

**LINEAMIENTOS TECNICOS PARA LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS 2010 ASIGNADOS A LAS DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD PARA PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN FASE POST PANDEMICA DE INFLUENZA A H1N1/09 Y EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN EN SEGURIDAD SANITARIA EN LAS DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD**

## I. ANTECEDENTES

El 10 de agosto de 2010 la Organización Mundial de la Salud (OMS<sup>1</sup>) anunció el cambio de la fase pandémica del virus de influenza AH1N1/09 al período pospandémico. Esto no significa que el virus haya desaparecido, por el contrario, se prevé que el virus AH1N1/09 se comportará como un virus gripal estacional y seguirá circulando durante varios años. Durante el período pospandémico se espera que se continúen presentando casos especialmente en población joven y grupos de riesgo (mujeres gestantes, personas con enfermedades crónicas de base y trabajadores de salud) y puede registrarse una elevada transmisión del virus AH1N1/09 en brotes locales de diversa magnitud, mientras la población adquiere inmunidad para este nuevo virus.

Además, en una pequeña proporción de las personas infectadas durante la pandemia, incluidos jóvenes en buen estado de salud, cursó una forma grave de neumonía viral primaria que no suele observarse durante las epidemias estacionales y que como característica a destacar presentó resistencia al tratamiento. Sin embargo aún no es posible determinar si esta situación se mantendrá durante el período pospandémico, lo que soporta aún más la necesidad de mantener la vigilancia.

Por lo anterior, durante la fase post-pandemia se deberá continuar con las acciones de prevención, vigilancia y control de las Infecciones Respiratorias Agudas. Los objetivos de la vigilancia en este período se orientan al monitoreo de tendencias y comportamiento de las IRA y sus agentes causales y la oportuna identificación de epidemias o pandemias, con especial énfasis en el desarrollo y fortalecimiento de capacidades básicas para la detección temprana de eventos inusuales, la recolección y notificación rutinaria de datos epidemiológicos, la vigilancia virológica centinela y de la resistencia a los antivirales.

En el caso de Colombia<sup>2</sup> desde la semana 15 de 2009 (abril 12) hasta la semana 52 de 2010 (diciembre 31) se han reportado 164.746 casos, que según las definiciones fueron clasificados como casos sospechosos la mayoría de ellos (84,7%), 10,7% se han descartado (17.408 casos por rRT-PCR para influenza A y 236 casos por criterio clínico-epidemiológico), 1,7% han sido clasificados como probables y 2,9% han sido confirmados (4.721 por rRT – PCR de influenza por virus pandémico A H1N1/09 y 5 casos por secuenciación de genes).

En cuanto a la distribución de los 4.726 casos confirmados de influenza por virus pandémico AH1N1/09 por departamentos, 45,7% fueron reportados por Bogotá, los departamentos siguientes con el mayor número de casos dista en gran proporción de Bogotá, entre ellos, Antioquia (7,2%) y Cundinamarca (6,7%). Sin embargo, los departamentos con mayor vulnerabilidad para que su población enfermara y muriera por influenza A H1N1 en este período de tiempo (letalidad) fueron Magdalena (33,3%), La

<sup>1</sup> OMS. Nota Informativa 23. Disponible en: [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing\\_20100810/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100810/en/index.html)

<sup>2</sup> INS. SIVIGILA. Grupo Apoyo a Pandemia. Boletín de Vigilancia Intensificada de Virus Pandémico A H1N1/09 en Colombia. Boletín 483, Diciembre 27 de 2010.

Guajira (25,0%), Norte de Santander (21,9%), Bolívar (20,0%), Casanare (19,2%), Córdoba (16,7%), San Andrés (14,3%), Antioquia (12,5%), Santander (12,5%) y Guaviare (10,0%). (Ver tabla 1). La letalidad general para el país durante este período es de 6,8%.

Tabla 1. Casos confirmados de virus pandémico Influenza A H1N1/09, por departamento de procedencia, según fecha de inicio de síntomas entre 19 de abril de 2009 al 31 de diciembre de 2010

Departamento	Vivos	Muertos	Total Casos	Letalidad	Departamento	Vivos	Muertos	Total Casos	Letalidad
Bogotá	2060	98	2158	4,8	Cesar	31	3	34	9,7
Antioquia	303	38	341	12,5	Arauca	31	2	33	6,5
Cundinamarca	293	23	316	7,8	Casanare	26	5	31	19,2
Valle	272	19	291	7,0	Cartagena	26	2	28	7,7
Meta	156	9	165	5,8	Cordoba	18	3	21	16,7
Tolima	151	8	159	5,3	Atlántico	15	0	15	0,0
Nariño	134	13	147	9,7	Caquetá	15	0	15	0,0
Santander	120	15	135	12,5	La Guajira	12	3	15	25,0
Caldas	110	9	119	8,2	Santa Marta	12	1	13	8,3
Boyacá	111	5	116	4,5	Guaviare	10	1	11	10,0
Risaralda	81	7	88	8,6	Putumayo	9	0	9	0,0
Norte Santander	64	14	78	21,9	San Andres	7	1	8	14,3
Huila	69	6	75	8,7	Vichada	7	0	7	0,0
Amazonas	61	3	64	4,9	Bolívar	5	1	6	20,0
Quindío	58	4	62	6,9	Magdalena	3	1	4	33,3
Cauca	56	4	60	7,1	Vaupés	3	0	3	0,0
Barranquilla	49	1	50	2,0	Choco	2	0	2	0,0
Sucre	44	2	46	4,5	Guainía	1	0	1	0,0
<b>Total Colombia</b>						<b>4425</b>	<b>301</b>	<b>4726</b>	<b>6,8</b>

F.I. Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA

Cabe señalar que de acuerdo con las estadísticas nacionales de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en el año 2008, último año disponible en el DANE en forma completa, ocurrieron un total de 196.394 muertes, de las cuales 5.874 corresponden a IRA<sup>3</sup>. Según la edad en que sucedieron las muertes por IRA, la gran mayoría ocurrieron en personas mayores de 65 años (62,9%). Esta enfermedad ocasionó la muerte a 13,2 personas por cada 100.000 habitantes, afectando especialmente a los mayores de 65 años (129 personas x 100.000) y menores de 5 años (20,3 x 100.000).

En la tabla 2 se relacionan los departamentos con la ocurrencia de las muertes por IRA ordenados por tasas específicas por grupos de edad y cuartiles<sup>4</sup>. Con base en estos resultados, la mayor vulnerabilidad

<sup>3</sup> DANE. Demográficas. Estadísticas Vitales. Defunciones por grupos de edad y sexo, según lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS. Total nacional año 2008. Cuadro 5. Encontrado en: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=206&Itemid=119](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=206&Itemid=119). Consultado el Septiembre 9 de 2010.

<sup>4</sup> Para todos los grupos de edad, excepto el grupo de nacidos vivos de este año, los departamentos de Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada se encuentran consolidados en el grupo Amazonía debido a que el DANE no dispone de los datos de población de este grupo de departamentos en forma desagregada

para morir por IRA se encuentra en los menores de un año y mayores de 65 años, para este último, la mayor mortalidad se registra en Atlántico, Boyacá, Cundinamarca, Bogotá, Meta, César y Valle con tasas que van desde 127,3 a 182 por cada 100.000 habitantes de este grupo de edad. La mortalidad infantil más elevada por esta causa, la reportan los departamentos de Guainía, Amazonas, Vichada, Chocó, Vaupés, Caquetá, Guaviare y Magdalena con tasas que van desde 156,9 a 703 por cada 100.000 nacidos vivos.

Tabla 2. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda según departamento y grupos de edad. Tasa por 100.000 habitantes, Colombia 2008

Departamento	Tasa total	Departamento	Mortalidad infantil	Departamento	1 a 4 años	Departamento	5 a 64 años	Departamento	65 años y más
Arauca	6,6	Arauca	20,7	San Andrés	0,0	San Andrés	1,6	Arauca	28,3
Putumayo	8,1	Santander	27,6	Santander	0,0	La Guajira	2,1	Chocó	29,0
San Andrés	8,3	Huila	38,9	Sucre	0,0	Caquetá	2,2	Antioquia	45,3
Chocó	8,3	Casanare	46,9	Cundinamarca	2,1	Cauca	2,2	La Guajira	77,9
Casanare	8,6	Valle	49,7	Tolima	2,7	Magdalena	2,3	Caquetá	78,5
La Guajira	8,9	Boyacá	57,5	Caldas	2,8	Casanare	2,3	Caldas	85,3
Córdoba	9,4	Quindío	59,5	Putumayo	2,8	Bolívar	2,4	Córdoba	85,7
Santander	9,7	Tolima	64,7	Boyacá	2,9	Santander	2,4	San Andrés	87,1
Sucre	9,9	Sucre	68,7	Risaralda	3,1	Caldas	2,5	Grupo Amazonia	96,7
Bolívar	10,0	Antioquia	72,6	Arauca	3,4	Córdoba	2,5	Risaralda	97,4
Caldas	10,4	Putumayo	84,7	Bolívar	4,0	César	2,5	Quindío	97,8
Cauca	10,7	Cauca	86,6	Cauca	4,4	Sucre	2,6	Nariño	98,1
Nariño	10,8	Caldas	88,0	Atlántico	4,5	Putumayo	2,6	Putumayo	99,4
Caquetá	11,0	Atlántico	92,0	Nariño	4,8	Quindío	2,6	Bolívar	99,4
Quindío	11,2	Córdoba	92,2	Bogotá	4,9	Atlántico	2,8	Santander	99,4
N. Santander	11,4	Risaralda	92,5	Chocó	4,9	Nariño	2,9	Sucre	103,9
Huila	11,5	N. Santander	92,6	Magdalena	5,0	N. Santander	2,9	Cauca	107,1
Magdalena	12,1	Nariño	95,9	N. Santander	5,6	Boyacá	3,0	N. Santander	111,6
Risaralda	12,4	Cundinamarca	112,4	Valle	5,7	Chocó	3,2	Casanare	115,4
César	13,0	Bolívar	114,1	La Guajira	6,3	Huila	3,2	Huila	121,7
Tolima	13,9	Bogotá	117,4	Huila	6,5	Tolima	3,4	Tolima	122,0
Antioquia	13,9	San Andrés	118,5	Antioquia	6,6	Meta	4,0	Magdalena	125,4
Valle	14,0	Meta	139,7	Córdoba	7,3	Cundinamarca	4,1	Valle	127,3
Meta	14,7	César	142,7	Quindío	7,6	Risaralda	4,2	César	137,4
Bogotá	15,2	La Guajira	156,6	Caquetá	8,5	Valle	4,5	Meta	145,1
Atlántico	15,3	Magdalena	156,9	Casanare	10,4	Bogotá	4,6	Bogotá	152,3
Cundinamarca	17,0	Guaviare	188,4	Meta	11,0	Arauca	5,6	Cundinamarca	163,2
Boyacá	18,5	Caquetá	263,6	César	12,1	Grupo Amazonia	7,9	Boyacá	173,8
Grupo Amazonia	19,4	Vaupés	280,5	Grupo Amazonia	26,0	Antioquia	10,9	Atlántico	182,0
<b>Total</b>	<b>13,3</b>	Chocó	323,4	<b>Total</b>	<b>5,3</b>	<b>Total</b>	<b>3,5</b>	<b>Total</b>	<b>129,0</b>
		Vichada	459,8						
		Amazonas	499,3						
		Guainía	703,0						
		<b>Total</b>	<b>95,5</b>						

F.I. DANE. Demográficas. Dirección de Censos y Demografía y Colombia Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2006-2020 y Estadísticas Vitales.

Una de las estrategias de gran impacto frente a la atención de las personas afectadas por enfermedades respiratorias es la implantación de salas para la atención de Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Estas son útiles como proceso de entrenamiento de personal asistencial, como escenario de educación a la población sometida a riesgo y como instancia de la identificación de los casos que requieran hospitalización en un momento dado.

En el país, según el registro de habilitación<sup>5</sup> existe 384 salas ERA en 228 municipios y distritos de las cuales 60,2% son de naturaleza pública (ver tabla 3). Se hace necesario que cada entidad territorial realice una evaluación de la situación de salud relacionada con la morbilidad y la mortalidad de las Infecciones Respiratorias Agudas, la atención y el manejo de los casos de ESI-IRAG y de Influenza provocada por el AH1N1/09, teniendo en cuenta la letalidad por este evento, así como las debilidades presentadas en las salas ERA que en la actualidad están funcionando, con el fin de evaluar la necesidad de la implantación de salas ERA donde aún no existen y el tipo de fortalecimiento de las actuales.

Tabla 3. Salas ERA por departamentos según naturaleza jurídica de la IPS

Departamento	No. Municipios	No. Salas ERA	Naturaleza jurídica		Departamento	No. Municipios	No. Salas ERA	Naturaleza jurídica	
			privada	pública				privada	pública
Amazonas	1	3	2	1	Guaviare	1	1	0	1
Antioquia	28	47	32	15	Huila	2	2	1	1
Arauca	1	1	0	1	La Guajira	4	5	2	3
Atlántico	12	12	2	10	Magdalena	7	14	5	9
Barranquilla	1	13	12	1	Meta	5	12	6	6
Bogotá	1	41	23	18	Nariño	22	25	1	24
Bolívar	6	6	0	6	Nte Santander	2	4	2	2
Boyacá	13	13	1	12	Putumayo	6	7	2	5
Caldas	9	13	3	10	Quindío	4	5	1	4
Caquetá	1	1	1	0	Risaralda	4	9	4	5
Cartagena	1	6	6	0	San Andrés	2	2	2	0
Casanare	1	1	0	1	Santa Marta	1	7	4	3
Cauca	6	10	5	5	Santander	7	16	6	10
César	9	11	1	10	Sucre	6	7	5	2
Chocó	23	30	2	28	Tolima	9	11	2	9
Córdoba	3	4	2	2	Valle	7	19	15	4
Cundinamarca	21	24	3	21	Vaupés	1	1	0	1
Guainía	1	1	0	1	Vichada	0	0	0	0
<b>Total</b>						<b>228</b>	<b>384</b>	<b>153</b>	<b>231</b>

F.I. Dirección General de Calidad, Ministerio de la Protección Social. Junio de 2010

Si bien, desde el Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras y Prestadoras de Servicios de Salud, se viene trabajando desde hace varios años en la preparación y mitigación de amenazas de epidemias y pandemias, ahora se hace necesario fortalecer y consolidar toda la experiencia vivida con la pandemia de influenza AH1N1/09 mediante el desarrollo de líneas rutinarias de trabajo en prevención, vigilancia y control de la IRA en todo el territorio nacional, de tal forma que fortalezcan las capacidades de detección, notificación, vigilancia y respuesta, a través de la coordinación e integración nacional y subnacional. Es así como, utilizando variables relacionadas con el tamaño de población municipal, la distribución de mortalidad por infección respiratoria en los diferentes grupos de edad y los diversos niveles de capacidad instalada de los servicios de atención en salud y diagnóstico del sistema de vigilancia, se preseleccionaron 75 municipios (ver tabla 4), en los que de común acuerdo con las Direcciones Departamentales de Salud se promoverá el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia y respuesta de

<sup>5</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Calidad. Junio de 2010.

la IRA con la implantación de salas de atención ambulatoria para la ERA y la aplicación selectiva de estrategias de vigilancia de que trata la circular 055 de 2010.

Tabla 4. Departamentos y número de municipios priorizados para la implantación de una sala de atención de ERA

Departamento	Número de municipios por Departamento para implantación de sala de atención de ERA	Departamento	Número de municipios por Departamento para implantación de sala de atención de ERA
Amazonas	1	Guaviare	1
Antioquia	3	Huila	3
Arauca	1	La Guajira	1
Atlántico	2	Magdalena	2
Barranquilla	2	Meta	2
Bogotá	0	N. De Santander	6
Bolívar	4	Nariño	4
Boyacá	2	Putumayo	1
Caldas	2	Quindío	1
Caquetá	1	Risaralda	1
Cartagena	2	San Andrés	0
Casanare	1	Santa Marta	1
Cauca	4	Santander	3
Cesar	2	Sucre	2
Chocó	3	Tolima	4
Córdoba	3	Valle Del Cauca	4
Cundinamarca	3	Vaupés	1
Guainía	1	Vichada	1
<b>Total: 75</b>			

Por otra parte, se hace necesario fortalecer la capacidad de prevención, vigilancia y control sanitario en puntos de entrada (ver tabla 5), para reforzar las acciones de monitoreo, detección y control de amenazas sanitarias latentes asociadas a los brotes de Influenza Aviar (H5N1) en Asia y la epidemia de Cólera en Haití, teniendo en cuenta que Colombia como los demás países de la Región corre el riesgo de importar casos, no sólo por su participación en acciones humanitarias, sino por el permanente intercambio comercial y turístico que ocurre entre las partes continentales e insulares del mar Caribe y el resto del mundo. Lo anterior agravado por los estragos sanitarios y ambientales ocasionados por el “Fenómeno de la Niña” con el incremento de las lluvias en gran parte del país, en particular sobre las regiones Caribe y Andina. La intensa temporada invernal que azota al país ha provocado inundaciones que afectan grandes áreas territoriales creando todas las condiciones favorables para la ocurrencia y diseminación de enfermedades transmisibles, especialmente las enfermedades diarreicas agudas vehiculizadas por el agua y la contaminación del ambiente. Así mismo, se espera que en los próximos meses se registren incrementos de infecciones respiratorias, enfermedades de la piel, enfermedades transmitidas por vectores y accidentes ofídicos entre otras.

Tabla 5. Puntos de entrada al país

Aeropuertos Internacionales	Pasos fronterizos	Puertos Marítimos	Puertos Fluviales nacionales fronterizos
Bogotá	Arauca	Barranquilla	Arauca
Cali	Cúcuta	Buenaventura	Leticia
Cartagena	Ipiales	Cartagena	Puerto Carreño
Pereira	Maicao	Puerto Bolívar/Uribía	Puerto Inírida
Rionegro		San Andrés	Puerto Asís
San Andrés		Santa Marta	
Soledad		Tumaco	
Bucaramanga		Turbo	
		Tolú - Coveñas	

F.I. Dirección General de Salud Pública, Ministerio de la Protección Social.

Para atender las situaciones de emergencia de salud pública y en consonancia con el Decreto 3518 de 2006, se expidió la Circular 055 de septiembre de 2010 en donde se establecen lineamientos para el mantenimiento de las acciones de prevención, vigilancia y control en salud pública en la fase pospandémica del virus de Influenza AH1N1/09; así mismo, se expidieron la circular 067 del 27 de octubre de 2010, con directrices para la intensificación de las acciones de prevención, vigilancia y control en salud pública del cólera, la enfermedad diarreica aguda y las enfermedades transmitidas por alimentos; y la circular 083 del 13 de diciembre de 2010 dando instrucciones para la activación de los Planes de Contingencia ante la temporada invernal.

En resumen, atendiendo los criterios de priorización: (1) municipios con proporción de NBI elevadas y alta densidad poblacional, (2) municipios con elevada mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en niños y niñas de 0 a 4 años y personas mayores de 65 años, y (3) municipios en los que existan puntos de entrada de importancia nacional e internacional; se proyectó la asignación de recursos de inversión de la presente vigencia por valor de **doce mil treinta y cinco millones quinientos mil pesos (\$12.035'500.000)**, para apoyar la gestión de las unidades de vigilancia y control de los departamentos y distritos como se enumera en la tabla 6.

Recursos adicionales por valor de **quinientos un millones setecientos ochenta y nueve mil ocho cientos veinte cinco pesos (\$ 501.789.825)** se asignaron entre los departamentos de Nariño y Norte de Santander, para apoyar proyectos de cooperación binacional en la zona fronteriza colombo ecuatoriana (corredores Andino y Pacífico correspondientes a los cantones de Tulcán-Carchi/Ecuador, y el departamento de Nariño/Colombia) y en la zona fronteriza colombo venezolana (eje fronterizo Táchira-Zulia/Venezuela, y Norte de Santander/Colombia).

Tabla 6. Distribución de recursos vigencia 2010 por entidades territoriales según criterios de asignación

Código DTS	Dirección Territorial de Salud	Equipo básico territorial de vigilancia en salud pública	Actividades de Capacitación por municipio	Estrategias de APS para prevención de enfermedades - Dotación de salas ERA en municipios priorizados	Gestión en Seguridad Sanitaria y de sanidad portuaria en Puntos de entrada	Gran total
1	Secretaria de Salud Departamental de Amazonas	180.000.000	5.500.000	50.000.000	50.000.000	285.500.000
2	Dirección Seccional de Salud de Antioquia	180.000.000	62.500.000	150.000.000	100.000.000	492.500.000
3	Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca	180.000.000	3.500.000	50.000.000	50.000.000	283.500.000
4	Secretaria de Salud del Atlántico	180.000.000	11.000.000	100.000.000	0	291.000.000
5	Secretaria Seccional de Salud de Bolívar	180.000.000	22.500.000	200.000.000	0	402.500.000
6	Secretaria de Salud de Boyacá	180.000.000	61.500.000	100.000.000	0	341.500.000
7	Dirección Territorial de Salud de Caldas	180.000.000	13.500.000	100.000.000	0	293.500.000
8	Instituto Departamental de Salud de Caquetá	180.000.000	8.000.000	50.000.000	0	238.000.000
9	Secretaria de Salud de Casanare	180.000.000	9.500.000	50.000.000	0	239.500.000
10	Dirección Departamental de Salud de Cauca	180.000.000	21.000.000	200.000.000	0	401.000.000
11	Secretaria Departamental de Salud del Cesar	180.000.000	12.500.000	100.000.000	0	292.500.000
12	Secretaria de Desarrollo de La Salud de Córdoba	180.000.000	15.000.000	150.000.000	0	345.000.000
13	Secretaria de Salud de Cundinamarca	180.000.000	58.000.000	150.000.000	0	388.000.000
14	Departamento Administrativo de Salud del Chocó	180.000.000	15.000.000	150.000.000	0	345.000.000
15	Secretaria de Salud del Guainía	180.000.000	500.000	50.000.000	50.000.000	280.500.000
16	Secretaria de Salud Departamental de La Guajira	180.000.000	7.500.000	50.000.000	100.000.000	337.500.000
17	Secretaria Departamental de Salud del Guaviare	180.000.000	2.000.000	50.000.000	0	232.000.000
18	Secretaria de Salud Departamental del	180.000.000	18.500.000	150.000.000	0	348.500.000

Código DTS	Dirección Territorial de Salud	Equipo básico territorial de vigilancia en salud pública	Actividades de Capacitación por municipio	Estrategias de APS para prevención de enfermedades - Dotación de salas ERA en municipios priorizados	Gestión en Seguridad Sanitaria y de sanidad portuaria en Puntos de entrada	Gran total
	Huila					
19	Secretaría de Desarrollo de La Salud del Magdalena	180.000.000	14.500.000	100.000.000	0	294.500.000
20	Secretaria de Salud del Meta	180.000.000	14.500.000	100.000.000	0	294.500.000
21	Instituto Departamental de Salud de Nariño	180.000.000	32.000.000	300.000.000	350.894.913 (*)	862.894.913
22	Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander	180.000.000	20.000.000	200.000.000	300.894.912 (*)	700.894.912
23	Departamento Administrativo de Salud del Putumayo	180.000.000	6.500.000	50.000.000	50.000.000	286.500.000
24	Instituto Seccional de Salud del Quindío	180.000.000	6.000.000	50.000.000	0	236.000.000
25	Secretaria de Salud de Risaralda	180.000.000	7.000.000	50.000.000	50.000.000	287.000.000
26	Secretaria Departamental de Salud de San Andrés	180.000.000	1.000.000	0	50.000.000	231.000.000
27	Secretaria de Salud Departamental de Santander	180.000.000	43.500.000	150.000.000	50.000.000	423.500.000
28	Departamento Administrativo de Seguridad Social en Salud de Sucre	180.000.000	13.000.000	100.000.000	50.000.000	343.000.000
29	Secretaria de Salud del Tolima	180.000.000	23.500.000	200.000.000	0	403.500.000
30	Secretaria Departamental de Salud del Valle	180.000.000	21.000.000	200.000.000	100.000.000	501.000.000
31	Departamento Administrativo de Salud del Vaupés	180.000.000	1.500.000	50.000.000	0	231.500.000
32	Secretaria Departamental de Salud de Vichada	180.000.000	2.000.000	50.000.000	50.000.000	282.000.000
33	Secretaria de Salud Distrital de Barranquilla	180.000.000	500.000	100.000.000	100.000.000	380.500.000
34	Secretaria de Salud Distrital de Bogotá	180.000.000	500.000	0	50.000.000	230.500.000

Código DTS	Dirección Territorial de Salud	Equipo básico territorial de vigilancia en salud pública	Actividades de Capacitación por municipio	Estrategias de APS para prevención de enfermedades - Dotación de salas ERA en municipios priorizados	Gestión en Seguridad Sanitaria y de sanidad portuaria en Puntos de entrada	Gran total
35	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena	180.000.000	500.000	100.000.000	50.000.000	330.500.000
36	Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta	180.000.000	500.000	50.000.000	50.000.000	280.500.000
<b>TOTAL ASIGNACIONES</b>		<b>6.480.000.000</b>	<b>555.500.000</b>	<b>3.750.000.000</b>	<b>1.651.789.825</b>	<b>12.437.289.825</b>

(\*) Incluyen partidas específicas para cofinanciación de Proyectos Binacionales de Cooperación de la VSP en áreas fronterizas.

## II. LINEAMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS

En desarrollo de las líneas de acción tendientes a fortalecer la capacidad territorial para la prevención, vigilancia y control de emergencias en salud pública y la gestión territorial en seguridad sanitaria, las DTS tendrán en cuenta las siguientes consideraciones al elaborar el plan de acción y cronograma de ejecución así:

1. Los recursos asignados obedecen al plan de fortalecimiento subnacional para la vigilancia y respuesta a epidemias y pandemias, por tanto, tienen destinación específica y su ejecución y evaluación deberá ceñirse a la aprobación del plan de trabajo territorial y efectuarse de una manera eficiente.
2. La entidad territorial deberá presentar dentro del mes siguiente a la expedición de la Resolución de asignación de recursos, un plan de acción que incluya cronograma de actividades para la ejecución de las líneas de acción establecidas en el presente lineamiento, teniendo en cuenta para ello las tablas anexas. A 15 de diciembre de 2011 se deberá presentar el informe final técnico y financiero de la ejecución de los recursos, que dé cuenta tanto de los resultados obtenidos por la entidad territorial frente al fortalecimiento de la prevención, vigilancia y control de la IRA en el período pospandémico de la influenza, otras emergencias de salud pública y el fortalecimiento de la gestión territorial en seguridad sanitaria.
3. La ejecución de los recursos se deben orientar al fortalecimiento de las unidades de vigilancia para la detección, notificación, análisis, evaluación, comunicación y control de cualquier situación de emergencia de salud pública, en especial de las derivadas del comportamiento pospandémico de las Infecciones Respiratorias Agudas; la capacitación del personal de salud asistencial, el fortalecimiento de las salas de atención de ERA de las IPS públicas priorizadas y la conformación de redes de apoyo en el manejo, atención y mitigación de brotes por IRA, ESI-IRAG, u otras emergencias de salud pública a nivel subnacional. En tal sentido, se deben garantizar la gestión que permita la incorporación de los recursos, la elaboración de los planes y las gestiones en la contratación en el marco de las normas vigentes, teniendo en cuenta que debido a la necesidad del fortalecimiento de estas actividades, los tiempos requeridos para la ejecución no deben dilatarse.

Para el efecto, procede el acatamiento de lo establecido en el Decreto 4580 del 7 de diciembre de 2010 por el cual se declara el estado de emergencia económica, social y ecológica por grave calamidad pública, y la circular 086 del 29 de diciembre de 2010 que insta a la incorporación de recursos asignados por el MPS para la cofinanciación de planes de contingencia frente a los efectos del “Fenómeno de la Niña”, que permitan atender las competencias en salud, en las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales

4. De acuerdo con la identificación de la población vulnerable que puede complicarse y morir por IRA u otros eventos de interés en salud pública en el área de su jurisdicción, se deben enfocar las acciones de salud, teniendo en cuenta la caracterización socio demográfica y económica de la población, las condiciones ambientales y sanitarias y las medidas de salud pública implementadas para su prevención, vigilancia y control teniendo en cuenta las normas técnicas vigentes sobre la materia.
5. Para la gestión que se debe realizar frente a la ejecución de los recursos transferidos para la prevención, vigilancia y control de las IRA, ESI-IRAG es necesario que se disponga de al menos dos (2) profesionales con formación universitaria en ciencias de la salud y de posgrado en epidemiología, salud pública y/o auditoría de la calidad; con experiencia de al menos dos años en acciones de vigilancia y control en salud pública. Estos profesionales apoyarán la ejecución de acciones de fortalecimiento de la gestión sanitaria en la jurisdicción y actuarán como enlaces con el nivel nacional para la coordinación del trabajo.
6. Para efecto de garantizar la participación en las reuniones nacionales que programe el Ministerio para vigilancia en salud pública de las IRA, ESI-IRAG u otros eventos de interés en salud pública, así como para la supervisión, asistencia técnica y capacitación a todos los municipios de su jurisdicción, la entidad territorial deberá disponer de los recursos asignados, de la correspondiente partida para los gastos de viaje y transporte.

### **III. CRITERIOS PARA LA EJECUCION DE LOS RECURSOS**

La ejecución de los recursos estarán destinados para el fortalecimiento de la prevención, vigilancia y control de las situaciones de emergencia en salud pública, en tal sentido cada entidad territorial deberá elaborar un plan de acción y cronograma de actividades para la ejecución de los recursos a los que hace referencia la Resolución 5237 del 15 de Diciembre y la Circular 086 del 29 de Diciembre de 2010, en donde los conceptos de gastos que aplican corresponden a contratación de personal técnico y profesional especializado, gastos de viaje y viáticos para asistencia técnica y supervisión a los municipios; gastos de logística para capacitación de trabajadores de salud; dotación de equipos e insumos para salas ERA; operativos de campo para inspección, vigilancia y control sanitario en puntos de entrada y establecimientos de riesgo.

Para el fortalecimiento de la capacidad territorial en la gestión de la vigilancia en salud pública se deberán contratar dos (2) profesionales de apoyo al equipo de vigilancia, con formación básica en salud y formación de postgrado en Epidemiología, Salud Pública y/o Auditoría en Salud, para apoyar la realización de las siguientes acciones:

## **1. Gestión del equipo básico territorial de vigilancia en salud pública**

- a) Apoyar la definición, conformación y funcionamiento de redes de apoyo integradas por líderes académicos y profesionales especializados en la entidad territorial.
- b) Elaborar los documentos técnicos requeridos tales como conformación y funcionamiento de redes de apoyo, caracterización de las salas de atención de ERA, caracterización del personal de salud que labora en los servicios de urgencias y salas de atención de ERA, plan de capacitación, plan de asistencia técnica y supervisión a las salas de atención de ERA.
- c) Apoyar la realización de reuniones, mesas de trabajo u otros espacios institucionales, sectoriales e intersectoriales en el marco del fortalecimiento en la línea de prevención y atención en infección respiratoria aguda.
- d) Participar en las reuniones nacionales y locales que se convoquen sobre el tema y gestión para implementación y ejecución de los compromisos adquiridos en dichas reuniones.
- e) Apoyar la gestión en la utilización del aplicativo Web ESI-IRAG por parte de las direcciones territoriales y en la actualización del inventario de los insumos para el tratamiento de las ESI-IRAG distribuidas por el Ministerio de la Protección Social.

## **2. Actividades de capacitación por municipio**

Para la realización de estas actividades se podrá contar con recurso humano propio o contratar profesionales idóneos (universidades o asociaciones) para realizar las capacitaciones y realizar las siguientes obligaciones:

- a) Realizar la abogacía ante las IPS públicas y privadas para la difusión y el establecimiento del plan de capacitación dirigido al personal de salud.
- b) Identificar y caracterizar el personal de salud sujeto de la capacitación.
- c) Realizar la gestión técnica y logística para el desarrollo de las capacitaciones.
- d) Desarrollar el plan de capacitación en todos los municipios dirigida a profesionales y demás personal de salud en el ámbito asistencial en los temas relacionados con uso de protocolos de vigilancia, investigación de brotes y de campo, guías de atención y manejo de casos y sus contactos, uso de las medidas de bioseguridad por parte de los profesionales de la salud, normatividad vigente, AIEPI con especial énfasis en IRA y aplicativo Web para la vigilancia de la IRA, ESI-IRAG u otros eventos de interés en salud pública, seguimiento y evaluación del resultado de la implementación y fortalecimiento de salas de atención de ERA y planes de mejoramiento.
- e) Elaborar el informe de la capacitación donde incluya memorias y actas de cada capacitación.

## **3. Estrategias de Atención Primaria en Salud para prevención de enfermedades y dotación de salas de atención de ERA en municipios priorizados**

Para la ejecución de esta línea deberá realizar las siguientes obligaciones:

- a) Levantar un inventario y caracterización de las salas de atención de ERA existentes en la entidad territorial.
- b) Apoyar el análisis y selección de los municipios con proporción de NBI elevadas y alta densidad poblacional, elevada mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en niños y niñas de 0 a 4 años y

personas mayores de 65 años, para la creación de nuevas salas de atención de ERA en las entidades públicas, teniendo en cuenta el número de municipios y distritos priorizados (tabla 4).

- c) Apoyar la gestión para la creación y dotación de nuevas salas de atención de ERA de acuerdo a los criterios de priorización establecidos en el numeral anterior.
- d) Apoyar en la asistencia técnica y supervisión de las salas de atención de ERA ubicadas en los diferentes municipios del departamento, que incluya los instrumentos para la recolección y procesamiento de la información y establecer las necesidades de fortalecimiento de las mismas.

#### **4. Gestión en Seguridad Sanitaria y de Sanidad Portuaria en puntos de entrada**

- a) Apoyar el fortalecimiento en la vigilancia y control sanitario en puntos de entrada en las acciones para monitoreo, detección y control de amenazas sanitarias latentes asociadas a los brotes de Influenza Aviar (H5N1) y cólera.
- b) Apoyar la inspección de factores de riesgo en áreas portuarias y establecimientos de interés para el control de enfermedades.

Cada DTS deberá realizar el seguimiento y evaluación de la gestión lograda en las líneas de acción, así mismo, elaborar y enviar en forma oportuna los informes técnicos bimensuales al Ministerio de la Protección Social frente al seguimiento y evaluación de la gestión técnica y financiera de los recursos asignados a cada una de las líneas de acción, teniendo en cuenta el plan de trabajo y cronograma acordado.

#### **IV. INDICADORES DE EVALUACIÓN**

Con el fin de hacer un adecuado seguimiento y evaluación a la gestión realizada por cada Dirección Territorial para la ejecución de las actuales transferencias, se han definido los siguientes indicadores de evaluación de resultados en lo relacionado con la eficiencia, eficacia y el impacto alcanzado en cada una de las líneas aquí descritas.

Tabla 7. Indicadores de evaluación

VARIABLE	INDICADOR	TIPO	DEFINICION
Gestión del Plan	Informes técnicos presentados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterización de las salas ERA</li> <li>• Plan e informe de capacitación</li> <li>• Plan de asistencia técnica y supervisión</li> <li>• Informes epidemiológicos por municipio</li> <li>• Informe de gestión de aplicativos diseñados para la vigilancia y control sanitario (SIVIGILA, Modulo IRA en plataforma Web, Bitácora de emergencias sanitarias)</li> <li>• Actas</li> </ul>	Gestión	N° de informes técnicos elaborados y difundidos con grupos de interés / N° de informes proyectados * 100
	Profesionales y técnicos vinculados al equipo territorial de vigilancia y control	Gestión	Número de profesionales y técnicos contratados
Actividades de capacitación por municipio	Cobertura de trabajadores de salud capacitados por municipio	Gestión	No. de trabajadores capacitados por municipio / N° de trabajadores de salud sujetos de capacitación * 100
Estrategias de Atención Primaria en Salud para prevención de enfermedades y dotación de salas de atención de ERA en municipios priorizados	Proporción de salas ERA nuevas	Gestión	Número de salas ERA creadas / Número de salas ERA programadas * 100
	Proporción de personas atendidas en Salas ERA por mes por municipio	Resultado	No. personas atendidas en Salas ERA por mes por municipio / No. de casos de IRA notificados por mes por municipio * 100
	Proporción de casos de ESI-IRAG por mes por municipio	Resultado	No. casos de ESI-IRAG por mes por municipio / No. de casos de IRA notificados por mes por municipio * 100
	Proporción de casos atendidos en salas ERA que se hospitalizan por municipio	Resultado	No. casos atendidos en salas ERA que se hospitalizan / No. total casos atendidos en salas ERA * 100
	Porcentaje de IPS con Salas ERA que reportan oportunamente los eventos de notificación obligatoria	Resultado	N° de IPS que reportan oportunamente al SIVIGILA / N° de IPS con salas ERA *100
	Proporción de aislamientos de virus de influenza por unidad centinela	Resultado	N° de aislamientos virales mes / total de casos ESI-IRAG e IRA Inusitada *100

Gestión en Seguridad Sanitaria y de Sanidad Portuaria en puntos de entrada	Proporción de municipios con puntos de entrada caracterizados	Resultado	N° de municipios con puntos de entrada caracterizados / N° municipios con puntos de entrada *100
	Porcentaje de puntos de entrada por municipio que reportan oportunamente y rutinariamente los posibles eventos de interés en salud pública	Resultado	Municipios con puntos de entrada que reportan oportuna y rutinariamente los posibles eventos de interés en salud pública / Municipios con puntos de entrada * 100
	Cobertura de puntos de entrada por municipio con funcionarios capacitados en vigilancia y respuesta ante amenazas de interés en salud pública en el marco del RSI	Gestión	No. puntos de entrada por municipio con funcionarios capacitados / No. puntos de entrada por municipio * 100
	Puntos de entrada con planes de contingencia elaborados y monitoreados	Gestión	No. de puntos de entrada por municipio con planes de contingencia elaborados y monitoreados / No. puntos de entrada por municipio * 100
	Actividades de Inspección Vigilancia y Control sanitario en áreas portuarias realizadas por municipio	Gestión	No. de actividades de Inspección Vigilancia y Control sanitario en áreas portuarias realizadas por municipio
	Certificaciones sanitarias expedidas por punto de entrada en forma mensual por municipio	Gestión	No. de certificaciones sanitarias expedidas por punto de entrada en forma mensual por municipio
	Operación y funcionamiento de los Comités de Sanidad Portuaria por municipio con puntos de entrada	Gestión	No. de actas de reuniones del Comités de Sanidad Portuaria por municipio con puntos de entrada
Gestión de Recursos	Porcentaje de ejecución de los recursos financieros por mes	Gestión	Recursos ejecutados por mes / Total de recursos asignados * 100

## ANEXOS

Junto con la información antes relacionada la cual permite priorizar las actividades a desarrollar, se deberá presentar en las siguientes matrices la información sobre las acciones a desarrollar así:

Línea de acción	Nombre indicador	Objetivo	Meta	Resultado obtenido			
				Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre

Línea de Acción	Actividades	Productos Obtenidos	Concepto de Gasto					Fecha de Inicio y Finalización
			1	2	3	4	5	

**Nota:**

1. Recurso Humano
2. Capacitación
3. Dotación de las salas ERA
4. Acciones de IVC sanitario en puntos de entrada
5. Otro: Especificar

Línea de Acción	Actividades	Productos Esperados	Concepto de Gasto	Valor (\$)	Responsable	Fecha de Inicio y Finalización