores de diferentes regiones del país, así como por organizaciones de trabajadores, empleadores e instituciones del Estado (20).

1.1.3. Justificación para la vigilancia del evento.

El trabajo infantil es una violación de los Derechos Humanos fundamentales, habiéndose comprobado que entorpece el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, y que potencialmente les produce daños físicos y psicológicos para toda la vida (21). Los niños que trabajan están expuestos a sufrir lesiones y enfermedades en una proporción que resulta muy preocupante. Los NNA se diferencian de los adultos en cuanto a su estructura fisiológica y psicológica, siendo más vulnerables a algunos riesgos laborales específicos y se ven más afectados por esos peligros que los adultos, debido a que todavía no son mentalmente maduros y son menos conscientes de los riesgos potenciales que conllevan algunos trabajos.

Conscientes de esta situación, Colombia como país miembro de la OIT se ha acogido a las declaratorias de dicha Organización respecto al establecimiento de la edad mínima, Convenio 138 OIT, 26 de junio 1973 (22), y el Convenio 182 de la OIT de junio de 1999 el cual saca a la luz el drama de los NNA trabajadores y establece el objetivo de erradicar las peores formas de trabajo infantil (23).

Teniendo como precedente estas declaratorias y el impacto en la Salud Pública en este grupo poblacional (considerado además entre los grupos poblacionales vulnerables), actuando el TI y las PFTI en detrimento de la salud de los NNA, exponiéndolos a factores de alto riesgo, con el uso de herramientas no aptas, esfuerzos excesivos y ambientes no adecuados, contraponiéndolo al desarrollo propio de la edad y ocasionándoles lesiones por accidentes y cambios neurológicos, psicosociales, trastornos cardiacos, respiratorios, alteraciones del sistema reproductivo, hasta el cáncer e insuficiencias importantes que los puede llevar a la muerte, entre otros, se hace imperiosa la generación de información sobre la magnitud, frecuencia y grupos afectados por este tipo de violencia, todo con el ánimo de generar alertas tempranas para que los órganos y sectores competentes intervengan y se permita el restablecimiento de los derechos de estos NNA, permitiendo además prevenir el trabajo infantil y la peores forma de trabajo infantil (24).

1.2. Lesiones por accidente de tránsito

1.2.1. Generalidades (Situación del evento en los ámbitos mundial, regional y nacional)

De acuerdo con el informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2013 de la Organización Mundial de la Salud OMS, las lesiones causadas por accidentes de tránsito

se han convertido en la octava causa mundial de muerte y se han constituido en la primera causa de muerte en el rango de 15 a 29 años. Las tendencias actuales indican que, si no se toman medidas urgentes, los accidentes de tránsito se convertirán en 2030 en la quinta causa de muerte.

En el mismo informe se resalta que el 92% de las muertes por accidentes de tránsito se producen en países con ingresos económicos bajos y medianos; es importante anotar que en estos países transitan el 53% de los automotores matriculados en el mundo.

Son los peatones, ciclistas y conductores o pasajeros de vehículos automotores de dos ruedas los usuarios más vulnerables en la vía, representando el 50% de las personas que mueren en accidentes de tránsito, siendo mayor la proporción de muertos en los países con ingresos económicos bajos y medios.

Al año cerca de 1,24 millones de personas pierden la vida por accidentes de tránsito, lo que equivale a 3000 defunciones diarias y más de la mitad no viajaban en el vehículo automotor.

En la Región de las Américas, lesiones por accidente de tránsito son la principal causa de muerte en menores de edad de 5 a 14 años y la segunda causa en el grupo de 15 a 44 años.

Las tasas de mortalidad estimada por lesiones por accidente de tránsito varían entre países, se calcula que en el año 2010 ocurrieron cerca de 149.992 defunciones por esta causa en la Región de las Américas.

En Colombia, para el año 2014 y de acuerdo con la investigación realizada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF, la tasa de muertes por lesiones por Accidente de Tránsito por 100.000 habitantes fue de 13,43. Que comparada con las tasas de los últimos diez años, es la tercera más alta, sólo superada por las presentadas en los años 2007 y 2008.

1.2.2. Estado del arte

Para el año 2014, el INMLCF registró un total de 50.574 de casos atendidos por *accidentes de transporte*, de las cuales 6.102 (12,66%) personas fallecieron y 44.172 (87,34%) fueron lesionadas. Siendo el número de muertes el mayor de la última década y comparable con las muertes ocurridas en 2001 (6.346), en síntesis se ha presentado incremento en 2,94% respecto al 2013.

En el periodo comprendido entre el 2005 y 2013, se produjeron 56.583 *muertes por accidentes* de transporte terrestre, para un promedio anual de 6.287 muertes y una desviación estándar de 287,11; el número de muertes osciló entre 5.840 y 6.579; y el grupo de edad de 20 a 24 años aporta 32% defunciones más que los demás grupos de etarios.

Los años en los que se ha presentado el mayor número de muertes son el 2007 con 6.600 muertes con una tasa de mortalidad de 15,09 por cada 100.000 habitantes y el 2013 con 6579 muertes con una tasa de mortalidad de 13,76 por cada 100.000 habitantes, mientras que en el año 2011 se produjo la menor cantidad de muertes por accidentes de transporte con un valor representativo de 5.840 con una tasa de mortalidad de 12,74 por cada 100.000 habitantes.

El Observatorio Nacional de Seguridad Vial - ONSV / Ministerio de Transporte con base en Información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF, en un análisis preliminar comparativo de los fallecidos por hechos de tránsito en Colombia, durante los años 2013 y 2014 reporta que en el año 2014 se presentaron 6352 casos y que en 2013 hubo 6211 casos, lo que muestra continuidad en el aumento de los hechos por accidentes de tránsito, siendo Antioquia el departamento con mayor número de casos (8986), seguido de Valle del Cauca, Bogotá y Cundinamarca.

En cuanto a las lesiones causadas por accidentes de transporte terrestre, y según el sexo, las tasas en los hombres siempre son mayores a las de las mujeres; en las edades tempranas entre los 0 hasta los 14 años se presentan las tasas más bajas, las cuales no superan el 3%. Mientras que en los grupos de 15 a 19 años en los hombres se aprecia un aumento importante, pasando de un 2 % a 13% y en las mujeres de un 1.5% a un 4.5%. Los grupos con mayor tasa de lesiones durante el 2014, son los que se encuentran entre los 20 y 24 años de edad con un 12% de casos reportados para los hombres y un 6 % para las mujeres. Esta situación actual se da ante el rápido aumento del mercado de vehículos de motor, sin que de manera paralela se tengan las mejoras suficientes en cuanto a las estrategias de seguridad vial ni la planificación del uso en los territorios (25).

Se estima por parte de la OMS que el impacto económico total de esta siniestralidad equivale al 1% al 3% del PIB de cada país; una cifra cercana a los 500.000 millones de dólares.

Es por estas razones que desde 2010 gobiernos de 182 países proclamaron el Decenio de Acción para la Seguridad Vial (2011–2020), cuyo objetivo consiste en estabilizar, y después reducir, la tendencia al aumento de las muertes por accidentes de tránsito. Para lograr este objetivo se elaboró un Plan de Acción Mundial para orientar a los países sobre las medidas necesarias para reducir esas muertes y alcanzar así el objetivo del Decenio.

En Colombia se estableció en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 la Seguridad Vial como política de Estado, la consolidación de la Ley 1702 de 2013 con la que se crea la Agencia Nacional de Seguridad Vial como ente descentralizado regulador de normas, acciones y estrategias en lo referente al tema. En la misma línea, el Ministerio de Transporte expidió el Plan Nacional de Seguridad Vial a través de la Resolución 1282 de 2012, el cual, luego de socialización y validaciones, inició un proceso de ajuste legitimándolo a través de la Resolución 2273 de 2014, que en su artículo 2 establece los pilares estratégico dentro de los cuales, para el pilar 3 contempla la implementación del sistema de vigilancia en salud Pública en Accidentes de Tránsito.

En esta misma línea el Ministerio Salud y Protección Social como actor fundamental en la gestión de esta política pública, la incluyó en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, estableciendo como meta reducir en el 25% la mortalidad a causa de accidentes de tránsito a 2021 aplicando las siguientes estrategias: 1) Promover sistemas de transporte sostenibles, 2) Infraestructura Vial, Vehicular y Peatonal, 3) Fomento de la cultura, Seguridad Vial en el marco del desarrollo sostenible.

1.2.3. Justificación para la vigilancia del evento

Colombia ha presentado en los últimos años, un incremento en la tasa de mortalidad y morbilidad por accidentes de tránsito en que se encuentran involucrados los usuarios motociclistas y peatón, con un peso de 61% del total de fallecimientos por accidentes asociados al tránsito como actores de la vía entre 2005 al 2013 (26). En este mismo sentido y por tratarse de un problema de salud pública que se origina en múltiples factores, se debe abordar con políticas efectivas que conlleven a la reducción tanto de las lesiones así como de las muertes por accidente de tránsito; se hace necesario llevar a cabo estrategias que conduzcan a obtener información confiable y oportuna para la toma de decisiones.

Considerando que el Ministerio de Salud y Protección Social ha incluido en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 la reducción de la mortalidad por lesiones por accidente de tránsito como una de las metas fundamentales, y que se hace necesario complementar la información para la toma de decisiones, se llevará a cabo la vigilancia epidemiológica del evento Lesiones y Muerte por Accidente de Tránsito con énfasis en los pacientes politraumatizados que requirieron Unidad de Cuidados Intensivos para su tratamiento.

1.3. **Lesión o daño a la salud, vida o seguridad del consumidor relacionados con el consumo de productos**

1.3.1. Generalidades (Situación del evento en los ámbitos mundial, regional y nacional)

Los productos disponibles en los mercados deben cumplir con las normas que regulan desde su fabricación hasta su uso y consumo, de tal forma que sean seguros, de calidad y no ocasionen riesgos para la salud de los consumidores. Es por ello que cada país, ha desarrollado marcos normativos dirigidos no solo para establecer requisitos para los productos sino también las normas que permitan la protección al consumidor y el intercambio rápido de información cuando se detecten riesgos que puedan afectar la salud y seguridad del consumidor.

Un producto se considera seguro cuando en situaciones normales de utilización, teniendo en cuenta la duración, la información que se le suministrada según las normas que lo rige, su procedencia, la puesta en servicio, instalación y mantenimiento, no presenta riesgos irrazonables para la salud o integridad de los consumidores. En caso de que el

producto no cumpla con requisitos de seguridad establecidos en reglamentos técnicos o medidas sanitarias, se presumirá inseguro (Ley 1480 de 2011).

A nivel internacional existen países con una trayectoria importante en la conformación de redes de alertas para el intercambio de información de productos peligrosos, lo anterior teniendo en cuenta las facilidades existente en el comercio para la libre circulación de bienes, servicios y movilización de personas. En tal sentido, los países han adecuado sus reglamentaciones con el fin de propender por la obligación general de comercializar productos seguros que permita garantizar un nivel elevado de protección de los consumidores para proteger su salud y seguridad (Directiva 2001/95/CE).

El sistema comunitario de intercambio Rápido de información sobre productos peligrosos (RAPEX) de funcionamiento a nivel de los Estados Miembros de la Comisión Europea, recibe notificación a través de la autoridad nacional competente, de productos que presentan un riesgo grave para el consumidor y que se encuentran disponibles en los mercados de más de un estado miembro. Adicional informa sobre las medidas nacionales en materia de cumplimiento de la legislación al respecto (27).

En 2013, a través de RAPEX se recibió un total de 2.364 notificaciones, las categorías de productos involucrados fueron **prendas de vestir, los tejidos y artículos de moda** (25 %), **juguets** (25 %), **aparatos y equipos eléctricos** (9 %), **vehículos de motor** (7 %), **cosméticos** (4 %). Las cinco categorías de riesgo que se notificaron con mayor frecuencia fueron: lesiones (656 notificaciones), químico (580 notificaciones), asfixia (398 notificaciones), choque eléctrico (329 notificaciones), estrangulamiento (266 notificaciones). Las medidas que se adoptaron fueron: retirada del mercado, prohibición de la venta, recuperación de los consumidores, importación denegada por las autoridades aduaneras y medidas correctoras (28).

En España, la agencia de consumo reportó para el mes de septiembre de 2015, 34 notificaciones de productos, a través de la Red de Alerta, donde se informa de los riesgos grave a los consumidores que pueden generarse por el consumo o uso de los productos involucrados. De estos, 12 fueron detectados en frontera y se rechazó su importación, mientras que otros 12 fueron retirados del mercado y prohibida su comercialización. En los 10 restantes, fue el propio fabricante quien, comunicó a las autoridades de consumo la existencia de posibles riesgos en sus productos y adoptó las medidas necesarias. El tipo de producto involucrado fueron juguetes, vehículos y accesorios, moda adultos y accesorios (29).

A nivel de las Américas, los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA), basado en la carta de la OEA, aprobaron la resolución AG/RES. 2549 (XL-O/10), "*Protección al Consumidor: Red Consumo Seguro y Salud en las Américas*", en donde se confirió mandato de creación de la Red Consumo Seguro y Salud (RCSS) para las Américas, como primera etapa hacia la implementación de un Sistema Interamericano de Alertas Rápidas (SIAR) sobre seguridad de los productos de consumo (AG/RES. 2549 (XL-O/10)).

Colombia como país miembro de la RCSS junto con 33 países de la región, cuenta con su representación por competencia a través de Superintendencia de Industria y Comercio, la cual para el año 2015 informó a la Red, la medida implementada de prohibición en la venta de minigelatinas en cápsula por riesgo de asfixia, daño neurológico y muerte en niños, igualmente se reportó la medida implementada por el INVIMA respecto a la suspensión en la venta del producto Zero Xtreme por contener sustancia no declara en su composición como la sibutramina principio activo que se encuentra prohibido en el país desde el año 2010 por sus efectos nocivos. También se reportaron 17 alertas relacionados con vehículos, partes y accesorios y artículos de puericultura y equipo para niños, cuyo riesgo está relacionado con amputación, cortes, lesiones y laceraciones (30).

1.3.2. Estado del arte.

Los accidentes relacionados con productos de consumo, pueden ocasionar daños o afectación a la salud que pueden ir desde esquinca, fractura, cortes, herida, quemaduras, asfixia (31).daños gastrointestinales, choque eléctrico, intoxicaciones, entre otras (32). incluso hasta la muerte si las medidas no se toman de manera oportuna.

Estos eventos pueden ser detectados por la consulta que realiza la población afectada a los servicios de salud de urgencias, por los reportes que el fabricante o distribuidor informa a la autoridad competente frente a la identificación de defecto en el producto o falta de seguridad o calidad que pueda ocasionar un daño, como parte de las acciones de vigilancia que de adelantan las autoridades o a través de los sistemas de alertas regionales o mundiales existentes.

La identificación oportuna de estos eventos permite la aplicación de acciones preventivas o correctivas con el fin de eliminar el riesgo y por tanto la aparición de nuevos casos. Lo anterior teniendo en cuenta que estos accidentes se presentan con frecuencia en población menor de edad (33).

En la actualidad la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) es la autoridad responsable de velar por el cumplimiento de las normas que permita la protección al consumidor, incluso de fijar requisitos mínimos de calidad e idoneidad mientras se expiden los reglamento técnicos cuando se encuentre que un producto puede poner en peligro a vida, la salud o la seguridad de los consumidores (Ley 1480/2011).

Igualmente, ante la notificación de un accidente por producto de consumo, es la SIC, la encargada de realizar el análisis, investigación y evaluación de los riesgos a la salud, vida y seguridad del consumidor por el uso o consumo de productos defectuosos o que se determine que sea no seguros, sin perjuicio de las competencias con cuenta otras autoridades como las sanitarias dependiendo del producto involucrado. Análisis que servirá para la toma de decisiones y coordinación de acciones con otros sectores teniendo en cuenta la categoría del producto, población a la cual está dirigida, la información con cuenta el producto frente a instrucciones para su uso seguro, advertencias, entre otros.

1.3.3. Justificación para la vigilancia del evento

En la actualidad el país no cuenta con un mecanismo de recolección de datos en afectación en la salud por accidentes de consumo, de tal forma que les permita a las autoridades competentes tomar medidas oportunas en materia de seguridad de producto. Lo anterior requiere de aunar esfuerzos entre los sectores, a través del intercambio de información, entre los sistemas de vigilancia en salud pública y de protección al consumidor que contribuya en la detección y respuesta rápida de eventos que afecten la salud, vida y seguridad del consumidor.

1.4. Procedimientos estéticos

1.4.1. Generalidades (Situación del evento en los ámbitos mundial, regional y nacional)

En los últimos años la práctica de procedimientos estéticos ha venido en aumento, las personas sanas que de manera voluntaria eligen uno de estos procedimientos buscan mejorar su apariencia física o ajustarse a un estereotipo de belleza o aumentar su autoestima (34).

Los procedimientos estéticos se dividen en quirúrgicos y no quirúrgicos dentro de los no quirúrgicos tenemos *los procedimientos no invasivos* en los que se encuentran las prácticas y actividades de embellecimiento corporal y por otra parte los *procedimientos invasivos* que corresponden a los relacionados con la medicina estética. En cuanto a los quirúrgicos tenemos los de cirugía estética y los de cirugías plástica reconstructivas.

Las prácticas y actividades de embellecimiento corporal corresponden a todos los procedimientos *no invasivos* que se utilizan para el embellecimiento del cuerpo humano con el fin de limpiarlo, perfumarlo, modificar su aspecto y protegerlo o mantenerlo en buen estado, con o sin la utilización de productos cosméticos (Resolución 02263 de 2004).

Los procedimientos *invasivos* son aquellos realizados por un profesional de la medicina en el cual el cuerpo es agredido química y/o mecánicamente o mediante inyecciones intradérmicas y/o subcutáneas, o se introduce un tubo o un dispositivo médico (Resolución 02263 de 2004).

Para el caso de los procedimientos quirúrgicos, los relacionados con cirugías estéticas son practicados en los servicios de cirugía estética los cuales son servicios en el que un médico especialista en cirugía plástica y estética, u otra especialidad quirúrgica en el ámbito de su respectiva especialidad, es responsable de realizar tratamientos quirúrgicos con finalidad de mejora estética corporal, facial o capilar (Resolución 2003 de 2013).

Dentro de los procedimientos estéticos se pueden encontrar algunos con bajo riesgo hasta llegar a otros más complejos y con niveles de riesgo más alto, como ejemplo podemos citar procedimientos que van desde los masajes corporales, pasando por depilación con láser hasta llegar a cirugías como abdominoplastias y otros, sin embargo

la ocurrencia o no de estos riesgos puede estar relacionado con diferentes factores de riesgos entre ellos, calidad de los productos, formación y experiencia del profesional o personal que aplica el procedimiento, condición y estado de salud de la persona, número de procedimientos practicados de manera simultánea, tiempo del procedimiento, técnicas y tecnologías aplicadas, entre otros (35).

En el año 2014 la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética publicó estadísticas sobre los procedimientos estéticos en todo el mundo, estimando un total de cirugías plásticas estéticas de 9.645.395, mientras que de procedimientos estéticos no quirúrgicos se practicaron 10.591.506 para un total de procedimientos estéticos quirúrgicos y no quirúrgicos de 20.236.901. Los países con mayor número de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos estéticos se encuentran: Estados Unidos (4.064.571); Brasil (2.058.505); Japón (1.260.351); Corea del Sur (980.313); México (706.072); Alemania (533.622); Francia (416.148) Colombia (357.115) (36).

La cirugía de párpados (blefaroplastia), liposucción y aumento de senos son los tres primeros procedimientos quirúrgicos que mayor demanda se presentó mientras que para procedimientos no quirúrgicos ocupan los tres primeros lugares la toxina botulínica, ácido hialurónico, depilación.

Dependiendo del procedimiento que se lleve a cabo, se pueden presentar lesiones leves hasta complicaciones que pueden ocasionar la muerte, con la particularidad que estos procedimientos usualmente se llevan a cabo en personas sanas, lo cual genera un gran impacto social y médico cuando las complicaciones terminan en la muerte (37).

1.4.2. Estado del Arte:

De acuerdo con la literatura entre las complicaciones más graves relacionadas con cirugías plásticas se encuentran trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP) post-operatorio, intoxicación por anestésicos locales (AL), depresión respiratoria, sedación excesiva y shock anafiláctico. Siendo el TEP probablemente la principal causa de muerte, seguido de sobredosificación de fármaco, infarto agudo del miocardio (38).

Nazar y colaboradores en la revisión de complicaciones relacionadas con cirugía plástica, encontraron que en los establecimientos acreditados se reportan las más bajas tasa de mortalidad, alrededor de 2 muertes por 100.000 cirugías plásticas de cualquier tipo. Se estiman tasa de mortalidad superiores cuando hay combinación de procedimientos, es así que se han encontrado alrededor de 20 muertes por 100.000 lipoaspiraciones y abdominoplastías(39).

Para el caso de la liposucción los reportes de incidencias van desde 2.6 a 20 por 100.000, siendo el TEP la principal causa seguido de la perforación visceral y el embolismo graso, esta última con una incidencia entre del 0.19 al 8.5% (38).

EL Consenso de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, —SCARE—y Cirugía Plástica sobre recomendaciones para manejo de pacientes electivos de bajo

riesgo, han encontrado que para el caso de cirugía estética, entre las causas de morbilidad y mortalidades más comunes descritas se encuentran: a) *Eventos relacionados con la trombosis venosa, con una incidencia que va desde 0.35% en ritidoplastia hasta 30% en procedimientos combinados*, b). Infecciones: *pueden relacionarse con perforación de víscera, infección de las colecciones como hematomas o serosas, o por contaminación*, c). Embolismo graso, d). Edema pulmonar, e). Lesiones vasculares, entre otras (40).

En una investigación realizada en la ciudad de Bogotá, para el período 1993 -2008, se detectó un total de 28 casos de muertes por procedimientos quirúrgicos lipoplásticos de los informes periciales que fueron sometidos a necropsia médico legal practicado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

El rango de edad de los casos se encontraba entre los 16 a los 53 años, el mayor número de casos se concentran entre 41-50 años (nueve casos), seguido de los 31 a 40 años (siete casos), 51-60 años(seis casos). En cuanto al género, solo uno de los casos correspondía al sexo masculino (41).

En cuanto a morbilidades relacionados con procedimientos estéticos, se han reportado tasas de incidencias de alrededor del 26% (52 de una población total estudiada de 203), los casos identificados se presentaron con mayor frecuencia en la población femenina (88%), los grupos de edad más afectados corresponden a los 36 -45 años (40.38%), seguido de 26-35 años (28.85%) y de 46-55 años (10%), con menor frecuencia el grupo de edad de 16 -25 años y de 56-65 años. Entre los procedimientos estéticos relacionados con estas complicaciones se encuentran la abdominoplastia (48.08%), rinoplastia (19.23%), blefaroplastia (13.46%) y liposucción (11,54%). El 67% de las complicaciones que se presentaron fueron del tipo tardía (42).

En un estudio de 10 años de seguimiento, realizado por el doctor Felipe Coiffman, se estudiaron 342 casos que llegaron a su consultorio, los cuales presentaban problemas luego de haberse sometido a un procedimiento de inyección de sustancia de relleno. Estos problemas que el autor lo denominó como Alogenosis Iatrogénica, la cual se trata de una nueva enfermedad que es producida por sustancias alógenas, es decir, ajenas al organismo y el término Iatrogénica porque la producen los médicos o las personas que inyectan estas sustancias, se encontró que el 95% de los casos del estudio no supo la sustancia que le inyectaron y el 97% de los pacientes del estudio que la presentaron corresponden al género femenino. El promedio de inyección por sesión fue de dos, las cuales variaron en un rango de uno y cuatro. Dos pacientes, ambas con serias deformaciones faciales y coporales, terminaron en suicidio después de un largo período de depresión. Uno de cada cinco pacientes complicados, ha recurrido al tratamiento psiquiátrico. Los signos locales más comunes encontradas fueron inflamación, irregularidades, edema, eritema, cicatrices, queloides, hiper o hipopigmentaciones, ulceraciones, endurecimiento, necrosis, esclerosis, fibrosis, desplazamiento por gravedad de la sustancia infección y fístula (43).

De acuerdo con los reportes de quejas recibidas por las Entidades Territoriales entre el año 2014 y a agosto del año 2015, se ha presentando un total de 15 muertes relacionados con procedimientos estéticos (liposucción, mamoplastia, lipectomia, gluteoplastia), en la

información disponible, las complicaciones que se reportaron para estos casos fueron falla ventilatoria, tromboembolismo pulmonar, shock hipovolémico. Por otra parte, también se han reportado quejas por afectación a la salud en la realización de procedimientos estéticos (no invasivos, invasivos y quirúrgicos) un total 54 quejas se recibieron, entre las afectaciones que más se mencionan se encuentran necrosis, infecciones, celulitis, alojenosis iatrogénica, quemaduras, manchas, encapsulamiento de prótesis, deformaciones.

1.4.3. Justificación para la vigilancia del evento

Las lesiones o muertes ocurridas en personas sanas que se someten a un procedimiento invasivo, no invasivo o quirúrgico, presentan un interés en salud pública debido a que son situaciones que no deberían presentarse y que por tanto las mismas desde la vigilancia en salud pública y sanitaria son objeto de seguimiento con el fin de establecer los factores de riesgos relacionados que permitan aplicar medidas en salud pública con el fin de evitar la frecuencia en su aparición.

A su vez, las lesiones además de generar tiempos de recuperación más prolongados y por tanto un incremento en la demanda en los servicios de salud, pueden traer consigo afectación en la salud emocional de las personas teniendo en cuenta que la realización del procedimiento pudo estar relacionado con un mejoramiento de la apariencia física que inflúa en la autoestima de la persona.

Por otra parte, los casos fatales que han sido conocido a través de los medios de comunicación y a través de las quejas y denuncias recibidas por las entidades territoriales de salud, estas se han presentando con frecuencia en población femenina entre los 21 y los 59 años, esta condición a su vez tiene implícito un componente social más aún cuando la persona involucra tiene hijos menores de edad a cargo.

De acuerdo con las Leyes 9 de 1979, 711 de 2001 y la resolución 2263 de 2004, se han definido los requisitos que deben cumplir los centros de estética y similares, así como las personas autorizadas para la realización de procedimientos estéticos no invasivos. La utilización de los productos cosméticos debe corresponder a los autorizados por el INVIMA. Sin embargo, practicarse procedimientos estético no invasivo en establecimientos y con personal no autorizados puede traer consigo riesgos a la salud.

En cuanto a los procedimientos que se llevan a cabo en los servicios de médica estética (invasivos) y los realizados por servicios de cirugía plástica, estos deben realizar en establecimientos autorizados que cumplan con el Decreto 1011 de 2006 y la resolución 2003 de 2013 y ser realizado por el médico especialista en estética o por el cirujano plástico de acuerdo con el procedimiento.

Por todo lo anterior y teniendo en cuenta las situaciones fatales de los últimos años relacionados con procedimientos estéticos invasivos y quirúrgicos practicados en establecimientos o por personal no autorizados, las cuales han sido captados a través de medios de comunicación por no contar con un registro que permita de manera inmediata detectar y notificar el evento, se hace necesario contar con información oportuna que

permita no solo caracterizar la situación de lo que está presentando con respecto al evento, sino también identificar posibles condiciones de riesgos que están favoreciendo su ocurrencia, así también con la aplicación de medidas preventivas y de control sanitario conforme al marco normativo vigente.

1.5. Uso de la vigilancia para el evento

El propósito de la vigilancia de las lesiones de causa externa de que trata el presente protocolo es generar información oportuna, con el fin de orientar la formulación de políticas en salud pública de competencia del sector y contribuir en el diseño de políticas públicas para la prevención e intervención eficaz de los sectores responsables.

2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA.

- Disponer de información oportuna de los casos relacionados con las lesiones de causa externa relacionadas con consumo de productos, lesión del menor trabajador y procedimientos estéticos para la aplicación de medidas de prevención y control a que haya lugar por parte de las autoridades competentes.
- Realizar la caracterización de las lesiones de causa externa relacionadas con exposición laboral en menores de 18 años, consumo de productos y procedimientos estéticos para orientar las medidas de prevención y las acciones de intervenciones por parte de las autoridades e instituciones responsables.
- Identificar los casos relacionados de lesiones por accidentes de tránsito que permita para orientar las medidas de intervención en salud por parte de las autoridades e instituciones responsables.

3. DEFINICIÓN DE CASO

Caso sospechoso: persona que presente lesión o muerte como resultado de consumo de producto, accidente de tránsito, exposición laboral en menores de 18 años de edad o relacionados con un procedimiento estético.

4. FUENTES DE LOS DATOS

- a) Sistema Nacional de Vigilancia, SIVIGILA
- b) Ficha de Notificación al SIVIGILA datos básicos y complementarios
- c) Reportes semanales o mensuales de notificación por la UPGD
- d) Registro individual de prestación de servicios (RIPS)
- e) Monitoreo de medios centro nacional de enlace (CNE).

4.1. Definición de la fuente

Vigilancia regular

- Notificación individual de casos
- Búsqueda activa institucional mensual de casos
 - RUAF
 - RIPS

4.2. Periodicidad del reporte

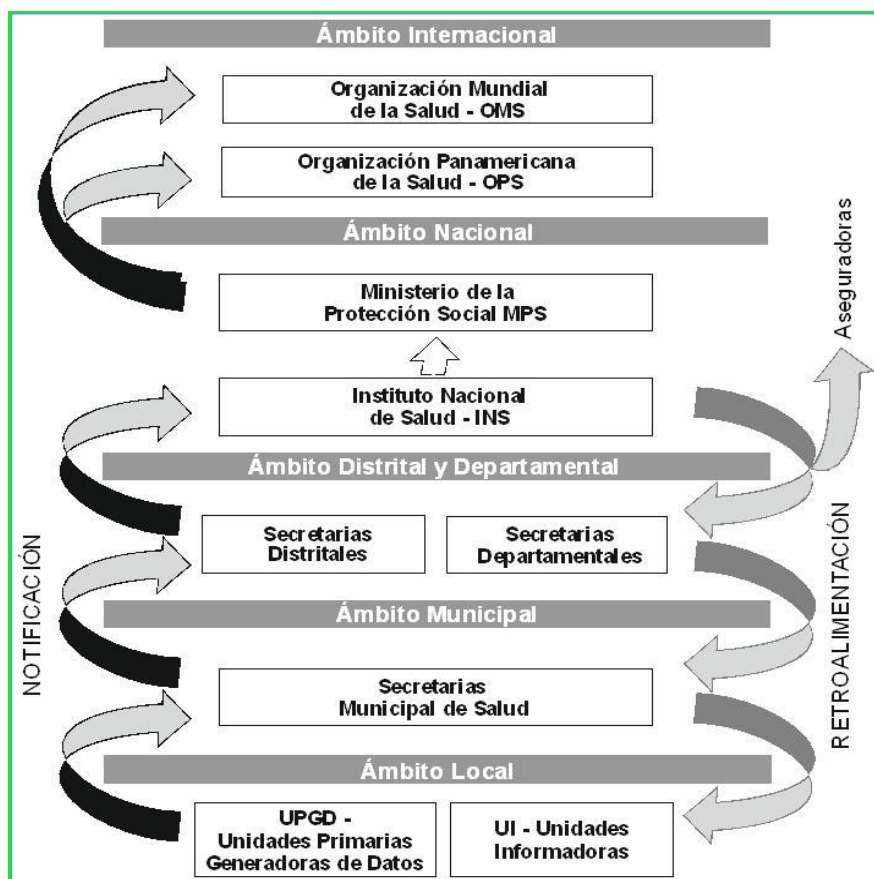
Se deben notificar todos los eventos que cumplan con la definición de caso para lesiones de causa externa enunciadas en el protocolo, **a excepción de lesiones secundarias a accidentes de tránsito que se vigilarán por fuentes secundarias**, a fin de realizar las acciones que contribuyan en el mejoramiento de la condición de salud. Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

Notificación	Responsable
Notificación semanal	<p style="text-align: center;">De la unidad primaria generadora de datos al municipio:</p> <p>Los casos sospechosos de lesiones de causa externa (consumo de producto, exposición laboral en menores de 18 años de edad o relacionados con un procedimiento estético), deben notificarse de forma semanal e individual, de acuerdo con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, mediante archivo plano. Los accidentes de tránsito se vigilarán por fuentes secundarias.</p>
	<p style="text-align: center;">Del municipio al departamento o al distrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación de las lesiones de causa externa a través de la ficha y mediante archivo plano (consumo de producto, exposición laboral en menores de 18 años de edad o relacionados con un procedimiento estético). • Revisión, recolección y complementación de la ficha de notificación.
	<p style="text-align: center;">Del departamento/distrito a la nación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación de las lesiones de causa externa en archivo plano (consumo de producto, exposición laboral en menores de 18 años de edad o relacionados con un procedimiento estético). • Recepción y revisión de la información enviada por los municipios de los casos notificados a través de la información de la ficha.
	<p style="text-align: center;">De la Nación a otros sectores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporte de los datos requeridos para la gestión, análisis y evaluación de los casos notificados al Sistema a la Superintendencia de Industria y Comercio (artículo 59 Ley 1480 de 2011, Decreto 4886 de 2011), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Resolución 6018 de 2010 del ICBF) y Ministerio de transporte (Ley 1702 de 2013, Resolución 1282 de 2012, Resolución 2273 de 2014) de acuerdo con sus competencias <i>de acuerdo con el Habeas datas</i>. • Las entidades arribas descritas una vez realizado el análisis y la evaluación deberá retroalimentar al sistema.

Búsquedas activas institucionales BAI: La BAI en RUAF y RIPS se realizará mensualmente por parte de cada Unidad Notificadora Departamental y Distrital y se enviará el consolidado al INS trimestralmente.

Para la BAI de RIPS debe utilizarse el aplicativo Sianiesp incluido en el aplicativo Sivigila. Los casos hallados en la revisión del RUAF que no estén notificados la Sivigila se deberán notificar a este aplicativo.

4.3. Flujo de Información



El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio, del municipio al nivel departamental/distrital y de este hasta los niveles nacional e internacional, y desde el nivel nacional a Superintendencia de Industria y Comercio, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Transporte. Desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

4.4. Responsabilidad por niveles

4.4.1. Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios (Aseguradoras)

- Socializar e implementar en la red de prestadores de servicios de salud el presente protocolo, garantizando la notificación y atención oportuna de los casos.
- Garantizar las acciones individuales de salud, acorde a lo establecido en el sistema general de seguridad social en salud y a la normatividad vigente.
- Analizar la información derivada del proceso de vigilancia del evento.
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.
- Las demás según su pertinencia para este evento de acuerdo con lo establecido por el Decreto 3518 de 2006 (27).

4.4.2. Unidad primaria generadora de datos (UPGD)

- Las instituciones prestadoras de servicios de salud captarán y notificarán los casos del evento en los ámbitos de urgencias, unidades de cuidado intensivo, hospitalización, consulta médica general y especializada, consulta de crecimiento y desarrollo, así como en consulta de otras áreas como rehabilitación y psicología entre otras.
- Diligenciar la ficha única de notificación individual de datos básicos y complementarios con periodicidad semanal
- Notificar los casos detectados semanalmente a la unidad notificadora municipal.
- Realizar el proceso de depuración, validación de la calidad del dato y análisis de la información generada de la notificación del evento.
- Hacer búsqueda activa institucional mensual para verificar la notificación del 100% de los casos identificados con lesión de causa externa.
- Realizar comparación periódica entre las bases de RUAF y RIPS.
- Divulgar en espacios locales como el COVE u otros, los hallazgos y resultados de los análisis realizados al evento.
- Remitir los RIPS de los trabajadores independientes a la Secretaría de Salud de su jurisdicción de manera mensual.

4.4.3. Unidad notificadora municipal

- La unidad notificadora municipal de salud coordinará las acciones con las diferentes UPGD para que éstas identifiquen y notifiquen los casos de lesión de causa externa y clasifiquen los casos en el tiempo determinado.
- Recibir la información de clasificación de casos de las UPGD en la base de datos y las fichas de notificación respectivas.
- Notificar los casos de lesión de causa externa semanalmente a la unidad notificadora departamental, con excepción de los accidentes de tránsito que se vigilarán por fuentes secundarias.
- Realizar el proceso de depuración, validación de la calidad del dato y análisis de la información generada de la notificación del evento.

- Informar al área de la entidad responsable de la vigilancia y control sanitaria de los centros de estética y similares los casos que se han notificado, para la investigación correspondiente en lo del ámbito de la competencia del sector conforme a las normas vigentes y la elaboración del informe que se requiere dentro de los tiempos que se han previsto.
- Informar al área de la entidad responsable de la vigilancia de los establecimientos habilitados en donde se realicen procedimientos invasivos y quirúrgicos, los casos que se han notificado, para la investigación correspondiente en lo del ámbito de la competencia del sector conforme a las normas vigentes y la elaboración del informe que se requiere dentro de los tiempos que se han previsto.
- Realizar análisis periódico del comportamiento del evento en las UPGD activo en el municipio.
- Retroalimentar periódicamente a las UPGD según los hallazgos encontrados en el proceso de validación, depuración y análisis del evento.
- Divulgar en espacios locales como el COVE u otros, los hallazgos y resultados de los análisis realizados al evento.
- Asesorar, gestionar y apoyar a las unidades notificadoras municipales en el análisis de casos, clasificación de los casos y en la estrategia de difusión y formación de los profesionales de la salud y la totalidad de las unidades primarias generadoras de datos en el fortalecimiento de la vigilancia de la lesión de causa externa.

4.4.4. Unidad notificadora departamental

- Notificar semanalmente al Sivigila del Instituto Nacional de Salud los casos de lesión de causa externa, que se presente en su departamento, con excepción de los accidentes de tránsito que se vigilará por fuentes secundarias.
- Informar al área de la entidad responsable de la vigilancia y control sanitaria de los centros de estética y similares los casos que se han notificado, para la investigación correspondiente en el ámbito de la competencia del sector conforme a las normas vigentes y la elaboración del informe que se requiere dentro de los tiempos que se han previsto.
- Informar al área de la entidad responsable de la vigilancia de los establecimientos habilitados en donde se realicen procedimientos invasivos y quirúrgicos, los casos que se han notificado, para la investigación correspondiente en lo del ámbito de la competencia del sector conforme a las normas vigentes y la elaboración del informe que se requiere dentro de los tiempos que se han previsto.
- Realizar análisis periódico del comportamiento del evento en los municipios de su departamento.
- Retroalimentar periódicamente a las Unidades Notificadoras Municipales según los hallazgos encontrados en el proceso de validación, depuración y análisis del evento.
- Divulgar en espacios departamentales como el COVE u otros los hallazgos y resultados de los análisis realizados al evento.
- Gestionar y apoyar a las unidades notificadoras municipales en el análisis de casos, clasificación de los casos y en la estrategia de difusión y formación de los

profesionales de la salud y la totalidad de las unidades notificadoras municipales en el fortalecimiento de la vigilancia de las lesiones de causa externa.

4.4.5. Superintendencia de Industria y Comercio

- Las consagradas en el artículo 59 de Ley 1480 de 2011 y el Decreto 4886 de 2011.

4.4.6. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

- Las consagradas en la Resolución 6018 de 2010 del ICBF

4.4.7. Ministerio de Transporte

- Las consagradas en la Ley 1702 de 2013, Resolución 1282 de 2012 y Resolución 2273 de 2014 *de acuerdo con el Habeas datas.*

4.4.8. Instituto Nacional de Salud, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública:

- Recibir la información y notificación de los departamentos semanalmente.
- Retroalimentar a las autoridades competentes para el análisis, investigación y confirmación del evento, los casos notificados al Sivigila, para que se realice la verificación y su respectivo seguimiento.
- Asesorar y apoyar a los departamentos en las actividades de vigilancia de la lesión de causa externa.
- Retroalimentar a los departamentos sobre los análisis de la información relativa a la lesión de causa externa en el país.
- Asesorar a los departamentos en la capacitación sobre el protocolo de lesiones de causa externa.
- Divulgar la información que resulte del análisis de la notificación del evento a través de publicaciones e informes anuales.
- Participar en las actividades de discusión y análisis la lesión de causa externa, en los niveles regional, nacional e internacional.

5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Protección Social.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

INDICADORES

a) Exposición laboral en menores de 18 años de edad

Proporción de incidencia semestral de notificación de lesión de causa externa, exposición laboral en menores de 18 años de edad.

Tipo de indicador:	Resultado
Definición operacional:	Numerador: Número de casos sospechosos al Sivigila con lesión del menor trabajador. Denominador: Población- Proyección DANE Coeficiente de multiplicación: x 10.000
Fuente de información:	Numerador: Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA Denominador: DANE

b) Daños a la salud por consumo de producto

c)

Proporción de acuerdo con la categoría de producto involucrado

Tipo de indicador:	Resultado
Definición operacional:	<i>Numerador:</i> Número de casos reportados al Sivigila de acuerdo a categoría de producto involucrado <i>Denominador:</i> Número total de casos reportados al Sivigila <i>Coeficiente de multiplicación:</i> x 100
Fuente de información:	<i>Numerador:</i> Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA <i>Denominador:</i> Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA

Proporción del tipo de lesión relacionada con consumo de producto

Tipo de indicador:	
Definición operacional:	<i>Numerador:</i> Número de casos reportados al Sivigila de acuerdo al tipo de lesión <i>Denominador:</i> Número total de casos reportados al Sivigila <i>Coeficiente de multiplicación:</i> x 100
Fuente de información:	<i>Numerador:</i> Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA <i>Denominador:</i> Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA

Proporción de parte del cuerpo lesionada

Tipo de indicador:	
Definición operacional:	<i>Numerador:</i> Número de casos reportados al Sivigila de acuerdo a parte del cuerpo lesionada <i>Denominador:</i> Número total de casos reportados al Sivigila <i>Coeficiente de multiplicación:</i> x 100
Fuente de información:	<i>Numerador:</i> Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA <i>Denominador:</i> Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA

d) Procedimientos estéticos

Incidenia de las lesiones relacionadas con procedimientos estéticos quirúrgicos

Tipo de indicador:	
Definición operacional:	<i>Numerador:</i> Número de casos reportados al Sivigila con lesiones presentadas por procedimientos estéticos quirúrgicos <i>Denominador:</i> Número total de procedimientos quirúrgicos <i>Coeficiente de multiplicación:</i> x 100.000
Fuente de información:	<i>Numerador:</i> Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA <i>Denominador:</i> RIPS el reporte debe ser mensual

Mortalidad relacionada con procedimientos estéticos quirúrgicos

Tipo de indicador:	
Definición operacional:	<i>Numerador:</i> Número de casos reportados al Sivigila por muertes relacionadas con procedimientos estéticos quirúrgicos <i>Denominador:</i> Número total de procedimientos quirúrgicos <i>Coeficiente de multiplicación:</i> x 100.000
Fuente de información:	<i>Numerador:</i> Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA <i>Denominador:</i> RIPS el reporte debe ser mensual

Proporción Morbilidad relacionados con procedimientos estéticos invasivos

Tipo de indicador:	
Definición operacional:	<i>Numerador:</i> Número de casos reportados al Sivigila con lesión por procedimientos estéticos invasivos <i>Denominador:</i> Número total de lesiones reportados relacionadas con procedimientos estéticos no invasivos, invasivos y quirúrgicos <i>Coeficiente de multiplicación:</i> x 100%
Fuente de información:	<i>Numerador:</i> Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA <i>Denominador:</i> Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA

Proporción de procedimientos estéticos quirúrgicos clasificados como inseguros

Tipo de indicador:	
Definición operacional:	<i>Numerador:</i> Número de casos reportados al Sivigila clasificados como inseguros <i>Denominador:</i> Número total de procedimientos quirúrgicos <i>Coeficiente de multiplicación:</i> x 100.000
Fuente de información:	<i>Numerador:</i> Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA <i>Denominador:</i> RIPS

7. Orientación de la acción

7.1. Acciones individuales:

Exposición laboral en menores de 18 años de edad. Las acciones están orientadas a garantizar procesos de:

1. Atención en salud de los casos notificados al sistema y son responsabilidad de las direcciones municipales o distritales de salud y de las EAPB responsables de la atención, con la participación de las IPS involucradas en el proceso de atención de los casos notificados.
2. El restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes sometidos a la explotación laboral es responsabilidad del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Ministerio del Trabajo y de más entidades que tengan por competencia dentro del marco de la política de erradicación del trabajo infantil y la protección de los Niños, Niñas y Adolescentes del país.

Para procedimientos estéticos.

1. Educar a la población para que se documente y verifique la información en cuanto a los procedimientos estéticos a practicar, establecimientos autorizados, profesionales y esteticistas avalados para ejercer el procedimiento estético según competencia, productos cosméticos autorizados, entre otros.

2. Informar a la autoridad sanitaria de los casos que se presenten, sin perjuicio de las notificaciones que deba presentarse a otras autoridades según corresponda.

Para consumo de productos

1. Informar y educar a los consumidores para la prevención de accidentes, desde las precauciones en el momento de adquirir un producto, como la lectura de las instrucciones y advertencias en su uso y manejo.

7.2. Acción colectiva

Exposición laboral en menores de 18 años de edad

1. Fortalecer la coordinación intersectorial compuesta por la Alcaldía, secretaria de Gobierno, Secretaría Local de Salud, sector educativo, ICBF, Ministerio del Trabajo, ONG y demás competentes que operen en la región, entre otras, para la planeación de las acciones y toma de decisiones oportunas.
2. Educación para la minimización del riesgo de sometimiento al trabajo de niños, niñas y adolescentes, mediante la sensibilización y construcción de una cultura de la protección de la niñez con comportamientos seguros y autocuidado, a partir de la divulgación de información relevante y básica de protección con estrategias mediáticas de radio, televisión, afiches, plegables, cartillas, Internet entre otros.
3. Las anteriores actividades deben ser superadas con procesos pedagógicos de mayor alcance donde se de transferencia de saberes que busquen cambiar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a conductas de riesgo y promover la adopción de comportamientos seguros ante la explotación laboral de niños, niñas y adolescentes.
4. Finalmente, la generación de redes sociales, de utilidad demostrada en la prevención, control y erradicación del trabajo en niños, niñas y adolescentes, lo cual parte del reconocimiento de las capacidades de la comunidad para el fomento del cuidado de los menores, que permita su desarrollo, formación y educación. Ello puede lograrse si se incentiva la participación comunitaria en la detección de casos, la denuncia y en los programas de prevención e intervención, acompañado de la difusión masiva de la normatividad vigente.

Para procedimientos estéticos.

1. Educar a la población para que se documente y verifique la información en cuanto a los procedimientos estéticos a practicar, establecimientos autorizados, profesionales y esteticistas avalados para ejercer el procedimiento estético según competencia, productos cosméticos autorizados, entre otros.
2. Informar a la autoridad sanitaria de los casos que se presenten, sin perjuicio de las notificaciones que deba presentarse a otras autoridades según corresponda.

Para consumo de productos

1. Informar y educar a los consumidores para la prevención de accidentes, desde las precauciones en el momento de adquirir un producto, como la lectura de las instrucciones y advertencias en su uso y manejo.

8. Acciones de información, educación y comunicación.

El Instituto Nacional de Salud divulgará mediante boletines epidemiológicos mensuales e informes epidemiológicos trimestrales los resultados de la vigilancia de este evento en página web institucional.

La información referente a la vigilancia de este evento también será divulgada mediante boletines epidemiológicos quincenales (IQEN) y boletines desde el grupo de enfermedades crónicas no transmisibles.

9. Referencias bibliográficas

1. Departamento De Epidemiología Hospital Escuela; Epidemiológica De Lesiones De Causa Externa; Organización Panamericana de la Salud; Segunda Edición, Septiembre 2008 Tegucigalpa, M.D.C Honduras
2. Injuries And Violence The Facts; World Health Organization – OMS; 2010
3. Lesiones por causa externa; Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, Informe de resultados; Capitulo 14, pág. 182;
4. Resolución CD48/20 “Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Promoción de la Seguridad”. 2008.)
5. Comportamiento de lesiones de causa externa, Forensis; Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses ; Colombia, 2013
6. Datos Para la Vida; Herramienta para la Interpretación, Intervención y Prevención de Lesiones de Causa Externa en Colombia; Forensis; Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Colombia
7. Organización Internacional del Trabajo. OIT. Disponible en: <http://www.ilo.org/americas/lang--es/index.htm#a1>
8. Combatir la Trata Infantil con Fines de Explotación Laboral; Programa Internacional Para la Erradicación del Trabajo Infantil; Oficina Internacional del Trabajo, OIT; Primera Edición, 2009.
9. Informe Mundial Sobre el Trabajo Infantil; Vulnerabilidad Económica, Protección social y lucha Contra el Trabajo Infantil; Organización Internacional el Trabajo; OIT. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra. 2013.
10. Protección Infantil contra el Abuso y la Violencia. UNICEF. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/protection/index_childlabour.html
11. Forastieri V. Children at work: Health and safety risks. Geneva: International Labour Office; 1997.
12. Convenio 182 OIT. Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999) / (Erradicar las peores formas de trabajo infantil. Guía para implementar el Convenio 182 de la OIT. – Ginebra: OIT, 2002. p.20

13. Departamento Nacional de Estadísticas. DANE. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/jobinfantil/bol_trab_inf_2013.pdf
14. Liebel, Manfred. Infancia y trabajo: para una mejor comprensión de los niños y niñas trabajadores de diferentes culturas y continentes. Lima, 2003
15. Estrategia Nacional para Prevenir y Erradicar las Peores Formas de Trabajo Infantil y Proteger al Joven Trabajador – 2008 – 2015; Comité Interinstitucional Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Menor Trabajador.
16. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Mitos y Realidades del Trabajo Infantil en Colombia. OIT.
17. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Centro de Estudios Sociales. Observatorio sobre Infancia. Informe sobre las acciones realizadas en desarrollo del Convenio Interadministrativo 047 de 2005, con el MPS. 2006.
18. Copyright Organización Internacional del Trabajo 1999
19. Estado de la Infancia; UNICEF, 1995, pág. 11.
20. Estrategia Nacional para prevenir y erradicar las peores formas de trabajo infantil y proteger al joven trabajador 2008 – 2015, pág., 13
21. Promover el Empleo, Proteger a las Personas. Organización Internacional del Trabajo. Organización Internacional del Trabajo, OIT. Disponible en: <http://ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/child-labour/lang--es/index.htm>
22. Convenios y Recomendaciones de la OIT sobre trabajo infantil. Organización Internacional del Trabajo, OIT. Disponible en: <http://ilo.org/ipec/facts/ILConventionsonchildlabour/lang--es/index.htm>
23. Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182); Organización Internacional del Trabajo, OIT. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/f?p=NORMLEXPUB:12100_ILO_CODE:c182
24. Efectos del Trabajo Infantil en la Salud del Menor Trabajador; Briceño Ayala L, Pinzón Rondón A. Rev. Salud pública. 6 (3): 270-288, 2004
25. Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva N° 358, de mayo de 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>
26. Plan Nacional de Seguridad Vial, Ministerio de Transporte <http://mintransporte.gov.co/transparencia/PNSV%20may%2020-15.pdf>
27. (http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/information_sources/docs/ca/danger_def_es.pdf)
28. (http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-14-214_es.htm)
29. http://consumo-inc.gob.es/noticias/Notasdeprensa/2015/alertas_septiembre.htm información tomada el 23 octubre de 2015)
30. <https://www.sites.oas.org/rcss/ES/Paginas/alerts/default.aspx?ST=1&CO=Colombia>)
31. Servicio Nacional del Consumidor - Sernac. Estadísticas de lesiones asociadas a productos de consumo Hospital Luis Calvo Mackenna, Enero 2014 –Diciembre 2014
32. <http://www.sernac.cl/wp-content/uploads/2015/04/INF-ACC-HLCM-2014.pdf>

33. (reportes de alertas de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición Aecosan http://consumo-inc.gob.es/seguridad/Notificaciones_Alertas_CCAA.htm)
34. [34. \(http://www.sernac.cl/en-hospital-luis-calvo-mackenna-en-un-95-aumento-el-registro-de-incidentes-asociados-a-productos-de/\)](http://www.sernac.cl/en-hospital-luis-calvo-mackenna-en-un-95-aumento-el-registro-de-incidentes-asociados-a-productos-de/).
35. (Santiago Echevarría Zuno, Fernando Sandoval Castellanos, Sara Gutiérrez Dorantes, Adrián Alcantar Bautista, Lilia Cote Estrada <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cg113e.pdf>.)
36. Cartilla Orientaciones para la Prevención de Algunos Riesgos en Cirugías Plásticas Estéticas, Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
37. <http://www.isaps.org/Media/Default/global-tatistics/2015%20SAPS%20Results.pdf>
38. Aguirre Serrano, Navarro Escobar Aníbal Israel, Téllez Rodríguez Nelson Ricardo, Resultados de las investigaciones judiciales de muertes por procedimientos lipoplásticos sometidas a necropsia médico legal en bogotá, entre 1993 -2007) Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Volumen 17 No. 1. Junio de 2011)
39. (Nazar J., y otros, Diiciembre 2014)
40. Aguirre Serrano Herley, Bernal Mónica, Navarro Aníbal, Montes Guillermo, Morales Pedro, Téllez Nelson, Embolia grasa macroscópica por lipoinyección glútea. ¿Una nueva patología? Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Volumen 17 No. 1. Junio de 2011
41. (<http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v37n4/v37n4a09.pdf>)
42. Aguirre Serrano, Navarro Escobar Aníbal Israel, Téllez Rodríguez Nelson Ricardo, Resultados de las investigaciones judiciales de muertes por procedimientos lipoplásticos sometidas a necropsia médico legal en bogotá, entre 1993 -2007) Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Volumen 17 No. 1. Junio de 2011.
43. (Quezada Palacios Javier Alejandro. Morbi- Mortalidad de la cirugía Estética realizada en el servicio de cirugía plástica del hospital general “ Luis Vernaza” en el período agosto del 2012 a julio 2013. Tesis previa a la obtención del título de especialista en cirugía plástica. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Sistema de Posgrado. Escuela de graduados en ciencias de la salud. año 2014. URL: <http://repositorio.ucsq.edu.ec/bitstream/123456789/3153/1/T-UCSG-POS-EGM-CP-4.pdf>)
44. Coiffman Felipe, Alogenosis iatrogénica, Cirugía plástica, Ibero-Latinamericana. Volumen 34 No. 1 enero- febrero – mrzo 2008/ pag.1-10
45. Erradicar las peores formas de trabajo infantil. Guía para implementar el Convenio núm. 182 de la OIT - Ginebra: OIT, 2002. p.16
46. Convenio 182 OIT. Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999) / (Erradicar las peores formas de trabajo infantil. Guía para implementar el Convenio 182 de la OIT. – Ginebra: OIT, 2002. p.20
47. Coordinadora Nacional De Organizaciones e Instituciones de Trabajadoras del Hogar del Perú, Cusco / Proyecto Ley de las Trabajadoras del Hogar [2000].
48. IPEC, Alto al Trabajo Infantil; Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil; Organización Internacional del Trabajo; OIT; Disponible en: <http://white.lim.ilo.org/ipec/pagina.php?pagina>

49. IPEC, Alto al Trabajo Infantil; Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil; Organización Internacional del Trabajo; OIT; Disponible en: <http://white.lim.ilo.org/ipecc/pagina.php?pagina>
50. Fuente: Erradicar las peores formas de trabajo infantil. Guía para implementar el Convenio núm. 182 de la OIT.-Ginebra: OIT, 2002. p.15 Definiciones tomadas de la página: white.oit.org.pe/ipecc/pagina.php?
51. <http://espanol-diccionario.com/definiciones/?word=misuse>
52. <http://www.seguridaddeproductos.cl/seguridad-de-productos/que-es-seguridad-de-productos/>
53. <http://drdanilla.cl/complicaciones-en-cirugia-plastica>
54. <http://drdanilla.cl/complicaciones-en-cirugia-plastica>

10. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
01	2016	03	02	Diseño del protocolo de vigilancia	María Isabel Schotborgh Néstor Laverde Yuliana Valbuena - Profesionales especializado MSPS Ana María Blandón Rodríguez – Profesional especializado INS

REVISÓ	APROBÓ
Oscar Eduardo Pacheco	Máncel Enrique Martínez Durán
Subdirector de prevención, vigilancia y control en salud pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Anexos

Anexo 1 Glosario

Exposición laboral en menores de 18 años

Adolescente: personas entre 12 y 18 años de edad. (Art. 3 ley 1098 de 2006).

Edad mínima límite: La edad mínima de admisión al trabajo es los quince (15) años. Para trabajar, los adolescentes entre los 15 y 17 años requieren la respectiva autorización expedida por el Inspector de Trabajo o, en su defecto, por el Ente Territorial Local y gozarán de las protecciones laborales consagrados en el régimen laboral colombiano, las normas que lo complementan, los tratados y convenios internacionales ratificados por Colombia, la Constitución Política y los derechos y garantías consagrados en este código. Los adolescentes autorizados para trabajar tienen derecho a la formación y especialización que los habilite para ejercer libremente una ocupación, arte, oficio o profesión y a recibirla durante el ejercicio de su actividad laboral. Ley 1098 de 2006, Artículo 35.

Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes: violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. Se comete contra una persona menor de 18 años, en el que a la víctima o a un tercero se le ofrece pagar o se le paga en dinero o en especie. Algunas formas en las que se manifiesta esta explotación son: la pornografía, la utilización de niñas, niños y adolescentes en la prostitución, el matrimonio servil, la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes por parte de actores armados y la explotación sexual asociada. En conclusión aplica a los menores de 18 años a quienes se utilizan como objeto sexual, mercancía negociable a cambio de una transacción monetaria o en especies (Ley 1336 de 2009).

Maltrato infantil: Consiste en infringir de manera recurrente daños físicos o emocionales a un niño a una niña o a un adolescente, tales como golpes intencionales, castigos corporales sin control, la persistente ridiculización y degradación, el abandono, el abuso sexual cometido usualmente por padres, madres, cuidadores o cualquier adulto.

Niño – Niña: personas entre los 0 y los 12 años. (Art. 3 ley 1098 de 2006).

Normas Internacionales del Trabajo: Las normas de la OIT pueden ser convenios o recomendaciones y se negocian con los mandantes tripartitos de la Organización - representantes de gobiernos, de empleadores y de trabajadores de los Estados miembros de la OIT- en la Conferencia Internacional del Trabajo, que se reúne una vez al año. Los convenios son tratados internacionales abiertos a ratificación por parte de los Estados miembros de la OIT.

Las recomendaciones establecen pautas para influir en la acción de los Estados miembros pero son objeto de ratificación. Algunos convenios van acompañados de

recomendaciones sobre el mismo tema, cuya finalidad es dar a los Estados una guía detallada de los medios para aplicar las disposiciones del convenio).

Peores formas de trabajo infantil: En el marco del Convenio 182 OIT, comprende: Todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio, incluido el reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados; la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas; la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas, en particular la producción y el tráfico de estupefacientes, tal como se definen en los tratados internacionales pertinentes, y el trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños.

El Convenio 182 insta a los Estados que lo han ratificado a adoptar medidas inmediatas y eficaces para conseguir la prohibición y la eliminación de las peores formas de trabajo infantil con carácter de urgencia. Contrariamente al Convenio 138, el Convenio 182 no contiene ninguna "cláusula de flexibilidad" y no distingue entre países desarrollados y países en desarrollo. El Convenio se aplica a todos los menores de 18 años.

El Convenio 182, no suplanta ni contradice al Convenio 138, más bien delimita una esfera de acción prioritaria que forma parte del ámbito del Convenio sobre la edad mínima

Trabajador del hogar: Persona que se dedica en forma habitual y continua a labores de casa u hogar: limpieza, cocina, cuidado de niños, servicio o asistencia a la familia y demás propias de la conservación de una casa-habitación y del desenvolvimiento de la vida de un hogar que no importen lucro o negocio para el empleador o empleadora y sus familiares, siendo la contraprestación por dicha ocupación una determinada suma de dinero.

Trabajo decente: Se refiere a aquel que se da en un marco de respeto por los principios y derechos fundamentales del trabajo, con protección social e ingresos suficientes para permitir al trabajador/a y su familia mantener una vida digna. Lo anterior, en un clima de diálogo social (47).

Trabajo doméstico: Trabajo realizado de forma continua, a jornada completa o parcial, al servicio de una o más personas o de una familia, en tareas de aseo, cocina y asistencia, propias de un hogar. Conjunto de actividades "cuyo objetivo es la producción de bienes y servicios para satisfacer las necesidades de los miembros de una unidad doméstica" Incluye las tareas destinadas a la fabricación o preservación de materiales necesarios para el hogar y las personas que viven en él (comida, limpieza, lavado y planchado de ropas, etc.), así como el cuidado de las personas que viven en un hogar. Se caracteriza por: ser un trabajo realizado primordialmente por mujeres, se realiza de manera aislada al interior del hogar, no se reconoce socialmente, no se valora económicamente, no tiene jornada específica de trabajo y es un trabajo invisible .

Trabajo infantil: Se refiere a cualquier trabajo desarrollado por personas de menos de 18 años, que es física, mental, social o moralmente perjudicial o dañino para él, e interfiere en su escolarización: privándole de la oportunidad de ir a la escuela; obligándole a abandonar prematuramente las aulas, o exigiendo que intente combinar la asistencia a la escuela con largas jornadas de trabajo pesado (49).

Trabajo peligroso: Ninguna persona menor de 18 años debe realizar trabajos que atenten contra su salud o su moralidad.

Turismo sexual: utilización de una niña, niño o adolescente en actividades sexuales por personas que viajan de su país o ciudad de origen a otro u otra. Se da en el contexto del turismo por lo tanto, predomina en los lugares cuya economía depende de este sector (Ley 1336 de 2009)

Accidente de tránsito

Conductor: Cualquier persona implicada en un siniestro vial con víctimas, que estuviera conduciendo un vehículo en el momento del hecho.

Herido: Cualquier persona que, como consecuencia de un siniestro vial con víctimas, no resulte muerta en el acto o dentro de los 30 días siguientes, pero sufra lesiones. Normalmente, estas lesiones requieren tratamiento médico. Se excluyen los intentos de suicidio. Las personas con lesiones muy leves, como pequeños cortes o magulladuras, no suelen ser registradas como heridos. Se excluyen los casos en los que la autoridad competente declara que la causa de la herida ha sido un intento de suicidio.

Herido grave: Cualquier persona herida que ha sido hospitalizada durante más de 24 horas.

Herido leve: Cualquier persona herida, excluidos los muertos y heridos graves.

Muerto: Cualquier persona fallecida en el acto o durante los 30 días siguientes a un hecho de tránsito con víctimas, excluidos los suicidios. Se excluyen los casos en los que la autoridad competente declara que la causa de la muerte ha sido un suicidio.

Pasajero: Toda persona que, sin ser conductor, se encuentra dentro o sobre un vehículo en el momento del siniestro vial, o es arrollada mientras está subiendo o bajando del vehículo.

Peatón: Cualquier persona implicada en un hecho de tránsito con víctimas, distinta de un conductor o un pasajero. Se incluyen los ocupantes o personas que empujan o arrastran un coche de niño o de impedido o cualquier otro vehículo sin motor de pequeñas dimensiones. Se incluyen también las personas que conducen a pie un ciclo o ciclomotor, o se desplazan sobre patines u otros artefactos parecidos.

Siniestro de circulación con víctimas: Cualquier hecho de tránsito con implicación de al menos un vehículo en movimiento, que tenga lugar en una vía pública o en una vía

privada a la que la población tenga derecho de acceso, y que tenga como consecuencia al menos una persona herida o muerta. Un suicidio o intento de suicidio no se considera un accidente, sino un incidente causado por un acto deliberado de infligirse lesiones mortales. Sin embargo, si un suicidio o un intento de suicidio causan heridas a otro usuario, entonces el incidente debe ser considerado un accidente con víctimas.

Se incluyen: las colisiones entre vehículos; entre vehículos y peatones; entre vehículos y animales u obstáculos fijos; los siniestros viales con la intervención de sólo un vehículo; y las colisiones con vehículos ferroviarios. Las colisiones múltiples se contabilizan como un solo hecho de tránsito si las colisiones se suceden en un periodo de tiempo muy corto. Se excluyen los hechos de tránsito con sólo daños materiales. Se excluyen los actos terroristas.

Siniestro mortal: Cualquier hecho de tránsito con víctimas a consecuencia del cual fallece al menos una persona.

Siniestro no mortal: Cualquier hecho de tránsito con víctimas distinto de un accidente mortal.

Víctima: Cualquier persona muerta o herida como consecuencia de un siniestro vial.

Consumo de Producto

Accidente de consumo. Evento involuntario causado por un producto que genera daño a la salud o la muerte. Fuente: 1er taller Internacional sobre Accidentes de Consumo; Organización Mundial de la Salud – OMS; Organización de los Estados Americanos – OEA; Organización Panamericana de la Salud – OPS; Red Consumo Seguro y Salud; Santo Domingo, República Dominicana; 2015.

Consumidor o Usuario. Toda persona natural o jurídica que, como destinatario final, adquiera, disfrute o utilice un determinado producto, cualquiera que sea su naturaleza para la satisfacción de una necesidad propia, privada, familiar o doméstica y empresarial cuando no esté ligada intrínsecamente a su actividad económica. Se entenderá incluido en el concepto de consumidor el de usuario (Ley 1480 de 2011)

Mal uso. El uso incorrecto; aplicación indebida; uso erróneo o indebido .

Mal uso previsible. uso inadecuado o incorrecto de un producto que es capaz de ser conocido o anticipado por anticipado, basadas en el mejor conocimiento del proveedor sobre el producto y el comportamiento humano.

Producto. Todo bien o servicio (Ley 1480 de 2011).

Producto defectuoso. Es aquel bien mueble o inmueble que en razón de un error el diseño, fabricación, construcción, embalaje o in formación, no ofrezca la razonable seguridad a la que toda persona tiene derecho (Ley 1480 de 2011).

Seguridad. Condición del producto conforme con la cual en situaciones normales de utilización teniendo en cuenta la duración, la información suministrada en los términos de la presente ley y si procede, la puesta en servicio, instalación y mantenimiento, no presenta riesgos irrazonables para la salud o integridad de los consumidores. En caso de que el producto no cumpla con requisitos de seguridad establecidos en reglamentos técnicos o medidas sanitarias, se presumirá inseguro (Ley 1480 de 2011).

Procedimientos estéticos

Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento: Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos (Resolución 5521 de 2013).

Complicación. Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente (Resolución 5521 de 2013).

Complicaciones leves: aquellas que pueden retrasar el retorno a actividades normales pero no dejan secuelas o dejan secuelas mínimas (52).

Complicaciones graves son aquellas que ocasionan secuelas, discapacidad, invalidez o muerte (53).

Complicaciones moderadas aquellas que pueden requerir re-hospitalización o re-intervención quirúrgicas y pueden dejar secuelas estéticas o funcionales mínimas.

Procedimientos estético. Son aquellas técnicas, tratamientos y/o procedimientos a través de los cuales se busca cambiar, restaurar o realzar la apariencia de una persona.

Procedimientos estéticos quirúrgicos inseguros: Para efecto de contribuir con el análisis de las variables disponibles en la ficha de notificación, los procedimientos estéticos quirúrgicos inseguros son aquellos que al revisar el reporte de la notificación se identifica que este fue practicado por un personal no autorizado o en un establecimiento que no se encuentre habilitado o autorizados para su realización conforme a la normatividad vigente. Si como resultado de la investigación practicada por las áreas de vigilancia sanitaria, de habilitación, calidad y epidemiológica la autoridad sanitaria identifica otras situaciones que puedan generar inseguridad o contribuir en la aparición de la lesión, se clasificará para efecto del análisis el procedimiento como inseguro.

Anexo 2. MARCO LEGAL

1. Exposición laboral en menores de 18 años

Actualmente en Colombia rigen Leyes y ratificaciones de Convenios Internacionales sobre diferentes formas de violencia y la eliminación del Trabajo Infantil y sus Peores Formas. Conocerlas y aplicarlas es también parte del múltiple esfuerzo y proceso para prevenir, atender y controlar su ocurrencia. A continuación se destacan las siguientes:

Constitución Política de 1991: Define al Estado Colombiano como Estado Social de Derecho fundamentado en la dignidad humana (Art. 1°) y en el reconocimiento de los derechos inalienables de todos los seres humanos (Art. 5° y 13). Para el caso concreto de la infancia y la adolescencia, el Art. 44 enuncia los “Son Derechos Fundamentales de los Niños y Niñas: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán, también, de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las Leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. Art. 45, protección y formación integral del adolescente.

LEY 7 DE 1979, Reglamentada por el Decreto Nacional 2388 de 1979, normas para la protección de la Niñez, se establece el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se reorganiza el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras disposiciones.

Ley 12 de 1991: Se incorpora la convención internacional sobre los derechos de los niños de las Naciones Unidas.

Ley 515 de 1999: Aprueba el "Convenio 138 sobre la Edad Mínima de Admisión de Empleo", adoptada por la 58ª Reunión de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza, el veintiséis (26) de junio de mil novecientos setenta y tres (1973).

Ley 704 de 2001: Aprueba el Convenio 182 de 1999 sobre la prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil.

Ley 679 de 2001: Cuyo objeto, contenido en su primer artículo, es “...dictar medidas de protección contra la explotación, la pornografía, el turismo sexual y demás formas de abuso sexual con menores de edad, (...) y la expedición de otras disposiciones en desarrollo del artículo 44 de la Constitución.

Ley 1098 de 2006: Código de la Infancia y la Adolescencia. en los Art. 20, 35, 41, 44, 89, 113 al 118, dice que los NNA serán protegidos por el Estado, la sociedad y la familia, contra las PFTI. El artículo 46, determina las obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud, en su ítem 10 indica que se debe capacitar al personal de

salud para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en Niños, Niñas y Adolescentes, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el Niño, Niña o Adolescente sea víctima.

Ley 1616 de 2013: Ley de Salud Mental. Art: 35. Sistema De Vigilancia Epidemiológica. El Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, Distritales y Municipales a través del Observatorio Nacional de Salud deberán implementar Sistemas de Vigilancia Epidemiológica en eventos de interés en salud mental incluyendo: **Maltrato Infantil y Peores Formas de Trabajo Infantil, (Sivim).**

Decreto 0859 de 1995: Comité Interinstitucional para de Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Menor Trabajador [(CIETI)]. Instancia del nivel nacional encargada de formular y desarrollar las políticas en el tema.

Decreto 1137 de 1999: Consejos de Política Social; en todos los Departamentos y Distritos, análisis y políticas de infancia y familia” (Art. 13).

Decreto 3518 de 2006: Crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública; Art 1 crear y reglamentar 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 afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; Art. 2. Rige en todo el territorio nacional y son de obligatorio cumplimiento y aplicación por parte de las instituciones e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud 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, personas, organizaciones comunitarias y comunidad en general, así como otras organizaciones o instituciones de interés fuera del sector, siempre que sus actividades influyan directamente en la salud de la población y que de las mismas, se pueda generar información útil y necesaria para el cumplimiento el objeto y fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA.

Resolución 1677 de 2008: Señala las actividades consideradas como Peores Formas de Trabajo Infantil y establece la clasificación de actividades peligrosas y condiciones de trabajo nocivas para la salud e integridad física o psicológica de las personas menores de 18 años de edad.

Resolución 6018 de 2010 del ICBF: Aprueba el Lineamiento Técnico para el Programa Especializado de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Vinculados a Peores Formas de Trabajo Infantil, con sus Derechos Amenazados, Inobservados o Vulnerados.

Resolución 3597 de 2013: Señalan las actividades consideradas como Peores Formas de Trabajo Infantil y se establece la clasificación de actividades peligrosas y condiciones de trabajo nocivas para la salud e integridad física o psicológica de las personas menores de 18 años de edad.

Sentencia C- 1188 DE 2005, M.P. Dr. Alfredo Beltrán Sierra: Recuerda la Corte que "las disposiciones contenidas en los tratados internacionales no se convierten automáticamente en una barrera para el desarrollo de las medidas de protección que internamente puedan otorgarse a los derechos de los Niños, es decir, sus normas constituyen parámetros mínimos de sujeción para los Estados Partes, a partir de las cuales el Estado puede establecer una protección jurídica más amplia"[28], la Corte mencionó que dicho fenómeno se conoce como "el principio de maximización de la esfera protegida por las normas constitucionales".

La Corte pone de presente la situación de los Niños Colombianos "que trabajan en condiciones que ponen en peligro su vida, integridad física y personal, su salud, su formación, su educación, desarrollo y porvenir. Algunos de ellos están sometidos a la Peores Formas de Trabajo Infantil, lo que en no pocas ocasiones les generan daños físicos y psicológicos irreversibles e impiden su adaptación social". Recuerda lo dicho en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social, celebrada en Copenhague en marzo de 1995, "en donde se señaló claramente que la eliminación del trabajo infantil es un elemento clave para el desarrollo social sostenible y la reducción de la pobreza. La Corte concluyó que "Del análisis de dicha normatividad, se puede deducir que ni la Constitución, ni los tratados internacionales proscriben el trabajo infantil.

Política Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y de Protección al Joven Trabajador: Estrategia Nacional para Prevenir y Erradicar las Peores Formas de Trabajo Infantil y proteger al joven trabajador – 2008 – 2015, Ministerio de la Protección Social (Ministerio del Trabajo). Comité Interinstitucional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador; tiene una composición tripartita: Estado, Organizaciones de empleadores y Organizaciones de trabajadores.

Convenio 138 OIT, 26 DE JUNIO 1973: art 1. Todo Miembro para el cual esté en vigor el presente Convenio se compromete a seguir una política nacional que asegure la abolición efectiva del trabajo de los Niños y eleve progresivamente la edad mínima de admisión al empleo o al trabajo a un nivel que haga posible el más completo desarrollo físico y mental de los menores. **Art 2.** La edad mínima no deberá ser inferior a la edad en que cesa la obligación escolar, o en todo caso, a quince años.

Convenio 182 de la OIT, 1 de junio de 1999: El Convenio núm. 182 de la Organización, Internacional del Trabajo (OIT) saca a la luz el drama de estos Niños y establece el objetivo de erradicar las Peores Formas de Trabajo Infantil.

2. Lesión por accidente de tránsito

Ley 1702 de 2013 por la que se crea la Agencia Nacional de Seguridad y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1282 de 2012, Por la cual se adopta el Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2016

Resolución 2273 de 2014, *por la cual se ajusta el Plan nacional de seguridad vial 2011 - 2021 y se dictan otras disposiciones*

3. **Lesión o daño a la salud, vida o seguridad del consumidor relacionados con el consumo de productos**

Constitución Política de Colombia. Artículos 2 y 78

Ley 9 de 1979, *Por la cual se dictan medidas sanitarias,* Artículos 550 y 551

Ley 1480 de 2011 *Por medio de la cual se expide el estatuto del consumidor.*

Decreto 4886 de 2011, Modifica la Estructura de la Superintendencia de Industria y Comercio, y determinan las funciones de sus dependencias. Artículo 12.

Decreto 3518 de 2006, *Sistema de Vigilancia en Salud Pública*

Resolución 1229 de 2013 *Por la cual se establecen el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano*
Internacionales.

Resolución AG/RES. 2494 (XXXIX-O/09) sobre Protección del Consumidor de la Asamblea General de la OEA (SIAR)

4. **Procedimientos estéticos.**

Resolución 2263 de 2004, Por la cual se establecen los requisitos para la apertura y funcionamiento de los centros de estética y similares y se dictan otras disposiciones

Resolución 2003 de 2014, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de servicios de salud

Resolución 5521 de 2013, Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Resolución 3374 de 2000, Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.