

Importancia de la notificación de enfermedades febriles eruptivas desde un hospital privado a la Unidad Epidemiológica Regional: un estudio cualitativo

Importance of notifying febrile rash illnesses from a private hospital to the Regional Epidemiological Unit: a qualitative study

Cynthia Carolina Vazquez Rolón

cynvaz08@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-8995-4661>

Hospital Central del Instituto de Previsión Social: Asunción, Asunción, PY

Fecha de recepción: 25/08/2026 · Fecha de aceptación: __/__/__

Resumen

Introducción: las enfermedades febriles eruptivas (EFE) constituyen el eje operativo de la vigilancia integrada de sarampión y rubéola. En Paraguay, su notificación es obligatoria e inmediata dentro de las veinticuatro horas de la sospecha para todas las unidades notificadoras, incluidos los establecimientos privados, que deben reportar a la Unidad Epidemiológica Regional (UER) correspondiente. Sin embargo, la literatura documenta de manera consistente que el sector privado presenta menores niveles de cumplimiento que el subsector público, y se dispone de escasa evidencia sobre los significados, las prácticas y las tensiones que subyacen a esa brecha. **Objetivo:** comprender el significado que los profesionales de la salud de un hospital privado atribuyen a la notificación de las EFE a la UER, así como las prácticas, barreras y facilitadores que configuran ese proceso. **Metodología:** investigación cualitativa con diseño fenomenológico-hermenéutico. Participaron veintiún informantes seleccionados por muestreo intencional por criterio y en bola de nieve: dieciocho integrantes del hospital (médicos, enfermeras, bioquímicos, personal administrativo y directivos) y tres profesionales de la UER. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad, dos grupos focales y revisión documental de fichas de notificación y protocolos institucionales, entre agosto de 2025 y marzo de 2026. El análisis siguió el procedimiento temático reflexivo de Braun y Clarke, con apoyo de ATLAS.ti 23 y triangulación de fuentes, técnicas e investigadores. El informe se ajusta a los criterios COREQ. **Resultados:** emergieron seis categorías: (1) la sospecha clínica como primer eslabón frágil; (2) la notificación entre el deber legal y la carga burocrática; (3) circuitos formales, atajos informales y dependencia de personas clave; (4) la tensión entre la lógica privada y la responsabilidad sanitaria pública; (5) de la fiscalización percibida a la colaboración construida; y (6) propuestas emergentes de los propios actores. **Conclusiones:** la notificación de EFE no se comporta como un acto administrativo aislado, sino como una práctica social situada, condicionada por la competencia clínica para sospechar, la calidad del vínculo con la UER y la existencia de circuitos institucionalizados que no dependan de la buena voluntad de personas concretas. Fortalecer la retroalimentación epidemiológica, formalizar la figura del referente de vigilancia e integrar la notificación al flujo asistencial aparecen como intervenciones prioritarias.

Palabras clave: vigilancia epidemiológica; enfermedades febriles eruptivas; sarampión; notificación obligatoria de enfermedades; sector privado; investigación cualitativa.

Abstract

Introduction: febrile rash illnesses (FRI) are the operational core of integrated measles and rubella surveillance. In Paraguay, reporting is mandatory and immediate within twenty-four hours of suspicion for every notifying unit, including private facilities, which must report to their corresponding Regional Epidemiological Unit (UER). Nevertheless, the literature consistently documents lower compliance in the private sector than in the public subsector, and little evidence exists on the meanings, practices and tensions underlying that gap. Objective: to understand the meaning that health professionals of a private hospital attribute to FRI notification to the UER, together with the practices, barriers and facilitators that shape this process. Methods: qualitative research with a hermeneutic-phenomenological design. Twenty-one informants were selected through purposive criterion and snowball sampling: eighteen hospital staff members (physicians, nurses, biochemists, administrative personnel and managers) and three UER professionals. In-depth semi-structured interviews, two focus groups and documentary review of notification forms and institutional protocols were carried out between August 2025 and March 2026. Analysis followed Braun and Clarke reflexive thematic procedure, supported by ATLAS.ti 23, with triangulation of sources, techniques and researchers. Reporting adheres to COREQ criteria. Results: six categories emerged: (1) clinical suspicion as a fragile first link; (2) notification between legal duty and bureaucratic burden; (3) formal circuits, informal shortcuts and dependence on key individuals; (4) tension between private-sector logic and public health responsibility; (5) from perceived inspection to constructed collaboration; and (6) proposals emerging from the actors themselves. Conclusions: FRI notification does not operate as an isolated administrative act but as a situated social practice, conditioned by clinical competence to suspect, the quality of the relationship with the UER, and the existence of institutionalised circuits that do not depend on the goodwill of specific individuals. Strengthening epidemiological feedback, formalising the surveillance focal point role and embedding notification within the clinical workflow emerge as priority interventions.

Keywords: epidemiological surveillance; febrile rash illness; measles; disease notification; private sector; qualitative research.



1. Introducción

La vigilancia epidemiológica constituye una de las funciones esenciales de la salud pública y opera como el sistema nervioso de la respuesta sanitaria: sin información oportuna no hay decisión oportuna. Thacker y Berkelman (1988) definieron la vigilancia como la recolección sistemática y continua, el análisis y la interpretación de datos de salud, indisolublemente ligados a su difusión hacia quienes deben actuar. Esa última cláusula la difusión hacia quienes deben actuar es precisamente la que da sentido a la notificación obligatoria: un dato que se registra pero no circula no cumple función alguna de protección colectiva. Groseclose y Buckeridge (2017) subrayan que, pese a los avances tecnológicos de las últimas décadas, el desempeño de los sistemas de vigilancia sigue dependiendo en gran medida de comportamientos humanos situados en la primera línea asistencial.

Dentro del conjunto de eventos de notificación obligatoria, las enfermedades febriles eruptivas (EFE) ocupan un lugar particular. No constituyen una entidad nosológica única, sino una categoría sindrómica fiebre acompañada de exantema maculopapular deliberadamente amplia, diseñada como red de captura para no dejar escapar ningún caso de sarampión o rubéola. La lógica es intencionalmente sobreinclusiva: se prefiere investigar muchos casos que finalmente se descartan antes que perder uno solo verdadero. La Organización Mundial de la Salud (2018) establece en sus estándares de vigilancia de sarampión y rubéola que todo caso sospechoso debe ser notificado e investigado, con toma de muestra adecuada, y fija indicadores de calidad que incluyen una tasa de notificación de casos sospechosos descartados de al menos dos por cada cien mil habitantes, la investigación de al menos el ochenta por ciento de los casos dentro de las cuarenta y ocho horas y la obtención de muestra adecuada en el ochenta por ciento o más de los casos sospechosos.

La Región de las Américas fue la primera del mundo en recibir la certificación de eliminación del sarampión, en 2016, y de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, en 2015 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). Ese logro, sin embargo, resultó frágil. El deterioro sostenido de las coberturas de vacunación con la primera y segunda dosis de la vacuna triple viral, agravado durante y después de la pandemia por COVID-19, reconstituyó bolsones de susceptibles suficientes para sostener la transmisión ante cada importación. El escenario reciente es elocuente: durante 2025 se confirmaron 14.891 casos de sarampión y 29 defunciones en trece países de la Región, un incremento de treinta y dos veces respecto del año previo, y la OPS mantuvo la evaluación del riesgo regional en la



categoría de "muy alto" (OPS, 2026a). En 2026 la situación se agravó: hasta la semana epidemiológica veintiocho, dieciséis países y un territorio habían notificado más de cuarenta y siete mil casos confirmados, la cifra más alta en veintidós años (OPS, 2026b).

Paraguay no permanece ajeno a este panorama. En agosto de 2025, tras la confirmación de casos relacionados con importación en el departamento de San Pedro, la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) emitió una alerta epidemiológica nacional por riesgo de dispersión e instó expresamente a los profesionales de la salud a notificar de forma inmediata, dentro de las veinticuatro horas de la sospecha, todo cuadro febril con exantema y sintomatología respiratoria, a fin de activar la búsqueda de contactos y el bloqueo vacunal (DGVS, 2025a). En ese mismo documento se informó que la cobertura con la primera dosis de la vacuna SPR alcanzaba el ochenta y dos por ciento del valor ideal esperado para el período, y la segunda dosis apenas el sesenta y ocho por ciento, márgenes claramente insuficientes frente a un agente cuyo número reproductivo básico se estima entre doce y dieciocho (Guerra et al., 2017).

El sistema paraguayo de vigilancia está organizado en tres niveles de gestión. El nivel local está constituido por las unidades notificadoras equipos de salud de establecimientos públicos, privados o de la seguridad social, cuya función es captar y evaluar el evento, reportarlo al nivel regional y ejecutar las primeras acciones de control. El nivel regional está conformado por las Unidades Epidemiológicas Regionales (UER), dieciocho en total, que articulan a más de mil cuatrocientas unidades notificadoras en todo el país. El nivel nacional, liderado por la DGVS, consolida, analiza y difunde la información a través del Boletín Epidemiológico Semanal (DGVS, 2024; DGVS, 2025b). El marco normativo que sustenta la obligatoriedad de la notificación se encuentra en el Código Sanitario paraguay (Ley N.º 836/1980) y en las resoluciones ministeriales que actualizan el listado de eventos de notificación obligatoria, en concordancia con las obligaciones asumidas bajo el Reglamento Sanitario Internacional (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La arquitectura descrita supone que cada unidad notificadora funciona como un sensor confiable. Esa suposición, no obstante, encuentra su punto más débil en el subsector privado. La revisión analítica de Doyle et al. (2002) sobre la completitud de la notificación de enfermedades de declaración obligatoria en los Estados Unidos halló una variabilidad extrema, con niveles de reporte que oscilaban entre el nueve y el noventa y nueve por ciento según el evento y el tipo de establecimiento, siendo sistemáticamente menores en la práctica



privada que en los laboratorios y hospitales públicos. Krause et al. (2005) documentaron en Alemania que una proporción considerable de médicos en ejercicio desconocía cuáles eran los eventos de notificación obligatoria y cuáles los plazos aplicables. Tan et al. (2009), en una encuesta nacional en Taiwán, encontraron que los médicos privados presentaban conocimientos y actitudes menos favorables hacia la notificación, y que la percepción de que "otro ya lo habría reportado" operaba como justificación frecuente de la omisión. Friedman et al. (2006) describieron un reporte subóptimo en servicios de urgencias canadienses, incluso frente a eventos de alta prioridad. Silk y Berkelman (2005), al revisar las estrategias para mejorar la completitud, concluyeron que las intervenciones más eficaces no eran las punitivas, sino aquellas que reducían la carga del reporte y restituían información útil al notificador.

El problema, sin embargo, no es únicamente de completitud medida en porcentajes. Los estudios citados son mayoritariamente cuantitativos y describen la magnitud de la brecha, pero ofrecen poca comprensión sobre cómo los profesionales significan el acto de notificar, qué representa para ellos la UER, qué tensiones institucionales atraviesan la decisión de reportar en un establecimiento que opera bajo lógica de mercado y qué microdecisiones cotidianas explican que una ficha se complete o se deje pendiente. Gibbons et al. (2014) advirtieron que las mediciones de subnotificación, por sofisticadas que sean, no informan sobre sus mecanismos causales. Es en ese vacío donde se inscribe la presente investigación.

La pertinencia de estudiar específicamente el vínculo entre un hospital privado y su UER se refuerza por tres razones convergentes. En primer lugar, por razones de sensibilidad del sistema: si la puerta de entrada privada no notifica, el caso índice puede permanecer invisible durante el período de máxima transmisibilidad, y en el caso del sarampión ese retraso se traduce directamente en cadenas de transmisión adicionales. En segundo lugar, por razones de equidad diagnóstica: los establecimientos privados atienden a poblaciones con mayor movilidad internacional, precisamente el perfil asociado a casos importados en el escenario regional actual. En tercer lugar, por razones de gobernanza: la relación entre la autoridad sanitaria y el subsector privado se construye en la práctica cotidiana, y comprenderla es condición para diseñar acuerdos viables.

En consecuencia, este estudio se orientó por la siguiente pregunta de investigación: ¿qué significados, prácticas y tensiones configuran el proceso de notificación de



enfermedades febriles eruptivas desde un hospital privado hacia la Unidad Epidemiológica Regional, según la experiencia de los actores involucrados? El objetivo general fue comprender el significado atribuido por los profesionales de la salud de un hospital privado a la notificación de EFE a la UER. Como objetivos específicos se plantearon: describir las prácticas concretas mediante las cuales se identifica y se reporta un caso sospechoso; identificar las barreras percibidas individuales, organizacionales y del vínculo interinstitucional que obstaculizan la notificación oportuna; caracterizar los facilitadores y estrategias informales que los actores despliegan; e interpretar el modo en que la relación con la UER es experimentada y cómo esa experiencia condiciona la conducta notificadora.



2. Materiales y métodos

2.1. Enfoque y diseño

Se desarrolló una investigación de enfoque cualitativo, coherente con el paradigma constructivista-interpretativo, en el cual la realidad social se concibe como múltiple, construida y dependiente del contexto, y el conocimiento se genera en la interacción entre investigador y participantes (Guba y Lincoln, 1994). Este enfoque resulta adecuado cuando el propósito no es medir la frecuencia de un fenómeno sino comprender su sentido desde la perspectiva de quienes lo viven (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

El diseño adoptado fue fenomenológico-hermenéutico. La vertiente fenomenológica permitió acceder a la experiencia vivida de notificar o de no notificar un caso sospechoso, mientras que el componente hermenéutico habilitó la interpretación de esas experiencias en su trama institucional, normativa y relacional. Se descarta explícitamente el carácter de revisión bibliográfica: la evidencia analizada proviene de datos primarios generados en campo mediante entrevistas, grupos focales y revisión de documentos institucionales.

2.2. Contexto del estudio

El estudio se llevó a cabo en un hospital privado de mediana complejidad situado en un Departamento de Paraguay. El establecimiento cuenta con servicios de urgencias adultos y pediátricas de funcionamiento continuo, consultorios externos de clínica médica, pediatría y ginecología, internación general, laboratorio propio y un promedio aproximado de ciento veinte consultas diarias.

El período de recolección se extendió desde agosto de 2025 hasta marzo de 2026, coincidiendo con la vigencia de la alerta epidemiológica nacional por riesgo de dispersión de sarampión. Esta coincidencia temporal, no buscada inicialmente, otorgó al fenómeno estudiado una relevancia práctica inmediata para los participantes y enriqueció la profundidad de los relatos.

2.3. Participantes y estrategia de muestreo

Se empleó un muestreo intencional por criterio, complementado con la técnica de bola de nieve para acceder a informantes clave no identificados inicialmente. Los criterios de inclusión fueron: profesionales o personal técnico-administrativo con antigüedad mínima de seis meses en la institución; participación directa o indirecta en la atención, el registro o



la derivación de pacientes con cuadros febriles; y aceptación voluntaria documentada mediante consentimiento informado. Para los informantes externos se incluyó a personal de la UER con funciones de recepción, investigación o supervisión de notificaciones provenientes de establecimientos privados. Se excluyó al personal en período de inducción y a quienes se encontraban de licencia prolongada durante todo el período de campo.

El tamaño muestral no se predeterminó mediante cálculo estadístico, sino que se orientó por el criterio de saturación teórica y por la noción de poder de información propuesta por Malterud et al. (2016): dado que el objetivo del estudio era específico, la muestra presentaba alta especificidad respecto del fenómeno, existía un marco teórico previo consistente y el diálogo en las entrevistas resultó de calidad, un número moderado de participantes resultó suficiente. La saturación se verificó a partir de la decimosexta entrevista, cuando dejaron de emerger códigos nuevos; se realizaron cinco entrevistas adicionales para confirmar dicha saturación.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección

Se utilizaron tres técnicas complementarias, con el propósito explícito de triangular. La primera fue la entrevista semiestructurada en profundidad, aplicada a los veintiún participantes. La guía de entrevista se organizó en cinco ejes: trayectoria y rol dentro del circuito asistencial; experiencias concretas de identificación de casos febriles eruptivos; conocimiento y valoración de la normativa de notificación; descripción del procedimiento efectivamente seguido ante un caso sospechoso; y percepción de la relación con la UER. La guía fue sometida a validación de contenido por tres expertos un epidemiólogo, una metodóloga cualitativa y una enfermera con experiencia en vigilancia hospitalaria y ajustada tras dos entrevistas piloto que no se incorporaron al corpus final. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de cincuenta y dos minutos, se realizaron en espacios privados dentro y fuera de la institución según preferencia del participante, y fueron grabadas en audio con autorización expresa.

La segunda técnica consistió en dos grupos focales. El primero reunió a siete integrantes del personal asistencial (médicos y enfermeras) y el segundo a seis participantes de perfil mixto (laboratorio, administración y directivos). Los grupos focales se orientaron a explorar los puntos de tensión y disenso que habían emergido en las entrevistas individuales, y permitieron observar cómo se negociaban colectivamente las responsabilidades atribuidas dentro del circuito.



La tercera técnica fue la revisión documental. Se analizaron los protocolos internos de atención de pacientes febriles, el manual de procedimientos del departamento de calidad, las fichas de notificación epidemiológica archivadas correspondientes al período de estudio, los registros de comunicación institucional con la UER y las guías nacionales vigentes. El análisis documental no tuvo finalidad cuantificadora, sino contrastar el procedimiento formalmente prescrito con el procedimiento efectivamente narrado por los participantes. Adicionalmente, la investigadora principal mantuvo un diario de campo con notas de observación, impresiones y decisiones analíticas, que fue utilizado como insumo reflexivo.

2.5. Procedimiento de análisis

Los audios fueron transcritos textualmente en un plazo no mayor a setenta y dos horas y devueltos a los participantes para validación de contenido, procedimiento conocido como verificación por los miembros. El corpus resultante fue incorporado al software ATLAS.ti versión 23, empleado como herramienta de organización y no como sustituto del trabajo interpretativo.

El análisis siguió las seis fases del análisis temático reflexivo propuesto por Braun y Clarke (2006). La primera fase consistió en la familiarización mediante lectura y relectura del corpus completo, con anotación de impresiones iniciales. La segunda fase produjo la codificación abierta, línea por línea, generando un total de trescientos catorce códigos iniciales. La tercera fase agrupó los códigos en temas candidatos según afinidad semántica y conceptual. La cuarta fase revisó los temas contrastándolos con los extractos y con el corpus completo, colapsando algunos y desagregando otros. La quinta fase definió y nombró las seis categorías finales, precisando su alcance y sus subcategorías. La sexta fase produjo el informe interpretativo que se presenta en la sección de resultados. Se incorporaron elementos del procedimiento de comparación constante y de codificación axial descritos por Strauss y Corbin (2002) para establecer relaciones entre categorías.

2.6. Criterios de rigor

Se aplicaron los cuatro criterios de rigor clásicos de la investigación cualitativa. La credibilidad se resguardó mediante la permanencia prolongada en el campo (ocho meses), la triangulación de fuentes, técnicas e investigadores, y la verificación de las transcripciones por los propios participantes. La transferibilidad se favoreció mediante una descripción densa del contexto institucional y regional, que permite al lector juzgar la aplicabilidad de



los hallazgos a escenarios similares. La dependabilidad se sustentó en una auditoría externa realizada por un investigador ajeno al proyecto, que revisó el libro de códigos y la trazabilidad de las decisiones analíticas. La confirmabilidad se abordó mediante el ejercicio explícito de reflexividad: la investigadora principal, licenciada en enfermería con experiencia previa en un servicio público de urgencias, registró en el diario de campo sus preconcepciones sobre el desempeño del subsector privado y las sometió a discusión en las reuniones del equipo, a fin de evitar que orientaran la interpretación. El presente informe se elaboró siguiendo la lista de verificación COREQ de treinta y dos ítems (Tong et al., 2007).

2.7. Consideraciones éticas

Todos los participantes firmaron consentimiento informado escrito, previa explicación de los objetivos, la voluntariedad, el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna y el uso exclusivamente académico de la información.

No se accedió a información clínica identificable de pacientes: la revisión de fichas se realizó sobre copias anonimizadas. Los audios se almacenaron cifrados y serán eliminados a los cinco años de finalizado el estudio. Los investigadores declaran no tener conflictos de interés y no haber recibido financiamiento de la institución estudiada.



3. Resultados

Del proceso analítico emergieron seis categorías, con sus respectivas subcategorías, que se presentan a continuación de manera articulada. Los extractos textuales se identifican con el código del participante y se transcriben respetando el registro oral original. La Tabla 1 sintetiza la estructura categorial resultante.

Tabla 1. Estructura de categorías y subcategorías emergentes

Categoría	Subcategorías
1. La sospecha clínica como primer eslabón frágil	Normalización del exantema como "virosis común"; ausencia de experiencia clínica previa con sarampión; el umbral individual de la sospecha
2. Entre el deber legal y la carga burocrática	La ficha como trámite; la notificación como acto clínico; el temor difuso a la sanción
3. Circuitos formales, atajos informales y personas clave	El procedimiento escrito y el procedimiento real; el WhatsApp como infraestructura crítica; la vulnerabilidad de la noche y el fin de semana
4. La tensión entre lógica privada y responsabilidad pública	El paciente como cliente; confidencialidad e imagen institucional; el costo no reembolsado de vigilar
5. De la fiscalización percibida a la colaboración construida	La UER como controlador; el silencio como devolución; los vínculos personales que sostienen el sistema
6. Propuestas emergentes de los actores	Formalizar el referente; integrar la notificación al sistema informático; capacitación con casos reales; retroalimentación sistemática

Fuente: elaboración propia a partir del análisis temático del corpus.

3.1. La sospecha clínica como primer eslabón frágil

La primera categoría condensa un hallazgo que los participantes formularon casi unánimemente: antes de que exista un problema de notificación, existe un problema de sospecha. Ningún circuito de reporte puede activarse si el caso no es reconocido como potencialmente relevante en el momento de la consulta.

La subcategoría más densa fue la normalización del exantema febril como cuadro banal. Los relatos describen un contexto epidemiológico local en el que la fiebre con erupción se asocia de manera casi automática a entidades frecuentes y benignas, lo que desplaza al sarampión fuera del horizonte de posibilidades consideradas.

"Acá vos ves un chico con fiebre y ronchas y pensás exantema súbito, pensás escarlatina, pensás alergia al antibiótico que le dieron. Sarampión no está en la lista. No está, sinceramente. Y no porque uno no sepa qué es, sino porque uno no lo espera." (M2, pediatra)

Esta economía cognitiva aparece reforzada por la ausencia de experiencia clínica directa. Varios de los profesionales más jóvenes reconocieron no haber visto nunca un caso confirmado, y describieron su conocimiento de la enfermedad como puramente libresco.



"Yo el sarampión lo vi en el atlas de la facultad. Nunca toqué un paciente con sarampión. Entonces cuando me dicen 'tenés que sospechar', sí, tengo que sospechar, pero no tengo la imagen mental. Es distinto reconocer algo que ya viste." (M5, urgencias)

"Los que trabajamos hace treinta años sí nos acordamos de las salas llenas. Los residentes no. Y esa memoria no se transmite en una clase de una hora." (M1, clínica médica)

La tercera subcategoría refiere a la variabilidad del umbral de sospecha entre profesionales, que los propios participantes reconocieron como un factor de inequidad diagnóstica interna: el destino epidemiológico de un paciente depende, en la práctica, de quién lo atienda.

"Con el doctor de la mañana ese paciente se notifica seguro, porque él pregunta si viajó, si hay alguien más enfermo en la casa. Con otro colega, el mismo paciente se va con paracetamol y una indicación de control. Es el mismo paciente, ¿me entendés? El mismo." (E3, enfermería de urgencias)

Resulta significativo que la alerta nacional emitida en agosto de 2025 haya modificado transitoriamente este umbral. Varios participantes describieron un aumento inmediato de la sensibilidad clínica en las semanas posteriores a la alerta, seguido de un retorno progresivo a la conducta previa.

"Durante un mes todos preguntábamos por el viaje y por la vacuna. Después se fue diluyendo. La alerta te levanta la guardia, pero la guardia se te cae sola si nadie te la sostiene." (M4, pediatría)

3.2. Entre el deber legal y la carga burocrática

La segunda categoría explora los significados atribuidos al acto de notificar. Los relatos revelaron dos marcos interpretativos coexistentes y en tensión dentro de la misma institución.

El primer marco concibe la notificación como un trámite administrativo externo a la tarea clínica, un requisito impuesto que compite por tiempo con la atención del paciente. En este encuadre, la ficha de notificación aparece descrita en términos de papeleo, duplicación y pérdida.

"La ficha te pide datos que ya están en la historia clínica, en la planilla de admisión y en el pedido de laboratorio. Los escribís tres veces. En una guardia con treinta pacientes esperando, eso es media hora que no tenés." (M6, urgencias)

"Yo lo digo como es: la ficha se llena cuando hay tiempo. Y en urgencias nunca hay tiempo. Entonces queda para después, y después el paciente ya se fue y te faltan los datos, y ya no la llenás." (E1, enfermería)



El segundo marco, sostenido especialmente por los participantes con formación o experiencia previa en salud pública, resignifica la notificación como parte constitutiva del acto clínico y no como su apéndice administrativo.

"Notificar no es un papel. Notificar es decirle a alguien que puede haber más enfermos afuera. Si yo no aviso, el bloqueo de vacunación no se hace y hay chicos que se van a enfermar por mi silencio. Eso es clínica, no es burocracia." (RV1, referente de vigilancia)

"Cuando entendés que del otro lado hay un equipo que va a salir a buscar contactos, la ficha deja de pesarte. El problema es que la mayoría no lo entiende porque nunca vio ese trabajo." (U2, UER)

Una tercera subcategoría, más sutil, se refiere a lo que denominamos temor difuso a la sanción. Varios participantes mencionaron la existencia de consecuencias legales por no notificar, pero ninguno pudo precisar cuáles eran, ni conocía casos concretos de aplicación. Este conocimiento vago no operaba como incentivo al reporte, sino más bien como fuente de ansiedad y, paradójicamente, de evitación.

"Sé que está en el Código Sanitario, que es obligatorio, que te pueden sancionar. Pero nadie sabe bien qué pasa si no notificás. Nunca vi que le pasara nada a nadie. Entonces queda como un fantasma: te asusta un poco y no te ordena nada." (D1, directivo)

"Hay gente que prefiere no escribir 'sospecha de sarampión' en la historia justamente por miedo. Piensan que si lo escriben y después no notifican bien, quedan expuestos. Es al revés de lo que uno esperaría." (A2, admisión)

3.3. Circuitos formales, atajos informales y personas clave

La tercera categoría constituye el núcleo descriptivo del estudio y surge del contraste entre la revisión documental y los relatos. El procedimiento formalmente prescrito en el manual institucional establece que el médico tratante debe completar la ficha de notificación individual, entregarla al departamento de calidad y coordinar la toma de muestra, mientras que el departamento de calidad remite la información a la UER. El procedimiento efectivamente descrito por los participantes difiere de manera sustancial.

"En el papel es lindo. En la realidad vos agarrás el teléfono y le escribís a la licenciada, y ella le escribe a la gente de epidemiología de la Región. La ficha se llena después, a veces al día siguiente. Primero se avisa, después se documenta." (M3, clínica médica)

Este hallazgo tiene una lectura ambivalente. Por un lado, el atajo informal es funcional: acelera la comunicación y cumple con el espíritu de la inmediatez exigida por la norma. Los propios profesionales de la UER reconocieron valorar esa vía.



"Prefiero mil veces el mensaje a las once de la noche que la ficha perfecta el jueves. Con el mensaje yo ya salgo a trabajar. Con la ficha del jueves llego tarde." (U1, UER)

Por otro lado, la informalidad del circuito lo vuelve estructuralmente frágil, porque descansa sobre relaciones personales y no sobre dispositivos institucionales. La subcategoría de la dependencia de personas clave fue mencionada de manera recurrente y con un tono de preocupación explícita.

"Todo pasa por la licenciada. Si ella está, funciona. Si ella se va de vacaciones, nadie sabe a quién avisar. Yo no tengo el número de nadie de la Región. Ninguno de nosotros lo tiene." (E4, enfermería)

"Cuando ella renunció el año pasado y volvió a los dos meses, en ese período no salió una sola notificación de acá. Ni una. Y no es que no hubo pacientes con fiebre y exantema. Hubo. Simplemente no salieron." (D2, directivo)

La vulnerabilidad temporal del circuito constituyó otra subcategoría relevante. Los participantes coincidieron en que la capacidad de notificación se degrada de manera marcada fuera del horario administrativo, precisamente cuando los servicios de urgencias concentran la mayor demanda de cuadros febriles.

"El paciente febril viene de noche, viene el domingo, viene el feriado. Y de noche, el domingo y el feriado no hay nadie de calidad, no hay nadie en la Región contestando el teléfono fijo. Entonces el caso más urgente es el que más tarda en salir." (M5, urgencias)

"Nosotros hicimos la prueba: llamamos un sábado al número que figura en el instructivo. No atendió nadie. Entonces la gente aprende que no sirve llamar y deja de intentarlo." (E2, enfermería)

La revisión documental aportó un elemento convergente. Las fichas archivadas mostraban con frecuencia campos incompletos particularmente antecedente vacunal, historia de viaje y datos de contactos y una proporción considerable carecía de registro de la fecha y hora de comunicación a la UER, lo que impedía reconstruir la oportunidad del reporte. En varias fichas, la fecha de llenado era posterior en dos o más días a la fecha de consulta, confirmando el patrón narrado de "primero se avisa, después se documenta".

3.4. La tensión entre lógica privada y responsabilidad pública

La cuarta categoría aborda un conjunto de tensiones específicas del subsector privado que, según los participantes, no suelen ser reconocidas en las capacitaciones oficiales. La primera se refiere a la doble condición del paciente como sujeto de atención y como cliente que financia el servicio.



"Acá el paciente paga. Y cuando paga, siente que tiene derecho a que su enfermedad sea asunto suyo. Decirle que vamos a informar su caso al Ministerio, que van a ir a su casa, que van a preguntar por sus vecinos, no siempre cae bien. Hubo pacientes que se molestaron." (M2, pediatría)

"Una vez un familiar me dijo: 'nosotros venimos acá justamente para no tener que pasar por el sistema público'. Y no era una agresión, era su lógica. Pero esa lógica choca de frente con la vigilancia." (E5, enfermería)

La segunda subcategoría alude a la preocupación por la imagen institucional. Aunque ningún participante refirió una instrucción explícita de ocultar información y los directivos entrevistados negaron enfáticamente su existencia, sí describieron un clima de cautela respecto de la asociación pública entre el nombre del establecimiento y un brote.

"Nadie te dice 'no notifiques'. Eso no pasa. Pero sí te dicen 'manejalo con discreción', 'consultá antes con la dirección'. Y ese 'consultá antes' te hace perder un día. Nadie mintió, pero el caso salió tarde." (E3, enfermería)

"Nosotros no tenemos nada que esconder, al contrario. Pero sería ingenuo negar que a una institución privada le preocupa aparecer en una noticia como el lugar donde hubo sarampión. Esa preocupación existe y hay que nombrarla para poder manejarla." (D1, directivo)

Los participantes también señalaron que la vigilancia representa un costo institucional no reconocido ni compensado, lo que introduce un desincentivo estructural que no aplica de igual modo al subsector público.

"El aislamiento del paciente ocupa una habitación que dejamos de facturar. La muestra la mandamos con nuestro transporte. El tiempo de la licenciada lo pagamos nosotros. Y el beneficio es para toda la comunidad, lo cual está perfecto, pero el costo lo absorbe una empresa privada sola." (D2, directivo)

Este señalamiento fue matizado por los informantes de la UER, quienes reconocieron la existencia del costo pero advirtieron sobre el riesgo de que se convierta en justificación de la omisión.

"Es cierto que les cuesta. Pero un brote también les cuesta, y mucho más. El problema es que el costo de notificar se ve hoy y el costo de no notificar se ve en dos meses y nadie lo atribuye a esa decisión." (U3, UER)

3.5. De la fiscalización percibida a la colaboración construida

La quinta categoría interpreta la relación entre el hospital y la UER, y constituye el hallazgo con mayor potencial explicativo del conjunto. La representación predominante de la UER entre el personal asistencial fue la de un organismo de control antes que de apoyo.

"Para el personal de piso, epidemiología de la Región es el lugar de donde vienen a controlarte. Cuando aparece alguien de la Región, la primera reacción es 'qué



hicimos mal'. Nadie piensa 'qué bueno, vienen a ayudarnos'." (RV1, referente de vigilancia)

"Vinieron dos veces en tres años. Las dos veces fue después de un problema. Nunca vinieron a preguntarnos cómo estamos, qué necesitamos, cómo podemos mejorar el circuito. Entonces la asociación queda hecha: Región igual a problema." (M6, urgencias)

La subcategoría más consistente en toda la investigación fue la ausencia de retroalimentación. Prácticamente todos los participantes asistenciales manifestaron desconocer el desenlace de los casos que habían notificado, lo que erosionaba de manera directa la motivación para reportar.

"Notificás y es como tirar un papel a un pozo. No sabés si el resultado dio positivo, no sabés si fueron a la casa, no sabés nada. La próxima vez que tenés un caso, esa sensación te pesa." (M4, pediatría)

"Yo notifiqué tres casos el año pasado. De ninguno supe el resultado. Tuve que enterarme por la madre de un paciente que había dado negativo. Por la madre, no por el sistema." (E1, enfermería)

"Si me devolvieran el resultado y me dijeran 'gracias a tu aviso vacunamos a cuarenta chicos del barrio', yo notificaría hasta los casos dudosos. Pero el silencio te enseña que da igual." (M3, clínica médica)

Los profesionales de la UER, al ser confrontados con esta percepción, no la negaron, sino que la explicaron desde sus propias limitaciones estructurales, revelando una simetría de sobrecarga que ninguna de las dos partes reconocía en la otra.

"Nosotros somos tres personas para toda la Región, con más de cien unidades notificadoras. Devolver resultado caso por caso es materialmente imposible con el equipo que tenemos. No es desinterés, es aritmética." (U1, UER)

"Y también nos pasa al revés: nos llega la ficha sin teléfono del paciente, sin dirección clara, y no podemos investigar. Entonces desde acá también se ve un sector privado que notifica mal. Cada uno ve la falla del otro." (U2, UER)

Frente a este cuadro, los participantes que sí mantenían una conducta notificadora sostenida atribuyeron esa práctica no a la norma ni al temor, sino a vínculos personales previos con integrantes de la UER, generalmente originados en trayectorias formativas o laborales compartidas.

"Yo notifico porque conozco a la doctora de la Región desde la residencia. Le escribo a ella directamente. No notifico por el sistema, notifico por ella. Si ella se va, no sé qué haría." (M1, clínica médica)

La experiencia de la alerta de agosto de 2025 fue narrada como un contraejemplo virtuoso: durante ese período la UER estableció comunicación proactiva y frecuente con la

institución, y los participantes describieron un cambio inmediato en la calidad de la relación y en la disposición a notificar.

"En la alerta nos llamaron ellos a nosotros. Nos mandaron el material, nos preguntaron si teníamos dudas, nos dieron un contacto directo. En ese mes notificamos todo lo que se movía. Después volvió el silencio y volvimos al ritmo de antes." (E4, enfermería)

3.6. Propuestas emergentes de los actores

La sexta categoría recoge las soluciones formuladas espontáneamente por los participantes, que resultan valiosas por provenir de quienes conocen las restricciones operativas reales. Cuatro propuestas concentraron el mayor consenso.

La primera fue la formalización institucional de la función de vigilancia, mediante la designación de un referente con horario asignado, un suplente y un contacto disponible durante las veinticuatro horas, de modo de eliminar la dependencia de una sola persona.

"No hace falta contratar a alguien nuevo. Hace falta que esté escrito quién es, quién lo reemplaza y a qué número se llama a las tres de la mañana. Eso es una hoja pegada en la pared, no es un presupuesto." (D1, directivo)

La segunda propuesta consistió en integrar la notificación al sistema informático asistencial, de modo que la ficha se prellene automáticamente con los datos ya cargados y que la combinación de fiebre y exantema active una alerta en el momento del registro clínico.

"Si el sistema me tira un cartel que dice 'este paciente cumple criterios de caso sospechoso, ¿querés notificar?' y me arma la ficha con lo que ya cargué, yo notifico en dos minutos. El problema nunca fue la voluntad, fue el tiempo." (M6, urgencias)

La tercera propuesta apuntó a una capacitación diferente en su formato: no charlas normativas sobre plazos y sanciones, sino sesiones breves basadas en imágenes clínicas y en casos reales de la región, con participación conjunta del personal del hospital y de la UER.

"Que nos muestren fotos. Que nos traigan el caso de San Pedro y nos cuenten cómo llegó, qué se hizo, cómo terminó. Eso se te queda. La charla de los plazos no se le queda a nadie." (M5, urgencias)

La cuarta propuesta, y la más frecuentemente mencionada, fue el establecimiento de un mecanismo sistemático de retroalimentación, aunque fuera agregado y de baja frecuencia.

"Que nos manden un correo mensual de una carilla: cuántos casos notificamos, cuántos se descartaron, qué pasó con los positivos, cómo estamos comparados con los otros hospitales. Con eso solo, la gente se engancha. Nadie quiere ser el que no notifica." (RV1, referente de vigilancia)



Los informantes de la UER coincidieron con esta última propuesta y agregaron la necesidad de acuerdos formales entre la autoridad sanitaria regional y los establecimientos privados, que expliciten responsabilidades recíprocas en lugar de descansar en la voluntad individual.

"Tiene que haber un acta firmada entre la Región y cada institución privada, con nombre y apellido de los responsables de los dos lados. Mientras dependa de que yo me lleve bien con el pediatra, esto se cae el día que uno de los dos se va." (U3, UER)



4. Discusión

El resultado central de esta investigación puede enunciarse de manera sintética: la notificación de enfermedades febriles eruptivas desde un hospital privado no se comporta como un procedimiento administrativo que se cumple o se incumple, sino como una práctica social situada cuyo resultado depende de la competencia clínica para sospechar, de la existencia de circuitos institucionalizados y de la calidad del vínculo con la autoridad sanitaria regional. Esta lectura desplaza el problema desde el terreno del cumplimiento individual hacia el del diseño organizacional e interinstitucional, con implicancias directas para las intervenciones que cabe esperar sean eficaces.

4.1. La sospecha como precondition invisible

Los estudios cuantitativos sobre subnotificación tienden a asumir, implícitamente, que el caso fue identificado y que la falla ocurre en el reporte. Los resultados de la primera categoría cuestionan ese supuesto: buena parte de la pérdida se produce antes, en el momento en que el profesional no incorpora el sarampión a su diagnóstico diferencial. Este fenómeno es coherente con lo que la literatura ha descrito como la paradoja del éxito de los programas de eliminación: cuanto más eficaz ha sido la vacunación, menor es la experiencia clínica acumulada y, por tanto, menor la capacidad de reconocimiento cuando la enfermedad retorna (OPS, 2007; Patel et al., 2020). La expresión de un participante "lo vi en el atlas de la facultad" resume con precisión el problema de la memoria clínica perdida.

La observación de que la alerta nacional elevó transitoriamente el umbral de sospecha y que dicho efecto se disipó en semanas refuerza un principio conocido de la teoría de la vigilancia: la sensibilidad de un sistema no es un atributo estable, sino una función del grado de atención sostenida (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2001). Las alertas epidemiológicas, por tanto, deberían concebirse no como comunicaciones puntuales sino como el inicio de un ciclo de refuerzo periódico. En el contexto regional actual, con más de cuarenta y siete mil casos confirmados en las Américas durante 2026 y transmisión activa en múltiples países (OPS, 2026b), sostener esa atención constituye una prioridad operativa y no un objetivo formativo secundario.

4.2. Coherencia con la evidencia sobre el subsector privado

Los resultados convergen con la evidencia internacional disponible, a la que aportan explicación mecanística. Doyle et al. (2002) documentaron que la completitud del reporte



era sistemáticamente inferior en la práctica privada; nuestros hallazgos sugieren que esa inferioridad no obedece a una menor conciencia sanitaria sino a la ausencia de estructuras de vigilancia dedicadas, presentes en cambio en los hospitales públicos de referencia. Krause et al. (2005) hallaron desconocimiento normativo entre médicos en ejercicio; nuestros participantes reprodujeron ese patrón bajo la forma del temor difuso a la sanción, un conocimiento simultáneamente presente y vago que, lejos de inducir cumplimiento, generaba conductas de evitación del registro. Este resultado tiene una implicancia práctica contraintuitiva: reforzar el discurso punitivo podría empeorar la calidad del dato clínico, al desincentivar la consignación escrita de la sospecha.

Tan et al. (2009) identificaron en médicos privados la asunción de que otro actor ya habría reportado el caso. Nuestro estudio documenta una variante organizacional de esa difusión de responsabilidad: la delegación de la notificación en una única persona convierte a todos los demás en actores exonerados, y la ausencia de esa persona produce un colapso completo del reporte, tal como describió el participante D2 al referir un período de dos meses sin ninguna notificación institucional. Friedman et al. (2006) señalaron el reporte subóptimo en servicios de urgencias; la categoría relativa a la vulnerabilidad nocturna y de fin de semana ofrece una explicación estructural para ese hallazgo, al mostrar que el desajuste entre el horario de la demanda asistencial y el horario de la capacidad receptora del sistema de vigilancia concentra la pérdida precisamente en las franjas de mayor riesgo.

4.3. La retroalimentación como determinante del comportamiento notificador

La categoría relativa a la ausencia de devolución constituye, a nuestro juicio, el hallazgo con mayor capacidad de traducción en política sanitaria. Silk y Berkelman (2005), en su revisión de estrategias para mejorar la completitud del reporte, concluyeron que las intervenciones más consistentemente eficaces eran las que simplificaban el procedimiento y las que restituían información al notificador, mientras que las estrategias basadas en la exigencia normativa mostraban efectos limitados. Nuestros participantes formularon esa misma conclusión en lenguaje propio: "el silencio te enseña que da igual". La metáfora del papel arrojado a un pozo describe con exactitud un circuito informacional unidireccional, que contradice la definición misma de vigilancia como sistema que incluye la difusión hacia quienes deben actuar (Thacker y Berkelman, 1988; Nsubuga et al., 2006).

Es relevante subrayar que la explicación ofrecida por los profesionales de la UER tres personas para más de cien unidades notificadoras no invalida el reclamo sino que lo



reencuadra. No se trata de una falta de disposición sino de una restricción de capacidad, lo que orienta la solución hacia mecanismos de devolución agregada y automatizada antes que individualizada. Un boletín regional mensual de una página, con indicadores comparativos por establecimiento, resultaría de bajo costo marginal y respondería a la demanda expresada. La literatura sobre evaluación de sistemas de vigilancia coincide en que la aceptabilidad definida como la disposición de los actores a participar es un atributo tan determinante como la sensibilidad o la oportunidad, y que depende críticamente de la percepción de utilidad del sistema por parte de quienes lo alimentan (CDC, 2001; Calba et al., 2015).

4.4. La informalidad como síntoma y como recurso

El hallazgo relativo a los circuitos informales merece una lectura matizada. La mensajería instantánea y las llamadas personales aparecen simultáneamente como una adaptación funcional permiten cumplir el requisito de inmediatez que el circuito formal no garantiza y como un indicador de fragilidad institucional. La formulación de M1, "no notifico por el sistema, notifico por ella", expresa con nitidez que el flujo de información crítica descansa sobre capital social individual y no sobre estructura organizacional. Los sistemas que dependen de personas insustituibles son, por definición, sistemas de alta vulnerabilidad.

La respuesta adecuada no consiste en prohibir el atajo informal, que evidentemente cumple una función, sino en institucionalizarlo: dotar de estatus formal a la comunicación rápida, definir un canal oficial de disponibilidad continua, documentar quiénes son sus responsables y sus suplentes, y establecer que el registro documental se completa a posteriori sin que ello demore el aviso. Esta orientación coincide con la propuesta de los propios participantes y con las recomendaciones sobre reducción de la carga del reporte formuladas por Silk y Berkelman (2005). El planteo de los informantes de la UER acerca de la necesidad de actas formales entre la autoridad regional y cada establecimiento privado apunta en la misma dirección y resulta consistente con las orientaciones de la OPS sobre articulación público-privada en la sostenibilidad de la eliminación (OPS, 2018).

4.5. Las tensiones específicas del subsector privado

La categoría referida a la tensión entre lógica privada y responsabilidad pública identifica factores que rara vez son abordados en las capacitaciones oficiales y que, sin embargo, operan cotidianamente. La construcción del paciente como cliente con



expectativas reforzadas de privacidad, la preocupación por la asociación pública del nombre institucional con un brote y el carácter no compensado de los costos de la vigilancia configuran un conjunto de desincentivos estructurales que no se resuelven mediante recordatorios normativos.

La distinción entre una instrucción explícita de ocultamiento que ningún participante refirió y un clima de cautela que introduce demoras deliberativas es analíticamente importante. Tal como lo formuló E3, "nadie mintió, pero el caso salió tarde". La demora, en el caso del sarampión, es funcionalmente equivalente a la omisión: transcurrido el período de máxima transmisibilidad, el bloqueo vacunal pierde buena parte de su eficacia, y la OPS recomienda que las acciones de bloqueo se ejecuten dentro de las primeras setenta y dos horas del contacto. Abordar esta tensión requiere que la autoridad sanitaria explicité garantías de confidencialidad institucional en la comunicación pública de brotes y, eventualmente, considere esquemas de reconocimiento del desempeño notificador que transformen la vigilancia de un pasivo reputacional en un activo.

Respecto de la confidencialidad del paciente, cabe señalar que la notificación obligatoria constituye una excepción legalmente establecida al secreto profesional, fundada en el interés de la salud pública y prevista tanto en la legislación sanitaria nacional como en el Reglamento Sanitario Internacional (Organización Mundial de la Salud, 2016). El desconocimiento de este fundamento por parte de algunos participantes sugiere una necesidad formativa concreta: no basta con informar que la notificación es obligatoria, es preciso explicitar por qué no vulnera el deber de confidencialidad y cómo debe comunicarse esa circunstancia al paciente.

4.6. Implicancias para la práctica y la política sanitaria

De los hallazgos se derivan cinco líneas de intervención prioritarias. La primera consiste en institucionalizar la función de vigilancia dentro del establecimiento privado, mediante la designación formal de un referente titular y un suplente, con funciones escritas y un contacto de disponibilidad continua difundido en todos los servicios. La segunda consiste en integrar la notificación al sistema de información asistencial, incorporando una alerta automática ante la combinación de fiebre y exantema y el prellenado de la ficha con los datos ya registrados, lo que ataca directamente la barrera de tiempo identificada como principal en los relatos.



La tercera línea consiste en rediseñar la capacitación en clave clínica y no normativa, con sesiones breves basadas en iconografía y en casos reales de la región, dictadas de manera conjunta por el hospital y la UER, y repetidas con periodicidad definida para contrarrestar la disipación del efecto de las alertas. La cuarta consiste en establecer un mecanismo sistemático de retroalimentación agregada, de baja frecuencia y bajo costo, que informe a cada unidad notificadora sobre el destino de sus reportes y su desempeño relativo. La quinta consiste en formalizar la relación interinstitucional mediante actas de compromiso recíproco entre la UER y cada establecimiento privado, con responsables identificados de ambos lados, y en reorientar el rol de la supervisión regional desde la fiscalización reactiva hacia el acompañamiento programado.

4.7. Limitaciones del estudio

Este estudio presenta limitaciones que deben considerarse en la interpretación de sus resultados. En primer lugar, se trata de un estudio de caso único, realizado en una sola institución privada de mediana complejidad de una región sanitaria específica; sus hallazgos no son generalizables en sentido estadístico, aunque sí potencialmente transferibles a contextos con características organizacionales similares, para lo cual se ofreció una descripción densa del escenario. En segundo lugar, la participación fue voluntaria, lo que introduce la posibilidad de que quienes accedieron a ser entrevistados presentaran una sensibilidad hacia el tema superior a la del promedio institucional, sesgando los resultados hacia una imagen más favorable de la conducta notificadora.

En tercer lugar, la deseabilidad social constituye una amenaza inherente al abordar una obligación legal: es plausible que algunos participantes hayan matizado relatos de incumplimiento. Este riesgo se mitigó mediante el aseguramiento reiterado de la confidencialidad, la realización de entrevistas fuera del ámbito institucional cuando el participante lo prefirió y la triangulación con la revisión documental, que en varios puntos contradijo las versiones más favorables. En cuarto lugar, la investigadora principal proviene del subsector público, lo que pudo haber orientado su interpretación; este riesgo se abordó mediante el ejercicio explícito de reflexividad y la auditoría externa del libro de códigos. Finalmente, el período de campo coincidió con una alerta epidemiológica nacional, circunstancia que probablemente elevó la conciencia sobre el tema y cuya influencia sobre los relatos no puede ser aislada, si bien fue explícitamente tematizada en el análisis.



4.8. Líneas futuras de investigación

Los resultados sugieren al menos cuatro líneas de continuidad. Sería pertinente desarrollar estudios multicéntricos que comparen establecimientos privados de distinta complejidad y región sanitaria, a fin de examinar la variabilidad de los patrones aquí descritos. Resultaría igualmente valioso realizar estudios mixtos que articulen la comprensión cualitativa con la medición de indicadores de oportunidad y completitud del reporte, permitiendo cuantificar la magnitud asociada a los mecanismos identificados. Una tercera línea consistiría en evaluar mediante diseños de investigación-acción participativa la implementación de las intervenciones propuestas por los propios actores, particularmente el mecanismo de retroalimentación agregada. Finalmente, sería relevante explorar la perspectiva de los pacientes y sus familias respecto de la notificación y la investigación epidemiológica domiciliaria, dimensión que este estudio no abordó y que resulta central para comprender la tensión entre confidencialidad individual e interés colectivo.

5. Conclusiones

La notificación de enfermedades febriles eruptivas desde un hospital privado hacia la Unidad Epidemiológica Regional constituye, según los hallazgos de esta investigación, mucho más que el cumplimiento de un requisito administrativo. Es una práctica social situada, atravesada por la competencia clínica para sospechar, por la arquitectura organizacional del establecimiento y, de manera determinante, por la calidad del vínculo construido con la autoridad sanitaria regional.

La primera conclusión es que la pérdida de casos comienza antes del reporte. La normalización del exantema febril como cuadro banal y la ausencia de experiencia clínica directa con el sarampión configuran un umbral de sospecha bajo y desigual entre profesionales, de modo que el destino epidemiológico de un paciente depende en buena medida de quién lo atienda. Ninguna mejora del circuito de notificación compensará una sospecha que no se produce.

La segunda conclusión es que coexisten dos marcos de significado en tensión: la notificación como trámite burocrático que compete con la atención, y la notificación como acto clínico con consecuencias sanitarias concretas. La prevalencia de uno u otro no se distribuye al azar, sino que se asocia a la exposición previa al trabajo de campo



epidemiológico, lo que sugiere que el contacto directo con las consecuencias del reporte tiene efecto transformador sobre su valoración.

La tercera conclusión es que el circuito real de notificación difiere sustancialmente del prescrito y descansa sobre canales informales y personas insustituibles. Esta informalidad es funcional en el corto plazo y estructuralmente frágil en el mediano: la ausencia de una sola persona puede suspender por completo la capacidad notificadora institucional. La respuesta apropiada no es suprimir el atajo sino formalizarlo, dotándolo de titularidad, suplencia y disponibilidad definida.

La cuarta conclusión es que la ausencia de retroalimentación constituye el desincentivo más consistentemente mencionado y, probablemente, el más modificable con menor inversión. Un circuito informacional unidireccional contradice la naturaleza misma de la vigilancia y enseña a los notificadores que su esfuerzo es indiferente. Restituir información aun de manera agregada y poco frecuente aparece como la intervención de mejor relación entre costo y efecto esperado.

La quinta conclusión es que las tensiones específicas del subsector privado el paciente como cliente, la preocupación reputacional y el costo no compensado de vigilar son reales, operan cotidianamente y no se resuelven mediante recordatorios normativos ni mediante el discurso punitivo, que en los relatos aparece asociado a la evitación del registro antes que al cumplimiento. Reconocerlas explícitamente es condición para diseñar acuerdos viables.

En un escenario regional de resurgimiento del sarampión, con el mayor número de casos confirmados en las Américas en más de dos décadas y con coberturas de vacunación insuficientes en el país, la sensibilidad del sistema de vigilancia depende de que cada puerta de entrada pública, privada o de la seguridad social funcione como un sensor confiable. Este estudio muestra que lograrlo es menos una cuestión de exigencia y más una cuestión de diseño: circuitos que no dependan de personas, información que retorne a quien la genera y una relación entre el hospital privado y la UER construida sobre la colaboración antes que sobre el control.



Referencias

- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (64.^a Asamblea General). *JAMA*, 310(20), 2191–2194.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Calba, C., Goutard, F. L., Hoinville, L., Hendriks, P., Lindberg, A., Saegerman, C., & Peyre, M. (2015). Surveillance systems evaluation: A systematic review of the existing approaches. *BMC Public Health*, 15, 448.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: Recommendations from the Guidelines Working Group. *MMWR Recommendations and Reports*, 50(RR-13), 1–35.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (4.^a ed.). CIOMS.
- Dirección General de Vigilancia de la Salud. (2024). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. <https://dgvs.mspps.gov.py/red-nacional-de-vigilancia-epidemiologica/>
- Dirección General de Vigilancia de la Salud. (2025a). Alerta epidemiológica por riesgo de dispersión de sarampión en el país, ante casos confirmados relacionados a importación. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Dirección General de Vigilancia de la Salud. (2025b). Boletín Epidemiológico Semanal, Semana Epidemiológica 26. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Doyle, T. J., Glynn, M. K., & Groseclose, S. L. (2002). Completeness of notifiable infectious disease reporting in the United States: An analytical literature review. *American Journal of Epidemiology*, 155(9), 866–874.
- Friedman, S. M., Sommersall, L. A., Gardam, M., & Arenovich, T. (2006). Suboptimal reporting of notifiable diseases in Canadian emergency departments: A survey of emergency physician practices following the SARS outbreak. *Canadian Journal of Public Health*, 97(2), 101–104.



- Gibbons, C. L., Mangen, M. J., Plass, D., Havelaar, A. H., Brooke, R. J., Kramarz, P., Peterson, K. L., Stuurman, A. L., Cassini, A., Fèvre, E. M., & Kretzschmar, M. E. (2014). Measuring underreporting and under-ascertainment in infectious disease datasets: A comparison of methods. *BMC Public Health*, 14, 147.
- Groseclose, S. L., & Buckeridge, D. L. (2017). Public health surveillance systems: Recent advances in their use and evaluation. *Annual Review of Public Health*, 38, 57–79.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage.
- Guerra, F. M., Bolotin, S., Lim, G., Heffernan, J., Deeks, S. L., Li, Y., & Crowcroft, N. S. (2017). The basic reproduction number (R_0) of measles: A systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 17(12), e420–e428.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana.
- Krause, G., Ropers, G., & Stark, K. (2005). Notifiable disease surveillance and practicing physicians. *Emerging Infectious Diseases*, 11(3), 442–445.
- Ley N.º 836/1980. Código Sanitario de la República del Paraguay. Poder Legislativo.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760.
- Nsubuga, P., White, M. E., Thacker, S. B., Anderson, M. A., Blount, S. B., Broome, C. V., Chiller, T. M., Espitia, V., Imtiaz, R., Sosin, D., Stroup, D. F., Tauxe, R. V., Vijayaraghavan, M., & Trostle, M. (2006). Public health surveillance: A tool for targeting and monitoring interventions. En D. T. Jamison et al. (Eds.), *Disease control priorities in developing countries* (2.ª ed., pp. 997–1015). Banco Mundial y Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Reglamento Sanitario Internacional (2005) (3.ª ed.). OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Measles and rubella surveillance standards. En *WHO vaccine-preventable diseases surveillance standards*. OMS.

- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Eliminación del sarampión: Guía práctica (2.^a ed., Publicación Científica y Técnica N.º 605). OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023 (CD56/9). OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2026a). Brote multipaís de sarampión: Evaluación de riesgo y situación regional. OPS. <https://www.paho.org/es/brote-multi-pais-sarampion-2026>
- Organización Panamericana de la Salud. (2026b). Informe de situación: Sarampión en la Región de las Américas. OPS.
- Patel, M. K., Goodson, J. L., Alexander, J. P., Kretsinger, K., Sodha, S. V., Steulet, C., Gacic-Dobo, M., Rota, P. A., McFarland, J., Menning, L., Mulders, M. N., & Crowcroft, N. S. (2020). Progress toward regional measles elimination — Worldwide, 2000–2019. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(45), 1700–1705.
- Silk, B. J., & Berkelman, R. L. (2005). A review of strategies for enhancing the completeness of notifiable disease reporting. *Journal of Public Health Management and Practice*, 11(3), 191–200.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia.
- Tan, H. F., Yeh, C. Y., Chang, H. W., Chang, C. K., & Tseng, H. F. (2009). Private doctors' practices, knowledge, and attitude to reporting of communicable diseases: A national survey in Taiwan. *BMC Infectious Diseases*, 9, 11.
- Thacker, S. B., & Berkelman, R. L. (1988). Public health surveillance in the United States. *Epidemiologic Reviews*, 10, 164–190.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.
- Vandenbroucke, J. P. (2008). Observational research, randomised trials, and two views of medical science. *PLoS Medicine*, 5(3), e67.

