

## Importancia de la intersectorialidad en la investigación para la salud: conectando comunidades, científicos y tomadores de decisiones

Natalia Godoy-Casasbuenas<sup>1</sup>, Manuel Franco<sup>2</sup>, Juan Manuel Lozano<sup>3</sup>, Nancy Gore-Saravia<sup>4</sup>, Grupo promotor de integración intersectorial de investigación para la salud<sup>5</sup>

El concepto de *intersectorialidad*, aplicado al campo de la salud en la región de las Américas, tiene sus bases en la *Declaración Salud para Todos* de Alma-Ata de 1978 (1). En ese documento, se enfatizó sobre la estrategia de atención primaria y la búsqueda de equidad en salud, resaltando que la intersectorialidad «entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario [...]» (2). De esa manera 39 años después, el reto de la intersectorialidad sigue vigente tal y como se expresa en la estrategia de investigación para la salud de la Organización

Mundial de la Salud (OMS), en la que se destaca la necesidad de incorporar los hallazgos de la investigación científica en las políticas públicas, la promoción y en la atención médica (1, 3).

Siguiendo esa línea, la falta de implementación de medidas e intervenciones, cuya eficacia y costo-efectividad han sido demostradas, genera un impacto negativo en la salud y por ende en la economía de los países tanto con altos como bajos ingresos (4, 5). En ese sentido, se reconoce que la limitada comunicación entre los actores de los diferentes sectores constituye la barrera más

<sup>1</sup> MD., MSc. Salud Pública. Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM). Cali, Colombia.

<sup>2</sup> MD., PhD Instituto de Genética Humana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> MD., Esp. Pediatría, Mg. Epidemiología clínica. Departamento of Ciencias de Investigación en Salud y Poblaciones, Colegio de Medicina Herbert Wertheim, Universidad Internacional de la Florida, Miami, Estados Unidos.

<sup>4</sup> Biol., MSc. Environmental health, PhD. Microbiología, PhD. Inmunología. Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM). Cali, Colombia.

<sup>5</sup> El grupo de integración intersectorial está compuesto, en orden alfabético, por: Ranniery Acuña (Hospital Militar Central); Liliana Alarcón (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali); Martha Ayala (Instituto Nacional de Salud); Juliana Barbosa (Instituto Nacional de Salud); Diana Caicedo (Universidad del Valle); Martha Castaño (Secretaría Departamental de Salud del Valle), Mabel Castillo (Cideim Tumaco), María del Mar Castro (Cideim), Wilson Cortés (Cideim Tumaco), Alexandra Cossio (Cideim), Adriana Cruz (Cideim), Fernando de la Hoz (Universidad Nacional de Colombia), Liliana Gallego (Universidad de Antioquia), María Adelaida Gómez (Cideim), Jimena Jojoa (Cideim), Eduardo López (Centro de Estudios en Infectología Pediátrica), Idalia Martínez (Red inter-étnica de parteros y parteras del Departamento del Chocó), Fernando Mendigaña (Ministerio de Salud y de Protección Social), Luis Fernando Mejía (Hospital Infantil Fundación Club Noel), Lyda Osorio (Universidad del Valle), Martha Lucía Ospina (Instituto Nacional de Salud), Clemencia Ovalle (Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta), Pilar Pérez (Instituto Departamental de Salud de Nariño), Flor Quiñones (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali), Lady Giovanna Ramírez (Cideim), Martha Rentería (Laboratorio Departamental de Salud Pública del Chocó), Yalile del Pilar Ricard (Universidad Tecnológica del Chocó Diego Luis Córdoba), Luisa Rubiano (Cideim), María del Pilar Rubio (Glaxo Smith Kline), Amparo Sabogal (Instituto Nacional de Salud), Juan Carlos Salazar (Connecticut Children's Medical Center/ University of Connecticut), Zaider Triviño (Universidad del Valle), Gloria Tunubala (ESE Norte - Cali), Hernán Vargas (Secretaría de Salud de Bogotá) y Pilar Zambrano (Ministerio de Salud).

importante para la implementación de los resultados de las investigaciones y su incorporación en el diseño de las políticas públicas (6- 8). En efecto, la interacción promovida por la intersectorialidad beneficia la comunicación y la generación de políticas de salud pública (8, 9).

Inspirado en este concepto y en la importancia vital de la articulación entre múltiples sectores para mejorar la salud de los colombianos, el Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM) junto con colegas de diversas instituciones y representantes de la comunidad crearon un espacio de discusión, concertación de ideas y construcción de vínculos para la resolución de problemas apremiantes en la salud pública nacional, en el marco del seminario/ taller: *Integración intersectorial en la investigación para la salud*. El taller creó una oportunidad para el trabajo conjunto entre diferentes sectores que influyen en los determinantes sociales de la salud y refleja un trabajo alineado con la Política de Investigación para la Salud de las Américas y la Estrategia de Investigación para la Salud de la OMS (10, 11).

Los participantes del evento provenían de la comunidad, la academia, los sectores productivo y médico-clínico, el sistema de salud pública y centros de investigación. En consenso, se pusieron en consideración las oportunidades y estrategias intersectoriales alrededor de tres tópicos actuales priorizados por el Ministerio de Salud y la OMS y que han sido objeto de investigación en las dos últimas convocatorias de Colciencias, a saber: 1) las pruebas rápidas de diagnóstico para la prevención y eliminación de la sífilis congénita, 2) el acceso al diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea en poblaciones dispersas y 3) Colombia en la preparación para la introducción de la vacuna contra el virus sincicial respiratorio (VSR). La conferencia inaugural del seminario-taller estuvo a cargo

de Roger Glass, Director del Centro Internacional Fogarty de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, quien compartió su experiencia sobre los retos y altibajos del desarrollo de la vacuna contra el rotavirus y su posterior inclusión dentro de los Planes Ampliados de Inmunización en las Américas. Este ejemplo de investigación y desarrollo para la salud, cuyos resultados fueron incorporados exitosamente en la política pública, sirvió de referente y apoyo para el análisis de los tres casos de estudio.

Durante el taller, se determinó que las tres enfermedades tratadas en los casos de estudio coinciden en la afectación de poblaciones en situación de vulnerabilidad (niños, mujeres en estado de embarazo, personas en situación de pobreza y con difícil acceso a los servicios de salud). Adicionalmente, se reconoció que para su abordaje, prevención y tratamiento oportuno se requiere del trabajo entre varios sectores. En virtud de ello, las discusiones entre los actores de los diferentes sectores se centraron en las siguientes preguntas: 1) ¿Qué tenemos?, 2) ¿Cuáles son las necesidades y las barreras? y 3) ¿Cuáles son las estrategias para superarlas?

## ¿Qué tenemos?

A propósito de la discusión sobre las fortalezas, el grupo que trabajó en el caso de las pruebas rápidas de diagnóstico de sífilis destacó el valor y la ventaja de contar con una guía de práctica clínica actualizada y basada en la evidencia. Esta guía recomienda el uso de las pruebas rápidas como parte del proceso de diagnóstico de la sífilis gestacional y constituye un producto del trabajo concertado del sector de salud pública y la academia (12). La existencia de un medicamento de bajo costo y altamente efectivo con una sola dosis (penicilina benzatínica) constituye otra enorme ventaja para la

prevención de transmisión madre a hijo. Igualmente, la disponibilidad de un sistema de información estandarizado, donde la sífilis gestacional y congénita son eventos de notificación obligatoria, contribuye a movilizar recursos logísticos y políticos para su prevención y eliminación, un compromiso que el país ya asumió.

Por otra parte, en el caso del acceso al diagnóstico y al tratamiento de la leishmaniasis cutánea, los elementos que permiten superar barreras incluyen un medicamento oral (miltefosine) con eficacia y seguridad demostradas para el tratamiento de adultos y niños (13), así como alternativas diagnósticas que se encuentran actualmente en estudio, por ejemplo, una prueba rápida realizable en campo. Estos avances se señalaron como una: «ventana de oportunidad» y juntos abren camino hacia el diseño de estrategias de diagnósticos y administración de tratamientos basados en la comunidad. Así pues, se destacó la importancia de la factibilidad de obtener muestras por parte del personal capacitado no profesional residente en las comunidades afectadas de manera no invasiva, (14) como otro elemento facilitador para el acceso al diagnóstico en poblaciones dispersas.

En el caso del análisis de los insumos necesarios con el ánimo de llevar cabo la preparación para la introducción de la vacuna contra el VSR, se retoma la experiencia previa que tuvo el país con la introducción de la vacuna contra el rotavirus, incluida en el Plan Ampliado de Inmunizaciones en 2009 (15). Adicionalmente, se cuenta con información disponible por parte de la industria farmacéutica sobre vacunas que se encuentran en estado de desarrollo. Si bien la mayoría están en una fase preclínica de desarrollo, 16 están en evaluación clínica (16, 18). En efecto, existen 60 potenciales candidatos de vacunas dirigidas a la población pediátrica y a personas de edad avanzada (16- 18),

aunque se espera que las primeras vacunas en ser licenciadas sean aplicadas en mujeres embarazadas y adultos mayores (16).

## ¿Cuáles son las barreras y qué necesitamos?

En relación con las barreras y necesidades percibidas para la prevención y eliminación de la sífilis congénita, se identificaron tres problemas principales:

1. Carencia en la precisión de la notificación y definición de casos de sífilis gestacional y congénita en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila): si bien la ficha de notificación de casos se adaptó de forma inmediata en respuesta a los cambios de la nueva Guía de atención integral de la sífilis gestacional y congénita (12), las acciones clínicas incluidas en la guía aún no están implementadas en todos los servicios de salud del país, especialmente el uso de las pruebas de diagnóstico rápido; de ese modo, la mayoría de gestantes aún son diagnosticadas y tratadas siguiendo los lineamientos del antiguo protocolo. En consecuencia, un alto porcentaje de casos de sífilis congénita no han sido notificados al Sivigila porque, aunque tengan una serología reactiva elevada, si no presentan una prueba treponémica positiva no se consideran casos.
2. Demora en el diagnóstico: además de promover el inicio temprano del control prenatal, para cumplir con la recomendación de la nueva guía (hacer el diagnóstico y el tratamiento en un mismo momento), es necesario facilitar la realización de pruebas de diagnóstico rápido en el consultorio.
3. Fallas en la administración de un tratamiento oportuno: el mayor impacto en la disminución de la transmisión materno-infantil de sífilis se logra mediante la realización del diagnóstico y

el tratamiento con penicilina en la primera visita del control prenatal. El diagnóstico y tratamiento de sífilis aún no se hace en consultorios porque no se cumple con los requisitos exigidos por las normas de habilitación de los servicios de salud, *Resolución 2003 de 2014* (19), y por temores exagerados sobre las reacciones anafilácticas a la penicilina. Sin embargo, se deben superar estas barreras para adoptar y adaptar la guía a cabalidad, logrando así el impacto deseado en la disminución de casos de sífilis congénita.

En lo que respecta al acceso al diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea en poblaciones dispersas, se identificaron barreras geográficas, económicas y culturales. El conflicto armado y otras actividades ejercidas al margen de la ley en las zonas endémicas también han restringido la búsqueda de atención médica, la supervisión del tratamiento y el uso de intervenciones para el control de la transmisión. El proceso de paz y el posconflicto abren paso al diseño de estrategias innovadoras, incluyendo la participación de líderes comunitarios y promotores de salud en la vigilancia epidemiológica a través de la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) por los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). También, se reconoció la urgencia de revisar y actualizar la guía de práctica clínica más reciente (20), publicada en el año 2010 y que requiere una profunda evaluación de sus recomendaciones. Además, teniendo en cuenta los diferentes escenarios de su implementación, debería asegurar la disponibilidad de las herramientas apropiadas a estos escenarios.

En el caso de la preparación para la introducción de la vacuna contra el VSR, se resaltó la insuficiencia de información epidemiológica, la importancia de optimizar los protocolos de vigilancia

de las infecciones respiratorias agudas (IRAs) y de infecciones respiratorias agudas graves (21) para poder evaluar mejor la morbimortalidad y conocer la temporalidad de los casos y el impacto del VSR en los grupos de riesgo en nuestro país. De igual manera, se identificó la urgencia de fortalecer la red nacional de laboratorios en métodos de diagnóstico, procesamiento y conservación de muestras respiratorias desde los entes territoriales. Asimismo, se destacó la importancia de la capacidad local para confirmar el diagnóstico y la identificación de casos, así como el análisis centralizado de datos para conocer y vigilar el comportamiento epidemiológico local, regional y nacional de la enfermedad antes y después de la introducción de la vacuna.

### **¿Cuáles son las estrategias que aprovechan lo que tenemos y permiten superar las barreras identificadas?**

Se identificaron mecanismos de articulación y concertación de esfuerzos intersectoriales para promover soluciones en los tres casos de estudio. La constitución de una red de comunicación entre los actores interesados y comprometidos en la implementación de las pruebas rápidas de diagnóstico para la prevención de la sífilis congénita, a través de la red BASTA (Battling Against Syphilis – A Team Approach (22)), es uno de los ejemplos de esfuerzos de concertación intersectorial. Esta es una red creada en el 2007 por la OMS y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), que agrupa más de 100 colaboradores a nivel mundial que comparten ideas e información acerca de iniciativas para la eliminación la sífilis congénita; CIDEIM hace parte de esta red (22). Se resaltaron tanto la importancia de la inclusión de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) (23) en esta red de comunicación, como la estandarización de los procesos de vigilancia, inspección y control para el cumplimiento de la guía

de práctica clínica para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita (12, 24).

En cuanto a las estrategias críticas de intervención de la leishmaniasis cutánea por las autoridades del sector de salud pública, se priorizaron la caracterización formal de la situación epidemiológica actual, el compromiso político e institucional y la disponibilidad financiera para el manejo de esta enfermedad, desatendida en zonas rurales. Por otra parte, se recomendó el diseño de modelos de gestión del conocimiento que incluyan agencias reguladoras (Invima) y financiadoras para que den alcance a la investigación en zonas rurales. Desde el sector de la academia, se propuso evaluar la efectividad, adherencia al tratamiento y reacciones adversas de los tratamientos actuales y de otros disponibles en el futuro, para la selección de opciones terapéuticas asequibles en diversos escenarios de las zonas rurales.

Por último, para el caso de la introducción de la vacuna contra el VSR, las discusiones durante la reunión constituyeron un insumo para crear lazos de colaboración técnico-científica entre los diferentes sectores. Un grupo interinstitucional de los participantes está realizando una revisión de la literatura para recopilar los estudios epidemiológicos sobre el comportamiento del VSR en diferentes regiones de Colombia. También se propuso llevar a cabo un estudio nacional para conocer la carga de enfermedad, la estacionalidad y los costos asociados a la infección producida por el VSR (25). Los resultados de esos estudios son claves para preparar a la comunidad y sensibilizar a los tomadores de decisiones cuando se considere introducir esta vacuna al país.

En conclusión, este encuentro propició la interacción y la articulación entre los diferentes sectores y el reconocimiento de su importancia para

la identificación de prioridades de investigación. Se reconoció que la movilización de voluntad política y la participación de las comunidades afectadas en todo el proceso de la investigación, desde la identificación de las necesidades hasta la implementación de los resultados, son factores determinantes para su éxito. Los más de 50 asistentes de 24 entidades que participaron se comprometieron a continuar el proceso de integración iniciado con base en los planes definidos y a seguir «domando la bestia» y experimentar a la vez, la «belleza» de la integración intersectorial. Resulta entonces oportuno crear, a propósito, espacios propicios para la integración intersectorial de la investigación para la salud.

## Agradecimientos

El proyecto para promover la integración intersectorial de la investigación para la salud es patrocinado por el Programa Especial para Investigación de Enfermedades Tropicales (Tropical Disease Research –TDR) apoyado por WHO, UNICEF, World Bank, UNDP. Agradecemos a Ernesto Jaramillo, MD, PhD, Medical Officer WHO Global TB Program y a Luis Gabriel Cuervo MD, MSc Asesor Principal, Promoción y Desarrollo de la Investigación, Organización Panamericana de Salud, por su apoyo en la planificación y realización de este proyecto.

## Referencias

1. Organización Panamericana de Salud. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington D.C.; 2015. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33874/9789275318577-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6- 12 de septiembre 1978. Washington D.C.; 2012. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270)

3. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Subsanan las desigualdades en una generación. Resumen analítico del informe final. Ginebra; 2008. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf)
4. Haines A, Kuruvilla S, Borchert M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bull World Health Organ.* 2004; 82 (10): 724- 32.
5. Castell-Florint P. La intersectorialidad en la práctica social. 1a Ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007: 111 pp. Disponible en: [http://www.ensap.sld.cu/sites/default/files/carpetas/2016/Pastor/CastellFlorint-serrate\\_Pastor\\_Intersectorialidad\\_en\\_la\\_Practica\\_Social.pdf](http://www.ensap.sld.cu/sites/default/files/carpetas/2016/Pastor/CastellFlorint-serrate_Pastor_Intersectorialidad_en_la_Practica_Social.pdf)
6. Hyder AA, Corluka A, Winch PJ, El-Shinnawy A, Ghassany H, Malekafzali H, et al. National policymakers speak out: are researchers giving them what they need? *Health Policy Plan.* 2011; 26 (1): 73- 82.
7. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14 (1): 2.
8. El-Jardali F, Lavis J, Moat K, Pantoja T, Ataya N. Capturing lessons learned from evidence-to-policy initiatives through structured reflection. *Heal Res Policy Syst BioMed.* 2014; 12: 2.
9. Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Q* 2003; 81 (2): 221- 48.
10. World Health Organization. Sixty-third world health assembly: WHO Roles and responsibilities on health research: document WHA63.21. Génova. 2010. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63-REC1/WHA63\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-en.pdf)
11. Pan American Health Organization. Policy on Research for Health CD49/10. Washington. 2009. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/RESEARCHpolicyBKLETeng\\_web.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/RESEARCHpolicyBKLETeng_web.pdf)
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. Bogotá; 2014. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc\\_guia-completa-sifilis.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc_guia-completa-sifilis.pdf)
13. Rubiano LC, Miranda MC, Muvdi Arenas S, Montero LM, Rodríguez-Barraquer I, Garcerant D, et al. Noninferiority of miltefosine versus meglumine antimoniate for cutaneous leishmaniasis in children. *J Infect Dis.* 2012; 205 (4): 684- 92.
14. Adams E, Gómez MA, Scheske L, Ríos R, Marquez R, Cossio A, et al. Sensitive diagnosis of cutaneous leishmaniasis by lesion swab sampling coupled to qPCR. *Parasitology.* 2014; 141 (14): 1891- 7.
15. Cotes K, Alvis-Guzmán N, Rico A, Porras A, Cediel N, Chocontá Piraquive L, et al. Evaluación del impacto de la vacuna contra rotavirus en Colombia usando métodos rápidos de evaluación. *Rev Panam Salud Pública.* 2013; 34 (4): 220- 6.
16. Giersing BK, Modjarrad K, Kaslow DC, Moorthy VS. Report from the World Health Organization's Product Development for Vaccines Advisory Committee (PD-VAC) meeting, Geneva, 7–9th Sep 2015. *Vaccine.* 2016; 34 (26): 2865- 9.
17. Graham B. Vaccines against respiratory syncytial virus: The time has finally come. *Vaccine.* 2016; 34 (30): 3535- 41.
18. Higgins D, Trujillo C, Keech C. Advances in RSV vaccine research and development: A global agenda. *Vaccine.* 2016; 34 (26): 2870- 5.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 2003 de 2014. Bogotá. 2014. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución\\_2003\\_de\\_2014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_2003_de_2014.pdf)
20. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de Salud. Guía de atención clínica integral del paciente con leishmaniasis Bogotá. 2010. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud\\_Pública/Ola\\_invernal/Clinica\\_Leishmaniasis.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud_Pública/Ola_invernal/Clinica_Leishmaniasis.pdf)
21. Equipo Inmunoprevenibles Subdirección de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública infección respiratoria aguda. Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2016: 50 pp. Disponible en: [http://www.ipsunipamplona.com/es/images/sample-data/sivigila\\_2015/protocolos\\_epidemiologicos/PRO\\_Infeccion\\_Respiratoria\\_Aguda\\_IRA.pdf](http://www.ipsunipamplona.com/es/images/sample-data/sivigila_2015/protocolos_epidemiologicos/PRO_Infeccion_Respiratoria_Aguda_IRA.pdf)
22. World Health Organization, Centers for Diseases Control and Prevention. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger health systems. Initiative for the global elimination of congenital syphilis. 1a Ed. Génova; 2012: 40 pp. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf)

23. Equipo Infecciones de Transmisión Sexual Grupo Transmisibles Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública - sífilis gestacional y congénita. Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2015: 40 pp. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-sifilis-gestacional.pdf>
24. Amaya C, Idarraga I, Rodríguez H. Informe de prueba piloto para la implementación de pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis gestacional y congénita en tres instituciones de salud del Departamento del Chocó. 2009.
25. Rueda J, Rosselli D, Ruiz JG. Cost-effectiveness of respiratory syncytial virus infection prophylaxis with palivizumab in preterm infants in Colombia. *Coyuntura Económica*. 2013; 43 (2): 137- 51.

**Recibido:** 19 de febrero de 2017.

**Aceptado:** 14 de junio de 2017.

**Correspondencia:**

*Natalia Godoy Casasbuenas*  
*nat.godoyc@gmail.com*