

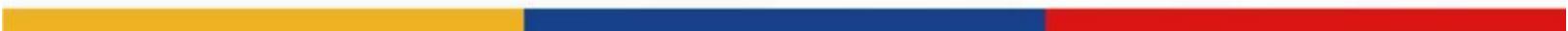


**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS

Versión 1. Subdirección de Enfermedades Transmisibles.
2023.





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CAROLINA CORCHO MEJÍA

Ministra de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO MARTÍNEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA

Viceministro de Protección Social

VICENTE LÓPEZ PINZÓN

Secretario General

JOHANA MARCELA BARBOSA

Directora de Promoción y Prevención

WILLIAM ROBLES FONNEGRA

Subdirector de Enfermedades Transmisibles

JULIAN TRUJILLO TRUJILLO

Coordinador

Grupo de Gestión Integrada de las Enfermedades
Emergentes, Reemergentes y Desatendidas.

Febrero de 2023



ELABORACIÓN

LUISA FERNANDA MOYANO ARIZA

Referente Nacional del Programa IRA/EDA.

Grupo de Gestión Integrada de las Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas.

SARA MILENA ZAMORA VÁSQUEZ.

Referente Estrategia Comunitaria de Programa IRA/EDA

Grupo de Gestión Integrada de las Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas.

COLABORADORES MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SANDRA LILIANA BELLO PÉREZ

Profesional especializado, contratista.

Grupo de Gestión Integrada de las Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas.

NATALIA MUNARTH RUBIO

Pediatra, Profesional especializado.

Grupo Curso de Vida

MÓNICA PATRICIA MEZA CÁRDENAS

Profesional especializado, contratista.

Grupo de Gestión Integrada de las Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas.

JOSE ALEJANDRO MOJICA MADERO

Pediatra, Infectólogo.

Subdirección de Enfermedades Transmisibles

DIANA PAOLA GÓMEZ FORERO

Profesional especializado, contratista.

Grupo de Gestión Integrada de las Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas.

SANDRA EUGENIA GALLEGOS

Profesional especializado, contratista

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

GLORIA MILENA GRACIA CHARRY

Asesora

Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

COLABORADORES VALIDACIÓN EQUIPOS TERRITORIALES DE PROGRAMA

ANDERSON BARROS CARPO.

Secretaría de Salud de Amazonas



**MÓNICA GÓMEZ ZULUAGA
CELENY ORTIZ RESTREPO
MARINA CUESTA PALACIOS
VANESSA ECHAVARRÍA.**
Secretaría de Salud de Antioquia

MARINA ESCORCIA MORENO.
Secretaría de Salud de Atlántico

**CARMEN GRACIELA ZAMORA REYES
GINA VALENCIA RIASCOS.**
Secretaría de Salud de Bogotá

**YANETH RUBIELA SUAREZ
MARIBEL PEDROZA CAMARGO
YOLI PATRICIA OVALLE PINEDA**
Secretaría de Salud de Boyacá

**MARTHA MARITZA MORALES NARVÁEZ
DIANA MAGALY ROBLES RODRÍGUEZ**
Secretaría de Salud de Meta

INGRITH PALACIOS
Secretaría de Salud de Guaviare

MIGUEL BOTINA
Instituto Departamental de Salud de Nariño

JENNIT COLMENARES BECERRA
Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander

**ANGÉLICA PELAYO URUETA
ANA LOZANO GALLEGO.**
Secretaría de Salud de Córdoba

PIEDAD RODRÍGUEZ JIMENEZ
Secretaría de Salud de Sucre

**NORMA ACOSTA MARTÍNEZ
CAROLINA SANCHEZ
AURA GÓMEZ
MARÍA CAMILA MORALES**
Secretaría de Salud de Tolima



LEONOR CUBIDES SUAREZ
Secretaría de Salud de Vaupés

ANA PATRICIA GONZÁLEZ GÓMEZ
Secretaría de Salud de Santander

MÁRILY VIVANCO MELÉNDEZ
MÓNICA FORTICH BARRIOS
Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena

COLABORADORES INSTITUCIONALES DE VALIDACIÓN

MARTHA IMELDA LINERO
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
(UNICEF)

MARTHA HELENA BELTRÁN GONZÁLEZ
Coordinación de Pediatría Clínica la Colina y
Clínica el Country, Bogotá.

MARIA FERNANDA CAÑÓN RODRIGUEZ
GERMÁN CAMACHO MORENO
JAVIER DÍAZ
Universidad Nacional de Colombia
Departamento de pediatría

CARMEN GRACIELA ZAMORA REYES
MARÍA VICTORIA UMAÑA
SANDRA GUALTEROS MENDIETA
Secretaría de Salud de Bogotá

MAURICIO GUERRERO
Sociedad Colombiana de Pediatría

DIANA LEYES CASTRO
Secretaría de Salud de Cali

MELINA NARVÁEZ SANTACRUZ
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

FARLY SANTOYA
Secretaría de Salud de Guaviare

HERNANDO BAQUERO
Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja de Cartagena

ISABEL CRISTINA HURTADO
Secretaría de Salud de Valle del Cauca

AGRADECIMIENTOS A LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

MIGUEL ÁNGEL PULIDO ARCILA
JACKELINE ACOSTA DE LA HOZ
ESMILY RUIZ VARÓN
Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
Comunidades Saludables



Contenido

PRESENTACIÓN	11
<i>¿POR QUÉ UN PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA?</i>	11
1. ANTECEDENTES	13
1.1 Mortalidad en niños menores de 5 años	13
1.2 Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda en el Mundo.....	13
1.3 Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda en Colombia	15
1.4 Mortalidad por IRA en niños menores de 5 años en Colombia	17
Mortalidad por IRA en niños menores de 1 año	20
Mortalidad por IRA en menores de 5 años de centros poblados y zonas rurales dispersas.	21
1.5 Mortalidad por EDA en niños menores de 5 años en Colombia.....	23
Mortalidad por EDA en niños menores de 1 año.....	26
Mortalidad por EDA en centros poblados y zonas rurales dispersas.	27
1.6 Principales hallazgos de la Vigilancia de la Mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años	28
1.7 Programa Ampliado de Inmunizaciones en Colombia	29
2. DEFINICIONES	33
2.1 Infección Respiratoria Aguda	33
2.2 Enfermedad Diarreica Aguda	35
3. OBJETIVOS DE PROGRAMA.....	37
3.1 Objetivo General	37
3.2 Objetivos Específicos.....	37
3.3 Meta de Programa	38
4. MARCO NORMATIVO.....	39
4.1 Justificación Estratégica	42
4.2 Enfoques conceptuales que orientan el desarrollo del programa.	45
5. COMPONENTES METODOLÓGICOS DEL PROGRAMA NACIONAL	47
5.1 Gestión y Planeación	47
5.1.1 Articulación al sistema de salud y estructura del Estado	48
5.1.2 Sostenibilidad.....	50
5.1.3 Abogacía territorial.....	51



5.1.4	Coordinación técnica territorial.....	53
5.2	Atención para la Salud.....	54
5.2.1	Prestación de servicios y RISS.....	55
5.2.2	Intervenciones colectivas.....	58
5.3	Gestión del Conocimiento.....	59
5.3.1	Educación a trabajadores de salud.....	60
5.3.2	Comunicación.....	62
5.3.3	Movilización Social, interacción con agentes de cambio, actores sociales claves y educación a la comunidad.....	63
5.3.4	Investigación.....	63
5.4	Sistema de Información y Seguimiento.....	64
5.4.1	Monitoreo y Evaluación del Programa.....	66
5.4.2	Estrategias de vigilancia en salud pública y vigilancia sanitaria relacionadas con IRA y EDA. 68	
5.5	Gestión operativa para la implementación del programa.....	73
6	ESTRATEGIAS PROGRAMÁTICAS.....	75
6.1	Estrategia institucional.....	75
6.1.1	Identificar la Red De Servicios de Salud:.....	75
6.1.2	Gestión del conocimiento.....	77
6.1.3	Estrategia de Atención de Salas ERA:.....	81
	<i>Salas ERA implementadas en Colombia.....</i>	<i>82</i>
	<i>Definición de Sala ERA.....</i>	<i>84</i>
	<i>Lista de chequeo para la implementación y seguimiento de las Salas ERA.....</i>	<i>85</i>
6.1.4	Estrategia de Salas de Rehidratación Oral.....	89
	<i>Definición de Salas de Rehidratación Oral.....</i>	<i>90</i>
	<i>Fase de implementación.....</i>	<i>90</i>
6.1.5	Evaluación de adherencia a las Guías de Práctica Clínica.....	91
6.1.6	Plan de mejoramiento para las mortalidades:.....	95
	<i>Indicaciones para elaborar el plan de mejoramiento para mortalidades por IRA y EDA.....</i>	<i>97</i>
6.1.7	Plan de generación de capacidades:.....	100
6.2	Estrategia Comunitaria.....	105
6.2.1.1	Difusión de los tres mensajes de IRA y EDA.....	108
6.2.1.2	Generación de capacidades en comunidad.....	109



Selección de las poblaciones participantes.....	110
Alistamiento para los encuentros pedagógicos.....	111
Encuentros pedagógicos.....	112
6.2.1.3 Unidades de Atención Integral Comunitarias.....	114
Instrumentos para el seguimiento de la UAIC.....	120
Talento humano de la UAIC.....	120
Propuesta para implementación de la UAIC.....	126
6.2.1.4 Adecuaciones Socioculturales para Poblaciones Étnicas.....	128
Propuesta para la realización de adecuaciones socioculturales.....	133
6.2.2 Orientaciones Para Los Actores Del SGSSS.....	138
6.3 Estrategia Intersectorial.....	144
6.3.1 Intersectorialidad con Entidades Estratégicas para las Familias y la Primera Infancia.....	146
6.3.2 Análisis conjuntos de indicadores de salud con otros sectores.....	150
Mesas territoriales salud-ambiente.....	150
6.3.3 Procesos intersectoriales con la academia.....	152
7. SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PROGRAMA.....	155
7.1 Indicadores de Programa.....	156
Indicadores Estrategia Institucional.....	157
Fichas de Indicadores estrategia Institucional.....	157
Indicadores Estrategia Comunitaria.....	160
Fichas de Indicadores estrategia Comunitaria.....	160
Indicadores Estrategia Intersectorial.....	162
Fichas de Indicadores estrategia Intersectorial.....	162
7.2 Indicadores de resultado.....	163
8. FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA.....	168
<i>Estrategia Institucional.....</i>	170
<i>Actividades de la estrategia.....</i>	170
<i>Estrategia Comunitaria.....</i>	172
<i>Actividades de la estrategia.....</i>	172
<i>Estrategia Intersectorial.....</i>	173
<i>Actividades de la estrategia.....</i>	173
9. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES.....	175
10. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	188



Lista de Anexos

Número de anexo	Título
Anexo 1	Estrategia de atención de Sala ERA
Anexo 1.1	Lineamientos de atención en Sala ERA
Anexo 1.2	Formato institucional para el registro de casos atendidos en sala era
Anexo 1.3	Indicadores de atención de Salas ERA
Anexo 1.4	Formato trimestral de consolidación Indicadores de Sala ERA
Anexo 1.5	Instructivo lista de chequeo de Salas ERA.
Anexo 1.6	Instrumento lista de chequeo de la estrategia de Salas ERA.
Anexo 2.	Estrategia de atención de Salas de Rehidratación Oral
Anexo 3.	Evaluación de Adherencia a las GPC
Anexo 3.1	Instructivo para la medición de adherencia a las guías de práctica clínica y lineamientos para IRA Y EDA.
Anexo 3.2	Instrumento para la evaluación de adherencia de las Guías de Práctica Clínica y Lineamientos de atención para IRA y EDA) y
Anexo 4.	Instructivo y formato de Plan de Mejoramiento por Mortalidades por IRA y EDA en niños menores de 5 años
Anexo 5.	Mensajes clave de IRA y EDA para difusión en la estrategia comunitaria
Anexo 5.1	Descripción mensajes clave sobre IRA y EDA
Anexo 5.2	Plegable mensajes clave IRA y Plegable mensajes clave EDA
Anexo 6.	Propuesta de los encuentros pedagógicos sobre IRA/EDA
Anexo 6.1	Propuesta alternativa de encuentros pedagógicos
Anexo 7.	Estrategia de Unidad de Atención Integral Comunitaria UAIC
Anexo 7.1	Formato de atención individual en la modalidad UAIC
Anexo 8.	Mandamientos para evitar la resistencia antimicrobiana
Anexo 9.	Protocolo de acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para la implementación de acciones en torno a la prevención y control de la IRA, EDA y las Geohelminthiasis (HTS)
Anexo 9.1.	Formato preguntas orientadoras y diálogo de saberes

Siglas y acrónimos

Sigla	Nombre
ASIS	Análisis de Situación de Salud
ACS	Agente Comunitario en Salud
APS	Atención Primaria en Salud
DTS	Dirección Territorial de Salud
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (o quienes hagan sus veces)
ECpS	Educación y Comunicación para la Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
GEERD	Grupo de Enfermedades Emergentes, Remergentes y Desatendidas
GSP	Gestión de la salud pública
GPC	Guía de Práctica Clínica
IeS	Información en salud
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Instituciones prestadoras de servicios de salud
IRA	Infeción Respiratoria Aguda.



IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Plan Ampliado de Inmunizaciones
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PAS	Plan de Acción en Salud
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PIC	Plan de intervenciones colectivas
PTS	Plan Territorial en Salud
RIA	Ruta Integral de Atención
RPMS	Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud
RIPSS	Red Integrada de Servicios en Salud
SISPI	Sistema de Salud Indígena Propio e Intercultural
SGP	Sistema General de Participaciones
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia En Salud Pública
THS	Talento Humano en Salud
UAIC	Unidad de Atención Integral Comunitaria
UPC	Unidad de Pago por Capitación



PRESENTACIÓN

¿POR QUÉ UN PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA?

En Colombia desde la segunda mitad del siglo XX se reconocen procesos dirigidos a mejorar la salud de la primera infancia e impactar positivamente los eventos más prevalentes. Por ejemplo, la asamblea mundial de la salud número 44 en 1991 en la que se enfatizó en la necesidad de fortalecer a los países incluyendo a Colombia para disminuir las muertes por Infecciones Respiratorias Agudas en la Niñez (1). Así mismo, la reconocida estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez y dejó enormes aprendizajes para el país sobre el abordaje institucional y comunitario de los principales eventos de interés en salud pública que afectan niños y niñas, como son la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) (2). Posterior a ello, en el Plan Decenal de Salud Pública de 2012 a 2021 (Ley 1438 de 2011) se expuso la necesidad de enfocar procesos y acciones específicas para la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en la población de niños y niñas menores de 5 años, lo que instó la definición de un programa nacional dirigido a disminuir la morbilidad grave y la mortalidad por IRA en niños y niñas menores de 5 años. Esta primera versión (2015) y su árbol de problemas, permitió definir las estrategias y acciones enfocadas a la disminución de brechas y a fortalecer los procesos comunitarios, intersectoriales y de atención en salud en la población infantil.

Ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (Resolución 429 de 2016) y la organización de la atención integral por grupos de riesgo, las enfermedades transmisibles se visualizaron como un grupo priorizado y específicamente la IRA y la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) se identificaron como los eventos infecciosos con la mayor carga de enfermedad de los niños¹ menores de 5 años en nuestro país. En razón de esto, hacia el año 2016 inicia el planteamiento de intervenciones individuales, colectivas y poblacionales dirigidas a la prevención, el manejo y el control de la IRA en conjunto con la EDA, al determinar bajo la literatura y organización de nuestra política pública, que existen acciones a nivel colectivo y poblacional que comparten ampliamente líneas de trabajo necesarias a consolidar en nuestros territorios, para disminuir la morbilidad general, la morbilidad grave y la mortalidad por estos dos eventos en la primera infancia ya que son prevenibles y evitables.

¹ La palabra “niños” incluye a niñas (sexo femenino) y niños (sexo masculino)



Por lo anterior, este documento actualiza el Programa nacional de prevención, manejo y control de la IRA publicado por este Ministerio en el año 2015 (3), articulando documentos construidos en las vigencias 2015 a 2022 dirigidos a los eventos de IRA y EDA en niños menores de 5 años, también argumenta y describe de manera amplia los procesos estratégicos que se han liderado desde el equipo técnico nacional y cuyos postulados han sido socializados, revisados, implementados y ajustados con y por las entidades territoriales, diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la academia. Asimismo, permite identificar procesos y pautas originadas durante la pandemia por el virus SARS-Cov-2, que continúan vigentes, han funcionado para orientar técnica y administrativamente a todos los actores del Sistema y conllevan al fortalecimiento de alianzas con otros sectores en aras de procesos enmarcados y comprendidos en la transectorialidad.

El Programa nacional de prevención, manejo y control de la IRA y la EDA en niños menores de 5 años es el conjunto de estrategias, procesos y acciones interdependientes que deben desarrollarse en todos los territorios con el fin de disminuir la morbilidad grave y mortalidad por estos eventos. Para poder hacer el reconocimiento de necesidades y el despliegue estratégico se deben aplicar los cuatro componentes metodológicos (Gestión y planeación, atención para la salud, gestión de conocimiento, sistema de información y seguimiento), lo que favorece la organización de las estrategias Institucional, Intersectorial y Comunitaria, lideradas desde los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y su agenciamiento y coordinación con Alcaldes, Gobernadores, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y actores vinculantes con el proceso de salud-enfermedad de estos eventos transmisibles: Ministerio de Vivienda y Desarrollo Sostenible, Ministerio de Ambiente y de población vulnerable como el Ministerio del Interior, entendidas a nivel territorial como Secretarías de desarrollo social, de ambiente, entre otros aliados locales.



1. ANTECEDENTES

Para comprender el estado de avance de Colombia sobre los indicadores de mortalidad por IRA y EDA en niños menores de 5 años, es necesario revisar cómo se han comportado estos eventos a nivel global y posteriormente cómo se encuentra Colombia, después de casi siete años de implementación del programa y varias lecciones aprendidas por la pandemia de COVID-19.

1.1 Mortalidad en niños menores de 5 años

La Organización Mundial de la Salud afirma que se ha logrado un progreso mundial sustancial en la reducción de las muertes infantiles desde 1990. Las muertes en niños menores de 5 años en todo el mundo han pasado de 12,6 millones en 1990 a 5,2 millones en 2019. Desde 1990, la tasa mundial de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido en un 59%, pasando de 93 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 38 muertes en 2019. Esto equivale a que 1 de cada 11 niños muera antes de cumplir los 5 años en 1990, en comparación con 1 de cada 27 en 2019 (4).

A nivel mundial, las enfermedades infecciosas, incluidas la neumonía, la diarrea y la malaria, junto con el parto prematuro, la asfixia y el trauma al nacer, y las anomalías congénitas, siguen siendo las principales causas de muerte de los niños menores de cinco años. Dos regiones, África subsahariana y Asia central y meridional, representan más del 80% de los 5,2 millones de muertes de menores de cinco años en 2019, mientras que solo representan el 52% de la población mundial menor de cinco años. La mitad de todas las muertes de menores de cinco años en 2019 ocurrieron en solo cinco países: Nigeria, India, Pakistán, la República Democrática del Congo y Etiopía. Nigeria y la India por sí solos representan casi un tercio de todas las muertes (4).

1.2 Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda en el Mundo

Históricamente, sobre los años cincuenta y sesenta las IRA estaban entre las más importantes causas de muerte en todos los grupos de edad, pero principalmente en niños menores de 1 año de edad y los mayores de 65 años (5). Y ahora, con el *Estudio de la carga de enfermedades, lesiones y factores de riesgo* (GBD) se evidencia que eventos como la neumonía o bronquiolitis, son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en todo el mundo. En el año 2016 aproximadamente 2,38 millones de muertes en el mundo se debieron a infecciones respiratorias, posicionándolas como la sexta causa principal de mortalidad para todas las edades y la principal causa de muerte en los niños menores de 5 años; 652.572 muertes (intervalo de incertidumbre del 95% [IU] 586475–720 612) en niños menores de 5 años (menores de 5 años), 1'080.958 muertes (943 749-1 170638) en



adultos mayores de 70 años, y 2'377.697 muertes (2145584–2512809) en personas de todas las edades, en todo el mundo (6).

El segundo evento infeccioso más importante en la población de menores de 5 años a nivel mundial es la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)(36,41). En todo el mundo se producen unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas infantiles cada año, estas matan a 525.000 niños menores de cinco años cada año y una proporción significativa de estas se pueden prevenir mediante el acceso al agua potable y a servicios adecuados de saneamiento e higiene, son consideradas dentro de las principales causas de malnutrición de niños menores de cinco años y se afirma que impactando diferentes determinantes sociales la EDA es una enfermedad prevenible y tratable (7).

De acuerdo con el *Global Burden Disease*, en 2017 la diarrea fue responsable de aproximadamente 533 768 muertes (intervalo de incertidumbre del 95% 477 162–593 145) entre los niños menores de 5 años a nivel mundial, es decir una tasa de 78,4 muertes (70.1–87.1) por 100 000 niños. La tasa de mortalidad por diarrea varió entre países en más de 685 muertes por cada 100 000 niños. Entre los factores de riesgo considerados en este estudio, los responsables de las mayores disminuciones en la tasa de mortalidad por diarrea fueron la reducción de la exposición a saneamiento inseguro (13 · 3% de disminución, 11 · 2–15 · 5), retraso en el crecimiento infantil (9 · 9% de disminución, 9 · 6–10 · 2) y bajo uso de solución de rehidratación (6 · 9% de disminución, 4 · 8–8 · 4) (8).

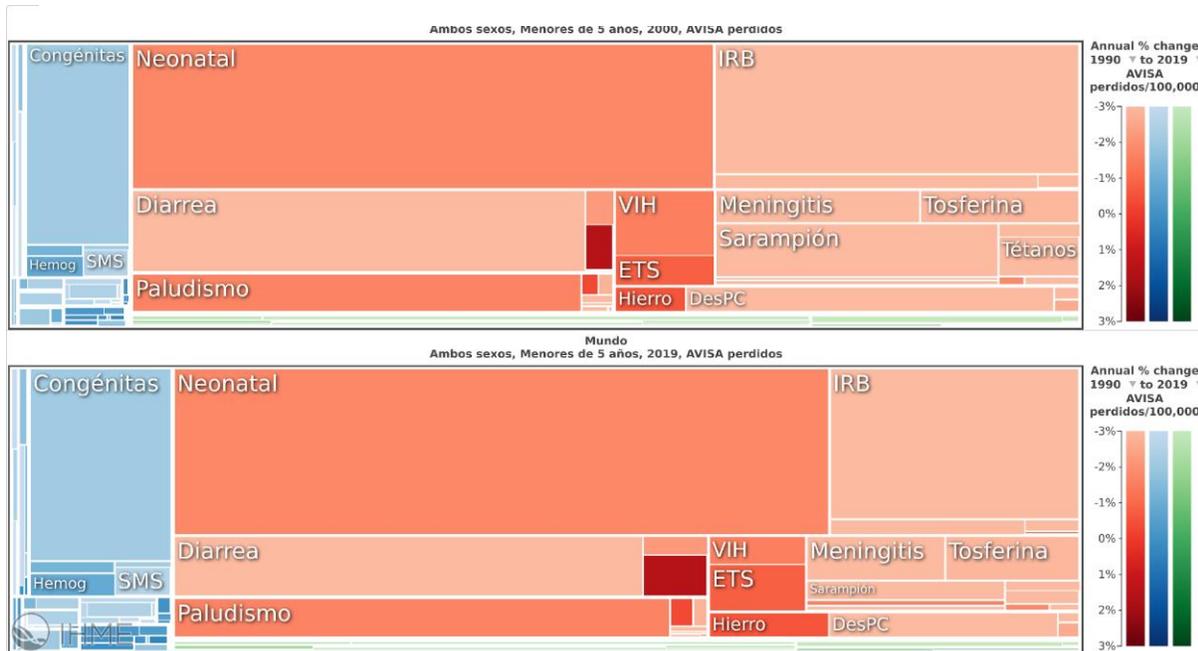
En términos de carga global de la enfermedad, Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) y su sigla en inglés *Daly's*, la IRA en niños menores de 5 años en el año 2000 representaba el 15.8% (IC 14.09-17.87%) del total de AVISA; para el año 2019, este valor a disminuido hasta el 12.55% (IC 11.43% -13.57%). Para el caso de la EDA es similar, pasando de 12.6% (10.33% -14.83%) en 2000 a 9.66% (8.13% - 11.25%) en 2019. Lo que implica que, a pesar de la disminución de tres puntos porcentuales para los 2 eventos, quedan aún grandes desafíos en países de Impuesto a la Salida de Divisas (ISD)² Medios y Bajos, ya que son los que concentran la mayor mortalidad por estas causas (9) Ver Ilustración 1.

Llama la atención, el incremento que se observa al comparar los AVISA para los desórdenes del periodo neonatal y anomalías congénitas, las primeras de ellas en el año 2000 correspondían a un AVISA de 28.6% (IC 26.98% - 20.19%), incrementando en 2019 a 36.16% (IC 34.5% -37.66%) mientras que las segundas pasaron de 7.06 (5.32% - 9.98%) en 2000 a 9.21% (7.88% -11.54%) (42) Ver Ilustración 1.

² La salida de divisas es el proceso mediante el cual la moneda nacional o extranjera sale del país por medio de transacciones comerciales o transacciones financieras con el exterior. <https://economipedia.com/definiciones/salida-de-divisas.html>



Ilustración 1. Comparación de los Años de Vida Saludables Perdidos en niños menores de 5 años a causa de la Infección Respiratoria Aguda Baja y Diarrea. Cifras mundiales. Años 2000 y 2019.



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

De acuerdo con los patrones de muerte de los niños menores de 5 años, hay un cambio de las acciones del sector de la salud para prevenir y tratar las enfermedades infecciosas de la primera infancia en donde se han venido involucrando otros sectores gubernamentales, incluidos la educación, el transporte y la infraestructura vial, el agua y el saneamiento y la aplicación de la ley. Todos estos deben trabajar juntos para prevenir la mortalidad prematura en los niños (4).

1.3 Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda en Colombia

De acuerdo con el reporte de Análisis de Situación en Salud en Colombia de 2020, entre 2009 y 2019, la mayoría de los departamentos describen el mismo patrón nacional en la frecuencia de atenciones por causas: enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales, lesiones, signos y síntomas mal definidos y condiciones maternas y perinatales; sin embargo, la primera causa de consulta en los niños menores de 5 años fueron las condiciones transmisibles y nutricionales con un 39,7% (37.533.656) de las atenciones, seguido de las enfermedades no transmisibles que causaron el 36,2% (34.271.767) de las atenciones, estas últimas presentan un aumento en la demanda de atención con respecto a 2018. No se observan diferencias entre el porcentaje de atenciones según sexos (10).

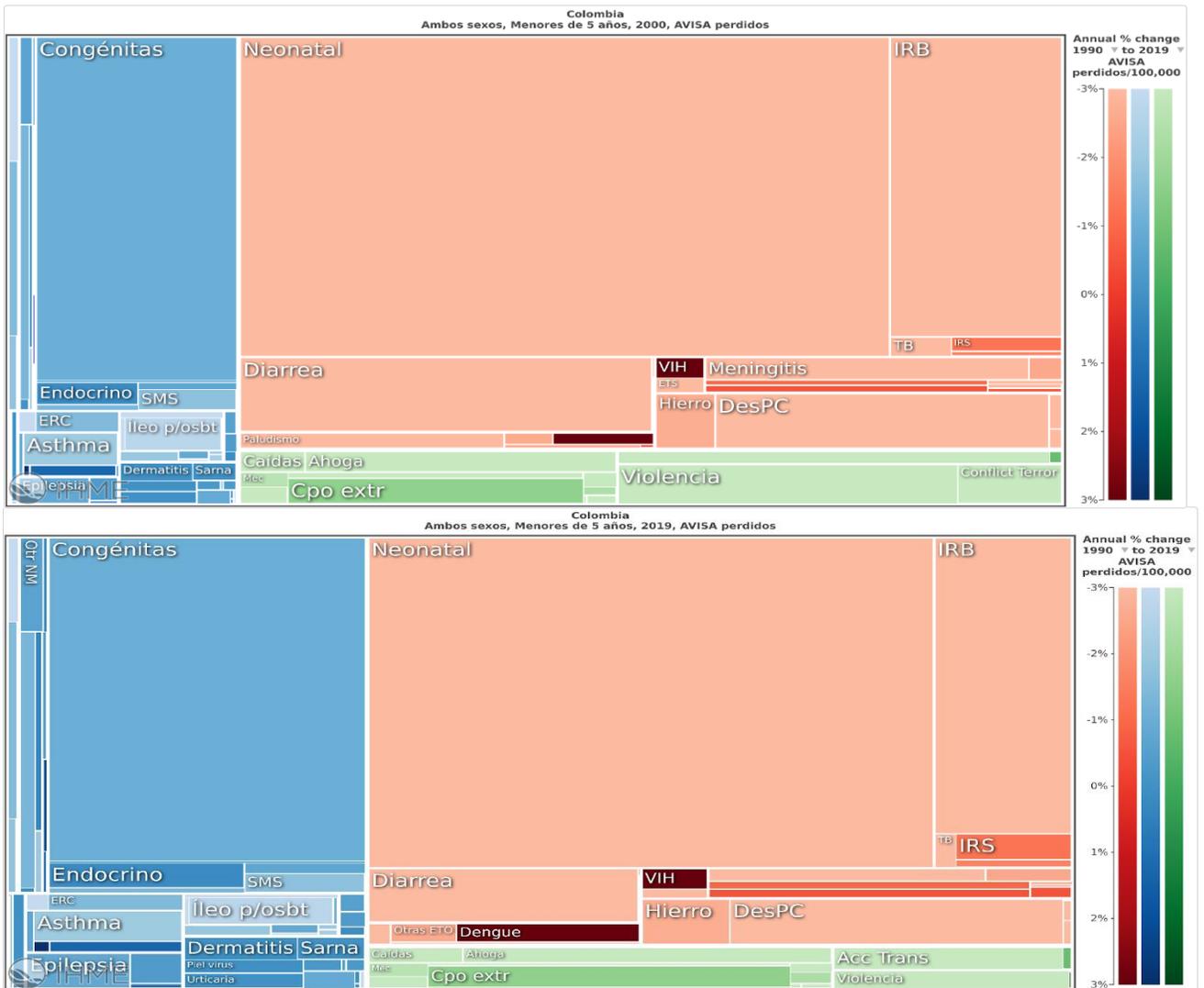
Aunque en Colombia las Enfermedades Transmisibles ocupan el quinto lugar en causa de mortalidad general con el 8,13%, se reconoce que las enfermedades respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte dentro de este grupo, entre 2005 y 2018 produjeron el 51,8%



(94.096) de las defunciones, y sus tasas ajustadas oscilaron entre 18,4 y 19,7 muertes por cada 100.000 habitantes.

Para el grupo de menores de 5 años, la mortalidad por IRA es la principal causa de muerte infecciosa, seguida por la EDA (43). Según los estudios de carga de enfermedad, para el año 2000 la IRA baja causaba el 10,54% de AVISA (IC 9,3% -11.8%), mientras que la EDA el 6,1% (5,4% - 7,3%); estos eventos son únicamente superados por los Desórdenes del periodo Neonatal con 42.23% (IC 38.94% -45.39%) y las Anomalías congénitas 14.22% (IC 11.29% -15.6%), similar a lo que se observa a nivel mundial. Para el año 2019 se observa una reducción en los AVISA por IRA baja alcanzando el 8.57% (IC 6.69% -10.95%), pero es superior la reducción para EDA con 3.12% (IC 2.33% -4.06%), se observa una reducción para los Desórdenes neonatales 38.94% (IC 32.88% - 45.56%), pero un incremento de las Anomalías congénitas 21.43% (IC 13.01% - 27.25%).

Ilustración 2. Comparación de los Años de Vida Saludables Perdidos en niños menores de 5 años a causa de la Infección Respiratoria Aguda Baja y Diarrea. Colombia Años 2000 y 2019.



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>



1.4 Mortalidad por IRA en niños menores de 5 años en Colombia

En cuanto a la mortalidad por IRA en Colombia de niños menores de 5 años, se observa una disminución progresiva en los últimos 20 años; en el año 2000 se reportaban 1630 muertes por esta causa, lo que representaba una tasa de 37,8 muertes por 100.000 menores de 5 años; para el año 2019, último año previo a la pandemia por COVID-19, se observó una reducción del 182%, con 519 muertes, es decir, que en Colombia por cada 100.000 niños murieron 13.4 por esta causa prevenible y evitable; pero a pesar de considerarse una tasa alta de mortalidad con relación a la meta, representó una reducción estadísticamente significativa para el periodo analizado, (Intervalo de confianza del 95% 0,0002223 a 0,0002667), valor $p < 0.0001$ y una razón de tasas de 2,82.

Ahora bien, en el Plan Decenal de Salud Pública que inició en 2012 el país tenía como meta “A 2021 lograr la disminución de mortalidad por IRA (incluyendo neumonía) a 11.8 por 100.000 menores de 5 años”³. Al evaluar el resultado de esta meta, a partir de la prueba de *Chi-cuadrado* para comparación de tasas, se observa que con un intervalo de confianza del 95% de 0,00008178 - 0,00011417 y una $p < 0,0001$ entre el año 2012 y el 2021 hubo una disminución estadísticamente significativa en la mortalidad por IRA en niños menores de 5 años en Colombia. La razón de tasas expresa que la tasa de mortalidad en 2012 de 18.16 por 100.000 menores de 5 años, lo que equivale a 691 defunciones, fue 2.17 veces superior a lo observado en 2021, con una tasa final de 8.36 por 100.000 menores de 5 años, es decir 328 mortalidades.

Tabla 1. Comparación de tasas de mortalidad por IRA en niños menores de 5 años. Colombia. Año 2012 Vs. 2021.

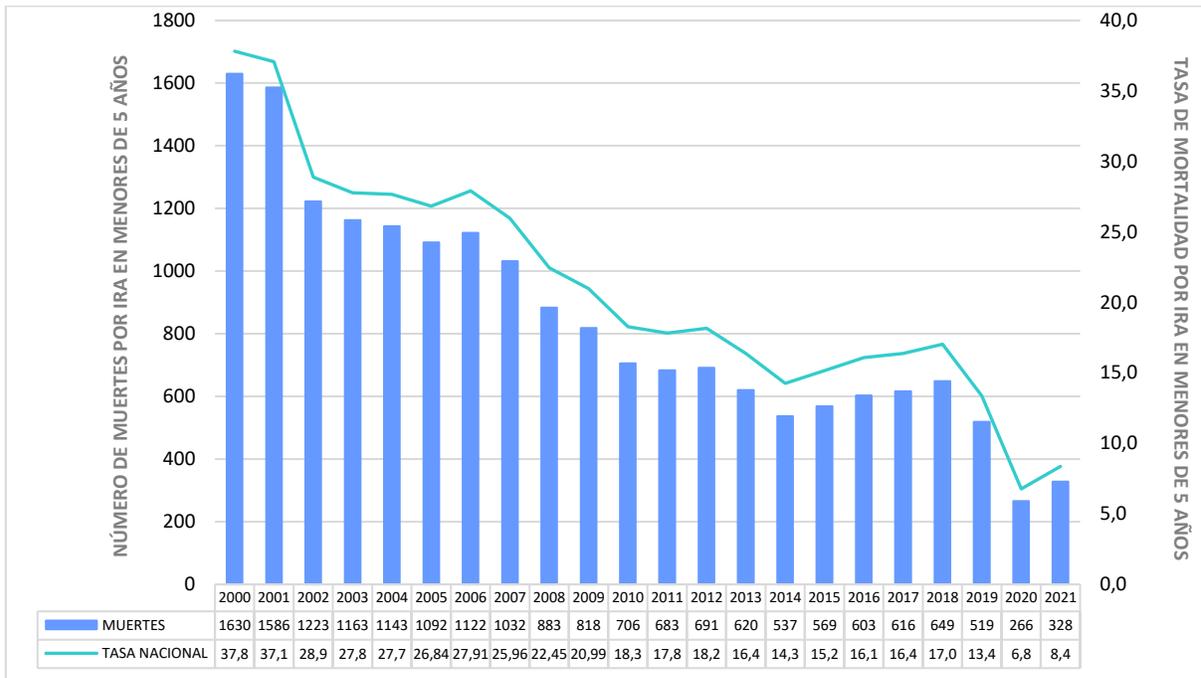
Tasa de incidencia del grupo 1	0,0001816
Intervalo de confianza del 95%	0,0001683 - 0,0001957
Tasa de incidencia del grupo 2	0,00008363
Intervalo de confianza del 95%	0,00007482 - 0,00009319
Diferencia en la tasa de incidencia	0,00009797
Intervalo de confianza del 95%	0,00008178 - 0,00011417
Valor -P	$P < 0,0001$
Razón de la tasa de incidencia	2,1715
Intervalo de confianza del 95%	1,9013 - 2,4841
Valor -P	$P < 0,0001$

Fuente: Elaborado a través de MedCalc. <https://www.medcalc.org/manual/comparison-of-rates.php>

³ La base poblacional fue ajustada según censo DANE 2018, por esta razón en el documento original de PDSP 2012-2021 se observa una meta de 8,9, lo que equivale según cifras actualizadas a una meta de 11,8 muertes por 100.000 menores de 5 años.



Ilustración 3. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en niños menores de 5 años. Colombia 2000-2021.



Fuente: Elaboración propia MSPS. Datos DANE defunciones no fetales, Proyecciones poblacionales DANE 2021.

El haber alcanzado la meta trazada en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, indica un hito para el país; sin embargo, es muy importante reconocer que el periodo de pandemia por COVID-19 (2020-2021), afectó la circulación viral estacional, mantuvo a la población en estrictos periodos de aislamiento y favoreció la disminución de la IRA en este grupo vulnerable; no obstante, la pandemia también permitió el fortalecimiento de las acciones nacionales y territoriales dirigidas a la prevención, manejo y control de la IRA, que deben ser consideradas en los periodos más críticos de los picos respiratorios y de mayor circulación viral, como se explica más adelante.

El Ministerio de Salud y Protección Social inició un proceso de construcción documental y de configuración de las estrategias y acciones dirigidas a disminuir la hospitalización y muerte por IRA entre los años 2012 a 2014; lo que quedó configurado en el documento de programa que impulsó las primeras fases de implementación territorial y posicionamiento político, el cual lleva aproximadamente siete años en desarrollo.

Esta implementación se inició en unas áreas demostrativas y territorios priorizados definidos en ciudades como Cartagena, Buenaventura y Barranquilla y Departamentos como Antioquia, Cauca, La Guajira, Nariño y Guainía; proceso que dejó grandes lecciones, aprendizajes y oportunidades de réplica, las demás entidades territoriales fueron incorporándose al proceso a través de ejercicios de priorización con la metodología de Hanlon, lo que ha permitido que en 2022 ya se cuente con equipos de programa de todas las entidades territoriales departamentales y distritales.



Teniendo en cuenta que la mortalidad es el indicador de resultado que se busca modificar, a continuación, se observan las tasas de mortalidad por IRA para todos los territorios, desde el año 2010 hasta el 2021, último año con cifras oficiales de DANE para el momento de publicación del presente documento.

Tabla 2. Tasas de mortalidad por IRA en menores de 5 años por Entidad Territorial. Colombia. Periodo 2010 a 2021.

Entidad Territorial	TASA IRA 2010	TASA IRA 2011	TASA IRA 2012	TASA IRA 2013	TASA IRA 2014	TASA IRA 2015	TASA IRA 2016	TASA IRA 2017	TASA IRA 2018	TASA IRA 2019	TASA IRA 2020	TASA IRA 2021
Amazonas	41,2	40,7	10,1	100,6	50,2	40,2	40,4	61,0	20,5	62,2	20,9	20,9
Antioquia	15,5	12,4	13,6	10,8	10,8	11,5	12,0	9,7	7,5	10,3	5,0	8,9
Arauca	20,0	24,3	16,3	28,7	4,1	12,3	12,2	4,0	18,9	14,1	6,7	3,3
Atlántico	13,2	18,5	9,5	17,3	7,7	20,8	14,5	20,7	16,9	16,3	6,6	5,7
Barranquilla	16,5	16,7	11,6	25,4	10,7	25,9	20,7	23,9	13,9	17,7	10,2	9,2
Bogotá, D.C.	25,5	21,2	22,5	14,9	13,8	10,9	15,7	13,7	14,3	13,0	3,6	6,5
Bolívar	21,8	19,3	18,4	23,8	22,3	25,0	22,9	18,5	28,3	13,8	8,5	8,0
Boyacá	10,4	18,9	7,4	22,3	9,6	6,5	9,7	16,3	6,6	6,5	8,7	5,4
Buenaventura	21,4	13,5	19,0	27,3	16,5	13,8	11,0	13,8	21,6	21,6	16,2	5,4
Caldas	13,3	9,1	23,1	14,1	12,7	11,2	8,0	6,4	6,3	3,1	0,0	7,7
Caquetá	19,5	13,2	26,6	20,2	13,7	9,2	21,1	21,5	21,9	19,7	7,4	5,0
Cartagena	21,3	21,3	21,3	26,0	27,2	29,7	21,3	18,9	40,8	15,2	13,8	12,7
Casanare	13,4	24,0	8,0	15,9	10,6	2,6	15,6	12,9	2,5	7,5	0,0	10,0
Cauca	21,1	17,3	27,4	21,8	10,1	25,3	14,4	20,3	26,1	11,8	6,7	7,6
Cesar	19,5	28,8	29,6	17,7	16,0	21,1	19,3	28,4	31,8	22,9	6,9	11,5
Chocó	46,7	47,9	39,3	26,0	45,4	55,0	51,8	27,5	52,2	34,8	35,4	32,5
Córdoba	14,9	18,1	20,5	24,3	13,1	16,8	15,5	17,9	14,1	13,4	5,5	4,9
Cundinamarca	18,7	23,2	13,2	11,8	18,6	10,6	13,3	11,3	6,9	9,1	3,3	3,6
Guainía	106,6	90,6	0,0	59,9	0,0	14,9	44,5	14,8	43,9	14,7	14,8	29,7
Guaviare	10,6	10,9	11,0	44,5	22,4	33,7	44,8	33,4	32,6	0,0	10,6	0,0
Huila	8,9	6,9	14,8	9,8	10,8	8,8	7,8	25,1	13,4	8,6	7,7	4,9
La Guajira	18,6	24,4	26,0	36,6	21,5	21,4	28,9	30,5	48,3	48,0	16,9	16,1
Magdalena	12,8	19,7	28,9	20,6	17,7	23,3	21,1	21,1	25,6	15,9	12,7	11,2
Meta	24,9	22,4	17,6	8,2	17,4	15,0	23,0	12,6	17,1	13,6	8,0	10,3
Nariño	16,2	11,7	17,3	14,2	11,1	19,8	11,1	11,0	15,7	11,9	6,4	3,2
Norte De Santander	16,7	12,0	13,0	9,0	13,1	7,4	9,0	13,0	9,4	9,6	5,0	7,9
Putumayo	27,7	15,4	18,5	12,4	9,3	18,6	15,4	12,3	15,3	3,1	3,1	15,3
Quindío	9,4	9,6	19,6	3,3	19,9	10,0	16,5	19,5	12,6	12,2	3,0	3,0
Risaralda	39,5	24,0	17,9	11,5	14,8	13,2	28,0	26,2	14,5	14,4	4,8	9,6
San Andrés	20,6	41,4	20,8	20,9	20,9	0,0	0,0	0,0	21,0	0,0	0,0	0,0
Santa Marta	15,9	25,0	22,8	16,1	18,4	16,2	18,6	11,7	31,0	11,5	15,8	11,3
Santander	13,8	10,1	7,6	10,8	15,4	7,1	9,7	8,3	12,7	4,9	4,8	6,1
Sucre	7,3	12,2	12,3	9,9	13,7	15,1	18,9	20,2	27,5	13,5	3,6	9,7
Tolima	22,8	14,0	24,9	19,6	21,0	18,4	16,6	7,4	20,5	9,8	11,0	6,6
Valle Del Cauca	10,2	13,4	15,2	11,4	9,2	10,1	12,5	15,2	11,7	7,0	6,2	8,9
Vaupés	45,2	104,5	59,5	148,7	29,9	45,2	45,8	31,0	47,7	63,6	0,0	90,6
Vichada	21,3	21,2	7,1	7,0	14,1	21,2	21,3	42,7	14,3	28,6	28,6	35,9
NACIONAL	18,3	17,8	18,2	16,4	14,3	15,2	16,1	16,4	17,0	13,4	6,8	8,4

Fuente: Elaboración propia MSPS. Datos DANE defunciones no fatales, Proyecciones poblacionales.

Para la serie de tiempo de 12 años de 2010 a 2021, se realizó la semaforización territorial dejando en verde las tasas que se ubicaran al mismo nivel y por debajo de la tasa nacional y en rojo los territorios con tasas de mortalidad superior al dato nacional. Sobre estas tasas se observa que para 2010 el territorio de Guainía presentó una tasa de mortalidad superior a 100 por 100.000 menores de 5 años, adicionalmente se observa que el 54% (20) de los territorios presentaban tasas por encima de la nacional y sólo el 8% (3) territorios presentaban tasas de mortalidad de un solo dígito. En contraste con esto, en 2019 previo a la pandemia por COVID-19, ningún territorio presentó tasas por encima de 100, la tasa más alta ocurrió en Vaupés con 63,6 muertes por 100.000 menores de 5



años, en general el 48% (18) de los territorios presentaron tasas por debajo de la tasa nacional y el 35% (13) alcanzaron tasas de mortalidad de un solo dígito. Adicionalmente los Departamentos de Guaviare y San Andrés y Providencia no notificaron muertes por IRA en menores de 5 años en 2019.

Durante el primer año de pandemia por COVID-19, se logró evidenciar una importante disminución en la mortalidad en el 70% de las entidades territoriales, además se logró cero mortalidades en los Departamentos de Caldas, Casanare, San Andrés y Vaupés, contrario a esto en Boyacá, Guainía, Guaviare, Santa Marta, y Tolima se observó mayor mortalidad en comparación con lo presentado en 2019. Este resultado de tasa de mortalidad por IRA nacional de 6,77 por 100.000 menores de 5 años en 2020, es una reducción histórica y la más importante por IRA en el país por IRA, esto puede reflejar la importancia del trabajo intersectorial que permitió el aislamiento de la población pediátrica y sus cuidadores en periodos de mayor circulación viral y temporada invernal; así como identificar y tomar medidas inmediatas ante sintomatología respiratoria para evitar contagiar a las personas con las que se convive, estudia o trabaja.

En cuanto al comportamiento del evento en el año 2021, el 51.3% de las Entidades Territoriales, presentaron tasas de mortalidad inferiores a la tasa nacional, el 64,8% muestran tasas de un solo dígito y Guaviare y San Andrés no reportaron mortalidades. En contraste Vaupés presentó su tasa más alta del periodo analizado, con 90,61 muertes por 100.000, (6 muertes en una población de 6,622 menores de 5 años).

Basados en los datos preliminares del SIVIGILA (Evento 591), en el año 2022 se notificaron 481 mortalidades por IRA en menores de 5 años, lo que podría representar un aparente incremento en la mortalidad cercano al 30% en sólo un año ⁴.

Mortalidad por IRA en niños menores de 1 año

Los postulados del presente documento se enmarcan en la población de niños y niñas de menos de 5 años y es necesario reconocer el comportamiento de estos eventos en los niños en su primer año de edad, dada la susceptibilidad inmunológica, el conexo con factores de riesgo al nacer, la oportunidad y atención de las mujeres gestantes, del recién nacido, y otras condiciones exógenas que han sido abordadas ampliamente en la literatura y exponen la necesidad global y nacional de enfocar los esfuerzos en este “subgrupo” vulnerable de niños menores de un año.

Si bien el país ha mostrado avances en la disminución de mortalidad por IRA en menores de 5 años incluyendo a los menores de 1 año en esta tendencia decreciente, es ineludible evidenciar que la mayoría de muertes por IRA

Año	Proporción mortalidad IRA en < 1 año edad
2005	74%
2006	72%
2007	74%
2008	79%
2009	72%
2010	69%
2011	74%
2012	78%
2013	70%
2014	74%
2015	74%
2016	69%
2017	72%
2018	70%
2019	68%
2020	69%
2021	76%

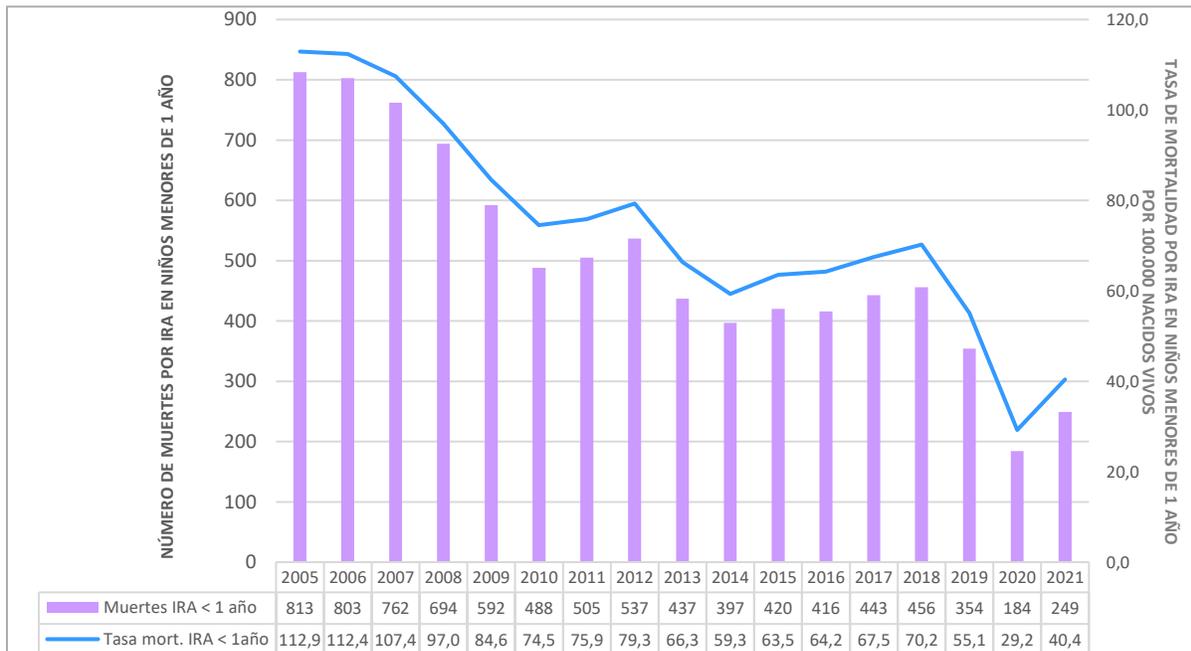
⁴ Evento 591 de SIVIGILA semana epidemiológica 52 de 2022. Datos preliminares analizados por los profesionales del programa IRA y EDA de Minsalud



ocurren durante el primer año de vida; de la serie analizada sobre los últimos 17 años, calculando la proporción de mortalidad por IRA en menores de un año sobre la cohorte de menores de 5 años se estimó que de cada 10 muertes por IRA (en menores de 5 años), en promedio 7 niños eran menores de 1 año.

Se observa que en el último cuatrienio la mortalidad por IRA en niños menores de 1 año ha presentado una disminución de casi la mitad o las tres cuartas partes de lo evidenciado 17 años atrás; se presume que la pandemia por COVID-19, afectó varios indicadores de salud, pero es necesario así mismo reconocer cuáles pautas de cuidado y acciones específicas sectoriales y transectoriales fueron favorecedoras y pueden ser replicadas sin pandemia o deben ser fortalecidas (como la vacunación) en los entornos y territorios en los cuales aún persisten las mayores mortalidades, (como se observó anteriormente) y enfocar la implementación de estas acciones para los niños en el primer año de vida al ser el grupo con mayor afectación

Ilustración 4. Mortalidad por IRA en niños menores de 1 año. Colombia. 2005 - 2021.



Fuente: Elaboración propia MSPS. Datos DANE defunciones no fatales, Proyecciones poblacionales DANE 2021. Tasa medida por 100.000 menores de 1 año.

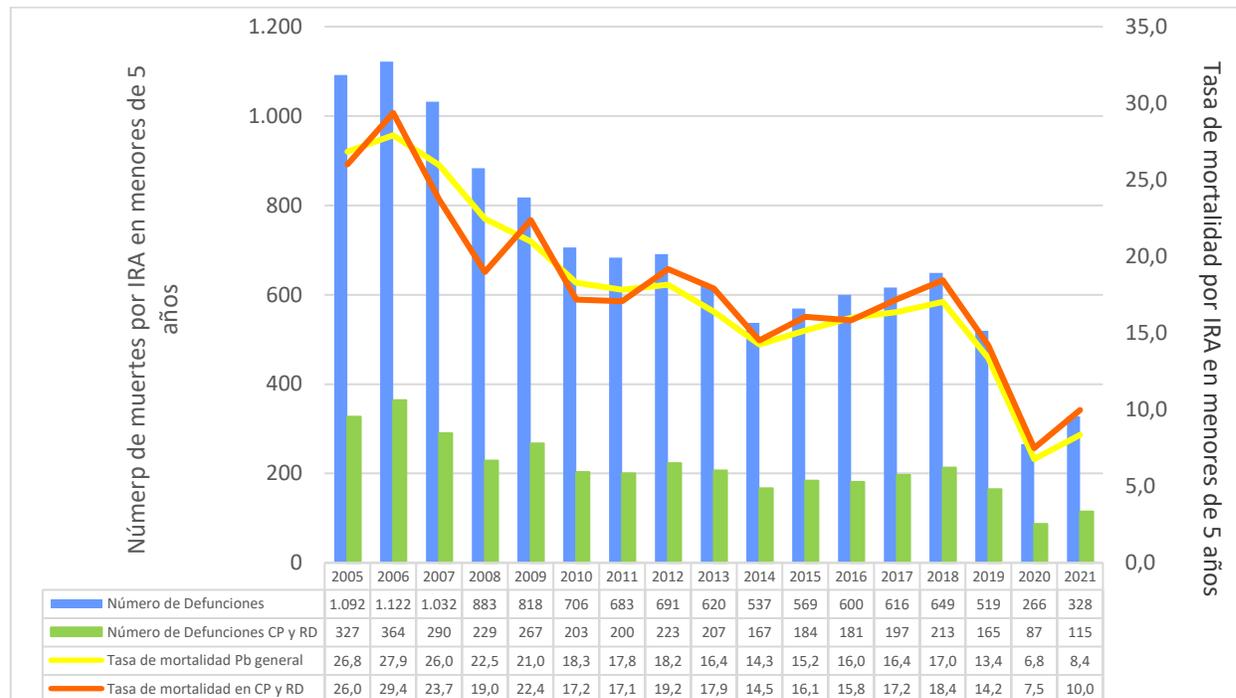
Mortalidad por IRA en menores de 5 años de centros poblados y zonas rurales dispersas.

Como se mencionó con anterioridad, en general la mortalidad por IRA en menores de 5 años ha venido disminuyendo progresivamente y es necesario que dentro de los análisis de mortalidad se identifique la situación del evento a expensas de variables como área de residencia y pertenencia étnica. En cuanto a la primera variable, se observa que de manera acumulada para los años 2005 a 2021, la mortalidad por IRA en centros poblados y zonas rurales dispersas alcanza a ser aproximadamente el 30 o 33% de los casos que ocurren en el país; y en este sentido, es muy



importante la apropiación territorial de la información epidemiológica y la adaptación de los procesos definidos en el presente documento de acuerdo con la distribución poblacional y étnica en el territorio

Ilustración 5. Mortalidad por IRA en niños menores de 5 años. Según zona de residencia, población general Vs. población de Centros Poblados (CP) y Zonas Rurales Dispersas (RD), 2005 a 2020. Colombia.



Fuente: Elaboración propia. DANE. Minsalud, Dirección de Epidemiología y Demografía. 2022

Por otro lado, a partir de la Vigilancia Integrada de la Mortalidad por IRA, EDA y DNT, se pueden analizar otras variables de interés que deben ser tenidas en cuenta para las intervenciones programáticas. Aunque son datos preliminares, según el SIVIGILA, el 0.3% de las mortalidades por IRA en 2021 pertenecían a la comunidad ROOM, el 4% eran negros, raizales o palenqueros y el 28% de los niños pertenecían a pueblos indígenas, de ellos el 30% pertenecientes a pueblos Embera (Ubicados en Chocó, Risaralda, Antioquia, Córdoba, Valle del cauca), y el 25% a los Wayuu (La Guajira) ⁵. No obstante, la mortalidad por esta causa en indígenas se observó en 36 de los 37 territorios analizados, razón por la cual los análisis y acciones dirigidas a este evento y población, no son exclusivas de algunos territorios, sino al contrario de todos los territorios al demostrar residencia de comunidades étnicas.

En este sentido, se justifica e darle continuidad y fortalecimiento a las acciones específicas para prevenir la IRA, conocer las medidas o cuidados en casa cuando se presenta un cuadro respiratorio en un niño o niña; y de manera paralela, evaluar los procesos de atención según las Guías de Práctica Clínica vigentes; que incluyen la información necesaria para desarrollar efectivos procesos

⁵ Evento 591 de SIVIGILA semana epidemiológica 52 de 2021. Datos preliminares analizados por los profesionales del programa IRA y EDA de Minsalud



de información y educación a madres, padres y cuidadores, sobre este evento y sus signos de alarma.

1.5 Mortalidad por EDA en niños menores de 5 años en Colombia

Como se ha mencionado, el abordaje programático de la EDA se inició en Colombia desde 2018, momento desde el cual se aunaron esfuerzos de las estrategias para la IRA con un enfoque adicional; la disminución de morbilidad grave y mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años.

Esto implica un reconocimiento particular a todos los procesos, programas y estrategias que desde la década de los 90s han desplegado una serie de procesos dirigidos a los mismos objetivos que describiremos en este documento: al programa ampliado de inmunizaciones, las estrategias comunitarias y clínicas para la Atención Integral a la Primera Infancia AIEPI, las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias, las brigadas y jornadas de atención de las Organizaciones no Gubernamentales, entre otras. Sin duda se han logrado mejoras en este indicador, pero es necesario reorganizar procesos y, de forma integral enfocarnos en mantener el estado de salud de la población de niños y niñas menores de 5 años con un abordaje interinstitucional, multidisciplinario e intersectorial.

De acuerdo con la información derivada de las estadísticas vitales de DANE y la actualización poblacional dispuesta a partir del CENSO del año 2018, en Colombia, se observa una importante disminución en la mortalidad por EDA en menores de 5 años.

Con relación a la mortalidad por EDA del año 2000 en comparación con la tasa del año 2020, se observa una disminución estadísticamente significativa de estas muertes (Intervalo de confianza del 95% 0,0001801 a 0,0002133), valor de $p < 0,0001$ y una razón de tasas que explica que la tasa de mortalidad en el año 2000 fue 5 veces superior a la observada en 2020.

Tabla 3. Comparación de tasas de mortalidad por EDA en niños menores de 5 años. Colombia. Año 2018 Vs. 2021

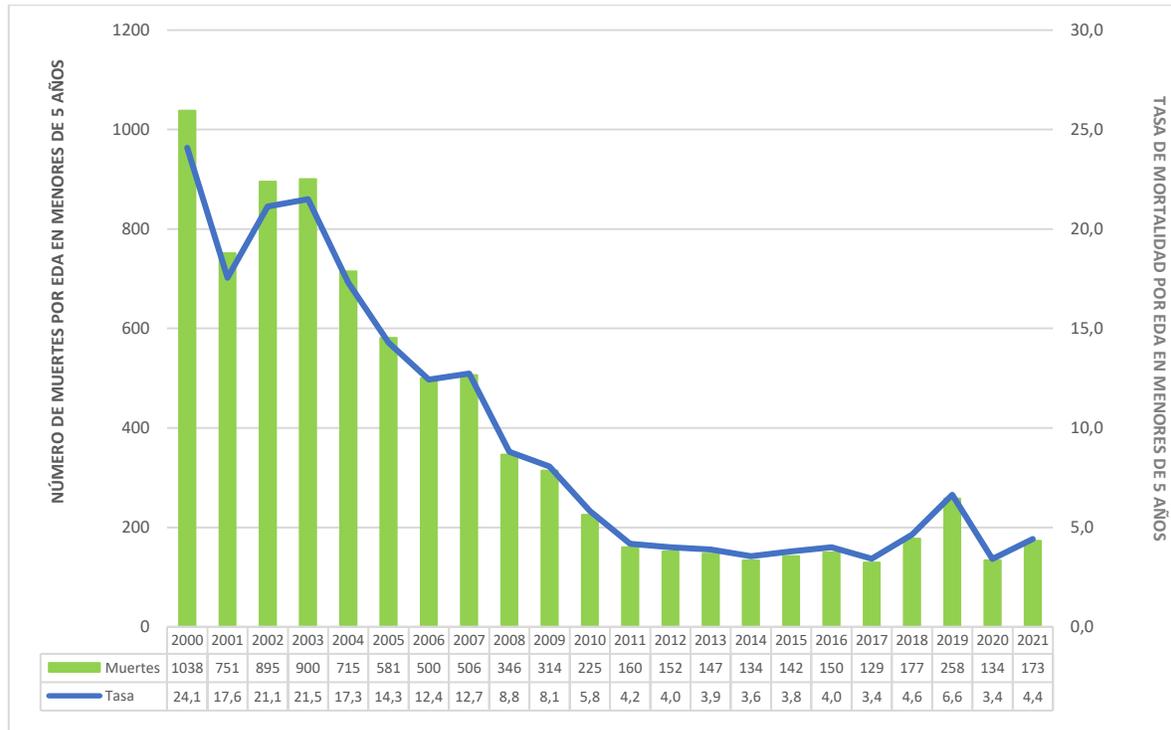
Tasa de incidencia del grupo 1	0,00004647
Intervalo de confianza del 95%	0,00003988 a 0,00005384
Tasa de incidencia del grupo 2	0,00004411
Intervalo de confianza del 95%	0,00003778 a 0,00005119
Diferencia en la tasa de incidencia	0,000002362
Intervalo de confianza del 95%	-0,000007125 a 0,000011849
Valor -P	P = 0,6255
Razón de la tasa de incidencia	1,0536
Intervalo de confianza del 95%	0,8495 to 1,3068
Valor -P	P = 0,6258

Fuente: Elaborado a través de MedCalc. <https://www.medcalc.org/manual/comparison-of-rates.php>



Los años 2020 y 2021 son considerados como años atípicos en el comportamiento epidemiológico de varios eventos transmisibles, entre ellos la IRA y la EDA; sin embargo, también se realizó una prueba de *Chi-cuadrado* para comparación de tasas de mortalidad por EDA entre el periodo inicial de 2018 y el último año disponible (2021) y se observa que con un intervalo de confianza del 95% de -0,000007125 a 0,000011849 y un valor de $p= 0.6255$, entre el año 2018 y el 2021 no hay disminución estadísticamente significativa en la mortalidad por EDA en niños menores de 5 años en Colombia.

Ilustración 6. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años. Colombia 2000-2021.



Fuente: Elaboración propia MSPS. Datos DANE defunciones no fetales, Proyecciones poblacionales DANE 2021.

Por otro lado, a partir de las estimaciones de población del DANE y la información de defunciones no fetales relacionada con Enfermedades Infecciosas intestinales, se realizó el cálculo de tasa de mortalidad por EDA específica para niños y niñas menores de 5 años en Colombia para cada territorio para el periodo de doce años 2010 a 2021.



Tabla 4. Tasas de mortalidad por EDA por Entidad Territorial. Colombia. Periodo 2010 a 2021.

Entidad Territorial	TASA EDA 2010	TASA EDA 2011	TASA EDA 2012	TASA EDA 2013	TASA EDA 2014	TASA EDA 2015	TASA EDA 2016	TASA EDA 2017	TASA EDA 2018	TASA EDA 2019	TASA EDA 2020	TASA EDA 2021
Amazonas	41,2	20,4	20,2	20,1	20,1	20,1	10,1	20,3	10,3	41,5	20,9	41,9
Antioquia	3,7	3,3	2,9	2,5	2,7	2,9	3,6	0,9	2,7	3,9	0,6	3,7
Arauca	4,0	8,1	4,1	8,2	4,1	8,2	12,2	4,0	3,8	0,0	3,3	16,5
Atlántico	2,8	1,4	3,3	2,4	2,9	1,5	3,4	3,9	4,2	2,7	1,8	2,2
Barranquilla	5,2	1,0	4,2	1,1	3,2	2,2	4,4	3,3	7,5	3,1	0,0	3,1
Bogotá, D.C.	1,5	1,7	2,0	1,2	2,2	1,2	0,8	0,8	0,8	2,1	0,2	0,6
Bolívar	7,3	5,2	2,6	7,4	4,2	5,3	5,3	1,1	1,0	5,6	2,0	4,5
Boyacá	1,0	1,1	3,2	0,0	3,2	3,2	0,0	2,2	1,1	3,3	2,2	0,0
Buenaventura	8,0	5,4	2,7	5,5	0,0	0,0	2,8	2,8	5,4	5,4	10,8	0,0
Caldas	3,0	1,5	3,1	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	3,2	1,6	0,0	3,1
Caquetá	15,2	11,0	8,9	11,2	2,3	2,3	4,7	2,4	4,9	4,9	2,5	2,5
Cartagena	5,9	4,7	4,7	7,1	4,7	3,6	2,4	1,2	1,2	7,0	2,3	1,2
Casanare	0,0	2,7	2,7	5,3	7,9	2,6	2,6	2,6	0,0	2,5	5,0	12,5
Cauca	11,4	11,5	5,8	6,7	3,4	7,6	2,5	5,9	10,1	5,1	5,1	3,4
Cesar	8,5	6,8	10,1	3,4	5,9	5,1	3,4	5,8	6,5	8,7	3,1	3,8
Chocó	30,0	6,6	4,9	11,4	30,8	32,4	25,9	27,5	47,3	53,1	21,9	36,0
Córdoba	3,1	1,9	3,1	6,8	4,4	4,3	3,7	3,7	4,3	3,0	1,8	2,4
Cundinamarca	1,8	1,2	0,0	2,2	1,6	1,1	0,0	0,0	0,5	2,2	2,0	0,4
Guainía	45,7	15,1	0,0	0,0	14,9	14,9	59,3	14,8	14,6	14,7	59,3	14,9
Guaviare	10,6	10,9	0,0	0,0	11,2	0,0	0,0	0,0	0,0	10,8	0,0	10,6
Huila	3,0	4,0	5,9	5,9	2,9	5,9	1,9	4,8	1,0	2,9	5,8	1,9
La Guajira	13,4	10,2	11,0	9,9	3,9	3,9	22,2	12,4	27,9	41,6	22,2	19,6
Magdalena	8,3	3,8	7,6	5,4	5,4	8,5	4,7	4,7	3,1	7,6	3,0	4,5
Meta	1,2	11,8	5,9	2,3	2,3	2,3	0,0	2,3	2,3	3,4	1,1	5,7
Nariño	8,5	6,2	1,6	2,4	4,8	1,6	1,6	4,7	1,6	4,0	3,2	2,4
Norte De Santander	8,0	1,6	4,0	1,6	3,3	2,5	2,5	2,4	5,5	9,6	5,0	10,1
Putumayo	6,1	9,2	3,1	9,3	12,4	3,1	12,4	6,2	3,1	9,2	6,1	9,2
Quindío	3,1	3,2	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0
Risaralda	7,9	6,4	9,7	13,1	11,5	5,0	11,5	14,7	14,5	17,6	15,9	16,0
San Andrés	0,0	0,0	0,0	20,9	20,9	0,0	0,0	20,9	0,0	20,5	0,0	0,0
Santa Marta	2,3	4,6	2,3	4,6	6,9	4,6	4,7	4,7	4,8	6,9	6,8	6,8
Santander	5,0	1,9	3,2	1,3	0,6	1,9	2,6	0,6	1,9	3,7	1,2	2,4
Sucre	2,4	1,2	7,4	7,4	1,2	3,8	7,6	5,0	2,5	4,9	2,4	0,0
Tolima	7,3	3,7	5,7	3,9	0,0	2,0	1,0	2,1	4,3	2,2	2,2	1,1
Valle Del Cauca	4,4	3,1	3,1	2,3	1,4	2,0	2,6	2,0	3,2	1,8	3,2	1,5
Vaupés	210,8	89,6	29,7	29,7	0,0	15,1	15,3	15,5	63,5	31,8	15,7	15,1
Vichada	14,2	21,2	0,0	14,1	0,0	21,2	14,2	21,3	0,0	50,0	0,0	14,3
NACIONAL	5,8	4,2	4,0	3,9	3,6	3,8	4,0	3,4	4,6	6,6	3,4	4,4

Fuente: Elaboración propia MSPS. Datos DANE defunciones no fatales, Proyecciones poblacionales 2021.

Realizando el mismo ejercicio de semaforización que se formuló con IRA, se identifica que en 2010 la tasa más alta de mortalidad por EDA observada, la presentó Vaupés con 210,8 muertes por EDA por 100.000 menores de 5 años; el 51% (19) de los territorios se encontraban por encima de la tasa nacional y en sólo dos territorios (5%) no notificaban mortalidades por esta causa (San Andrés y Casanare). Lo que se observa en 2019 es una tasa máxima de mortalidad en el departamento de Chocó con 53,1, un 59% (22) de territorios con tasas inferiores a la tasa nacional y nuevamente 2 territorios sin mortalidad por este evento en 2019 (Arauca y Quindío).

Para el año 2020, al igual que con IRA se observó disminución en la mortalidad por este evento en menores de 5 años a nivel general, el 51% de los territorios mostraron mortalidades inferiores en comparación con el año 2019, en Barranquilla, Caldas, Guaviare, Quindío, San Andrés y Vichada se logró cero mortalidades por esta causa; mientras que, en Arauca, Buenaventura, Huila, Casanare y Valle del Cauca, se reportaron más mortalidades por EDA que en 2019.



En el año 2021, se observa que el 43% de los territorios presentaron tasas inferiores al dato nacional, el 13% no presentaron mortalidades por esta causa; sin embargo, los territorios donde históricamente se alcanzan tasas de mortalidad más altas, persisten con datos muy superiores a la tasa nacional. Aquí es importante señalar que, aunque el país ha avanzado en coberturas de acueducto y alcantarillado, los territorios donde se concentran la mayoría de estas mortalidades, en la zona rural pueden tener coberturas de acueducto por debajo del 20% y en general en el departamento no alcanzan cifras superiores al 60% de cobertura de acueducto según datos públicos de Colombia (11).

Mortalidad por EDA en niños menores de 1 año

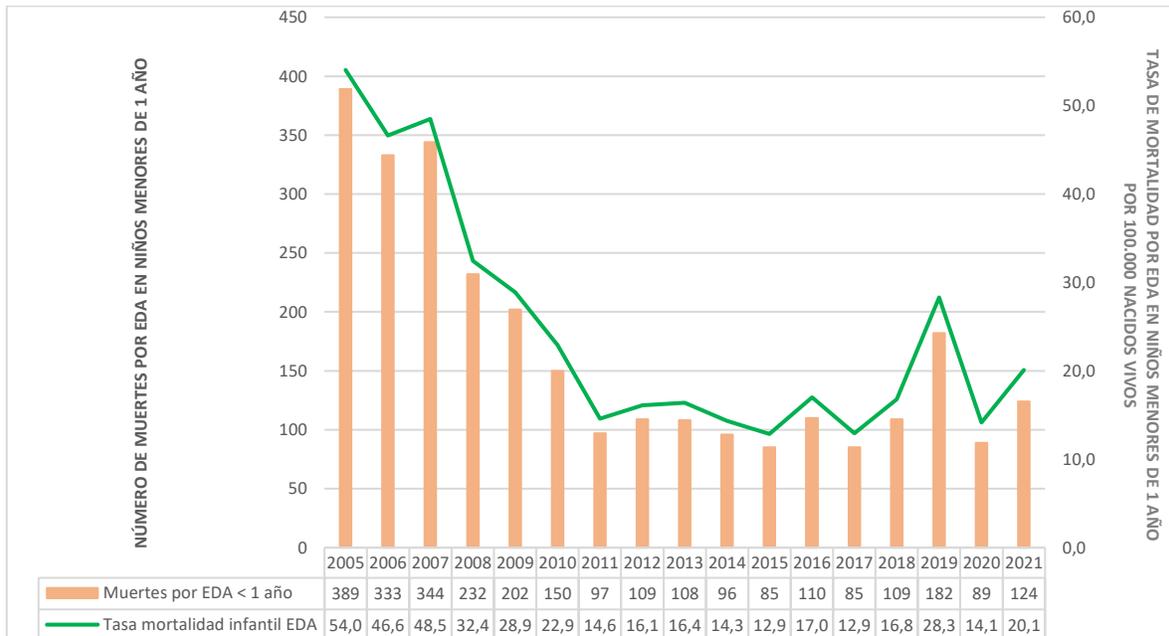
Como se mencionó, la mortalidad por EDA en niños menores de 5 años ha mostrado una tendencia decreciente en el país y analizando las tasas de mortalidad en el grupo de menores de 1 año se observa que se ha logrado reducir la mortalidad a menos de la mitad de lo observado hace 17 años; sin embargo, las cifras del último cuatrienio y las oscilaciones de los resultados obtenidos en 2019 y 2021 representan un gran desafío para el país.

De manera similar a lo observado en la mortalidad por IRA en el grupo de niños menores de 1 año, la mortalidad por EDA también ocurre mayoritariamente en los menores de 1 año, calculando la proporción de mortalidad por EDA en menores de un año sobre la cohorte de menores de 5 años **se estimó que de cada 10 muertes por EDA (en menores de 5 años), al menos 6 niños eran menores de 1 año**. Esto debe analizarse de cara a las brechas e inequidades de poblaciones residentes en zonas rurales dispersas y con necesidades básicas insatisfechas, cuyos resultados en salud han sido ampliamente reportados y pueden ser mejorados a través de transformaciones territoriales enfocadas a la modificación de los determinantes sociales que están directamente relacionados a este evento, como el acceso a agua potable y otras alternativas de acceso a agua segura para consumo humano.

Año	Proporción mortalidad EDA en < 1 año edad
2005	67%
2006	67%
2007	68%
2008	67%
2009	64%
2010	67%
2011	61%
2012	72%
2013	73%
2014	72%
2015	60%
2016	73%
2017	66%
2018	62%
2019	71%
2020	66%
2021	72%



Ilustración 7. Mortalidad por EDA en niños menores de 1 año. Colombia. 2005 a 2021.



Fuente: Elaboración propia MSPS. Datos DANE defunciones no fetales, Proyecciones poblacionales DANE 2021. Tasa medida por 100.000 menores de 1 año.

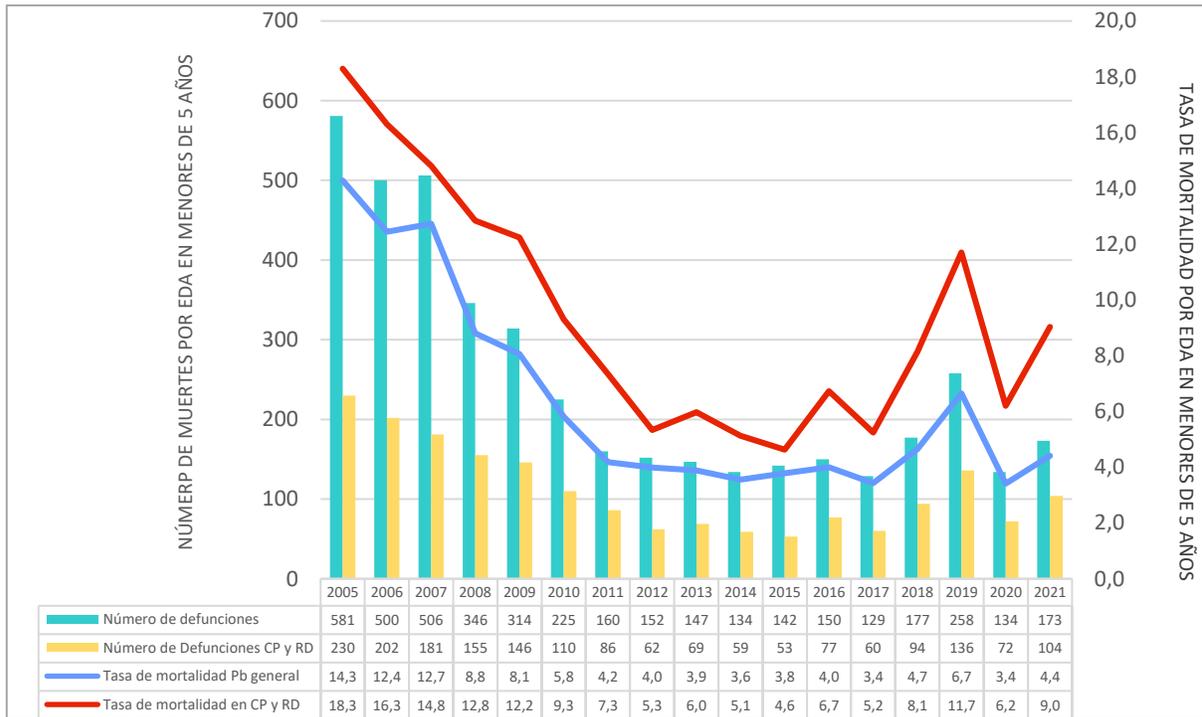
De otro lado, pone en evidencia las limitaciones que persisten en aspectos de prevención, cuidado y detección de signos de alarma por parte de cuidadores, madres y padres y atención integral con oportunidad desde lo promocional y ante la ocurrencia del evento lograr el cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica Vigente.

Mortalidad por EDA en centros poblados y zonas rurales dispersas.

De manera similar a lo que se observa con la IRA, en general la mortalidad por EDA en menores de 5 años también ha mostrado un descenso progresivo; no obstante, se hace necesario analizar variables como área de residencia y pertenencia étnica. En cuanto a la primera variable, se observa que de manera acumulada para los años 2005 a 2021, la mortalidad por EDA en zona rural alcanza a concentrar en promedio el 47% de los casos; sin embargo, para el último cuatrienio, más de la mitad de muertes por esta causa (~55%), se concentraron en zonas rurales (el 60% de los casos en 2021). Recordemos que los Departamentos de Chocó y La Guajira presentan la mayoría de los casos de mortalidad por EDA y son territorios en los cuales la cobertura de acueducto en zona rural es sólo de 22% y 12% respectivamente (11).



Ilustración 8. Mortalidad por EDA en niños menores de 5 años. Según zona de residencia, población general Vs. población de Centros Poblados (CP) y Zonas Rurales Dispersas (RD), 2005 a 2020. Colombia.



Fuente: Elaboración propia Programa Nacional IRA/EDA Minsalud. Datos DANE. Dirección de Epidemiología y Demografía. 2023..

Por otro lado, al igual que con IRA, el SIVIGILA permite analizar otras variables de interés que deben ser tenidas en cuenta para las intervenciones programáticas. Aunque son datos preliminares, se deben emplear a nivel nacional y territorial. Para el caso de las muertes por EDA, en el año 2021 se observó que 8% de las muertes ocurrieron en comunidad negra, raizal o palenqueros mientras que el 55% de los niños pertenecían a pueblos indígenas, principalmente de ellos el 25% pertenecientes a pueblos Embera (Chocó, Risaralda, Antioquia.), y el 13% a los Wayuu (La Guajira) ⁶. La mortalidad por esta causa en indígenas se observó en 10 de los 37 territorios analizados; no obstante, los procesos estructurales para afectar positivamente este evento se deben desplegar en el 100% de las Entidades Territoriales.

1.6 Principales hallazgos de la Vigilancia de la Mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años

Con base en los Análisis de Mortalidad por IRA y EDA en niños menores de 5 años, derivados de la estrategia de vigilancia (código evento 591 de SIVIGILA), el Instituto Nacional de Salud periódicamente reporta el consolidado de los problemas o demoras evidenciadas en las unidades de análisis territoriales y que explican deficiencias en nuestro sistema de salud, en la gestión territorial, local e institucional, convirtiéndose en información clave para una identificación más precisa de aquellos determinantes a los cuales se les pueden atribuir las mortalidades por estos eventos,

⁶ Evento 591 de SIVIGILA semana epidemiológica 52 de 2021. Datos preliminares analizados por los profesionales del programa IRA y EDA de Minsalud



prevenibles y evitables y son además el punto de partida para la configuración de los planes de mejoramiento que deben ser desplegados para cada mortalidad (Ver en estrategia Institucional).

En los casos confirmados de muertes por IRA de 2021, el 64 % de los problemas se concentraron en cuatro grandes factores como son: falta de conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador, factores sociales y económicos de las familias, dificultades en la prestación de servicios individuales y en las acciones de promoción y mantenimiento de la salud. El problema preponderante desde hace muchos años y hasta hoy en Colombia en la mortalidad por IRA en niños menores de 5 años continúa siendo la falta de conocimientos actitudes y prácticas por parte de madres, padres y cuidadores, evidenciado en casi el 20% de las muertes de ese año, seguido de factores sociales y económicos asociados a situaciones de pobreza y desigualdad con el 16% (12).

Para el caso de la EDA, el 65 % de los problemas se concentran en los mismos grandes factores de las muertes por IRA; sin embargo, aunque el principal problema es la falta de conocimientos, actitudes y prácticas por parte de madres, padres y cuidadores con el 20%, se identifica que las limitaciones asociadas a las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, se encuentran en el segundo lugar con el 15%.

Estos hallazgos históricos y recurrentes en los análisis de mortalidad explican las debilidades que aún persisten en el país frente al cuidado y bienestar de los niños y niñas antes de su quinto cumpleaños, tanto desde los actores del sector salud como de otras autoridades y sectores sociales.

De acuerdo con lo anterior, se evidencian avances frente a la disminución de mortalidad por IRA y EDA en Colombia en niños menores de 5 años, se cuenta con desarrollos programáticos nacionales que fundamentaron la gestión territorial y sectorial y que pudieron haber contribuido en la mejora de estos indicadores; sin embargo, se reconocen aún falencias sistémicas que deben ser superadas para seguir disminuyendo esta mortalidad. En esto se justifica la elaboración del presente programa y su desarrollo operativo completo en todos los territorios donde se evidencian estas mortalidades.

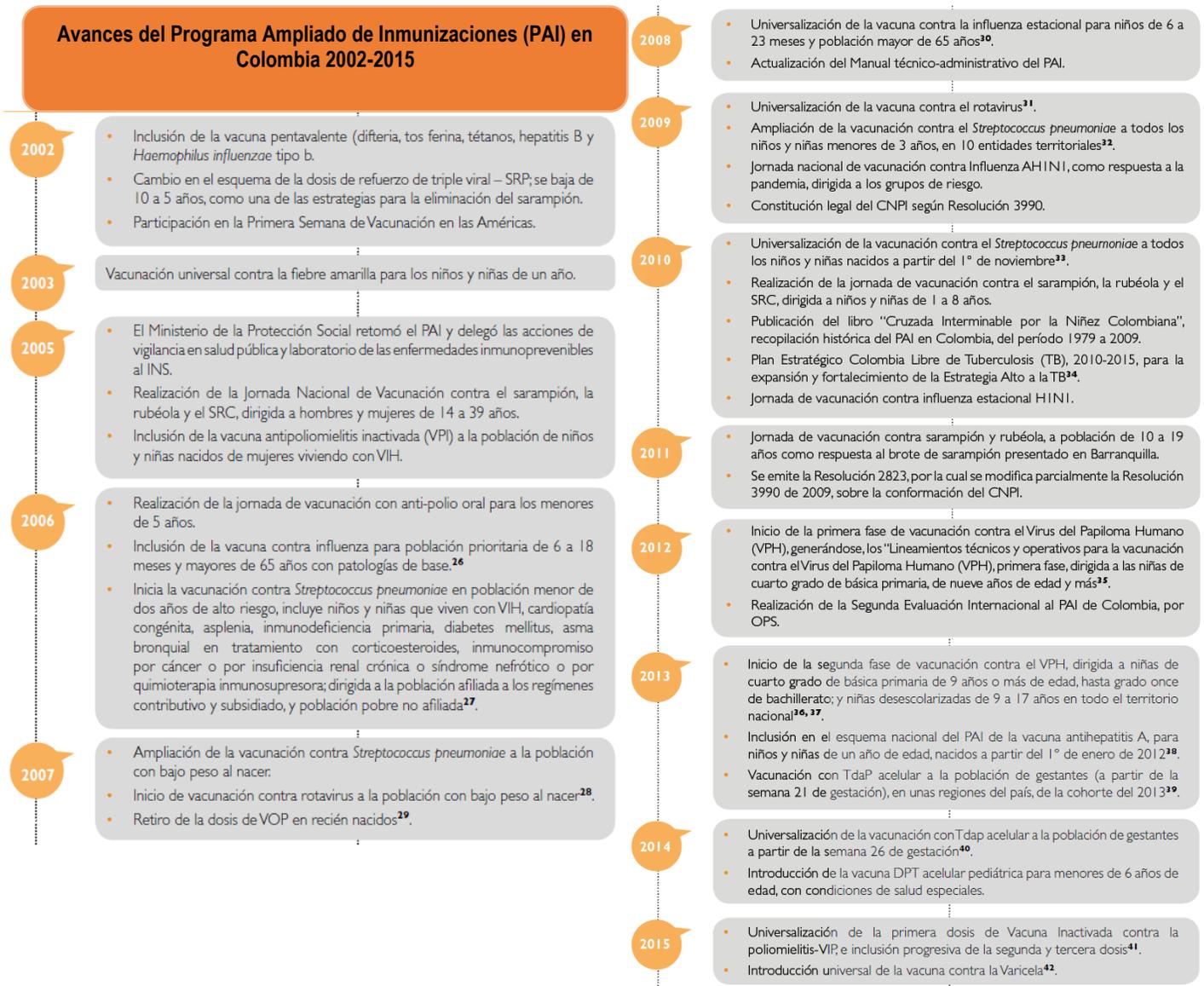
1.7 Programa Ampliado de Inmunizaciones en Colombia

Uno de los procesos más robustos en Colombia y el mundo es el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); y en efecto, la vacunación ha sido una de las intervenciones más costo efectivas para disminuir mortalidad por eventos prevenibles en la población infantil. Al ser uno de los procesos más grandes en salud pública, se cuenta con lineamientos específicos que están disponibles en la página del Ministerio de Salud y son ampliamente socializados en los territorios y demás actores del sistema. Por esta razón, sólo enfatizaremos en varios hitos nacionales del PAI en



este milenio y que sin duda han incidido en la disminución de mortalidad por IRA y EDA en los niños menores de 5 años (13)⁷.

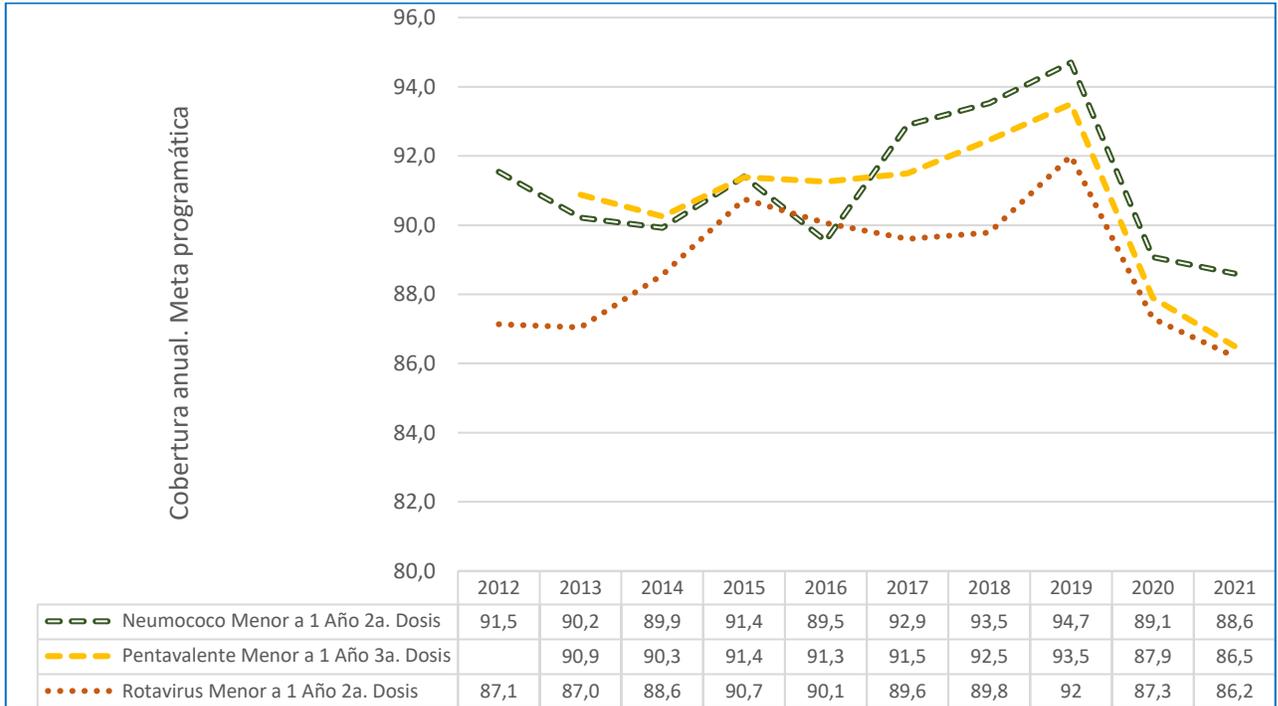
Ilustración 9. Línea del tiempo de las acciones del PAI en Colombia. Años 2002 a 2015.



⁷ En el capítulo de definiciones y abordaje clínico de la IRA y EDA se resaltan los principales agentes etiológicos involucrados en la hospitalización y muerte por estas causas

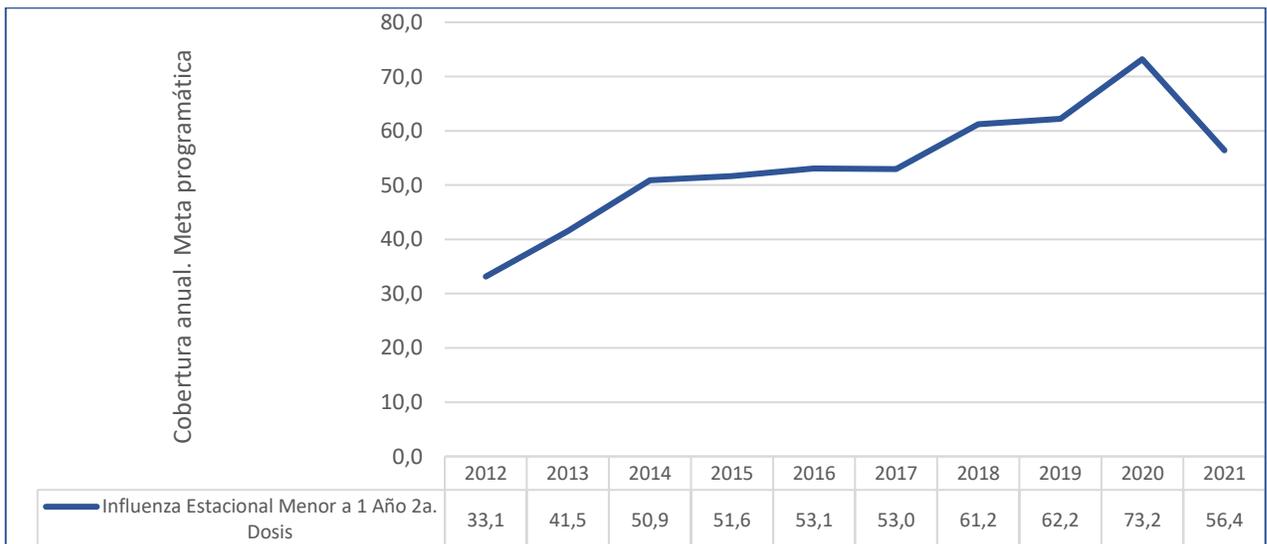


Ilustración 10. Coberturas de vacunación según metas programáticas. Neumococo, Pentavalente y Rotavirus. Menor de un año. 2012-2021.



Fuente: Central gestión del conocimiento. SISPRO. <https://www.sispro.gov.co/central-gestion-del-conocimiento/Pages/Construya-su-consulta-Vacunacion.aspx> (2012-2018) y Consolidados Programa Ampliado de Inmunizaciones (2019-2021).

Ilustración 11. Coberturas de vacunación según metas programáticas. Influenza. Menor de un año. 2012-2021.



Fuente: Central gestión del conocimiento. SISPRO. <https://www.sispro.gov.co/central-gestion-del-conocimiento/Pages/Construya-su-consulta-Vacunacion.aspx> (2012-2018) y Consolidados Programa Ampliado de Inmunizaciones (2019-2021).



De acuerdo con el histórico del PAI, hasta el año 2019, la vacunación contra neumococo fue la que más se acercó al valor esperado como cobertura útil en la población sujeto de menores de 1 año, en comparación en los biológicos pentavalente y rotavirus. En cuanto a la vacunación contra Influenza para la misma población, se observa una muy baja cobertura de vacunación, con valores por debajo del 70% a nivel nacional hasta el año 2019.

Durante los años 2020 y 2021, se observa una disminución de hasta el 5% para cada biológico, en comparación con la serie anterior analizada; para Influenza en 2020 se observa un repunte de 73.2% en 2020 pero con un resultado preocupante en 2021 con el 56.4%.

Esta situación, se presentó a nivel general para las coberturas de vacunación en el mundo; según lo reporta UNICEF, la pandemia por COVID-19 provocó el mayor retroceso en la vacunación de los últimos 30 años, con coberturas alrededor del 80%, similar a lo observado en Colombia debido al fenómeno del SARS-CoV-2 (14).

En Colombia, la vacunación contra el virus SARS- CoV-2 para población infantil (desde los 3 años de edad), se inició en el año 2021, lo que podría favorecer que el impacto por este agente en la población infantil continúe siendo bajo, como desde el inicio de la pandemia en términos de severidad y letalidad.

En este sentido, se considera muy importante, reforzar las estrategias de vacunación de la población de la primera infancia, teniendo en cuenta que, la WHO y CDC indicaron incrementos de morbilidad grave y mortalidad por IRA debido a la ampliación del grupo de susceptibles menores de 2 años, en consecuencia, al confinamiento y las medidas no farmacológicas implementadas durante la pandemia.

A nivel programático, el escenario de las jornadas de vacunación y el momento individual de vacunación se consideran como una gran oportunidad para que se desarrollen estrategias de información en salud, encaminadas a la difusión de los tres mensajes clave para IRA o EDA (según la edad y esquema), los cuales pueden ser fácilmente explicados por los vacunadores; talento humano cualificado en esta atención integral, quienes han sido ampliamente entrenados en vacunación y que correctamente entrenados pueden desarrollar estas acciones tan importantes para la prevención, manejo y control de la IRA y EDA.



2 DEFINICIONES

De acuerdo con los antecedentes, este documento se enfoca al momento de curso de vida de niños menores a los 5 años de edad y este apartado le permitirá remitirse a lineamientos, guías y herramientas virtuales para ampliar la información clínica de la IRA y la EDA en esta población:

2.1 Infección Respiratoria Aguda

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) es un conjunto de enfermedades transmisibles auto limitadas que afectan el aparato respiratorio desde la nariz hasta el alveolo. Son enfermedades frecuentes en la infancia, un niño menor de 5 años sufre un promedio de tres a seis episodios de IRA, frecuencia que no es influenciada por su ubicación geográfica o condición social (15,16).

Dentro de las IRA, pueden incluirse cuadros clínicos que afectan la región superior del aparato respiratorio (IRAs alta) como la rinitis aguda (resfriado común), la sinusitis, las infecciones del oído medio (otitis media aguda), la faringitis aguda o faringoamigdalitis, la epiglotitis y la laringitis; mostrando además que la mayor proporción se presenta debido a un agente viral: los rinovirus representan del 25% al 30%, el *Virus Sincitial Respiratorio* (VSR), virus de *Parainfluenza* e *Influenza*, *Metapneumovirus* humano y los *Adenovirus* representan del 25% a 35%, coronavirus y otros virus representan del 35% al 50%. Aunque la mayoría de estas infecciones suelen ser autolimitadas, generan una alta demanda de los servicios de salud ambulatorios, ausentismo, escolar del niño, el laboral de padres o cuidadores y pueden predisponer al niño a infecciones secundarias bacterianas del tracto superior o infecciones del tracto respiratorio inferior, que suelen ser más severas (15).

Las IRA bajas son las que afectan tráquea, bronquios y alveolos, siendo la bronquiolitis y la neumonía las infecciones más frecuentes y severas, lo que implica una alta carga de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años (15). En cuanto a la neumonía, los Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC), afirman que más del 60% de los casos de neumonía en niños que se hospitalizan han sido por agentes virales; el *Virus Sincitial Respiratorio* (VSR), el *Rinovirus* (RV) y el *Metapneumovirus* humano (hMPV) fueron los virus más comúnmente detectados (entre 12 y 28%) (17–19). Dentro de los agentes bacterianos más relevantes está el *Streptococcus pneumoniae* (neumococo con 20 serotipos) al cual se le puede atribuir entre un 13%-34 de los casos de neumonía bacteriana, mientras que *Haemophilus influenzae* tipo b responde por 5%-42% (15). La inmunización contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), neumococo, sarampión e influenza es una de las formas más eficaces para prevenir la neumonía; desafortunadamente, en el mundo aún no se cuenta con vacunas estables para el VSR (19).

Para el caso de las Bronquiolitis, el VSR es el agente etiológico en el 70%-80% de los casos que ocurren en los periodos de lluvias (6,20). Otros agentes virales asociados a este evento son el



Parainfluenza tipo 3, el *Influenza*, *Adenovirus* y el *Metapneumovirus*. (15), En este sentido, es necesario reconocer que el VSR es un virus estacional que causa una enorme carga para los sistemas de salud en todo el mundo. Las manifestaciones de la enfermedad en niños varían desde una infección leve del tracto respiratorio superior hasta una infección respiratoria grave, incluida la neumonía o la bronquiolitis, que pueden provocar hospitalización y complicaciones graves como insuficiencia respiratoria (19–21).

En cuanto a COVID-19, se reconoce que para la población infantil hay menos probabilidades de desarrollar una enfermedad grave en comparación con los adultos, sin embargo, la evidencia actual sugiere que los niños con ciertas afecciones médicas subyacentes y los bebés (menores de 1 año) podrían tener un mayor riesgo de enfermarse gravemente por la infección por SARS-CoV-2 (22) Niños con complejidad médica, con condiciones genéticas, neurológicas, metabólicas o con cardiopatías congénitas podrían tener un mayor riesgo de enfermarse gravemente por COVID-19. Al igual que los adultos, los niños con obesidad, diabetes, asma o enfermedad pulmonar crónica, enfermedad de células falciformes o inmunosupresión también pueden tener un mayor riesgo de enfermarse gravemente por el COVID-19 (22) .

Una de las actuales preocupaciones es el Síndrome Infamatorio Multisistémico en Niños (MIS-C), el cual consiste en una respuesta inmune retardada relacionada con COVID-19, niños, adolescentes o adultos jóvenes que desarrollan ciertos síntomas después de tener COVID-19, podría tener MIS-C, presentando una afección en la que diferentes partes del cuerpo pueden inflamarse, incluidos el corazón, los pulmones, los riñones, el cerebro, la piel, los ojos o los órganos gastrointestinales. (23,24). Todavía no se sabe con precisión qué causa el MIS-C; sin embargo, se sabe que muchos niños con MIS-C tenían el virus que causa el COVID-19 o habían estado cerca de alguien con COVID-19, esto puede ser grave, incluso mortal, pero la mayoría de los niños a los que se les diagnosticó esta afección han mejorado con atención médica (23).

Para conocer a profundidad, aspectos clínicos y de atención individual de las IRA altas, las IRA bajas como la neumonía, bronquiolitis y el COVID-19 en población pediátrica, incluyendo todos los contenidos para ser utilizados en las pautas de información en salud y espacios de educación individual o grupal que deben realizarse en el marco de la prestación de servicios, puede consultar los siguientes lineamientos nacionales clínicos y las actualizaciones que se publiquen en la página del Ministerio de Salud y Protección Social:

Tabla 5. Lineamientos nacionales para atención clínica de la IRA en niños menores de 5 años. Colombia 2023.

Lineamiento	Enlace de publicación
Herramienta clínica para el abordaje inicial de las condiciones prevalentes en la primera infancia. Módulo 6 - Infección Respiratoria Aguda	https://herramientaclinicaprimerainfancia.minsalud.gov.co/
Guía de práctica clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-neumonia-bronquiolitis.pdf



niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años.	
Guía para padres, madres y cuidadores de la Guía de práctica clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-neumonia-ninos-menores-2-anos.pdf
Orientaciones para la atención pediátrica de COVID-19.	Documento elaborado con apoyo de USAID. Disponible en web Minsalud/IRA
Lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-prevencion-diagnostico-manejo-control-casos-influenza.pdf
Guía de práctica clínica para la identificación y el manejo clínico de la tos ferina en menores de 18 años de edad.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-tos-ferina.pdf

Fuente: Elaboración propia.

2.2 Enfermedad Diarreica Aguda

La diarrea se define como la presencia de tres o más deposiciones blandas o líquidas en 24 horas, (o el incremento en la frecuencia de evacuaciones normales para el individuo). La evacuación frecuente de las heces formadas no es diarrea, ni tampoco la evacuación de heces blandas y "pastosas" de los bebés amamantados. Puede ocurrir a cualquier edad de la vida, pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más predispuestos a desarrollar la enfermedad y a presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte (7,25).

La diarrea suele ser un síntoma de una infección en el tracto intestinal, que puede ser causada por una variedad de organismos bacterianos, virales y parasitarios. La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es más común en los niños que asisten a la guardería y generalmente se debe a agentes virales. Si bien los casos de diarrea debido a una infección suelen ser leves y desaparecen por sí solos, es importante evitar la deshidratación por la pérdida de líquidos corporales en las heces diarreicas y el vómito (25).

La OMS es enfática en afirmar que la deshidratación es la amenaza más grave de las enfermedades diarreicas. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación y puede conducir a la muerte (26).

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

- Deshidratación grave (al menos dos de los signos siguientes):
 - letargo o pérdida de conocimiento;
 - ojos hundidos;
 - no bebe o bebe poco;
 - retorno lento (2 segundos o más) a la normalidad después de pellizcar la piel.



- Deshidratación moderada (al menos dos de los signos siguientes):
 - desasosiego o irritabilidad;
 - ojos hundidos;
 - bebe con ganas, tiene sed.
- Ausencia de deshidratación (no hay signos suficientes para diagnosticar una deshidratación grave o moderada) (37).

Los virus son causantes de aproximadamente el 70% de la EDA, principalmente el *Rotavirus*, *Norovirus*, *Adenovirus* (serotipos 40 and 41), *Astrovirus* y *Enterovirus*, a las bacterias se les atribuye entre el 10 y 20%, por *Campylobacter jejuni*, *Salmonella* (animal/no tifoidea), *Shigella*, *Yersinia enterocolitica*, *Escherichia coli* (enteropatogénica y enterotoxigénica), *Yersinia pseudotuberculosis*, *Clostridium difficile*, *Salmonella typhi and paratyphi*, *Vibrio cholerae*, y los parásitos, específicamente protozoos, comprenden menos del 10%, con *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Entamoeba histolytica*, *Dientamoeba fragilis*, *Blastocystis hominis* *Helminths Strongyloides stercorali* (25,27).

En Colombia el microorganismo identificado más frecuentemente en niños menores de 5 años con EDA es el rotavirus (31,36,39). Las bacterias más frecuentemente implicadas son *Escherichia coli* (entero-patógena, y entero-toxigénica, principalmente) y *Salmonella* (alrededor del 10%); con menor frecuencia se aíslan *Campylobacter* y *Shigella* (menos de 6%) y no se identifica microorganismo patógeno hasta en 45% de los niños en quienes se busca etiología de la EDA (25).

Para conocer a profundidad, aspectos clínicos y de atención individual de la EDA, así como el abordaje de la deshidratación en población pediátrica, puede consultar los siguientes lineamientos nacionales clínicos y las actualizaciones que se publiquen en la página del Ministerio de Salud y Protección Social:

Tabla 6. Lineamientos nacionales de atención clínica para la EDA en niños menores de 5 años. Colombia 2023.

Lineamiento	Enlace de publicación
Herramienta clínica para el abordaje inicial de las condiciones prevalentes en la primera infancia. Módulo 7 – Enfermedad Diarreica Aguda	https://herramientaclinicaprimerainfancia.minsalud.gov.co/
Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_EDA.pdf
Guía para padres, madres y cuidadores de la Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_EDA.pdf

Fuente: Elaboración propia.



3 OBJETIVOS DE PROGRAMA

3.1 Objetivo General

Establecer las acciones de prevención, atención y control de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda que deben desarrollarse a nivel nacional, para disminuir la mortalidad, morbilidad grave y la demanda de los servicios de urgencias, hospitalización y cuidados intensivos en los niños menores de 5 años que residen en Colombia, a través de estrategias fundamentadas en la atención integral en salud, la atención primaria en salud y la articulación intersectorial.

3.2 Objetivos Específicos

- Definir los roles y competencias frente a la prevención, atención y control de la IRA y EDA en menores de 5 años.
- Indicar las actividades que deben desplegarse en todo el territorio nacional y que se enmarcan en 3 estrategias (Institucional, intersectorial y comunitaria) dirigidas hacia la solución de problemas relacionados con las IRA y EDA en población de niños y niñas menores de 5 años.
- Fortalecer los procesos de atención en salud, educación individual, análisis de información, información en salud y gestión del conocimiento, en todos los actores del SGSSS involucrados con el mantenimiento de la salud de la población de menores de 5 años, desde la gestación y lograr la gestión de todos los procesos de prevención, atención y control de la IRA y EDA.
- Proponer escenarios de articulación con actores claves en la transformación de determinantes sociales, el cuidado de la salud y protección de la primera infancia, para el desarrollo conjunto de planes, proyectos e intervenciones dirigidos a los grupos de mayor vulnerabilidad.
- Posicionar herramientas de desarrollo en el entorno comunitario, dirigidas a todos los grupos poblacionales, para que se incluyan procesos diferenciales según la distribución étnica en los territorios en todos los procesos de prevención, atención y control de la IRA y EDA que se concertan y despliegan permanentemente.
- Fortalecer capacidades en cuidadores, familias y comunidades para prevenir las IRA/EDA, reconocer y aplicar las acciones para su cuidado y la identificación oportuna de algún signo de alarma para buscar ayuda institucional.
- Brindar las pautas para mejorar la vigilancia epidemiológica, (ambiental, virológica/bacteriana) y comunitaria para la detección oportuna, manejo, control y



seguimiento de los casos de IRA y EDA en niños menores de 5 años y personas de su entorno.

3.3 Meta de Programa

A 2030 en Colombia la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años habrá disminuido al menos en el 40% en comparación con 2019.



4 MARCO NORMATIVO

Como marco normativo, se tienen en cuenta los siguientes documentos nacionales, así como las actualizaciones posteriores a la publicación del presente documento y cualquier otro acto normativo que se expida, en el cual sea explícito el reconocimiento y despliegue de acciones dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la gestión del riesgo individual y colectivo y al abordaje integral de la población de niños y niñas menores de 5 años.

Tabla 7. Marco normativo para la gestión y desarrollo del Programa de IRA y EDA en Colombia.

MARCO NORMATIVO	
Constitución Política de la República de Colombia 1991	<p>ARTICULO 44. Derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.</p> <p>La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.</p> <p>Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.</p>
Ley 715 de 2001	<p>Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros</p> <p>Teniendo en cuenta que se define la presente ley para <u>organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros</u>, aplica todo su contenido para el actor o actores correspondientes.</p> <p>ARTÍCULO 47. 47.3. Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud.</p>
Ley 691 de 2001 – Salud Indígena / SGSSS	<p>Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.</p> <p>Protege y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia, entendiéndose por tales la definición dada en el artículo 1o de la Ley 21 de 1991.</p>
Ley 1098 de 2006	<p>Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.</p> <p>ARTÍCULO 7o. PROTECCIÓN INTEGRAL. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros,</p>



		<p>físicos y humanos.</p> <p>ARTÍCULO 8o. INTERÉS SUPERIOR DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES. Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.</p> <p>ARTÍCULO 13. DERECHOS DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y DEMÁS GRUPOS ÉTNICOS. Los niños, las niñas y los adolescentes de los pueblos indígenas y demás grupos étnicos, gozarán de los derechos consagrados en la Constitución Política, los instrumentos internacionales de Derechos Humanos y el presente Código, sin perjuicio de los principios que rigen sus culturas y organización social.</p>
<p>Ley 1381 de 2010 – Lenguas Indígenas</p>	<p>Se desarrollan los artículos 7°, 8°, 10 y 70 de la Constitución Política, y los artículos 4°, 5° y 28 de la Ley 21 de 1991</p>	<p>La Ley 21 de 1991 (que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales), y se dictan normas sobre reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus hablantes.</p> <p>Conservación y Fortalecimiento de las lenguas indígenas.</p> <p>Art. 9. Contempla el derecho de los pueblos a usar su propia lengua y el deber de las autoridades de disponer lo necesario para asistencia con intérpretes bilingües.</p>
<p>Ley 1438 de 2011</p>	<p>Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones</p>	<p>ARTÍCULO 20°. CORRESPONSABILIDAD. El Estado, los padres o representantes legales de los niños, niñas y adolescentes son responsables de su cuidado y de gestionar la atención oportuna e integral a la salud de sus hijos o representados menores, y exigir al Sistema de Seguridad Social en Salud los servicios establecidos en la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios. El Estado y las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecerán los mecanismos legales, administrativos y presupuestales para dar efectivo y oportuno cumplimiento a la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios y de ofrecer oportuna, efectivamente y con calidad los servicios.</p> <p>ARTÍCULO 115°. INDICADORES DE SALUD SOBRE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberán presentar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud información detallada sobre el estado de salud de los menores de edad afiliados.</p>
<p>Decreto 1973 de 2013</p>	<p>Por el cual se establece la Subcomisión Nacional de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas.</p>	<p>Art. 4. [...] Orientar y apoyar técnicamente en la formulación de las políticas públicas en salud para los pueblos indígenas, en especial, la construcción e implementación del Sistema de Salud Propio e Intercultural -SISPI desde cada una de las competencias de sus integrantes.</p>



Decreto 1953 de 2014	Por el cual se crea un régimen especial	Con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política. En su Título III sobre el Sistema Educativo Indígena Propio – SEIP, se propone: [...] “Construir y fortalecer espacios de saber desde las cosmovisiones de los pueblos indígenas. [...] Fortalecer la construcción de un Estado pluriétnico y multicultural. Y [...] Preservar y fortalecer las identidades étnicas y culturales de los pueblos indígenas.”
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	ARTÍCULO 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.
Resolución 518 de 2015 (o la que la sustituya)	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud pública de Intervenciones Colectivas – PIC.	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud y el Plan de Intervenciones Colectivas; en este sentido se enmarcan los procesos de la Gestión de la Salud Pública que deben ser ampliamente desarrollados el programa: Procesos Estratégicos: Planeación integral en salud, Coordinación intersectorial, Desarrollo de capacidades, Participación social, gestión del conocimiento. Procesos Misionales: Gestión individual de la provisión de servicios individuales, Gestión de las intervenciones colectivas, Vigilancia en Salud Pública, Inspección, Vigilancia y Control sanitario, Gestión del Aseguramiento. Procesos de Apoyo: Gestión administrativa y financiera, Gestión del talento humano, Gestión de insumos de interés en salud pública
Ley 1804 de 2016	Por la cual se establece la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia de cero a siempre y se dictan otras disposiciones	ARTÍCULO 7. Gestión intersectorial para la atención integral. Es la acción organizada, concurrente y coordinada a través de la cual los sectores estatales de los órdenes nacional y local (educación, salud, cultura, recreación, bienestar, deportes, planeación, entre otros), así como otros actores de la sociedad (familias, comunidad, sociedad civil, academia, empresa privada, organizaciones no gubernamentales, entre otras), se articulan para lograr la atención integral a las mujeres gestantes, y los niños y niñas en primera infancia, a partir de lo que ellos y ellas requieren.
Resolución 429 de 2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud	Orienta los objetivos del sistema en salud a la garantía del derecho a la salud definiendo que debe garantizar la atención en salud a todas las personas del territorio nacional centrado en las personas, familias y comunidades Art 2 y 3 se define el Modelo de Atención Integral en Salud, fundamentado en la atención primaria en salud-APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. También define algunos procesos a priorizar e intervenir para garantizar la atención integral con la participación de las instituciones del sector y otros sectores a partir de rutas integrales en salud como una herramienta que oriente la atención.



Resolución 3202 de 2016	Por la cual se adaptó el manual metodológico para la elaboración de las RIAS	<p>Por esta resolución se han venido construyendo los lineamientos operativos de la RPMS.</p> <p>Manual metodológico para la elaboración de las RIAS. Art 8. Las RIAS, deben adaptarse a los ámbitos territoriales urbano, de alta ruralidad y con población dispersa, así como a los diferentes grupos poblacionales</p> <p>En este marco de construcción de lineamientos se construye el anexo 2. Directrices de Educación (y comunicación) para la salud en el marco de la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.</p>
Resolución 2063 de 2017	Por la cual Se adopta la Política de Participación Social en Salud.	<p>Se adopta la Política de Participación Social en Salud como un instrumento para cualificar los procesos de participación de los agentes del Sistema y de esta manera mejorar la salud de la población.</p> <p>En este sentido, es responsabilidad de todos agentes del SGSSS, en el marco de sus competencias, desarrollar herramientas, capacidades en el talento humano y estrategias operativas de educación, comunicación y gestión, a nivel nacional y territorial, para la implementación de la Política de Participación Social en Salud.</p>
Resolución 3280 2018	Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal.	<p>Se fortalecen los elementos centrales de la gestión de la atención integral en salud: Una atención en salud centrada en las personas, familias y comunidades, teniendo en cuenta la diversidad, la singularidad y el carácter multidimensional del desarrollo de los sujetos, de acuerdo con su momento vital y su contexto; trascendiendo la fragmentación por dimensiones, eventos, asuntos temáticos, sistemas o daños específicos. Lo cual implica reconocerlos como sujetos de la atención con sus particularidades, y contextos territoriales y de esta manera se deben ajustar los servicios, modalidades de servicio, la disposición de recursos y de tecnologías, la organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS y el relacionamiento entre los diferentes agentes sectoriales e intersectoriales que garanticen los resultados en salud.</p>
Resolución 1035 de 2022	Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera.	<p>La IRA y EDA aparecen priorizadas según dos ordenadores; I. Por momento de curso de vida de “primera infancia” y II. Por la Población en riesgo o con Enfermedades transmisibles.</p> <p>Capítulo 12. Metas del plan Decenal de Salud Pública</p> <p>A 2031 se logra la implementación de las estrategias (institucional, comunitaria, intersectorial) del programa nacional de prevención, manejo y control de la IRA y EDA en el 100% de las entidades territoriales.</p> <p>Meta IRA: A 2031, reducir en 50% la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.</p> <p>Meta EDA: A 2031, reducir en 50% la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años.</p> <p>Línea de base 2019.</p>

Fuente: Elaboración propia

4.1 Justificación Estratégica

Existen referentes mundiales, en torno a los derechos humanos, a prioridades del orden social y los procesos de salud donde convergen la gestión de todos los actores de nuestro SGSSS, con los demás sectores aliados y comprometidos en lograr óptimos resultados en salud, se destacan los más relevantes para la IRA y EDA en la población de niños y niñas menores de 5 años y se organizaron en orden cronológico así:



El primero de ellos es **La Declaración de ALMA-ATA (28)** (Conferencia Internacional sobre **Atención Primaria de Salud, Alma-Ata**, URSS, 6-12 de septiembre de 1978), la cual entre otros apartados explica que: “ *Ninguno de los sectores del desarrollo socioeconómico puede funcionar bien aisladamente; no hay sector cuyas actividades no influyan en las metas de otro sector; de ahí la necesidad de que los principales sectores sociales y económicos se consulten constantemente unos a otros para asegurar el desarrollo y fomentar la salud como parte de él. La atención primaria en salud requiere también el apoyo de otros sectores; estos pueden además servir de puntos de entrada para el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud*” (29).

De otro lado, **La declaración de la UNESCO sobre diversidad cultural del 2001**, se expresa la convicción de los Estados de que el diálogo intercultural es la mejor garantía de paz. “En este instrumento se eleva la diversidad cultural a la categoría de “patrimonio común de la humanidad”, “tan necesaria para la humanidad como la biodiversidad para los seres vivos” y su salvaguardia se erige en imperativo ético indisoluble del respeto por la dignidad de la persona. Así mismo insiste en el hecho de que cada individuo debe reconocer no sólo la alteridad en todas sus formas, sino también el carácter plural de su propia identidad dentro de sociedades igualmente plurales. Solamente así es posible preservar la diversidad cultural en su doble dimensión de proceso evolutivo y fuente de expresión, creación e innovación. De esta manera queda superado el debate entre los países que desean defender los bienes y servicios culturales “que, por ser portadores de identidad, valores y sentido, no deben ser considerados mercancías o bienes de consumo como los demás”, y los que esperan fomentar los derechos culturales, pues la Declaración conjuga esas dos aspiraciones complementarias poniendo de relieve el nexo causal que las une: no puede existir la una sin la otra” (30) .

También, **el Convenio 169 de OIT de 2014**, presentaba dos postulados básicos: el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan. Estas premisas constituyen la base sobre la cual deben interpretarse las disposiciones del Convenio y para ese entonces Colombia se ratificó dentro del convenio.

Finalmente, encontramos los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** (31); en 2015, la Organización de Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, una oportunidad para que los países y sus sociedades emprendan un nuevo camino con el que mejorar la vida de todos, sin dejar a nadie atrás. La Agenda cuenta con 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, que incluyen desde la eliminación de la pobreza hasta el combate al cambio climático, la educación, la igualdad de la mujer, la defensa del medio ambiente o el diseño de nuestras ciudades (32).

El Objetivo 3.2.1 de los ODS es poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años para 2030 para el cual han quedado planteadas dos metas (4):



1. Reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1000 nacidos vivos en todos los países; y
2. Reducir la mortalidad de menores de cinco años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos en todos los países.

La meta 3.2.1 está estrechamente relacionada con la meta 3.1.1, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100.000 nacidos vivos, y la meta 2.2.1 sobre poner fin a todas las formas de malnutrición, ya que la malnutrición es una causa frecuente de muerte para niños menores de 5 años. Estos se han traducido en la nueva "*Estrategia mundial para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes*" (Estrategia mundial), que pide poner fin a las muertes infantiles evitables y, al mismo tiempo, abordar las prioridades emergentes de salud infantil. Los Estados miembros deben establecer sus propios objetivos y desarrollar estrategias específicas para reducir la mortalidad infantil y monitorear su progreso hacia la reducción (4).

Los patrones de muerte en los niños mayores reflejan los perfiles de riesgo subyacentes de este grupo de edad, con un cambio de las enfermedades infecciosas de la infancia hacia los accidentes y lesiones, en particular los ahogamientos y los traumatismos causados por el tránsito. El aumento de muertes por lesiones cambia la naturaleza de las intervenciones para mejorar la supervivencia de los niños mayores. Hay un cambio de las acciones del sector de la salud para prevenir y tratar las enfermedades infecciosas de la primera infancia hacia otros sectores gubernamentales, incluidos la educación, el transporte y la infraestructura vial, el agua y el saneamiento y la aplicación de la ley. Todos estos deben trabajar juntos para prevenir la mortalidad prematura en los niños mayores (9).

El tercer referente necesario es el **Reglamento Sanitario Internacional (RSI)** (33) el cual fue aprobado por la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2005 por medio de la resolución *WHA58.3.1*. Y constituye el marco jurídico que, define las capacidades nacionales básicas, incluso en los puntos de entrada, para el manejo de los eventos agudos de salud pública de importancia potencial o real a escala tanto nacional como internacional, así como los procedimientos administrativos conexos (34). Este reglamento, tiene como propósito y alcance prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias en el tráfico y el comercio internacional (34).

Basados en la situación epidemiológica de la IRA y EDA, ubicados como eventos emergentes de interés en salud pública y de mayor impacto en la salud infantil, así como lo recientemente ocurrido con la pandemia por el virus SARS -CoV-2, su vía de transmisión, su afectación en la salud y economía mundial y las lecciones de cohesión entre los sistemas de salud con otros actores gubernamentales y sociales, ubican los cuatro elementos mencionados como soportes estratégicos del orden internacional para el despliegue de las directrices contenidas en este documento.



4.2 Enfoques conceptuales que orientan el desarrollo del programa.

Para el desarrollo de las actividades contempladas en este lineamiento técnico, se consideran los siguientes enfoques como parte de los fundamentos para su comprensión e implementación:

Enfoque de derechos

Parte de los postulados de derechos humanos y del derecho Internacional Humanitario, por lo cual hace referencia a la dignidad, universalidad, igualdad y no discriminación. Este enfoque lleva implícito el reconocimiento a las diversidades, el pluralismo y la interculturalidad y la necesidad de adoptar políticas y los medios para garantizar el ejercicio y protección de los derechos (35).

Enfoque territorial

Es un enfoque que permite reconocer la diferentes identidades y tradiciones que enriquecen las culturas de los territorios y busca lograr intervenciones coherentes a las realidades sociales, geográficas, culturales, políticas y territoriales, las cuales deben incluir y adaptarse a la diversidad poblacional que se tengan (35).

Enfoque diferencial

Según la Resolución 3280 del 2015 el enfoque diferencias “implica analizar, actuar, valorar y garantizar el desarrollo de una población, basada en sus características y en las condiciones de vida, desde una perspectiva de equidad y diversidad. Implica reconocer la probabilidad de ser afectado diferencialmente por un riesgo de cualquier naturaleza y desarrollar las atenciones sectoriales, así como las acciones de gestión de respuestas intersectoriales que respondan a sus necesidades particulares y sus derechos” (36).

Dentro del enfoque diferencial se estipula el curso de vida, la etnia, las identidades de género, orientaciones sexuales, condiciones de discapacidad y las diferencias por condición de víctima en el marco del conflicto armado. Contemplando que estas diferencias se pueden presentar en una misma persona o colectivo.

Enfoque étnico

El enfoque diferencial étnico guía las actuaciones de las políticas sobre las condiciones diferenciales de las poblaciones étnicas, entendidas como “las poblaciones cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas, los distinguen del resto de la sociedad y que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias, que están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones” (37). La comprensión de las diferencias étnicas busca orientar la atención y protección de sus derechos individuales y colectivos. Así como transversalizar las políticas con acciones que restablezcan y respeten los derechos de las poblaciones étnicas.



Enfoque de género

El género hace referencia a las concepciones sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los cuerpos asignados a los conceptos de hombres y de mujeres. Este enfoque evidencia las diferencias de roles, identidades y valores asignados social, cultural e históricamente. El enfoque de género busca la transformación de las inequidades sociales y económicas basadas en el género de los sujetos, pues “mediante la implementación de la transversalización del enfoque de género se pretende llevar a cabo un proceso de intervención que permita contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generan inequidad y desarrollar políticas, planes y programas, dirigidos a promover el derecho a la salud y la igualdad de género, de mujeres, hombres y personas de los sectores sociales LGBTI” (38).

Enfoque de curso de vida

Este enfoque “aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior” (39). En particular para el programa, el grupo de curso de vida de interés son las niñas y niños menores de 5 años, es decir, que están en la primera infancia.



5 COMPONENTES METODOLÓGICOS DEL PROGRAMA NACIONAL

Desde el punto de vista operativo, tomando como eje orientador del Programa la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS); reconociendo las competencias de cada actor (sectorial e intersectorial), se plantean las alternativas para organizar las acciones de las estrategias institucional, comunitaria e intersectorial del Programa para que sean desplegadas en cada territorio, buscando la armonización con los procesos previos existentes, pero a la vez posicionando las nuevas exigencias normativas que se han generado desde el Ministerio, enmarcadas en la disminución de casos graves y muertes de IRA y EDA en la población infantil.

El desarrollo programático involucra a las gobernaciones, alcaldías, direcciones territoriales de salud, las ESEs, IPS, EAPB (o quien haga sus veces) y las organizaciones sociales y ambientales con responsabilidades en la implementación y monitoreo; para esto se han consolidado cuatro componentes u ordenadores para el despliegue de las actividades de cada estrategia, tal como se explica a continuación:



5.1 Gestión y Planeación

Este componente es fundamental para posicionar la IRA y la EDA como eventos de interés en salud pública, enfocándose principalmente en la Primera Infancia. Se espera tener un alcance completo en el territorio y que, ante la definición de las prioridades territoriales, así como la asignación de recursos desde las diferentes subcuentas se visibilicen las acciones relacionadas directamente con el desarrollo de este programa.

La Gestión de la salud pública *“Es un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, el cual está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS y del Sistema General de Riesgos Laborales –SGRL, junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud”*. Lo anterior implica que, bajo el liderazgo de la dirección departamental, distrital o municipal de salud se permeabilice la planeación local e institucional (EAPB-IPS) con acciones para cada estrategia del programa.

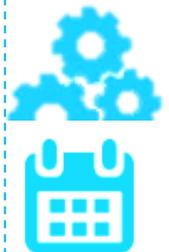
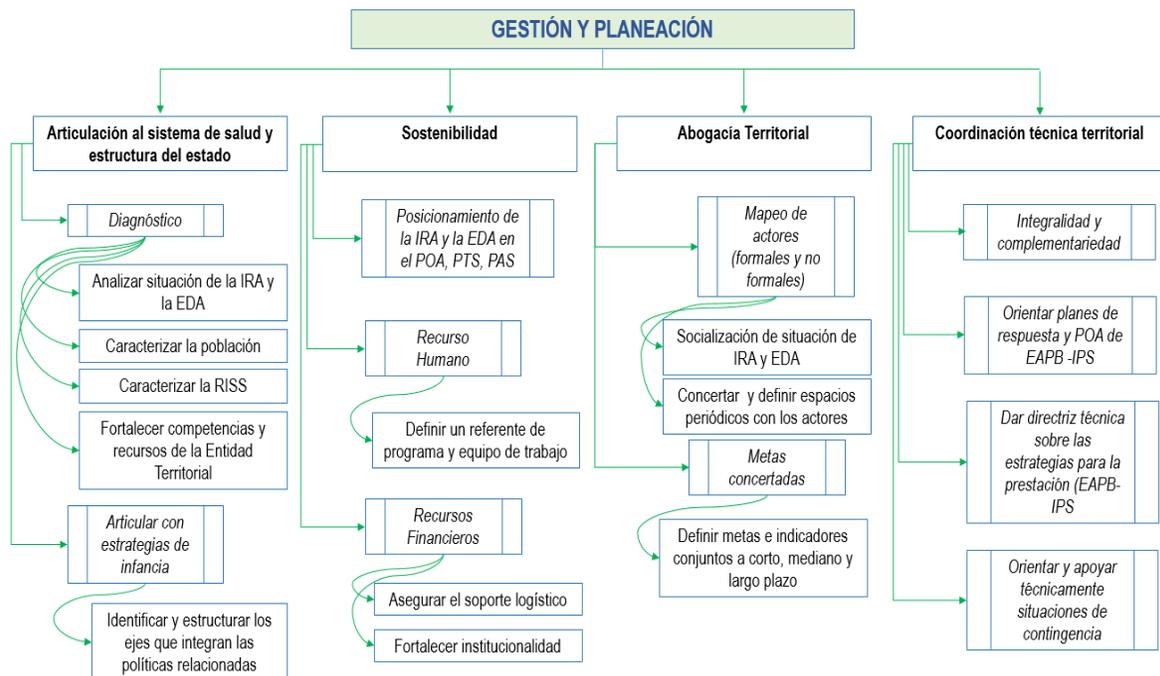


Ilustración 12. Componente Gestión y Planeación desde las Entidades Territoriales de Salud con IPS, EAPB o Entidades a cargo del aseguramiento y otros actores locales clave.



5.1.1 Articulación al sistema de salud y estructura del Estado

Las acciones deben ser planeadas a partir del reconocimiento de los diferentes actores sectoriales y extrasectoriales, sus responsabilidades en la afectación de los determinantes de la salud, para ejecutar y seguir las acciones del programa.

Para iniciar es importante hacer el reconocimiento sobre la situación (morbilidad-mortalidad) por IRA y EDA (por grupos de riesgo) y para esto se puede contar con información de la Vigilancia en Salud Pública, la información generada a partir de los Registros individuales de Prestación de Servicios – RIPS-, así como los Análisis de Situación en Salud (ASIS vigente), cuyo resultado es la elaboración de la línea de base, incorporando los siguientes aspectos:

1. Elaboración del análisis de la situación de la IRA y la EDA:
 - ❖ Caracterizar el territorio: De acuerdo con su enfoque diferencial y de curso de vida
 - ❖ Identificar determinantes sociales estructurales e intermedios relacionados con la presentación de la IRA y la EDA en su territorio así como la vulnerabilidad local en términos de: Contaminación del aire y agua, desnutrición aguda y crónica, presencia de factores de riesgo individuales como bajas coberturas de vacunación en niños menores de 6 años.



- ❖ Reconocer los indicadores de morbilidad y mortalidad por IRA y EDA (preferiblemente en los últimos 5 años).
- ❖ Conocer la población potencialmente demandante de servicios de salud: Según la caracterización del territorio evidenciar los principales grupos afectados.
- ❖ Describir las acciones previas dirigidas a la IRA y la EDA y el impacto logrado.
- ❖ Involucrar en todo el ejercicio programático a los equipos de Vigilancia en Salud Pública de IRA y EDA, incluyendo la vigilancia con enfoque comunitario y vigilancia sanitaria, así como las áreas de prestación de servicios, aseguramiento, calidad, estadísticas vitales y otras que acompañen técnicamente el logro de los objetivos locales con responsabilidad del sector salud, así como quienes promueven las alianzas con los demás sectores locales.

2. Caracterización de la RISS

- ❖ Georreferenciar, hacer seguimiento y evaluación de la RISS (componente primario y complementario).
- ❖ Identificar los mecanismos de acceso a los servicios de la población afiliada.
- ❖ Determinar la suficiencia o capacidad instalada (consulta prioritaria, salas ERA, Salas de Rehidratación Oral, Unidades de Atención Integral Comunitaria, consulta de urgencias, consulta externa, número de camas de hospitalización y UCI para niños y niñas, oportunidad de servicios de salud) de la RISS.
- ❖ Reconocer las necesidades de salud de la población habitante en el territorio con enfoque poblacional y diferencial desagregando los grupos vulnerables.
- ❖ Conocer las estrategias de demanda inducida por las EAPB, entidades a cargo del aseguramiento (o quien haga sus veces) e IPS.

3. Identificación de competencias y recursos con los que cuenta la Entidad Territorial

- ❖ Conocer el organigrama de gobierno de la Entidad Territorial y de la dirección territorial de salud, identificando funciones de cada uno de los referentes y/o coordinadores.
- ❖ Conocer las políticas, planes, programas relacionados con la primera infancia, infancia y enfermedades infecciosas o transmisibles, formuladas y/o desarrolladas por la Entidad Territorial.
- ❖ Conocer y analizar el documento ASIS vigente de la Entidad Territorial, identificando sus prioridades con relación a infancia, primera infancia y enfermedades transmisibles.



- ❖ Identificar las líneas del Plan Territorial de Salud y Plan de Acción en Salud en las cuales se plantearán actividades dirigidas a infancia y en especial a IRA y EDA, todas las entidades territoriales deben incluir las acciones específicas de Programa en cada vigencia.

Articulación con estrategias de infancia y Salud pública

De acuerdo con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) por medio del cual se busca un abordaje de las personas, las familias, las colectividades y los entornos donde se desarrollan, a través de intervenciones que comprendan acciones de fomento y autocuidado, promoción de la salud, protección específica, detección temprana, tratamiento y rehabilitación a lo largo del tiempo con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad, el Programa Nacional de Prevención, Control y Manejo de la IRA y la EDA requiere articulación con políticas, planes, programas, estrategias y proyectos que se enfoquen en niños menores de 5 años y los adultos de 60 años y más.

La evidencia ha demostrado que estos eventos tienen un gran impacto en la población infantil; por lo tanto se debe considerar la inclusión de estas acciones desde la Política de infancia y adolescencia, Política de Cero a Siempre, así como en el fortalecimiento de las estrategias de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) entre otros, definiendo espacios, recursos y líneas de acción conjuntas con miras a la integralidad.

De otro lado, se debe lograr permanente participación en los Comités intersectoriales de política de infancia, de política social, las mesas territoriales de infancia y adolescencia, Comités territoriales de Salud Ambiental – COTSA (CONASA), entre otros espacios, donde se espera el posicionamiento de la IRA y la EDA generando acciones, metas e indicadores comunes entre estos diferentes sectores.

5.1.2 Sostenibilidad

Contando con el diagnóstico ya descrito, se propone la planeación de la respuesta, la cual debe incluir el reconocimiento de los costos y las posibles fuentes de financiación que aseguren la sostenibilidad de las estrategias y actividades del programa territorial de IRA y EDA. Para lograr llevar a cabo estos procesos es fundamental:

1. La definición del equipo de trabajo (Profesionales y técnicos) Referentes del proceso de diseño, adecuación local y desarrollo del programa. Se deben contemplar acciones para controlar y minimizar la rotación del talento humano que planea, ejecuta y hace seguimiento del programa.
2. Garantizar la asignación de recursos para la implementación de las tres estrategias del programa en el territorio, recurso tecnológico y logístico para desplazamientos, además de un seguimiento



ininterrumpido que permita la toma de decisiones en la orientación de la respuesta y la optimización de los recursos disponibles.

La materialización de la sostenibilidad se deriva del posicionamiento del Programa y sus actividades en el Plan Operativo Anual –POA-, Plan Territorial de Salud (PTS) y Plan de acción en Salud – PAS-

El posicionamiento en el Plan Operativo Anual (POA) implica la gestión de recursos, priorización de metas y la determinación de la acción intersectorial, articulando con el PTS, otras políticas, planes, programas dirigidos a la población objeto. Es función de las Entidades Territoriales prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud en su jurisdicción, orientando los planes de respuesta y POA de IPS y EAPB (o quien haga sus veces).

Dado que el PTS es el instrumento de política pública que permite incorporar la salud en todas las políticas del territorio, será el componente transversal del plan de desarrollo territorial. Orientando las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias relacionadas con la salud a fin de alcanzar la mayor equidad en salud y desarrollo humano sustentable en el territorio.

En el Plan de Acción en Salud – PAS- debe visibilizarse la priorización de actividades de programa a partir de lo contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, en la *Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles* o desde la *Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables* en las que se contemplan metas sobre los eventos IRA y EDA y en población de menores de 5 años respectivamente.

5.1.3 Abogacía territorial

Es fundamental el proceso de abogacía que se desarrolle desde el equipo de la Dirección Territorial de Salud y así lograr impactar sobre las políticas públicas, generar apoyos y acuerdos sobre la implementación del programa e involucrar a diferentes actores sociales, en particular a quienes toman decisiones acerca de la solución de los problemas o las necesidades de una población.

El propósito en este subcomponente es posicionar la IRA y la EDA como un problema de salud pública en la Entidad Territorial, así como al Programa como un mecanismo de organización de la respuesta; de esta manera los diferentes actores podrán planear, desarrollar, seguir estrategias que impacten positivamente los determinantes sociales de la salud y para ello es importante realizar un mapeo de actores y redes clave.

El mapeo de actores es una técnica empleada en la planeación social, que permite identificar la presencia de instituciones (públicas y privadas) y de personas que son importantes para el desarrollo de programas, proyectos o planes; además se valoran las relaciones que se tienen entre los actores y la iniciativa que se está abordando en cuestión. Este paso va de la mano con la implementación de la estrategia intersectorial del Programa, pues la idea es llegar a conformar o incluirse en una red



que propenda por la salud infantil, como puede ser la Mesa de Infancia, redes de la política de Cero a Siempre, u otra que esté funcionando en la entidad territorial.

Es importante identificar y documentar la presencia de los actores destacados en cada área de trabajo para reconocer los posibles aliados que aseguren la sostenibilidad de las acciones del Programa Nacional de IRA y EDA para niños menores de 5 años. Como resultado de esta actividad, debe quedar una base de datos con la caracterización del mapa de actores (nombres, correos, teléfonos, dirección, horario, número de integrantes) y sus respectivas relaciones y una agenda de articulación propuesta; esta caracterización se recomienda realizarla al menos una vez al año.

En este sentido se deben identificar los actores sociales formales y no formales del territorio a quienes se debe involucrar en la agenda de análisis de situación de los eventos: Para identificar a los posibles actores sociales claves en salud se debe escoger a mujeres y hombres líderes, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Tener un liderazgo reconocido por los demás pobladores.
- Estar interesado/a en la infancia.
- Demostrar interés por el trabajo comunitario en salud.
- Tener tiempo y disposición de participar y realizar la posterior réplica.
- Se debe hacer un acercamiento a las y los líderes sociales de las comunidades donde se va a trabajar. Para ello se recomienda contactar la Junta de Acción Comunal o Veredal, esto se puede hacer por medio de Asojuntas del Municipio. Igualmente, a las madres comunitarias del ICBF, que se puede hacer por medio de las funcionarias de este instituto y a los docentes de las instituciones educativas. Al establecer contacto con estas personas se indaga por otros liderazgos y organizaciones comunitarias presentes y se gestiona su contacto, para abrir la convocatoria desde un ejercicio de “bola de nieve”.
- Teniendo en cuenta el perfil antes descrito, la identificación de los actores sociales claves para la generación de capacidades sobre IRA y EDA se facilita con el contacto con líderes de las organizaciones comunitarias locales como:
 - Mujeres y hombres que participan en las modalidades de atención del ICBF.
 - Coordinadora/es de los Centros de Desarrollo Infantil (CDI).
 - Lideresas y líderes comunitarios, sociales y étnicos.
 - Juntas de Acción Comunal o Veredal.
 - Organizaciones Sociales de Base.
 - Asociaciones, fundaciones o corporaciones.
 - Organizaciones de autoridades tradicionales.



- Organizaciones de mujeres o de víctimas.
- Docentes de instituciones educativas.
- Profesionales de la salud que habiten en la comunidad.
- Grupos religiosos o de fe.
- Integrantes del Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS).
- Los COVECOM.
- Asociaciones de usuarios, entre otros posibles.
- Promotor de salud indígena o representante de la etnia (cuando haya lugar).
- Otros del territorio.

Socializar la situación de la IRA y la EDA con la información obtenida en el diagnóstico incluyendo la participación de los sectores y actores sociales involucrados para evidenciar el panorama frente a estos dos eventos, generando espacios de diálogo donde se definan propuestas específicas que pueden dar solución a los problemas identificados y la manera de realizar el seguimiento.

Concertación de metas a corto, mediano y largo plazo donde involucre además de los actores sociales, los ejecutores de la política pública de infancia de la entidad territorial y demás actores del SGSSS.

Monitoreo y seguimiento de los compromisos y metas pactadas con cada actor (sectorial e intersectorial), favoreciendo escenarios de socialización periódicos de los avances, limitaciones, fortalezas y la reorganización de acciones para el alcance de los objetivos trazados.

Ante la continuidad de las acciones del programa, el profesional líder debe además brindar la directriz técnica en periodos de contingencia de acuerdo con el comportamiento histórico de los eventos a lo largo del año, para gestionar y coordinar la respuesta de los actores del territorio; de acuerdo con enfoques basados en la gestión del riesgo, lo cual implica la interacción con los actores de SGSSS y actores sociales clave del territorio.

5.1.4 Coordinación técnica territorial

El profesional o equipo Referente de programa es quien da la directriz técnica para propiciar desarrollos en el territorio en coordinación de los diferentes actores del sector, así como otros aliados clave, en aras de desplegar las estrategias con un principio de integralidad y que sean complementarias de acuerdo con la competencia de cada actor y con la destinación del recurso institucional y local correspondiente. Para esto es importante que exista un acompañamiento permanente de la Secretaría de Salud a las EAPB (o quien haga sus veces) y de los dos a las redes de prestación, a fin de garantizar que en su planeación queden explícitas acciones e intervenciones que se alinean con lo definido en el programa y la normativa vigente, así como definir espacios periódicos para el monitoreo y acompañamiento técnico de los indicadores territoriales e



institucionales, generar los ajustes necesarios y tomar las decisiones de manera concertada en coherencia con el alcance de cada uno de los involucrados.

Así mismo, en el ejercicio de su rectoría local, liderará la respuesta territorial del sector ante los periodos de contingencia de acuerdo con el comportamiento de los eventos a lo largo del año, la presencia o ausencia de factores de riesgo y la influencia de los determinantes de la salud; con enfoques basados en la gestión del riesgo individual y colectivo; de tal forma que estén visibilizados los diferentes entornos bajo la participación de los otros sectores involucrados en la modificación de los determinantes sociales; con el fin de fortalecer aspectos relacionados con la prevención, el manejo y control de la IRA y la EDA.



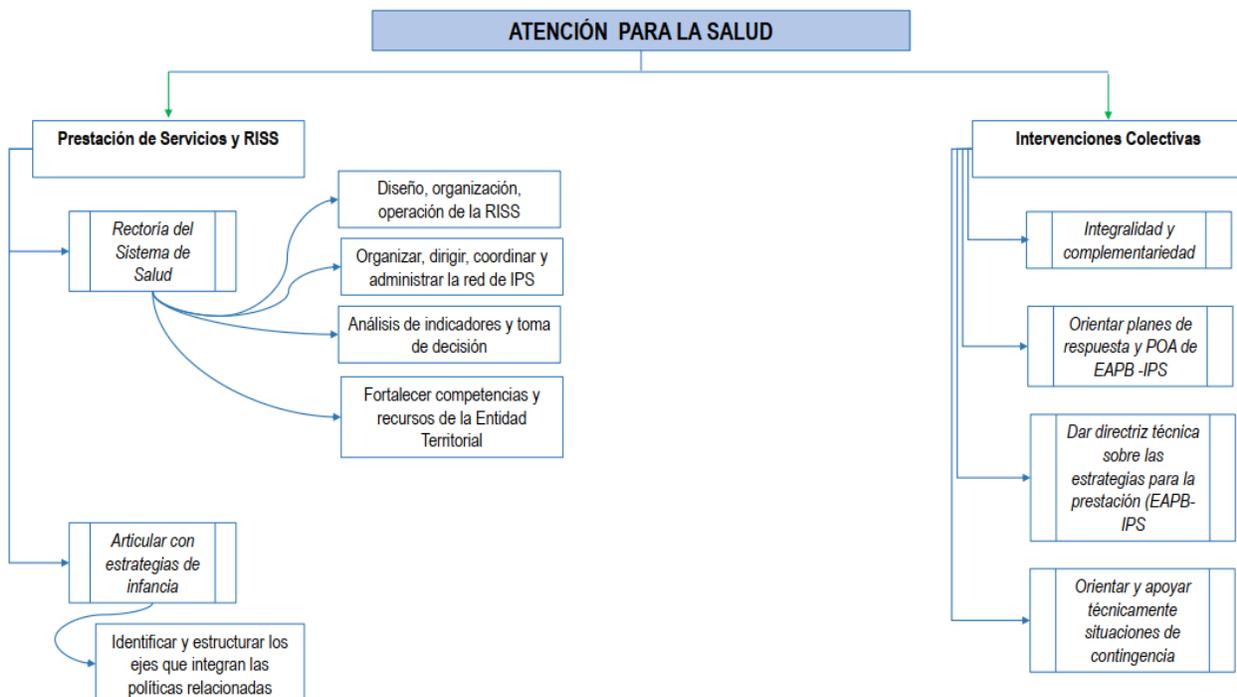
5.2 Atención para la Salud

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, menciona en su Artículo 6 los Elementos y principios del derecho fundamental a la salud, los cuales son descritos como esenciales e interrelacionados y cuyo desarrollo y cumplimiento deben ser garantizados desde cada actor del sector según sus competencias.

De otro lado, la resolución 3280 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, enfatiza sobre los Resultados en salud descritos como *“los cambios en condiciones de vida, concepciones y prácticas que promueven, mantienen y recuperan la salud a la vez que favorecen el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades, atribuidos a las intervenciones y atenciones en el continuo de la atención integral en salud”*.

Lo anterior implica que desde los actores y territorios se realice un completo y periódico reconocimiento de las necesidades, prioridades y capacidades y el objetivo principal de la organización de los servicios e intervenciones sea lograr los diferentes resultados (intermedios y de impacto) en salud para cada momento del curso de vida.

Ilustración 13. Componente Atención para la salud desde las Entidades Territoriales de Salud, IPS y las EAPB o Entidades a cargo del aseguramiento.





Es importante recordar que la ley 1122 de 2007, en el artículo 14 presenta a las EPS como las responsables de cumplir con las funciones del aseguramiento, este último definido en dicho artículo como “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario”. Por lo tanto, las EAPB o Entidades a cargo del aseguramiento (o quien haga sus veces), son responsables de la calidad de la atención, la prestación de los servicios de salud, teniendo como base de la atención a la primera infancia, acciones en APS.

Por lo tanto, es necesario que en el territorio se organicen las actividades que se derivan de la red de prestadores, con la claridad de las intervenciones anticipatorias que genera tanto la EAPB (o quien haga sus veces) como el prestador, para que de manera rutinaria en la prestación de servicios se garanticen los mensajes clave y ante el inicio de los picos respiratorios se realice la extensión de camas, activación de salas ERA y demás alternativas de atención prioritaria de casos como parte del plan de contingencia.

Así mismo, se reconozcan las actividades que desde el PIC deben ser gestionadas y ejecutadas durante cada vigencia para promover el reconocimiento de los mensajes clave; lo que indica que este componente de atención para la salud se organiza de la siguiente forma:

5.2.1 Prestación de servicios y RISS

Rectoría del Sistema de Salud: La entidad territorial ejerce rectoría sobre el SGSSS en su jurisdicción, reconociendo las necesidades en salud de la población, así como la capacidad de respuesta de EAPB e IPS; lo que permite orientar los ajustes funcionales o estructurales requeridos para mejorar la capacidad instalada y dar una atención oportuna y de calidad. La orientación de su RISS debe fortalecer principalmente al componente primario o de baja complejidad (desde la estrategia comunitaria y la institucional), fortalecer las salas ERA, la atención domiciliaria, garantizar la adherencia a las guías y protocolos de manejo vigentes y la oportunidad de la atención inicial. La articulación con el prestador complementario o niveles de mayor complejidad es importante en los casos que lo requieran, para esto es necesario vigilar el sistema de referencia y contra-referencia entre prestador primario y complementario y promover alternativas de comunicación en zonas apartadas para el apoyo a talento humano en salud (alternativas de telesalud).

El organizar y fortalecer la RISS requiere toma de decisiones tanto a nivel territorial como institucional, basado en las necesidades de salud de la población y su ejercicio pleno al derecho. Para ello, el o la profesional que actúa como referente territorial y tenga bajo su responsabilidad el programa nacional de prevención, manejo y control de la IRA y EDA, debe conocer la estructura de la RISS que opera en su departamento, municipio o distrito considerando tanto las instituciones de carácter público como privado; analizar la suficiencia de acuerdo con la población usuaria, identificar las acciones que desde la estrategia de APS se desarrollan, así como identificar las barreras de



acceso relacionadas con la prestación del servicio. A partir de lo cual se proponen y desarrollarán acciones que fomenten su estructura e integración vinculando a los actores del sistema.

-Acompañamiento y monitoreo a EAPB: La ley 100 de 1993 en el artículo 177 describe como función básica de las EPS el organizar y garantizar la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados en el artículo 178 de la misma ley enfatiza en una de las funciones de las EPS, la cual es establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

De acuerdo con la configuración y organización de la RISS con que cuenta la EAPB, o Entidades a cargo del aseguramiento en cada uno de los territorios donde tiene población afiliada, la Entidad Territorial debe reconocer: la capacidad instalada, la demanda de servicios de salud, y los profesionales idóneos y capacitados a fin de realizar el ajuste de la red de prestadores en relación con la demanda potencial de usuarios, identificar las necesidades en salud de la población y de la capacidad de respuesta de las instituciones, orienta los ajustes funcionales o estructurales requeridos para mejorar la suficiencia de la red así como la capacidad instalada que permita dar una atención oportuna y pertinente y alcanzar los resultados en salud en la población objeto; en este caso población de niños y niñas menores de 5 años.

Favorecer los servicios y estrategias de la red en los prestadores de baja complejidad es clave para asegurar acciones anticipatorias y preventivas en sus diferentes niveles fortaleciendo los procesos de APS pero además generando actividades programáticas que involucren a los diferentes actores del sistema y al individuo, sus familias y comunidades y su interacción con los actores. Para lograr el fortalecimiento conjunto de las intervenciones que giran en torno a la atención en salud se contempla priorizar lo siguiente:

- Educación en salud permanente tanto a población afiliada como a los profesionales prestadores abordando la estrategia de lavado de manos tanto a nivel institucional como en comunidad y haciendo la apropiación de los 3 mensajes clave del programa.

- Fortalecer aspectos desde la promoción de la salud como:
 - ❖ Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y complementaria hasta los 2 años de edad.
 - ❖ Asegurar esquemas de vacunación completos.
 - ❖ Promover y fortalecer consultas de crecimiento y desarrollo, control prenatal.
 - ❖ Seguimiento a gestante de alto riesgo y niños con factores de riesgo.
 - ❖ Asegurar programa de Plan Canguro.



- ❖ Seguimiento a niños que han presentado episodios previos de hospitalización por IRA o EDA.
 - ❖ Asegurar la adherencia institucional de las Guías de práctica clínica (Neumonía, Bronquiolitis, Tosferina, EDA).
 - ❖ Asegurar en los servicios de consulta externa y urgencias, la consulta prioritaria suficiente de acuerdo con la demanda para la atención de IRA y EDA en menores de 5 años y el comportamiento epidemiológico de los eventos.
 - ❖ Implementar la estrategia de atención de sala ERA de acuerdo con las necesidades territoriales e institucionales.
 - ❖ Implementar estrategias de atención comunitaria, como la modalidad de Unidad de Atención Integral Comunitaria UAIC, que facilitan la intervención oportuna de los casos en regiones apartadas mejorando la respuesta frente a la ocurrencia de estos eventos.
 - ❖ Dispensar el medicamento Oseltamivir de acuerdo con los Lineamientos Nacionales para la prevención, atención, diagnóstico y control de Influenza.
 - ❖ Contar con apoyo inmediato de médico o especialista a profesionales e instituciones donde no se cuente con el recurso (Telesalud)
 - ❖ Asegurar mecanismos de referencia y contra-referencia oportunos, basados en la comunicación efectiva bidireccional.
 - ❖ Optimización de uso de antibióticos.
- *Articulación a estrategias de infancia:* Una de las estrategias de atención primaria que se espera la Entidad territorial gestione, es la implementación de Unidades de Atención Integral Comunitaria (UAIC), las cuales buscan integrar a las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROC) y las Unidades de Atención a las Infecciones Respiratorias Comunitarias- UAERAC/UAIRAC, y donde se busca ofrecer un servicio de atención básica con THS capacitado y vinculado a un prestador y cuyas atenciones sean visibles dentro del proceso de historia clínica para su seguimiento a través de la red del asegurador.

Adicionalmente, a través de estas Unidades, se facilita la participación de la comunidad, con las diferentes estrategias del PIC, que les permiten empoderar a la comunidad en la prevención, manejo y reconocimiento de signos de alarma, para que sean canalizados a la UAIC, permitiendo una atención oportuna y prioritaria a los niños y niñas menores de cinco años que presentan síntomas respiratorios o de enfermedad diarreica aguda.

Por otra parte, es necesario detectar y prevenir a nivel poblacional los principales factores de riesgo como prematuridad, bajo peso al nacer y la desnutrición (DNT). Esto implica que se acompañen los procesos de la prestación entendidos desde la anticipación del evento (Resolución 3280) así como la



armonización de las intervenciones individuales con las intervenciones colectivas, generando los mecanismos de comunicación y consolidación de redes entre los equipos de trabajo (Individual y colectivo) evitando el desgaste de las instituciones y de los recursos locales.

5.2.2 Intervenciones colectivas

El Plan Decenal de Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) incorporan la participación social comunitaria, la información, comunicación, educación, la movilización social, la canalización y las acciones dirigidas a grupos poblacionales para la promoción de la salud y la gestión del riesgo. Es competencia de la Entidad Territorial su formulación, ejecución, seguimiento y evaluación, en concordancia con el Plan Territorial de Salud.

Es responsabilidad de la entidad territorial la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del PIC basado en las líneas operativas de la promoción de la salud y gestión del riesgo planteadas en el PDSP; que vinculen y desagreguen tanto la gestión de la salud pública como las intervenciones colectivas. El propósito en este subcomponente es asegurar la identificación y referencia temprana de casos de IRA y EDA, estrategias que vinculen los tres mensajes al interior de los 5 entornos (comunitario, educativo, laboral, hogar, institucional) de tal forma que se fortalezcan capacidades para la prevención, cuidado y atención oportuna de la IRA y la EDA en la comunidad.

Es fundamental articular las acciones de la entidad territorial definidas desde el PIC con las acciones que contempla la EAPB (o quien haga sus veces) y que ejecutan los prestadores. Reconocer las actividades que se están desarrollando sobre procesos de canalización, identificación e intervención de los casos en comunidad garantizando el seguimiento de los casos desde el prestador y el reconocimiento de los factores de riesgo alrededor de los casos, permite que se generen acciones de gestión integral del riesgo desde los diferentes actores del sistema de manera armonizada.

En este subcomponente se recomienda que todas las actividades del PIC, se encuentren estrechamente articuladas con las actividades de atención de los niños menores de cinco años en la institución de salud, bajo el apoyo de la coordinación entre los planes de beneficios individual y colectivo.



5.3 Gestión del Conocimiento



Uno de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud es el *Fortalecimiento del recurso humano en salud*, el cual puede ser explicado bajo cuatro aspectos principales:

Formación del Talento Humano en Salud: Generar capacidades en el curso de formación de profesionales y técnicos del sector salud, lo que nos permite obtener resultados a corto, mediano y largo plazo.

Armonización del Talento Humano en Salud con el esquema de cuidado integral de la salud y de provisión de servicios.

Fortalecimiento del THS para la planeación y gestión territorial en salud.

Ilustración 14. Componente Gestión del Conocimiento desde las Entidades Territoriales de Salud, IPS y EAPB o Entidades a cargo del aseguramiento.



Considerando la misión de asegurar la calidad de la atención, desde el programa se deben promover y monitorear los procesos que las EAPB desarrollen para fortalecer la apropiación de protocolos y guías de atención de la infancia y primera infancia de acuerdo con la RPMS así como los lineamientos dirigidos a la prevención y atención de la IRA y EDA en profesionales, técnicos y auxiliares que hacen parte de su red de prestación de servicios.

Desde los cuatro subcomponentes se espera que las EAPB sean dinamizadoras de cada uno de los siguientes procesos:



- ❖ Fortalecer los tres mensajes (cómo evito que mi hijo se enferme, cómo cuido a mi hijo enfermo, cuando debo consultar a un servicio de salud) en cada una de las IPS y en cada uno de los afiliados. Para ello es importante contar con un plan de medios de comunicación para su divulgación.
- ❖ Implementar acciones de información a la comunidad respecto a la oferta de servicios de salud y los mecanismos que tienen para acceder a esta.
- ❖ Estimular las prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la totalidad de los afiliados. De acuerdo con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta materno perinatal, (vacunación, consultas preconcepcionales, control prenatal, crecimiento y desarrollo, etc).
- ❖ Promover el reconocimiento de factores de riesgo durante la etapa preconcepcional, prenatal y en la primera infancia.
- ❖ Hacer conocer a los afiliados la información relacionada con los deberes para el autocuidado.
- ❖ Garantizar el seguimiento de los menores de 5 años posterior a la presentación del evento cuando retornan a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

5.3.1 Educación a trabajadores de salud

Es fundamental que desde la Entidad territorial se brinde la orientación y se monitoree la pertinencia técnica y científica con la cual deben contar las EAPB e IPS, (40) lo que implica contar con talento humano cualificado, tanto en zona rural como zona urbana, para garantizar la calidad y oportunidad de atención en la población del territorio. En este programa se hace énfasis en la generación de capacidades, como una de las grandes herramientas con la cual se actualizan y refuerzan los conocimientos del talento humano en salud para la atención integral de la población. Esto incluye reforzar aspectos sobre la promoción y el mantenimiento de la salud (36), así como el manejo clínico de estados leves y severos de IRA y EDA (GPC y lineamientos vigentes).

Para lograr lo anterior, es necesario contar con personal capacitado en la entidad territorial con las competencias para la planeación, ejecución y seguimiento de estas actividades, realizando el seguimiento y acompañando técnicamente el proceso en el cual se fundamenta la inducción, re-inducción y entrenamiento de los profesionales de la salud.

- *Caracterizar el Talento Humano en Salud disponible para atención de IRA y EDA:* De acuerdo con la pertinencia técnica que exige el Decreto 682 de 2018, es necesario que las EAPB reconozcan la suficiencia del talento humano, con relación a las necesidades de cobertura según población afiliada de menores de 5 años y la oferta de la red de prestadores contratados en cada territorio. Esto igualmente aplica para las ESE territoriales sobre la identificación de



población pobre no asegurada; situaciones que deben ser monitoreadas desde la entidad territorial para la generación de los ciclos de asistencia técnica y el desarrollo de capacidades.

- *Fortalecimiento de la formación técnica y universitaria:* De acuerdo con las competencias de entidades formadoras locales, la DTS debe generar alianzas estratégicas con entidades educativas (universidades, instituciones de formación técnica, SENA, etc) para que de forma cooperante durante el proceso de formación de niveles técnicos, pregrado y posgrado del área de la salud, en los contenidos curriculares se incluyan temáticas de salud pública, basados en condiciones endémicas de las enfermedades transmisibles; pero en especial y dado el impacto de la IRA y EDA a lo largo y ancho del territorio nacional, se aborden contenidos estratégicos, normativos y procedimentales sobre la atención integral de la primera infancia y para la prevención, manejo y control de la IRA y EDA, incluyendo aspectos de atención diferencial según los grupos étnicos de los territorios. El posicionamiento del programa con la sociedad académica local es fundamental para lograr el acompañamiento en las diferentes fases de implementación del programa, así como en los diversos momentos epidemiológicos de estos eventos. Logrando que, desde el inicio de la vida laboral, los trabajadores de la salud cuenten con las herramientas técnicas suficientes para brindar atención integral a la población y una completa adherencia a los lineamientos y GPC.
- *Asegurar conocimiento y aplicación de guías y estrategias dirigidas a la infancia, la IRA y la EDA:* Cada vez existen más herramientas institucionales y virtuales de formación, dirigidas a los trabajadores de la salud que prestan servicio social obligatorio y en los procesos de inducción, re-inducción y entrenamiento. Desde la EAPB e IPS en alianza con entidades educativas se pueden gestionar procesos académicos (Cursos virtuales, cursos de autoaprendizaje, diplomados, entre otros) como parte de los requisitos para iniciar labores en las instituciones; esto permite, evaluar y validar las competencias del talento humano y promover evaluaciones periódicas en los trabajadores vinculado a la institución que requiere las mejores competencias para su funcionamiento; buscando que, a nivel institucional se haga énfasis en el conocimiento, la apropiación, adopción y seguimiento a guías de práctica clínica, lineamientos y protocolos fundamentados en la mejor evidencia disponible para el abordaje de estos eventos.

De manera coordinada, la DTS y la EAPB y acorde con la caracterización de la población y el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de los eventos, se debe generar un plan para la generación de capacidades en el talento humano en salud donde se busque el fortalecimiento y apropiación de los saberes que aseguren la mejor atención con oportunidad y calidad prestada a niños, niñas y sus familias. Implica contar con personal idóneo en la entidad territorial con las competencias para la planeación, ejecución y seguimiento de las actividades, liderando el proceso en el cual se fundamenta la inducción, re-inducción y entrenamiento de los profesionales de la salud en aras de garantizar una atención coordinada, pertinente, de calidad y con oportunidad entre las instituciones y redes de prestación locales.



5.3.2 Comunicación

La comunicación clara, accesible, inclusiva y diferencial es fundamental para transmitir la información necesaria para lograr comportamientos favorables de los cuidadores y de la comunidad en general frente a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el manejo adecuado de la IRA y la EDA y la demanda oportuna de servicios de salud. En este contexto, se sugiere que en las entidades territoriales se cuente con un plan de comunicaciones que haga uso de todos los medios disponibles a los que accede la comunidad (radio, televisión, medios escritos, carteleras, perifoneo, uso de páginas web, entre otros), así como estrategias ajustadas a la población étnica; con el fin de llegar a las madres, los padres y cuidadores de todo el territorio.

Así mismo, es necesario convocar a otros sectores, grupos y redes ya existentes, que pueden tener un enfoque de trabajo con la comunidad para la comunicación del riesgo o diversas actividades enfocadas al cuidado o mejorar aspectos de salud en poblaciones específicas; por eso es tan importante lo mencionado anteriormente: identificar y caracterizar los gestores que lideran procesos sectoriales y extra-sectoriales; como las organizaciones basadas en la fe, gestores sociales, organizaciones comunitarias, organizaciones filantrópicas y no gubernamentales entre otros y así lograr fortalecer la difusión y apropiación de los tres mensajes clave en los distintos espacios de interacción a nivel comunitario e institucional.

Uno de los grandes soportes para el desarrollo de estas actividades es tener en cuenta el comportamiento epidemiológico de la IRA y EDA en la población, y para esto es necesario que la DTS bajo diferentes estrategias de difusión de la información según hallazgos de la VSP facilite y propicie espacios de análisis conjuntos (con la comunidad) de tal forma que se generen diferentes escenarios de trabajo y acciones de comunicación (incluyendo comunicación del riesgo) según la temporada del año, con acciones rutinarias, acciones anticipatorias previo al inicio de las temporadas de lluvia o sequía, los picos respiratorios y ante la sospecha de emergencias y contingencias.

Así como se debe generar el ejercicio de comunicación en la comunidad con su activa participación, también se requiere que las EAPB, IPS y ESEs, considerando su misión de asegurar la calidad de la atención, sean dinamizadoras de cada uno de los siguientes procesos:

- Difundir los tres mensajes (¿cómo evito que el/la niño(a) se enferme de IRA y EDA?, ¿cómo cuido en casa al niño(a) enfermo de IRA y EDA?, ¿cuándo consultar? Identificar alguno de los signos de alarma y consultar de inmediato a un servicio de salud) en cada una de las IPS y en cada uno de los afiliados. Para ello es importante contar con un plan de medios de comunicación para su divulgación.
- Implementar acciones de información a la comunidad respecto a la oferta de servicios de salud presenciales y de telesalud y los mecanismos que tienen para acceder.
- Estimular las prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la totalidad de los afiliados. Entre ellas; asistencia a vacunación, a consultas preconcepcional, control prenatal y valoración integral.



- Realizar acciones para reconocimiento de factores de riesgo durante la etapa preconcepcional, prenatal y en la primera infancia.
- Generar estrategias para tener un abordaje y seguimiento especial cuando se identifican estos factores de riesgo.
- Hacer conocer a los afiliados la información relacionada con los deberes para el autocuidado.

5.3.3 Movilización Social, interacción con agentes de cambio, actores sociales claves y educación a la comunidad.

Se reconoce como Movilización Social un proceso colectivo y participativo de acciones cuya finalidad es promover, contribuir e impulsar, propuestas orientadas hacia la promoción de derechos y la justicia social. También se reconoce como la expresión de un colectivo en la búsqueda de un bien común y los medios para conseguirlo (41).

El papel de las Entidades territoriales en este subcomponente es dinamizar la operación de las redes de apoyo existentes en el departamento, el distrito y el municipio, para fortalecer procesos sociales y comunitarios que trabajen en pro de la infancia y que en cada una de las comunidades y redes identificadas se fortalezcan los tres mensajes de la IRA y la EDA, buscando su apropiación y ejercicio pleno.

Así mismo, considerando la importancia de lograr mayor abordaje de estos eventos desde las intervenciones individuales tanto como desde las intervenciones colectivas, la EAPB debe priorizar el desarrollo de atenciones bajo el enfoque de APS, estrategias de atención extramural, telesalud, telemedicina en su red de prestadores por medio de las cuales se logre fortalecer la comprensión de los mensajes de IRA y EDA de su población a cargo.

Para lograr un asertivo flujo de información en la comunidad; que incluya acciones de *comunicación* es necesario que se logre promover interacción entre los agentes de cambio como actores sociales clave de manera directa con las instituciones de salud; lograr la alineación y coherencia en la transmisión de los mensajes en comunidad es igual de importante que a nivel institucional, pero sobre todo que los procesos de información en salud sean complementarios. De nada serviría generar robustez en la movilización social sobre salud en la infancia si a nivel institucional desconocen estos procesos y se perpetúan las barreras de información y atención y las demoras sobre calidad y acceso a los servicios sociales y de salud.

5.3.4 Investigación

En los sistemas de salud de algunos países, incluyendo el nuestro, existen preocupaciones relacionadas con el aumento de los costos de los servicios, con la calidad de este, la insatisfacción de los pacientes, las largas listas de espera, la falta de personal médico, de espacio, de camas y de otros recursos. La complejidad del sistema sanitario actual y su alto costo hacen deseable una eficaz y efectiva planificación y gestión de los recursos sanitarios económicos, materiales y humanos, que evite la infrautilización de la capacidad del sistema, la falta de coordinación y que garantice una atención de calidad (42,43).



Desde la mitad del siglo XX surgió la Investigación Operativa (IO) la cual busca la resolución de problemas de organización, planificación, localización y distribución de recursos sanitarios; problemas sobre predicción de la demanda; evaluación de la calidad y eficiencia de los servicios médicos; problemas relacionados con la detección y el tratamiento de enfermedades, entre otros. Las herramientas de investigación operativa más conocidas y más utilizadas en la práctica son la simulación y la optimización (42,44).

La simulación es un amplio conjunto de métodos y técnicas matemáticas que tienen por objeto la imitación y reproducción del comportamiento de sistemas reales, habitualmente sobre un ordenador. La simulación se utiliza como sustituto de experimentos en el mundo real por diversas razones: por su elevado costo, porque pueden ser peligrosos, porque no es posible controlar ciertos parámetros, por la escala de tiempo, por razones éticas, etc. Se considera una potente herramienta de análisis de sistemas que permite analizar y entender cómo funciona un sistema, evaluar el impacto de posibles alternativas. Las técnicas de optimización proporcionan una batería de algoritmos matemáticos exactos y de tipo heurístico, que permiten encontrar, entre los diferentes escenarios factibles, la configuración del sistema que optimice una determinada medida de funcionamiento (42).

Como se mencionó anteriormente, es necesaria y justificable el desarrollo de alianzas de la Entidad Territorial con las Universidades, para el desarrollo de este componente; basados en datos, intervenciones, recursos e hipótesis propias. Utilizando metodologías de investigación cuantitativa, involucrando aspectos cualitativos del territorio, promoviendo la participación social. Por ende, la entidad territorial debe dinamizar dichos procesos, para la sistematización de estos los aprendizajes, propiciar escenarios de transferencia de capacidades con evidencia propia y local que constituyan el aporte a la toma de decisiones frente a la configuración de su sistema de salud, desde los resultados obtenidos (43).

5.4 Sistema de Información y Seguimiento

Un sistema de información en salud es aquel que integra la recolección, procesamiento y reporte de información necesaria para el mejoramiento de los servicios de salud, a través de una mejor gestión en todos los niveles del sistema. Un sistema de información competente no basta por sí solo, debe ir acompañado de una cultura adecuada de generación, procesamiento y utilización de la información.

La formulación y el monitoreo de políticas para mejorar la gestión en Salud Pública requiere contar con información que contribuya al análisis de la situación de salud, a la vigilancia en salud pública, a la evaluación del trabajo sanitario (MSPS).

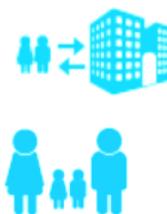
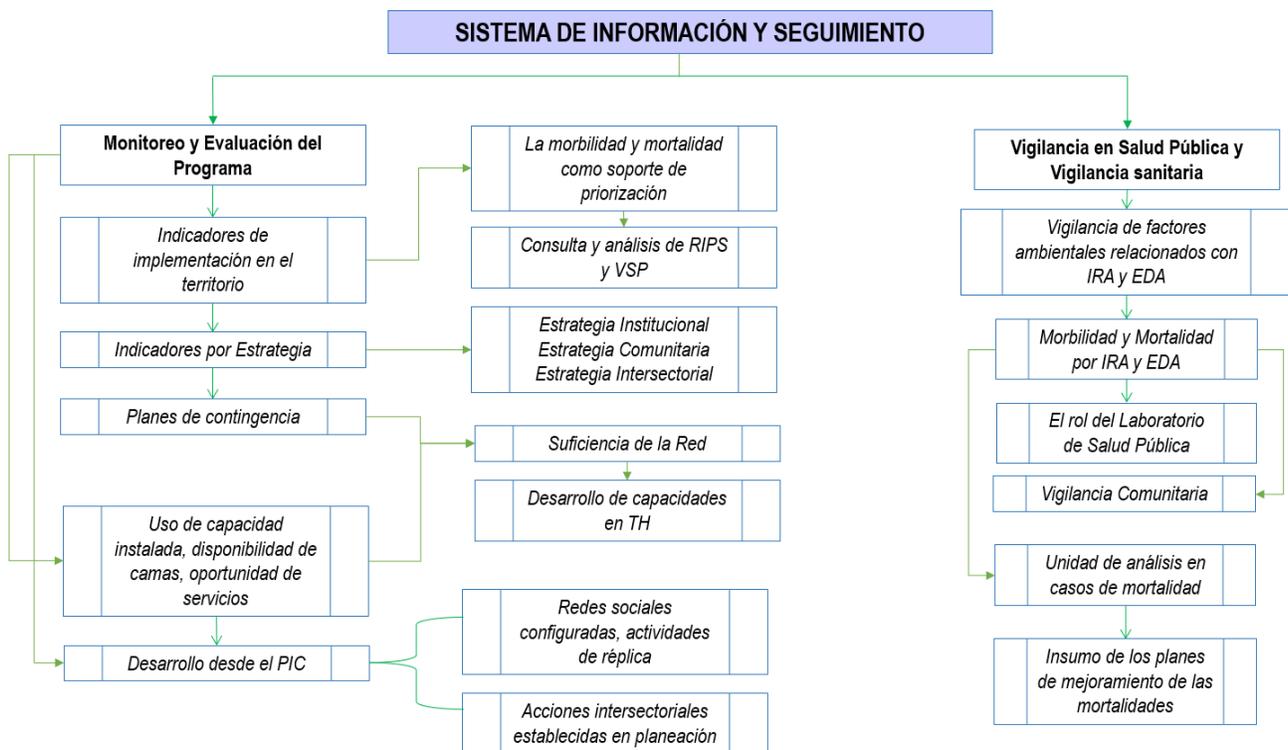




Ilustración 15. Componente Sistema de Información y Seguimiento de Direcciones Territoriales de Salud, IPS y EAPB o entidades a cargo del aseguramiento.



Los Sistemas de Información en Salud (SIS) constituyen el núcleo principal de soporte para la toma de decisiones en las instituciones sanitarias. Dentro de los SIS, los indicadores de salud (IS) reflejan numéricamente los acontecimientos medidos en el continuum salud-enfermedad. El sistema integrado de información en salud tiene por objetivo normalizar, integrar y organizar toda la información en salud disponible en sus sistemas de información, en un repositorio accesible y seguro, así como la distribución de la información de la forma más conveniente, para facilitar la toma de decisiones (45,46).

De acuerdo con esto, cada una de las actividades definidas en el programa, deben ser desarrolladas bajo una perspectiva de cuantificación y la claridad frente a la cobertura del desarrollo territorial. Esto implica un proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación definido bajo los indicadores reconocidos, apropiados y comprendidos por los territorios y representantes de cada actor del SGSSS vinculado con el despliegue de las estrategias del programa. Se reconocen unos indicadores para la estrategia institucional, otros para la estrategia intersectorial y unos específicos para la estrategia comunitaria. Aunque el despliegue de las estrategias del programa implica la conexión entre actividades, a expensas de su población objeto y los resultados esperados, se genera un proceso de medición independiente por estrategia.



Una de las fuentes más representativas para comprender la situación de la IRA y EDA en cualquier territorio son los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), ya que son el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control (47), y brindan insumos a cada actor sobre la morbilidad, mortalidad, frecuencia de prestación de servicios a nivel local y por lo tanto le permite a cada actor del sistema reconocer el estado de enfermedad de la IRA/EDA.

Otra fuente robusta para el monitoreo y análisis de la información es el SIVIGILA en donde se encuentra la información de todas las estrategias de la Vigilancia en Salud Pública. Este insumo, debe ser generado de manera oportuna a partir de los actores del SGSSS, en el marco de sus competencias y siguiendo los lineamientos del Instituto Nacional de Salud, de tal forma que sea información difundida y utilizada oportunamente para la toma de decisiones.

5.4.1 Monitoreo y Evaluación del Programa

En cuanto al proceso de implementación del programa en cada uno de los Departamentos, Distritos y Municipios, es necesario conocer el territorio en términos de la distribución demográfica de la población de niños y niñas menores de 5 años y así mismo en el comportamiento epidemiológico de la IRA y EDA en esta población. Cualquier territorio (Municipio, corregimiento, centro poblado) donde se encuentren niños menores de 5 años, es objeto de despliegue del programa en sus 3 estrategias; las cuales al estar interrelacionadas no se pueden desarrollar de manera aislada, individual o independiente. Un dato básico sobre la cobertura del programa es identificar el número de Municipios (incluyendo zonas no municipalizadas) en las cuales se están desarrollando las actividades y representa el porcentaje del territorio con implementación del programa. Para el caso de los Distritos, es importante que se tenga sectorizado el territorio y se logre cuantificar la proporción en la cual se está logrando este desarrollo completo de actividades.

Por otro lado, es necesario que se utilice la información derivada de los reportes de los Registros Individuales de Prestación de Servicio y de la Vigilancia en Salud Pública de la IRA y la EDA. En ese sentido y basados en el conocimiento histórico de los canales endémicos, alertas sobre inicio de ola invernal, circulación viral, entre otros; y bajo la coordinación de la secretaría de salud, se deben activar los planes de contingencia para IRA. Esto debe incluir un reconocimiento sobre la disponibilidad de camas pediátricas, la existencia de salas ERA (temporales para activación), la reorganización de servicios para mejorar la oportunidad de atención de IRA, insumos del laboratorio de salud pública e IPS para identificación de virus respiratorios, acuerdos locales sobre difusión de mensajes en los entornos institucional, laboral y educativo, intensificación de procesos definidos en el PIC y demás acciones que se consideren pertinentes para promover intervenciones de atención, manejo y control ante los picos respiratorios. Por lo tanto, deben ser procesos implementados

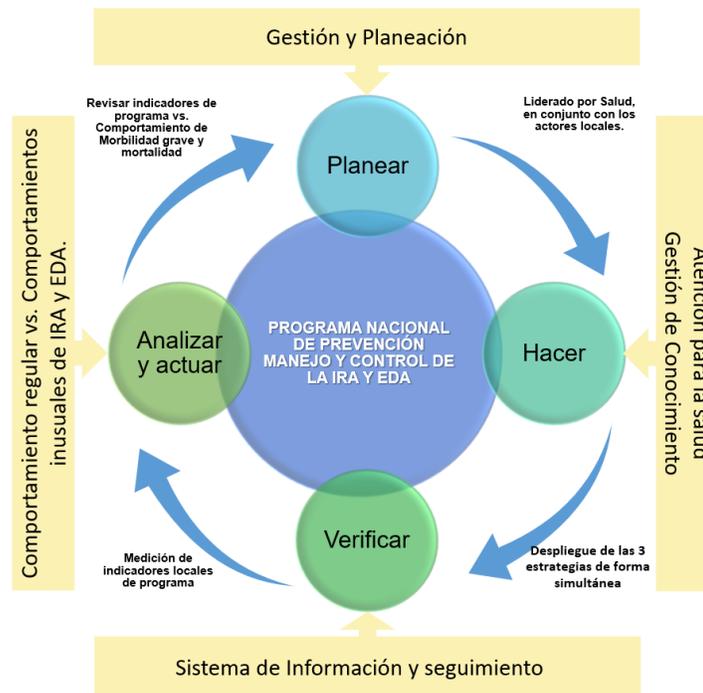


oportunamente, medidos, monitoreados y desescalados de acuerdo con el comportamiento del evento.

Teniendo en cuenta que el despliegue de las acciones del programa implica un diálogo entre los diferentes sectores: salud, educación, ambiente, planeación, vivienda, desarrollo social, entre otros, adaptándolo a cada una de las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales, se propone para esta articulación utilizar el modelo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA) o ciclo de Deming (48); el cual involucra a los actores de manera colectiva o individual para garantizar un aprendizaje hacia la mejora y sostenibilidad de los procesos, e incluye cuatro pasos (49):

- Planear: en este paso se establecen los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados. Permite asegurar una ruta, prevenir desviaciones y asegurar condiciones para conseguir resultados.
- Hacer: se lleva a cabo lo planeado a través de la implementación de los procesos.
- Verificar: se realiza un seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, objetivos y los requisitos para el producto e informar resultados.
- Analizar y actuar: en este paso se toman las acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

Ilustración 16. Ciclo PHVA. Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA y EDA.



Para que las actividades desarrolladas a través del Programa sean visibles en el proceso de planeación local e institucional, la destinación presupuestal y en la evaluación por resultados; es importante contar con los indicadores de **gestión, proceso y resultado** que permitan el monitoreo permanente de la implementación y el desarrollo en las 3 estrategias; estos indicadores deben ser



medidos y analizados bajo una periodicidad definida (se sugiere mensual localmente) para apoyar la toma de decisiones informada en el territorio y las instituciones tanto de salud como aquellas cuya misionalidad es el cuidado y/o educación de la población de los momentos de curso de vida de infancia y primera infancia.

En este sentido, el ejercicio de monitoreo y evaluación del Programa (Incluyendo la VSP) debe darse localmente de manera mensual y bajo la coordinación de la Entidad Territorial de Salud, quien debe involucrar a los otros actores y sectores del territorio, para que sea un análisis participativo con una amplia difusión de la situación de los eventos, así como sus medidas de prevención, cuidado y control a nivel de todos los actores del SGSSS locales y los sectores sociales.

Este proceso es favorecedor para el despliegue de las estrategias comunitaria e intersectorial haciendo visibles, plausibles y viables las acciones que se acuerden en cada vigencia. Es necesario tener en cuenta que los indicadores al estar enmarcados en las estrategias de este programa deben ser reconocidos como un proceso de medición complementario a los resultados evaluados en la Ruta Integral de Atención y Mantenimiento de la Salud, en donde se realiza el monitoreo de todas las atenciones que se deben garantizar previamente a la identificación u ocurrencia de riesgos que pueden desencadenar la IRA y EDA.

En el capítulo de Seguimiento y Monitoreo de Programa se amplía la información sobre los procesos a desarrollar, frecuencia y acciones para el reporte.

5.4.2 Estrategias de vigilancia en salud pública y vigilancia sanitaria relacionadas con IRA y EDA.

El Sistema de Salud Pública (SIVIGILA) tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública. Con el fin de orientar las acciones de respuesta y la toma de decisiones en salud pública territoriales y nacionales relacionadas con la IRA y EDA; se requiere contar con análisis rutinarios realizados a partir de las estrategias de vigilancia de morbilidad y mortalidad de estos eventos en todos los municipios y entidades territoriales Distritales y Departamentales.

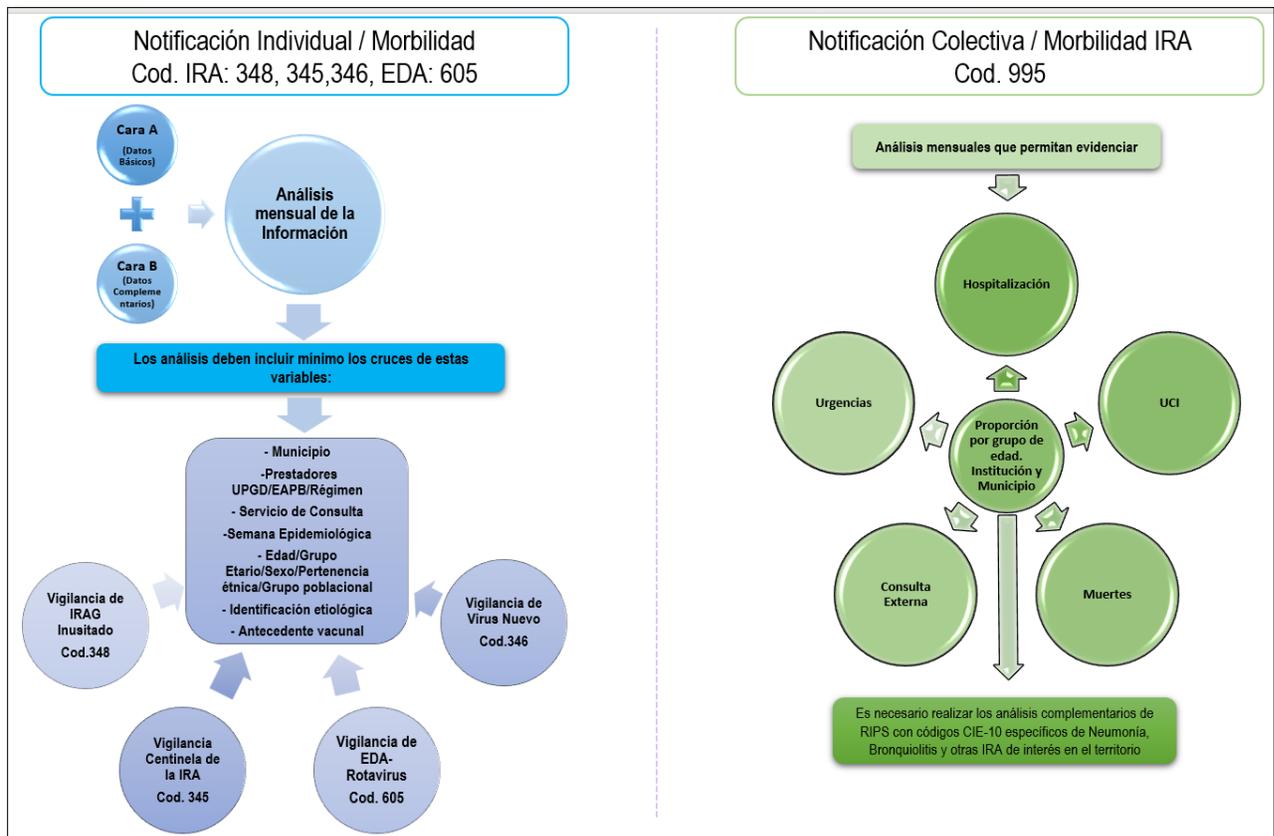
Cada uno de los eventos monitoreados bajo la Vigilancia Epidemiológica, cuenta con un protocolo, ficha de notificación e informes periódicos derivados de los análisis que realizan en el Instituto Nacional de Salud (INS), estos informes dan cuenta del comportamiento general de los eventos de interés en salud pública a nivel nacional, precisando sobre comportamientos inusuales de los mismos; sin embargo, como se ha mencionado, es necesario que cada Entidad Territorial de Salud y cada actor del SGSSS analicen rutinariamente la información derivada de la VSP y la utilicen y difundan para la toma de decisiones sectoriales e intersectoriales.



A nivel territorial se configura un equipo de VSP, quien orienta la operativización de las estrategias de vigilancia; así mismo, como se ha argumentado, debe existir en cada entidad territorial un equipo de trabajo que despliegue las acciones de programa IRA/EDA; por esta razón, es fundamental que la información derivada de las diferentes estrategias de VSP sean un insumo disponible permanente para orientar el desarrollo, monitoreo y evaluación del Programa.

La vigilancia en salud pública incluye 5 estrategias para la Infección Respiratoria Aguda (Vigilancia de IRAG Inusitado, Vigilancia Colectiva de la Morbilidad por IRA, Vigilancia Centinela ESI- IRAG, Vigilancia de Virus Nuevo y la Vigilancia integrada de la mortalidad en niños menores de 5 años por IRA, EDA y DNT) y 2 estrategias para la EDA (Vigilancia de la morbilidad por EDA y Vigilancia integrada de la mortalidad en niños menores de 5 años por IRA, EDA y DNT). Esta información debe estar disponible de forma completa (cara A datos básicos y B de información complementaria de la ficha de Notificación), semanalmente para que el equipo de VSP en conjunto con los profesionales de programa realicen los análisis necesarios que serán insumo de las acciones programáticas:

Ilustración 17. Estrategias de Vigilancia para la IRA y EDA en Colombia. Análisis para programa desde la VSP.





En el momento de presentarse una mortalidad por IRA o EDA en niños y niñas menores de cinco años, se deben desplegar las acciones inmediatas de tal forma que máximo a las 8 semanas de la notificación se realice la Unidad de análisis territorial de mortalidad, aplicando los instrumentos que permitan identificar las demoras ocurridas, analizar las causas de estas y el actor al cual se le atribuye dicha falla en la atención. Durante este espacio de diálogo y de reconocimiento de las causas y demoras asociadas a estas mortalidades evitables, se debe generar un plan de mejoramiento, en el cual se describen las acciones definidas como responsabilidades de cada actor y las fechas pactadas para su seguimiento y cumplimiento de los compromisos. Dicha construcción y seguimiento del plan estará a cargo del equipo de Programa. Ninguna mortalidad en niños menores de 5 años ocurrida por IRA o EDA puede quedar sin el despliegue y cierre de un plan de mejoramiento. (Ver Estrategia Institucional).

Toda la información derivada de la vigilancia de la morbilidad y mortalidad debe ser igualmente insumo a incorporarse en el POA de la siguiente vigencia.

Por otro lado, es importante reconocer el proceso de **Vigilancia en Salud Pública con enfoque Comunitario**, reconocida por ser una estrategia progresiva de desarrollo de capacidades por parte



de la población, en donde se busca la definición e identificación de eventos, factores de riesgo y determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida, lo cual incluye actividades de recolección e interpretación de datos en la vida cotidiana, y la comunicación efectiva de estos mediante la notificación (50). Este proceso constituye uno de los desarrollos documentales en curso desde el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el INS, en este sentido una vez apropiados los lineamientos técnicos y definidos los eventos priorizados donde seguramente la IRA y la EDA predominen en varios territorios, se deberán implementar las fases de esta vigilancia en el marco de la normativa vigente.

Adicionalmente a los análisis de la Vigilancia en Salud Pública relacionados con la salud humana, es necesario analizar de manera conjunta a estos resultados las **estrategias de vigilancia de factores ambientales relacionados con la IRA y EDA**, como la calidad del aire, calidad del agua y los procesos nacionales frente a Influenza aviar:

- Índice de Calidad del Aire (ICA): Es un valor adimensional para reportar el estado de la calidad del aire en función con un código de colores al que están asociados unos efectos generales que deben ser tenidos en cuenta para reducir la exposición a altas concentraciones por parte de la población (51). Estas mediciones están a cargo de la entidad ambiental competente y de acuerdo con la Resolución 2254 de 2017 a diciembre de 2022 se debería tener la actualización tecnológica en todos los territorios para realizar estas mediciones.

En un estudio realizado por el Observatorio nacional de Salud en 2018 relacionado con la carga ambiental de la enfermedad se encontró que en cuanto a la calidad del aire y su relación con las IRA bajas, se alcanza un total de 1.809 muertes atribuibles por los factores de riesgo (PM2,5, y contaminación del aire intradomiciliario). En años de vida saludable perdidos, lo atribuible es de 13,7%. Los valores más altos en proporciones de tasa atribuibles de mortalidad por PM2,5 se presentan en Quindío, Caldas y Norte de Santander con valores por encima del 18,3%, en tanto que para la contaminación del aire intradomiciliario estas fracciones atribuibles son mayores en los departamentos de Cauca (12,8%), Nariño (12,7) y Chocó (8,4%) (52).

- El Índice de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA): Es un indicador que determina la calidad del agua, por el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano (53). Toda la metodología para llevar a cabo esta medición implica unos acuerdos entre los sistemas de abastecimiento de agua locales y la autoridad sanitaria; de acuerdo con la Resolución 2115 de 2007, este indicador debe ser calculado a nivel de todos los Municipios, para que la autoridad sanitaria Departamental administre la información y la remita al subsistema de vigilancia de calidad del agua SIVICAP, del Instituto Nacional de Salud (54). Adicionalmente, bajo la Resolución 622 de 2020, se adoptó el protocolo de inspección, vigilancia y control de la calidad del agua para consumo humano suministrada en zonas rurales, el cual se debe tener en cuenta para las áreas del territorio con características de suministro a



través de personas prestadoras de servicio público domiciliario de acueductos en zonas rurales (55).

Por otra parte, una de las recomendaciones que establece el Reglamento Sanitario Internacional es que a nivel mundial se monitoreen de manera coordinada aquellos eventos en salud de interés general (de amplio impacto económico, social, comercial y sanitario) tal como nos lo enseñó el virus de Ébola en 2014, MERS en 2003, Influenza AH1N1 en 2009 y el virus SARS-CoV-2 desde 2019. En este sentido, es necesario fortalecer los procesos de vigilancia humano-animal a nivel nacional y local:

- Vigilancia Epidemiológica de Influenza Aviar: La influenza Aviar es una enfermedad transmitida por vía aérea, de gran importancia a nivel mundial, desde el punto de vista socioeconómico y sanitario y cuyas repercusiones en el comercio internacional de animales y productos de origen animal son considerables. (56,57) A partir de la Ley 1255 de 2008, el Instituto Colombiano Agropecuario ICA ha venido desarrollando acciones sanitarias de vigilancia y prevención de Influenza Aviar en el territorio nacional, con el fin de prevenir o mitigar cualquier riesgo de ocurrencia de esta enfermedad (58).

El Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible impulsó la implementación de los planes regionales para la vigilancia y monitoreo de la influenza aviar en aves silvestres, para los humedales priorizados en los departamentos de *Cundinamarca, Meta, Nariño, San Andrés, Magdalena, Cesar, Santander, Casanare, Vichada, Chocó y Antioquia*, en el marco de un sistema de vigilancia para la detección temprana de la influenza aviar en aves silvestres en cada uno de dichos lugares y adelantó lo pertinente para formular e implementar los planes de monitoreo regionales para los departamentos del Cauca, La Guajira, Boyacá, Bolívar, Amazonas, Huila y Tolima. Los planes de monitoreo han sido formulados con el apoyo de las Corporaciones Autónomas Regionales-CAR, 9 ONG miembros de la Red de Observadores de Aves y funcionarios de la Unidad Administrativa Especial de Parques Nacionales Naturales, los cuales permiten adelantar acciones de muestreo de aves silvestres para influenza aviar, orientadas a la investigación de mortandades masivas en aves silvestres; especies acuáticas migratorias que transitan o permanecen en el país y especies acuáticas residentes; especies de aves acuáticas capturadas y comercializadas de manera ilegal en mercados y especies cazadas por productores tales como los arroceros y los acuicultores para control de daños en sistemas productivos (57).

De acuerdo con lo descrito, es necesario que los indicadores de ICA, IRCA y los relacionados con Flu Aviar se monitoreen permanentemente de cara al comportamiento (morbilidad y mortalidad) de la IRA y la EDA en las comunidades; esto implica un escenario de análisis conjunto (autoridades sanitarias y de ambiente), que incluya instrumentos como el Mapa de Riesgos de la Calidad de Agua (54,59) los mapas de riesgo de ICA, en contraste con los canales endémicos en los territorios, así como los otros análisis estadísticos comparativos derivados de la VSP, buscando precisiones en



cuanto a lugar, tiempo y persona de manera oportuna (semanal/mensual) para lograr gestionar estos riesgos con los actores involucrados.

Finalmente, en cuanto al rol de los **Laboratorios de Salud Pública**, es necesario que en el marco del Decreto 2323 de 2006 incluido en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 561 de 2019, todas las entidades territoriales del orden Departamental y Distrital prioricen dentro del ejercicio de fortalecimiento de capacidades locales el diagnóstico por laboratorio de virus respiratorios y agentes gastrointestinales de interés en salud pública. Esto incluye la asistencia técnica y coordinación con los laboratorios de la red de prestadores locales para el cumplimiento de los estándares de calidad, que permitan mejorar la oportunidad y calidad diagnóstica de la IRA y la EDA según los lineamientos clínicos y de vigilancia y asegurar la identificación etiológica para estos eventos en todos los casos de hospitalización y mortalidad, a fin de responder a las estrategias de vigilancia en salud pública y mejorar las intervenciones individuales en el marco de la prestación de servicios, como también lo precisa la circular 052 de 2022.

5.5 Gestión operativa para la implementación del programa

La entidad territorial (departamentos, distritos y municipios), identifica a las personas a cargo de los eventos, puede ser el profesional social, referentes de IRA /EDA o de salud infantil. El profesional responsable, y su equipo de ser el caso, debe realizar el proceso de revisión y apropiación del conocimiento sobre todo el lineamiento del Programa Nacional incluyendo los anexos técnicos de las estrategias, lo cual se puede realizar con acompañamiento, ya sea virtual o presencial, del MSPS.

De acuerdo a la situación epidemiológica de la IRA /EDA en menores de 5 años en la entidad territorial, es necesario identificar los municipios (veredas o barrios, según la escala de la implementación) y la forma de articular la propuesta de la estrategia comunitaria de IRA y EDA con las estrategias locales que se implementan en los territorios (APS, AIEPI u otras) a través del PIC. Una labor importante del referente departamental, y los municipales, es lograr que las acciones del Programa se incluyan en el Plan Territorial en Salud -PTS y en el Plan de Acción en Salud, para poder contar con disponibilidad de recursos y apoyo de la DTS.

Los funcionarios encargados del Programa y deberán asumir el liderazgo sobre la gestión y ejecución de las actividades de cada estrategia, en términos de la convocatoria a reuniones, articulación sectorial e intersectorial, planeación y ejecución de actividades, reporte de acciones y gestión de recursos, ser el facilitador e interlocutor del proceso.

El equipo local de trabajo del Programa de IRA y EDA debe definir un momento puntual del año para dedicarse a la planeación y alistamiento de la implementación. Se requiere identificar los factores que inhiben los cambios de comportamiento (las barreras), es decir, las condiciones que pueden impedir o limitar la puesta en práctica de las recomendaciones construidas con los actores del



sistema y la comunidad. Así como identificar los factores que estimulan (los facilitadores) y favorecen los cambios.

En el alistamiento es importante que el equipo contemple que las barreras y los facilitadores se relacionan con las características propias del sistema y las comunidades, que incluyen sus concepciones de la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado; esto es necesario de cara a los desarrollos de la atención primaria en salud y la proyección transectorial de las estrategias del programa.



6 ESTRATEGIAS PROGRAMÁTICAS

Se proponen tres estrategias para el despliegue del programa: *Institucional, Comunitaria e Intersectorial*, las cuales deben organizarse de acuerdo con lo descrito en los cuatro componentes a fin de fortalecer el sector salud y sus actores, acercando el conocimiento sobre aspectos de prevención, cuidado e identificación oportuna de los signos de alarma de estos eventos a las familias y la comunidad, logrando su empoderamiento en deberes y derechos en salud y propiciando alianzas del sector salud con los otros sectores y actores para la reducción de brechas logrando la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud

A continuación, se presentan las Estrategias Programáticas, su estructura, procesos y actividades, cada una con sus instrumentos, anexos y documentos soporte; se consideran estrategias completamente interconectadas en su desarrollo territorial.

6.1 Estrategia institucional

La estrategia institucional tiene como principal objetivo fortalecer las competencias del talento humano en salud y lograr atención con oportunidad y pertinencia técnica en las instituciones de salud, incrementando la resolutiveidad en los niveles de baja complejidad (Prestador Primario) y mejorando la correspondencia en la atención de niveles complementarios bajo los lineamientos vigentes.

El despliegue de esta estrategia implica un trabajo permanente y coordinado de los diferentes actores del sector salud, bajo el liderazgo de la secretaría departamental / distrital o municipal de salud y desarrollar lo siguiente:

6.1.1 Identificar la Red De Servicios de Salud:

En primer lugar, la secretaría municipal/distrital/departamental debe tener claridad sobre la conformación local de la red integrada de Servicios de Salud y las EAPB (o quien haga sus veces) con cobertura en el territorio, incluyendo el talento humano disponible y reconociendo los diferentes niveles de atención y la capacidad de los mismos en todos los espacios territoriales (oferta en zonas rurales, rurales dispersas). Esto implica a su vez reconocer la distribución poblacional en cuanto a régimen de afiliación, grupos de personas, afiliadas según momentos de curso de vida, y el estado de indicadores relacionados con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, que le apuntan a los resultados en salud como la disminución de morbilidad y mortalidad por eventos evitables (como



lo son la IRA y EDA) y la ocurrencia de mortalidades por estas causas, desde los problemas y demoras identificadas en el curso de la atención, con el fin de priorizar estas instituciones, en las acciones programáticas.

Para lograr los procesos de coordinación oportuna del programa territorial por parte de las secretarías de salud, es necesario que las EAPB (o quien haga sus veces), garanticen la contratación de una red con capacidad técnica y operativa acorde con la población pediátrica a cargo, siguiendo lo definido en los *Lineamientos para la conformación, organización y gestión de las redes de prestación de servicios de salud* (60) vigentes o los documentos normativos y técnicos que los suplan, con el fin de lograr atención en salud de toda la población pediátrica en el marco de la integralidad, con sus intervenciones anticipatorias, así como las atenciones específicas ante el incremento de casos de IRA o EDA en el territorio.

Como se ha mencionado con anterioridad, las diferentes estrategias promueven los 3 mensajes clave; **1. ¿Cómo evitar que la niña o niño se enferme de IRA y EDA? 2. Si se enferma ¿cómo se debe cuidar en casa y cómo se evita que contagie a otras personas? 3. ¿Cuándo consultar? Signos de alarma, ante la presencia de al menos un signo de alarma se debe dirigir de inmediato a una institución de salud.** Es responsabilidad de todos los prestadores que atienden población materno infantil, desarrollar acciones de información para brindarle las pautas necesarias sobre la prevención, el cuidado en casa y la identificación de los signos de alarma de la IRA y la EDA. Esto puede desarrollarse dentro del plan de medios institucional, de la red de prestadores, de la EAPB (o quien haga sus veces), de la entidad territorial de salud, alcaldía y gobernación, pueden contemplar herramientas de la telesalud, redes sociales, jornadas de salud, brigadas, enviar por mensajes de texto, infografía, rotafolios, videos institucionales y en las zonas rurales y otras zonas alejadas, realizarlo en conexión con la estrategia comunitaria (actores sociales clave); así mismo, en la atención individual se contemplan intervenciones de Educación Individual y Grupal (CUPS: Grupal/Individual Medicina general: 990101 / 990201 Enfermería: 99010 / 990204 Fisioterapia: 990108 / 990208 Agente educativo 990111 / 990211), la información sobre los 3 mensajes clave debe ser ampliamente difundida y con mayor énfasis en las semanas previas a los picos respiratorios, temporada invernal, con amenaza de inundaciones y sequía. Para esto las instituciones pueden basarse en las Guías de Práctica Clínica en sus componentes dirigidos a madres, padres y cuidadores y las actualizaciones disponibles por el Ministerio de Salud (16), así mismo, lo que se encuentra descrito en el Capítulo 5 tablas 2 y 3 del presente documento.

Conocer la organización de la red local implica, no solamente que la secretaría de salud identifique su configuración y suficiencia respecto a la población, sino además, que la comunidad usuaria tenga claridad sobre las instituciones de atención de la red que corresponde (Centros de Atención Primaria en Salud, Prestador primario, prestador complementario, Unidades de Atención Integral Comunitaria-UAIC, Salas ERA, Salas EDA), de tal manera que a través de consulta telefónica, por tecnologías de la información, por el líder comunitario de la UAIC, o presencial por urgencias, la madre, padre o cuidador siempre dispongan de indicaciones claras en caso de requerir consulta inmediata por algún signo de alarma.



6.1.2 Gestión del conocimiento

A) Análisis epidemiológicos de los eventos:

En segundo lugar, como parte de la gestión del conocimiento, las instituciones de salud y las secretarías municipales de salud deben monitorear el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad por IRA y EDA, identificando el grado de afectación en los principales grupos vulnerables quienes presentan un mayor riesgo de enfermar gravemente y morir a causa de estos eventos, es decir: niños y niñas menores de 5 años, adultos mayores, personas con comorbilidades. Para lograr esto deben generar y conocer los análisis epidemiológicos de estos eventos a partir de las diferentes fuentes:

B) Análisis de Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS):

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, es posible realizar la búsqueda y análisis de la información derivada de las atenciones prestadas en las diferentes instituciones de los territorios y el país, en este caso es necesario tener claridad de los códigos definidos para la IRA, la EDA y COVID-19:

Tabla 8. Códigos CIE-10 de la Infección Respiratoria Aguda (J00 - J22).

Evento	CIE_10	Descriptor de Enfermedad	Evento	CIE_10	Descriptor de Enfermedad
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	J13X	Neumonía debida a streptococcus pneumoniae
	J010	Sinusitis maxilar aguda		J14X	Neumonía debida a haemophilus influenzae
	J011	Sinusitis frontal aguda		J150	Neumonía debida a klebsiella pneumoniae
	J012	Sinusitis etmoidal aguda		J151	Neumonía debida a pseudomonas
	J013	Sinusitis esfenoidal aguda		J152	Neumonía debida a estafilococos
	J014	Pansinusitis aguda		J153	Neumonía debida a estreptococos del grupo b
	J018	Otras sinusitis agudas		J154	Neumonía debida a otros estreptococos
	J019	Sinusitis aguda, no especificada		J155	Neumonía debida a escherichia coli
	J020	Faringitis estreptocócica		J156	Neumonía debida a otras bacterias aerobicas gramnegativas
	J028	Faringitis aguda debida a otros microorganismos especificados		J157	Neumonía debida a mycoplasma pneumoniae
	J029	Faringitis aguda, no especificada		J158	Otras neumonias bacterianas
	J030	Amigdalitis estreptocócica		J159	Neumonía bacteriana, no especificada
	J038	Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos especificados		J160	Neumonía debida a clamidias
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada		J168	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados
	J040	Laringitis aguda		J180	Bronconeumonía, no especificada
	J041	Traqueitis aguda		J181	Neumonía lobar, no especificada
	J042	Laringotraqueitis aguda		J182	Neumonía hipostatica, no especificada
	J050	Laringitis obstructiva, aguda (crup)		J188	Otras neumonias, de microorganismo no especificado
	J051	Epiglotitis aguda		J189	Neumonía, no especificada
	J060	Laringofaringitis aguda		J200	Bronquitis aguda debida a mycoplasma pneumoniae
J068	Otras infecciones agudas de sitios multiples de las vías respiratorias superiores	J201	Bronquitis aguda debida a haemophilus influenzae		
J069	Infeccion aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	J202	Bronquitis aguda debida a estreptococos		
J09X	Influenza debida a ciertos virus de la influenza identificados	J203	Bronquitis aguda debida a virus coxsackie		



J100	Influenza con neumonía, debida a virus de la influenza identificado	J204	Bronquitis aguda debida a virus parainfluenza
J101	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, debida a virus de la influenza identificado	J205	Bronquitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
J108	Influenza, con otras manifestaciones, debida a virus de la influenza identificado	J206	Bronquitis aguda debida a rinovirus
J110	Influenza con neumonía, virus no identificado	J207	Bronquitis aguda debida a virus echo
J111	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado	J208	Bronquitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J118	Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado	J209	Bronquitis aguda, no especificado
J120	Neumonía debida a adenovirus	J210	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
J121	Neumonía debida a virus sincitial respiratorio	J211	Bronquiolitis aguda debida a metaneumovirus humano
J122	Neumonía debida a virus parainfluenza	J218	Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J123	Neumonía debida a metaneumovirus humano	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada
J128	Neumonía debida a otros virus	J22X	Infeccion aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores
J129	Neumonía viral, no especificada (virus)		

Tabla 9. Códigos CIE-10 de la Tos Ferina (A37.0 - A37.9).

Evento	CIE_10	Descriptor de Enfermedad
TOS FERINA	A370	Tos ferina debida a bordetella pertussis
	A371	Tos ferina debida a bordetella parapertussis
	A378	Tos ferina debida a otras especies de bordetella
	A379	Tos ferina, no especificada

Tabla 10. Códigos CIE-10 de la Enfermedad Diarreica Aguda (A009 - A099).

Evento	CIE_10	Descriptor de Enfermedad	Evento	CIE_10	Descriptor de Enfermedad
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	A009	Cólera, no especificado	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	A052	Intoxicación alimentaria debida a clostridium perfringens (clostridium welchii)
	A010	Fiebre tifoidea		A053	Intoxicación alimentaria debida a vibrio parahaemolyticus
	A011	Fiebre paratifoidea a		A054	Intoxicación alimentaria debida a bacillus cereus
	A012	Fiebre paratifoidea b		A058	Otras intoxicaciones alimentarias debidas a bacterias especificadas
	A013	Fiebre paratifoidea c		A059	Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada
	A014	Fiebre paratifoidea, no especificada		A060	Disentería amebiana aguda
	A020	Enteritis debida a salmonella		A061	Amebiasis intestinal crónica
	A021	Septicemia debida a salmonella		A062	Colitis amebiana no disintérica
	A022	Infecciones localizadas debidas a salmonella		A063	Ameboma intestinal
	A028	Otras infecciones especificadas como debidas a salmonella		A064	Absceso amebiano del hígado
	A029	Infección debida a salmonella, no especificada		A065	Absceso amebiano del pulmón
	A030	Shigelosis debida a shigella dysenteriae		A066	Absceso amebiano del cerebro
	A031	Shigelosis debida a shigella flexneri		A067	Amebiasis cutánea
	A032	Shigelosis debida a shigella boydii		A068	Infección amebiana de otras localizaciones
	A033	Shigelosis debida a shigella sonnei		A069	Amebiasis, no especificada
	A038	Otras shigelosis		A070	Balantidiasis
	A039	Shigelosis de tipo no especificado		A071	Giardiasis (lambliasis)
	A040	Infección debida a escherichia coli enteropatógena		A072	Criptosporidiosis
	A041	Infección debida a escherichia coli enterotoxigena		A073	Isosporiasis
	A042	Infección debida a escherichia coli enteroinvasiva		A078	Otras enfermedades intestinales especificadas debidas a protozoarios
A043	Infección debida a escherichia coli enterohemorrágica	A079	Enfermedad intestinal debida a protozoarios, no especificada		
A044	Otras infecciones intestinales debidas a escherichia coli	A080	Enteritis debida a rotavirus		
A045	Enteritis debida a campylobacter	A081	Gastroenteropatía aguda debida al agente de norwalk		
A046	Enteritis debida a yersinia enterocolitica	A082	Enteritis debida a adenovirus		



A047	Enterocolitis debida a clostridium difficile	A083	Otras enteritis virales
A048	Otras infecciones intestinales bacterianas especificadas	A084	Infección intestinal viral, sin otra especificación
A049	Infección intestinal bacteriana, no especificada	A085	Otras infecciones intestinales especificadas
A050	Intoxicación alimentaria estafilocócica	A090	Otras gastroenteritis y colitis no especificadas de origen infeccioso
A051	Botulismo	A099	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado

Tabla 11. Códigos CIE-10 de la Enfermedad por Coronavirus SARS-CoV-2 (U071 y U072).

Evento	CIE 10	Descriptor de Enfermedad
COVID-19	U071	COVID-19, virus identificado
	U072	COVID-19, virus no identificado

Tanto para la IRA como para la EDA existe una clasificación extensa de diagnósticos, los cuales pueden analizarse de forma individual, sindrómica, por grupos poblacionales de interés y periodos de tiempo particulares. Es por eso que, a través de la información registrada en los RIPS, se deben realizar los análisis relacionados con el Diagnóstico Principal para estos grupos de enfermedades teniendo en cuenta las siguientes variables:

Tabla 12. Variables de interés para análisis locales e institucionales de los RIPS para IRA, EDA y COVID-19

Variable RIPS	Variabes mínimas de análisis
Personas Atendidas	Número de personas atendidas
Prestación de servicios de salud	Número de atenciones
Fecha de atención	Año Semestre Mes
Edad	Grupo Etario- Edades Simples Grupo Etario-Curso de Vida
Ámbito de procedimiento	Ambulatorio Urgencias Hospitalización Domiciliario
Administradora	Código y Nombre de Administradora Régimen de Administradora
Municipio de Residencia	País Departamento Municipio
Prestadores Básicos	Geografía de Prestador Nivel
Estado Final	Vivo Muerto

Estas son las variables mínimas con las cuales se puede identificar la frecuencia de ocurrencia (consulta) de la población (según diferentes grupos etarios) por estos eventos. A partir de estos datos se pueden generar canales endémicos, diferentes análisis de frecuencia, predicciones entre otros análisis estadísticos, que deben ser utilizados de manera permanente por los tomadores de decisiones institucionales y territoriales. Para población de niños menores de 5 años, los análisis pueden realizarse por edades simples (0,1,2,3,4), lo que permitiría analizar la ocurrencia de casos en subgrupos de esta población, como los menores de 1 año, quienes se encuentran vinculados en procesos de atención integral, acciones de promoción y mantenimiento precisas en su etapa de desarrollo y relacionadas con otra población clave; las mujeres gestantes.



Se debe tener en cuenta que en la base de RIPS se cuenta con información sobre días de estancia, procedimientos aplicados, costos de intervenciones, entre otras, que pueden ser contemplados para análisis propios frente al comportamiento de estos eventos en su institución (IPS/EAPB) y territorio.

Cada actor involucrado, es decir cada prestador de diferente nivel de atención, hasta las secretarías de salud (municipales/departamentales) debe contar con los canales endémicos construidos con un ciclo de al menos 5 años de información y se considera necesario monitorear semanalmente este indicador para reconocer oportunamente cambios en el comportamiento epidemiológico de los eventos.

c. Análisis de la Vigilancia en Salud Pública

Como se ha mencionado, la Vigilancia en Salud Pública es uno de los procesos más desarrollados, robustos y sobresalientes para la toma de decisiones; es reconocida mundialmente por generar “*información para la acción*”, esto implica que toda la información derivada de dichas estrategias suscita una difusión efectiva, el análisis y toma de decisiones institucionales y locales enfocadas a la correcta gestión del riesgo por parte de las aseguradoras, así como para la planeación local y coordinación con los prestadores de servicios de salud.

Es necesario que se garantice la permanencia de los equipos de VSP de estos eventos en todos los niveles y durante toda la vigencia, teniendo en cuenta que se presentan mortalidades al menos de IRA durante las 52 semanas epidemiológicas, lo que exige un permanente ejercicio de monitoreo a través de las estrategias de Vigilancia de estos eventos.

Como se explicó en el cuarto componente del programa, la VSP representa un panorama general (territorial-nacional) de la situación epidemiológica, por lo tanto, esta información debe ser analizada con y para los actores locales y nacionales involucrados con la toma de decisiones en los diferentes niveles de atención tanto del SGSSS así como de actores sociales.

Es muy importante identificar y apropiar cada uno de los protocolos de VSP existentes para cada evento, sus fichas de notificación y los análisis reportados en las fuentes oficiales. Esto, debe permear en cada uno de los servicios e instituciones prestadoras de servicios, conocer las competencias de cada actor y así fortalecer las capacidades técnicas para la identificación de los casos, su notificación, diagnóstico y seguimiento. Para ello es necesario que los equipos de VSP desde el nivel nacional planeen y desarrollen espacios para el fortalecimiento de capacidades en VSP en todos los actores del SGSSS. Monitorear y evaluar la calidad de la información obtenida desde cada estrategia de vigilancia y proveer la información requerida a nivel local y nacional en torno a las acciones desarrolladas programáticamente.

Se deben reconocer los eventos de acuerdo con la frecuencia de su notificación ya sea inmediata o semanal y si la recolección de la información obedece a un ejercicio de atención individual, colectiva o si se trata de morbilidad o mortalidad. Sobre esto, se debe tener en cuenta que la fuente de información para la vigilancia es el SIVIGILA, el cual se encuentra disponible en todas las Entidades



Territoriales y se considera una fuente esencial de análisis local para el despliegue de acciones rutinarias y de contingencia para la prevención, el manejo y control de la IRA (COVID-19) y la EDA.

La morbilidad por IRA y EDA en niños menores de 5 años, son eventos que deben ser analizados institucionalmente con periodicidad semanal, para identificar oportunamente posibles incrementos en las consultas (urgencias, hospitalizaciones/UCI, consultas externas) y generar acciones anticipatorias que garanticen la oportunidad en las atenciones individuales (bajo las diferentes modalidades intramurales, extramurales, teleconsulta, etc) y evitar el riesgo de demoras en los servicios y posteriores mortalidades.

Dado que la mortalidad por IRA y EDA en niños menores de 5 años son eventos de notificación inmediata, deben generar una respuesta igualmente inmediata por parte de las IPS, EAPB (o quien haga sus veces) y secretarías de salud, para que a más tardar a las 8 semanas de la mortalidad se hayan identificado las causas (Unidad de Análisis) y se genere el Plan de mejoramiento (con acciones correctivas procedimentales o estructurales según los hallazgos).

De acuerdo con esto, los análisis locales de la mortalidad por estas causas brindan información suficiente para desarrollar la priorización y planeación sobre instituciones, municipios, barrios, localidades o UPZ, en las cuales intensificar las estrategias.

6.1.3 Estrategia de Atención de Salas ERA:

Desde el Programa es prioritario que tras los análisis locales e institucionales (de morbilidad y mortalidad) se realice la gestión y acompañamiento técnico para la implementación de Salas ERA en aquellas instituciones en las que se presentan con mayor frecuencia las consultas por ERA en población de curso de vida de infancia y primera infancia. Esto va a permitir una disminución en las consultas regulares de urgencias y hospitalizaciones, además promueve el ejercicio de información en salud y educación para la salud sobre la IRA y ERA y al ser una estrategia costo-efectiva favorece la reducción de costos en sus intervenciones, en comparación con la atención por urgencias y con el uso de diferentes paraclínicos y medicamentos derivados de esta atención (61).

La estrategia de sala ERA debe ser un proceso gestionado desde la secretaría de salud local, basado en el comportamiento de la IRA y la ERA, en cuanto a morbilidad y mortalidad; reconociendo que la definición de la estrategia de atención en Sala ERA de niños y niñas menores de 5 años, a nivel institucional constituye también el fortalecimiento de los procesos que deben ser impulsados para el primer y segundo pico respiratorio anual de Infección Respiratoria Aguda; por lo que es necesario conocer y analizar la dinámica de expansión de servicios de salud a expensas de un probable incremento de casos de IRA según el histórico epidemiológico. A nivel local se deben identificar las instituciones que pueden aprovechar mejor la estrategia y cómo estas instituciones están organizadas con relación a servicios de mayor complejidad del territorio, donde pueden ser



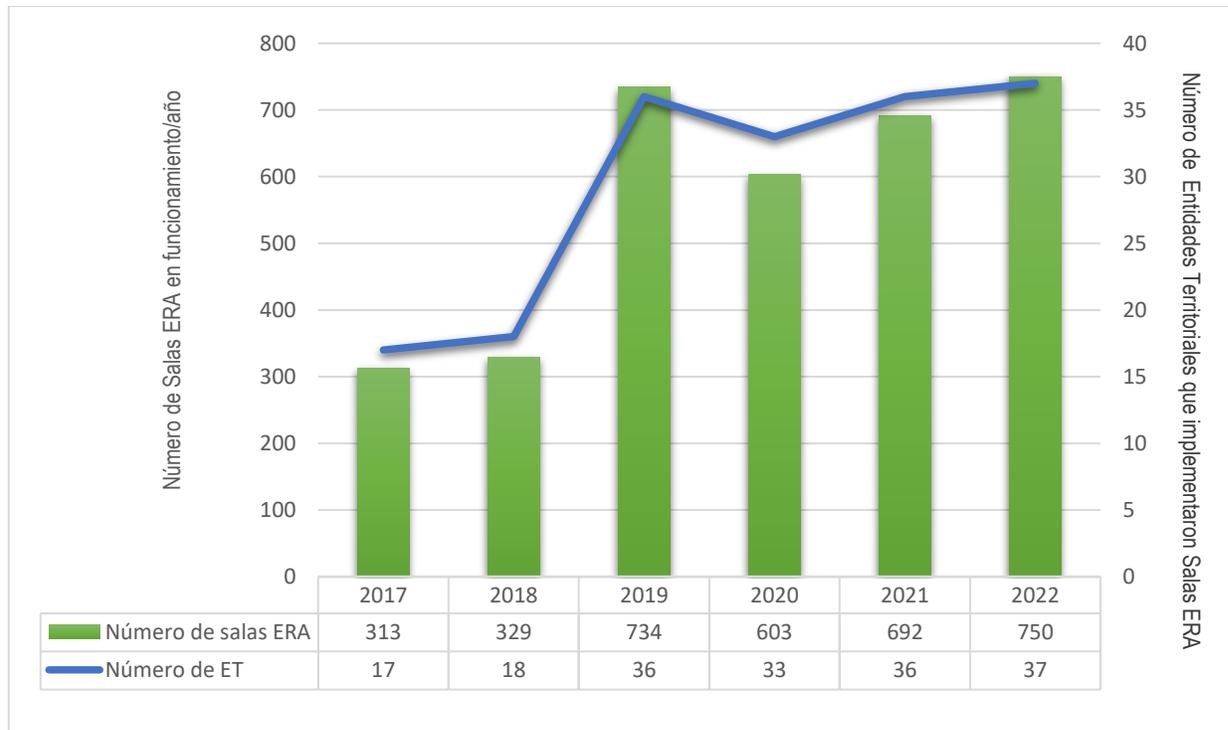
atendidos niños que de acuerdo con la evaluación inicial, requieran hospitalización por un cuadro respiratorio más severo.

La estrategia de Sala ERA también puede configurarse para población adulta, de forma independiente a la Sala ERA para población infantil, cuyos cuadros se deben atender de manera organizada y diferencial para evitar sobreinfecciones con los cuadros respiratorios de la población adulta. Para el caso del presente documento nos referiremos a las pautas de la Sala ERA para población de niños y niñas hasta los 6 años.

Salas ERA implementadas en Colombia

En Colombia desde inicios de este Milenio, bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud de Bogotá, se inició con la configuración de esta estrategia dirigida a la ERA para la población de primera infancia. Posteriormente, a través de los postulados de este programa, se organizó un ejercicio de caracterización, fortalecimiento e implementación de alternativas de atención de baja complejidad; y una de las propuestas que desde hace aproximadamente 7 años se ha gestionado desde el Ministerio de Salud y Protección Social es precisamente la Estrategia de Atención de Salas ERA; y como lo muestra la siguiente ilustración, desde el inicio de implementación del Programa de IRA, hasta 2022 se ha evidenciado un incremento en la cobertura de esta estrategia en el país:

Ilustración 18. Avance en la implementación de la estrategia de Salas ERA. Colombia 2017 a 2022.



Fuente: Consolidado Programa Nacional IRA/EDA Minsalud.



De acuerdo con el proceso de seguimiento que se realiza desde el Ministerio de Salud y Protección Social a las entidades territoriales, se observa que al año 2022 se cuenta con 750 Salas ERA ubicadas en las 37 Entidades Territoriales, específicamente en 479 Municipios, de estas salas el 76% se ubican en instituciones públicas, 23.9% en instituciones privadas y el 0,1% en instituciones de régimen especial.

Este puede ser considerado uno de los principales hitos del trabajo de Programa, desarrollado durante estos años en conjunto con las Entidades Territoriales, las EAPB y las IPS que han acogido esta estrategia y han beneficiado a su población con una atención oportuna.

Lo que se observa es que las Entidades Territoriales con menor concentración de Salas ERA tienen un nivel mayor de dispersión poblacional, de limitaciones en vías de acceso y en número de instituciones de salud locales, además con una alta proporción de comunidades indígenas, por lo que la propuesta de atención puede ser mejor desarrollada a través de Unidades de Atención Integral Comunitarias, las cuales están descritas en la estrategia comunitaria del presente documento.

Ilustración 19. Distribución de las Salas ERA 2022. Colombia.





Definición de Sala ERA

La sala ERA es una estrategia de atención primaria en salud (APS), que permite atender de manera oportuna los casos de Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) principalmente asociada con cuadros bronco-obstructivos agudos; el tiempo de estancia y resolución de casos está estimado entre 4 a 6 horas máximo; periodo en el cual se realiza la evaluación del cuadro respiratorio, se brinda atención específica, se ofrece educación individual sobre los 3 mensajes clave para la prevención de estos eventos, el cuidado en casa y la identificación oportuna de signos de alarma y adicionalmente se incluye el seguimiento como parte integral de la atención.

De acuerdo con la Resolución 3100 de 2019, la Sala ERA a nivel institucional puede hacer parte del servicio de consulta externa o de urgencias. Para esto se debe definir un espacio en el cual se disponga de los insumos necesarios para brindar soporte en el manejo ambulatorio a los pacientes con cuadro respiratorio agudo o con algún componente de dificultad respiratoria no complicado y que no requiere hospitalización. Además, es una estrategia que puede ser implementada de forma permanente o temporal de acuerdo con la frecuencia de atención de estos eventos en la población objeto (62).

Retomando los propios antecedentes sobre morbilidad y mortalidad por IRA, los aseguradores y prestadores de servicios de salud deben desarrollar las mejores estrategias para la atención de la Infección Respiratoria Aguda -IRA en población de niños menores de 5 años, que faciliten una atención oportuna de este evento tan frecuente. Entre las más destacadas se encuentra la Sala ERA; sin embargo, a partir de la pandemia por COVID-19 se han fortalecido otras modalidades de atención intramurales, extramurales, telemedicina, atención domiciliaria, jornadas en salud, etc. La institución debe evaluar cuál estrategia resulta más eficiente, costo-efectiva y oportuna para su población a cargo. Y en este sentido garantizar la atención de cuadros respiratorios en menores de 5 años de manera prioritaria, oportuna y diferencial a lo que rutinariamente se oferta en los servicios de urgencias y consulta externa.

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, la atención de Sala ERA se ha considerado como una estrategia que permite atender preferiblemente a la población infantil con síntomas respiratorios leves o moderados de forma individualizada, con estancias cortas y asegurar el seguimiento de todos los casos, lo que disminuye la congestión en los servicios de salud por patología respiratoria no complicada.

Propósito de la sala ERA

Disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedad respiratoria aguda, manejando los casos tempranamente y de manera estandarizada. Esto incluye facilitar el diagnóstico, la clasificación de severidad y la identificación de factores de riesgo, lo que permitirá racionalizar la hospitalización, el



nivel de hospitalización, el uso de paraclínicos, el uso de antibióticos y de las medidas de higiene bronquial.

Tiene como pilar la educación al paciente y sus cuidadores para el manejo en casa, la detección temprana de alguno de los signos de alarma y posterior seguimiento de los casos atendidos con el fin verificar la evolución del cuadro y recalcar las medidas sobre el cuidado y la disminución de la transmisión a los demás integrantes de la familia.

Instituciones objeto de implementación de Salas ERA

Es necesario que se reconozca en la triada ET-EAPB-IPS la claridad sobre el análisis de suficiencia de la red que configuran las EAPB con su población a cargo; esto implica identificar la población de niños y niñas menores de 5 años lo cual incluye los nacidos vivos por periodo, sobre este grupo etario conocer el comportamiento epidemiológico de la ERA y la IRA (Morbilidad y Mortalidad) y bajo los análisis de esta información establecer los servicios ofertados en prevención y atención donde se incluya la Sala ERA en servicios de Urgencias o Consulta Externa de las instituciones de nivel primario. Esto permite garantizar que en todas las instituciones que demuestren alta frecuencia de consultas por IRA mensual y anual (>10% del territorio) se implemente la estrategia de forma permanente (funcional) o temporal, de acuerdo con el histórico epidemiológico del evento.

Sobre lo anterior, es prioritario que todas las EAPB garanticen la existencia de esta modalidad de manera articulada en la red de prestadores contratados, de acuerdo con las características de suficiencia mencionadas.

Los procesos de atención y seguimiento de las Salas ERA están disponibles al final del presente documento en los **anexos 1. Estrategia de atención de Salas ERA, anexo 1.1. Lineamientos de atención de salas ERA, anexo 1.2. Formato de atención individual en salas ERA, anexo 1.3. Indicadores de seguimiento sala ERA, anexo 1.4. Consolidado trimestral indicadores salas ERA.**

Lista de chequeo para la implementación y seguimiento de las Salas ERA

Las listas de chequeo nacieron en los años 30, como una herramienta de la industria de la aviación, hoy en día es utilizada ampliamente en diferentes sectores, desde el financiero, hasta el sector salud como parte de los estándares de calidad (63). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008, reveló el uso de la lista de chequeo como estrategia de prevención de eventos adversos perioperatorios luego de estudios que respaldaran sus significativos resultados en la reducción de mortalidad en grandes ciudades (63).

En Colombia desde la Resolución de habilitación 1141 de 2013 se definió que toda institución que realice procedimientos quirúrgicos, inclusive de baja complejidad, debía contar dentro de sus procesos prioritarios con el de la lista de chequeo, la cual incluía 3 momentos clave: antes de la



inducción, antes de la incisión y antes de que el paciente salga del quirófano. Para Colombia continúa vigente desde el ejercicio de habilitación y acompañamiento técnica de la prestación de servicios la “*Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias*” (Items que se verifican en IPS de baja, mediana y alta complejidad) (64).

Para la Estrategia de Atención de salas ERA se considera necesario llevar a cabo una lista de chequeo, que permita verificar el estado operativo y analizar la capacidad de las instituciones que necesitan implementar la sala ERA o que ya la tienen configurada; de tal forma que, se puedan estandarizar aspectos claves en la planeación, atención y evaluación de los casos atendidos y se pueda llevar a cabo un proceso de mejoramiento continuo bajo el acompañamiento técnico de las Direcciones Territoriales de Salud.

Definición

El instrumento de lista de chequeo es una herramienta de consolidación de los principales criterios institucionales que deben garantizarse para desplegar la estrategia de atención de Salas ERA. Es un formato por medio del cual las Entidades Territoriales identifican la capacidad de las instituciones para prestar atenciones de ERA bajo esta modalidad y los procesos que deben ser establecidos o fortalecidos, dentro del proceso de acompañamiento técnico y generación de capacidades locales de programa y esto aplica para Salas ERA a implementar, funcionales o temporales.

Propósito de la lista de chequeo

La aplicación de este instrumento tiene como finalidad reconocer cuales son los procesos de la atención en sala ERA que requieren fortalecimiento de capacidades, tanto para la institución como para el talento humano, una vez aplicado se deben generar compromisos encaminados a mejorar dichos procesos y sobre todo a visibilizar la importancia de propiciar espacios con padres, madres y cuidadores para brindar las recomendaciones sobre los cuidados en casa de un cuadro de IRA y a lograr el reconocimiento oportuno de alguno de los signos de alarma.

Este instrumento toma como bases algunos items de la lista de chequeo creada por el equipo de Programa de la Secretaría de Salud de Bogotá y que fueron actualizados como parte de la respuesta a la pandemia por COVID-19, en el cual, bajo la fase de mitigación se identificó la necesidad de intensificar los procesos de comunicación a la comunidad, sobre las acciones para evitar el contagio en las familias de las IRA, incluyendo COVID-19. Por esta razón, al aplicar esta lista tenga presente que es un momento oportuno para brindar las orientaciones necesarias para mejorar dichos procesos y establecer un proceso de fortalecimiento de capacidades técnicas en la institución.

Componentes para verificar en lista de chequeo



- a) **Componente de planeación:** A partir de las preguntas introductorias, se pueden reconocer aspectos de la organización de la Sala ERA, el posicionamiento de las acciones programáticas de la IRA, como la delegación de talento humano, formulación de planes de contingencia para picos respiratorios, mecanismos de información sobre los 3 mensajes clave visibles en la consulta y aspectos distanciamiento entre sintomáticos, tomando como marco algunas recomendaciones aplicadas durante la fase de contención y mitigación de la pandemia que deben ser mantenidas a nivel institucional y en torno a toda la IRA.
- b) **Componente de Atención:** En todas las modalidades para el abordaje de un niño o niña se debe partir del escenario de la atención integral y humanizada; esto implica que antes de profundizar en aspectos relacionados con la afección respiratoria, es necesario que se realice la valoración del niño o niña bajo la premisa de antecedentes en salud y factores de riesgo; esto debe ser prioritario. Por otro lado, se deben tener en cuenta los criterios de ingreso a sala ERA descritos anteriormente y las medidas de bioseguridad. También se busca reconocer la organización que hay entre los prestadores (referencia y contra-referencia) así como evidenciar que dos procesos fundamentales de esta estrategia se estén llevando a cabo; estos son las acciones de educación a padres, madres o cuidadores sobre los 3 mensajes clave y que se garantice el seguimiento de casos independientemente de su destino: egreso a casa, hospitalización o remisión.
- c) **Componente de evaluación:** Es necesario que se realice el monitoreo a través de los 5 indicadores, para conocer el funcionamiento y efectividad de la sala ERA como estrategia, ya que permite evidenciar el porcentaje de resolutivez, hospitalización, remisión, seguimiento y reingreso de casos atendidos. y planes de generación de capacidades (inducción – reinducción). Así mismo refleja la existencia de un proceso de generación de capacidades (inducción – reinducción) que debe mantenerse de manera rutinaria, ante eventos respiratorios emergentes, así como por la rotación del personal.

Periodicidad y seguimiento

- A partir de la evaluación de suficiencia de red y la identificación de instituciones candidatas a implementar la estrategia se debe iniciar con la aplicación del instrumento, se debe generar un plan de mejora, a través del cual se identifican los aspectos clave para el acompañamiento técnico en la adecuación de los espacios y la capacitación del talento humano directivo y técnico.
- Se realizará seguimiento mensual en las IPS durante esta fase de abordaje inicial, hasta completar un trimestre y un resultado satisfactorio en el seguimiento del plan de mejora, para iniciar nuevamente el ciclo de aplicación del instrumento en el siguiente trimestre.
- Una vez estandarizados los procesos a nivel municipal el ciclo debe repetirse de manera semestral a todas las Salas ERA, de tal forma que coincida con el alistamiento para los picos respiratorios del país y su consolidado territorial se remita como soporte en seguimiento nacional de programa que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social.



Características del seguimiento

La lista de chequeo debe aplicarse en el sitio destinado para el funcionamiento de la Sala ERA, a fin de poder verificar el cumplimiento en las siguientes condiciones:

- Recurso humano institucional: profesionales en medicina, profesional en enfermería, terapia respiratoria o fisioterapia, personal auxiliar de enfermería, que hacen parte del servicio donde está implementada la Sala ERA, con entrenamiento en las Guías de Práctica Clínica y manejo de enfermedades respiratorias.
- Infraestructura (Resolución 3100/2019).
- Medidas de bioseguridad
- Dotación e insumos mínimos, equipos, tecnologías en salud, manejo y conservación de medicamentos requeridos en Sala ERA.
- Formato individual, análisis de indicadores, planes de contingencia, sistema de referencia y contra referencia, notificación de casos al SIVIGILA de acuerdo al protocolo de eventos de interés en salud pública.
- Aplicación de criterios de selección/inclusión para la atención en Sala ERA.

Tipo de intervención y aplicación de lista de chequeo

Este instrumento debe ser aplicado por el profesional de la salud del Programa Territorial delegado y previamente entrenado en toda la estrategia de Salas ERA incluyendo aspectos administrativos y operativos institucionales, así como procesos de atención individual de los casos, educación y seguimiento.

Por otro lado, quienes brindan la información y evidencian la existencia de procesos de la Sala ERA es el talento humano que hace parte del servicio donde está implementada la Sala, puede incluir la coordinación médico asistencial del servicio, dependiendo del nivel de complejidad de la institución, funcionario de la alta gerencia y/o oficina de calidad.

Plan de mejora

Se recomienda que este plan se construya en el marco del ciclo PVHA (mencionado con anterioridad), que incluya unas acciones concretas y medibles frente a las falencias que se presentan en alguno de los momentos de la medición (planeación, atención, evaluación). Este plan debe ser lo suficientemente flexible en cuanto al alcance institucional (si se requieren cambios en la infraestructura), plausible en torno a los procesos contractuales para estos cambios y con unas fechas definidas para cumplir con lo pactado.

Es muy importante señalar que, aunque la sala ERA se debe ser un área exclusiva para el abordaje de la ERA en una población definida (Primera infancia o adulto o adulto mayor), existen parámetros



previamente definidos en la habilitación de los servicios en los cuales se ubicará la sala. En este sentido, vale la pena contemplar la reorganización de los servicios para adecuar la Sala ERA bien sea en Urgencias o Consulta Externa y no proponer en primera medida cambios de infraestructura, los cuales pueden demorar más la implementación de la estrategia.

En caso tal que los bajos puntajes estén relacionados con capacidades técnicas del talento humano incluyendo los procesos de comunicación y educación a padres, madres y cuidadores, se debe propender por desarrollar o fortalecer los procesos de reinducción o diversas alternativas para la generación de capacidades del talento humano. Puede contemplar lo mencionado en el apartado de “Plan para la generación de capacidades de este capítulo).

Finalmente, este plan no debe complejizar el ejercicio institucional de la atención ni las acciones programáticas para la Entidad Territorial, se debe buscar la identificación de acciones claves en las cuales siempre estén los profesionales de programa y otros aliados estratégicos (de diversas áreas de la DTS o actores del territorio) acompañando técnicamente las mejoras en esta estrategia. **(Ver Anexo 1.5. Instructivo lista de chequeo de Salas ERA. Anexo 1.6 Instrumento lista de chequeo de la estrategia de Salas ERA)**

6.1.4 Estrategia de Salas de Rehidratación Oral

Como se mencionó con anterioridad, la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA es el segundo evento infeccioso responsable de la mayoría de muertes en la población de niños y niñas antes de su quinto cumpleaños. En ese sentido, se identifica la necesidad de incluir una estrategia que evalúe el riesgo de los niños cuando presentan un episodio de EDA a expensas de su deshidratación, la evolución del cuadro, el contexto social y epidemiológico del evento y la capacidad institucional para el abordaje de este evento.

La apuesta por las Salas de Rehidratación Oral, nace de la solicitud que realizaron algunos territorios, así como el avance que se ha evidenciado en varias ciudades y por la experiencia positiva que se ha tenido en la atención de la Enfermedad Respiratoria Aguda en las Salas ERA, que permiten tener un abordaje oportuno, con seguimiento y con un amplio componente de educación individual.

Por esta razón, como parte de los procesos priorizados que se llevaron a cabo durante la vigencia 2022 con la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y su proyecto “Comunidades Saludables” (LHSS, por sus siglas en inglés), fue la creación y validación de los *Lineamientos para la atención en las salas de rehidratación oral, en menores 5 años (65)*, de los cuales se generó el contenido del **Anexo 2. Estrategia de Atención de Salas de Rehidratación Oral**. Así mismo sirvió como base para el siguiente contenido programático:



Definición de Salas de Rehidratación Oral

Las salas de rehidratación oral o salas EDA son una estrategia de atención primaria en salud (APS) que consiste en la administración de Sales de rehidratación por vía oral a pacientes menores de 5 años con algún grado de deshidratación, que no requieren de rehidratación endovenosa u hospitalización, para reestablecer con eficacia el equilibrio electrolítico ocasionado por diarrea o vómito; esta estrategia puede hacer parte del servicio de urgencias o de consulta externa, de acuerdo con los elementos necesarios que la norma indique sobre cada servicio de atención.

Propósito

La atención en la sala de rehidratación oral o estrategias de salas EDA está dirigida a población pediátrica con algún grado de deshidratación, principalmente aquella asociada con cuadros diarreicos, y que no requieran rehidratación endovenosa u hospitalización, con el fin de reducir la morbilidad grave y mortalidad por deshidratación a causa de diarrea y/o vómito.

Instituciones objeto de implementación de las salas EDA

Esta estrategia debe ser promovida por todos los prestadores primarios de las redes locales de prestación de servicios, garantizando su operación con cargo al 100% de los aseguradores con población de niños y niñas menores de 5 años, en los cuales se haya evidenciado la atención de más del 10% de las EDA en 3 años consecutivos (denominador territorial) y en todas las IPS que sean puerta de entrada al sistema que hayan hecho parte de la atención de un menor de 5 años con EDA que falleció por esta causa.

De acuerdo con lo definido en el programa nacional de gestión del riesgo ante situaciones de alertas por sequías o inundaciones territoriales y el perfil epidemiológico territorial, se debe definir si esta estrategia de atención se implementará en modalidad temporal o funcional, buscando efectividad en sus intervenciones y eficiencia en cuanto al manejo de los recursos para el manejo de EDA en esta población.

Al implementar la estrategia de Salas EDA se busca atender de manera oportuna los casos de diarrea en aquellos pacientes que por su cuadro agudo de enfermedad no requieren una estancia mayor a 4 horas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para la atención oportuna de los casos, garantizando una adecuada infraestructura, disponibilidad de insumos, equipos y tecnologías en salud e idoneidad del talento humano.

Fase de implementación

Se considerarán los años 2023 y 2024 como el periodo de identificación de instituciones con modalidad existente y las pioneras en su implementación; de tal forma que se puedan concertar los indicadores para el monitoreo y evaluación de manera homóloga a las salas ERA: Egreso a casa,



remisión, hospitalización, seguimiento y reingreso. Pero con criterios propios definidos para la Sala de Rehidratación Oral y que podrán tener una fecha de inicio de medición en II semestre de 2024.

De manera inicial se deben brindar capacidades sobre la estrategia, levantar el inventario con un énfasis en los territorios en los cuales se confirmaron mortalidades por EDA en la población de niños y niñas menores de 5 años para los años 2019 a 2023.

6.1.5 Evaluación de adherencia a las Guías de Práctica Clínica

Las guías de práctica clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, sus derivados como: algoritmos, protocolos, recomendaciones y guías clínicas (GC) se basan en la revisión y el consenso por parte de los profesionales, de la literatura disponible, adaptando las GPC a ámbitos de trabajo más pequeños. Todas estas son elaboradas con el objetivo de disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ayudar a los profesionales a tomar decisiones, estandarizando su práctica clínica para ofrecer al paciente una atención eficiente y satisfactoria (66). Le permiten al clínico y a su equipo de salud, tomar decisiones sobre la atención más apropiada, seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas correctas a la hora de abordar una situación clínica específica (67).

El Ministerio de Salud y Protección Social, con base en la reglamentación vigente, determina el desarrollo y la implementación de GPC como una estrategia para mejorar la calidad de la atención y reducir los costos al guiar a los médicos hacia prácticas más estandarizadas, desde los diferentes niveles de complejidad en la atención. Como se mencionó al inicio de este documento, el país cuenta con las GPC para EDA e IRA: Neumonía, Bronquiolitis y Tosferina y con Lineamientos de atención para Influenza y COVID-19 pediátrico, para este último evento, los lineamientos de atención fueron construidos a partir de la pandemia e incluyen intervenciones para población pediátrica validadas en el país por consenso de expertos y la Sociedad Colombiana de Pediatría.

Basados en uno de los objetivos del programa, enfocado a fortalecer los procesos de atención para estos eventos; es necesario garantizar en los territorios la implementación y adherencia de las guías y lineamientos para evitar la morbilidad grave y mortalidad de menores de 5 años. En este sentido, desde el año 2020 se viene implementando un instrumento para cada uno de los eventos, en el cual se busca identificar el cumplimiento de las indicaciones de cada GPC y hacer seguimiento a la atención de casos, con el fin de que cada institución evalúe sus indicadores de adherencia y desde la entidad territorial se realice el seguimiento y acompañamiento técnico sobre los planes de mejora que surgen de este monitoreo.

Definición.

El Instrumento de evaluación de la Adherencia de las GPC y Lineamientos de IRA y EDA, es una herramienta desarrollada para medir el nivel de implementación de las GPC vigentes, identificar y analizar los factores asociados a la aplicación de las recomendaciones a nivel institucional y



territorial y corregir eficazmente las deficiencias en el proceso de atención a partir de un plan de mejora pactado (67).

El mejoramiento continuo de los procesos buscan el fortalecimiento de las capacidades y el desarrollo de habilidades del talento humano en salud en la prestación de servicios de salud, basados en las indicaciones de atención existentes y los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación programáticas; en las cuales se vincula un ejercicio fundamental para la apropiación de conocimientos en cuidadores, madres y padres y es la inclusión de variables sobre la educación individual integrada con estrategias de comunicación que mejoren la comprensión, participación y la experiencia en el cuidado de la IRA y la EDA, en cada escenario de atención y el seguimiento de los casos fomentando en los servicios la autoevaluación que implica un mejoramiento continuo que permita la excelencia e innovación en la calidad de la atención (68).

Propósito

Proveer las herramientas estandarizadas para que desde las Entidades Territoriales del orden Departamental, Distrital y municipal realicen el seguimiento a prestadores primarios y complementarios de su jurisdicción, sobre la aplicación de las recomendaciones de las GPC definidas para IRA y EDA y de los lineamientos para atención de casos de COVID-19 con el fin de identificar debilidades en la apropiación de conocimiento del talento humano en salud y la baja gestión del riesgo en la atención individual por estas causas.

Permite orientar las actividades de generación de capacidades en el talento humano, gestión de estrategias como Salas ERA, Salas de Rehidratación Oral, entre otras, basados en los resultados obtenidos en las mediciones. Prioriza el desarrollo de planes de mejora institucionales en los cuales se transforme el proceso de atención desde el reconocimiento de riesgos y antecedentes frente a los eventos infecciosos hasta los procesos de humanización de la atención con la inclusión de la educación y seguimiento de los casos.

Criterios para realizar la evaluación de adherencia

Esta actividad parte de un diagnóstico sobre la morbilidad y mortalidad por IRA (COVID-19) y EDA, como lo vimos en el inicio de la estrategia institucional. Es necesario que se reconozcan las siguientes variables con el corte del último año:

- IPS y ESE que intervinieron en la atención de casos de IRA (COVID-19) o EDA en menores de 5 años que tuvieron un desenlace de mortalidad.
- Instituciones que reporten el 50% o más de las atenciones de IRA (COVID-19) y EDA del territorio.
- IPS y ESE que estén en silencio epidemiológico.



Posteriormente, es una actividad que debe realizarse de manera mensual con la información de morbilidad registrada en los RIPS y mortalidad en SIVIGILA (Unidad de Análisis-Plan de mejoramiento) del mes inmediatamente anterior

Bloques de preguntas para evaluar la adherencia

El aplicativo de cada evento evalúa la adherencia de las GPC enmarcada en 6 bloques de evaluación:

- ¿Se indaga y registra en Historia clínica antecedentes?
- ¿Se indaga y registra en Historia clínica condiciones al ingreso?
- ¿Se realiza el diagnóstico según guías de práctica clínica?
- ¿Se prescribe el manejo según condiciones clínicas del paciente?
- ¿Se brinda educación al cuidador?
- ¿Se realiza control a las 72 horas?

Periodicidad y seguimiento

- Se realizará seguimiento mensual en aquellas IPS durante la fase de abordaje Inicial, hasta completar el trimestre, teniendo en cuenta los resultados satisfactorios de la evaluación y cumplimiento de los planes de mejora.
- Trimestralmente la IPS debe realizar la Evaluación Interna con su equipo técnico y asistencial a fin de fortalecer los procesos de atención.
- Semestralmente la Entidad Territorial (Referentes y equipos territoriales), realizarán la Evaluación externa y reportarán la Información consolidada al Programa Nacional de Prevención, manejo y control de la IRA y EDA del Ministerio de Salud y protección Social, como insumo de soporte reportado en la Matriz de seguimiento, en la estrategia Institucional.
- Las ET, articularan con las EAPB el seguimiento a través de las auditorias concurrentes a su red de prestación de servicios y seguimiento de su población afiliada.

Características de seguimiento

Durante la intervención es importante tener en cuenta el enfoque múltiple ajustado a la capacidad local:

- Insumos: Historia clínica electrónica o física
- Recurso Humano Institucional: Especialistas, médicos generales, médicos auditores y equipo de calidad.
- Servicios de Apoyo Diagnostico: Capacidad Institucional para diagnóstico de laboratorio.
- Estado de emergencia: Plan de contingencia frente al manejo de casos de IRA en los picos



- respiratorios

Tipo de intervención y efectividad en la adherencia

Desde las entidades territoriales, se debe disponer del profesional o profesionales del Equipo de Programa IRA/EDA, con entrenamiento y experiencia en Guías de Práctica Clínica y procesos de calidad en la atención, a fin de que él aplicativo pueda ser diligenciado por profesionales de Medicina para la evaluación por pares y/o profesional de enfermera con experiencia y entrenamiento.

En las instituciones quienes reciben la visita y con quien se verifican los procesos de atención es con la Coordinación médico asistencial de los servicios, dependiendo del nivel de complejidad de la institución, funcionario de la Alta gerencia, Director o subdirector u otro funcionario médico con entrenamiento.

Metodología de selección de historia clínica

La selección de las Historias clínicas se realizará de manera aleatoria mediante la búsqueda institucional de casos reportados al SIVIGILA y/o a través de las BAI en los RIPS con los códigos del CIE10 de las siguientes patologías: Tosferina, Neumonía, Bronquiolitis, COVID-19 pediátrico y adulto. La selección aleatoria de las Historias clínicas será de los servicios de hospitalización y la Unidad de Cuidados Intensivos, tomando 2 casos de morbilidad por cada patología y todos los casos de Mortalidad.

En el caso de las Historias clínicas de COVID-19, teniendo en cuenta que el comportamiento epidemiológico actual tiene una tendencia significativa a la disminución de los casos se seleccionan de igual forma 2 HC de morbilidad y los todos los casos de mortalidad en la población priorizada.

En las Instituciones que tengan menos de 10 casos se evaluarán todas las Historias clínicas que se identifiquen; en la situación de no tener casos, se seleccionarán 10 HC a través de la Búsqueda Activa Institucional –BAI (5 adultos y 5 menores de 18 años).

Información de los resultados de la evaluación

Una vez terminada la aplicación del instrumento, verificamos los porcentajes de la clasificación según el cumplimiento por cada uno de los seis (6) componentes evaluados.



El aplicativo mostrará la semaforización del resultado final:

Semaforización	Resultado de evaluación
Verde	Satisfactorio de 90% a 100%.
Amarillo	Aceptable de 85% a 89%.
Rojo	Crítico igual o menor de 84%.

Ante un resultado Aceptable o Crítico se debe establecer un plan de mejora institucional, el cual debe ser socializado con el gerente o delegado y estar firmado por la gerencia y los líderes del proceso de calidad.

Plan de mejora

Se recomienda que este plan se construya en el marco del ciclo PVHA (mencionado con anterioridad), que incluya unas acciones concretas y medibles frente a los hallazgos evidenciados con debilidades, falta de conocimiento o de aplicación de buenas prácticas por parte de los profesionales de la salud para la atención de estos eventos y para evitar sus complicaciones.

Este plan debe contener uno o unos indicadores (según el análisis de los bloques de preguntas y la medición de adherencia) con los cuales se logre cuantificar la modificación frente a la práctica; situación que sólo es verificable sobre la evaluación de historias clínicas en el acompañamiento mensual del plan desde el nivel institucional y por parte de la Entidad Territorial.

El seguimiento de este plan debe finalizar con un resultado satisfactorio en la revisión de nuevas historias clínicas evaluadas con el instrumento, el consecuente cierre y socialización de los hallazgos con el personal directivo y talento humano que presta servicios en salud. En caso tal que pasado el primer trimestre de seguimiento se continúen evidenciando procesos sin adherencia a la GPC, es necesario que desde la Entidad Territorial se coordine con las EAPB que tienen contratada dentro de su red a esta institución para someter a una evaluación frente a las normas de gestión de la calidad y se rectifiquen los procesos con un seguimiento que permita evaluar los resultados en salud de la red contratada y del asegurador. **(Ver Anexo 3.Evaluación de Adherencias a las Guías de Práctica Clínica, Anexo 3.1. Instructivo para la medición de adherencia a las guías de práctica clínica y lineamientos para IRA Y EDA. Anexo 3.2 Instrumento para la evaluación de adherencia de las Guías de Práctica Clínica y Lineamientos de atención para IRA y EDA)**

6.1.6 Plan de mejoramiento para las mortalidades:

La Organización Mundial de la Salud insta a las autoridades sanitarias a orientar de forma clara las políticas nacionales hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud y el establecimiento de mecanismos para medir los progresos logrados. Es necesario mejorar la calidad de los servicios de salud, y allí donde existan múltiples iniciativas para la mejora de la calidad, es deseable combinarlas



en un esfuerzo coordinado y sistemático para mejorar la atención en todo el sistema de salud. Para ello se deben adoptar medidas dirigidas a clarificar las estructuras de gobernanza, rendición de cuentas y seguimiento en relación con los esfuerzos de mejora de la calidad; a garantizar el compromiso con la calidad mediante la creación de consensos; y a propiciar un cambio en la cultura de sus sistemas de salud que fomente la preocupación por la calidad de los servicios tanto entre los proveedores como entre los usuarios (69).

Los problemas en la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud afectan a las personas, las familias y las comunidades, y constituyen barreras de acceso a servicios integrales de salud, en especial para las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Entre el 2013 y el 2014 se podrían haber evitado más de 1,2 millones de muertes en la Región de las Américas si los sistemas de salud hubieran ofrecido servicios accesibles, oportunos y de calidad (70).

Desde el pasado Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 y en el vigente 2022-2030 se ha explicado la importancia del desarrollo de procesos bajo la Coordinación Intersectorial: "en el marco de la estrategia de atención primaria, concurrirán todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social y otros actores, quienes ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos del Consejo Nacional de Política Social (CONPES) y del Ministerio de la Protección Social", en este sentido, es necesario fortalecer los procesos de análisis de mortalidades prevenibles y evitables como son las de IRA y EDA en busca de propiciar, instaurar y desarrollar acciones locales que se enmarquen en atención primaria en salud cuyo despliegue implica hilar los procesos de la atención desde el sector salud con aquellas acciones sujetas a otros actores locales clave para la afectación de dichos determinantes.

Definición

El plan de mejoramiento es una herramienta utilizada para identificar y modificar de manera positiva acciones o procesos (sectoriales y de gestión intersectorial) concertados a partir de las unidades de análisis de mortalidades por IRA/EDA COVID-19 en población definida como prioritaria (niños y niñas menores de 5 años, gestantes, comunidad étnica, población migrante y privada de la libertad).

En el presente formato de plan de mejoramiento se consolidarán todas las acciones a desplegar por los diferentes actores para lograr la modificación o mejora de los problemas causa raíz o demoras identificadas en la unidad de análisis.

Propósito

Reconocer necesidades o debilidades locales sobre la promoción de la salud, la prevención y la atención de estos eventos y que pueden ser fortalecidas a través de las actividades programáticas en coordinación con los diferentes actores y en el marco de sus competencias. Así mismo, promover



los procesos de gestión en salud locales, que implica la generación de capacidades a nivel individual, familiar, comunitaria e institucional.

Indicaciones para elaborar el plan de mejoramiento para mortalidades por IRA y EDA

Teniendo en cuenta el alcance de la VSP y con el fin de utilizar la información de la Unidad de Análisis para la toma de decisiones, desde el Ministerio de Salud se generó una herramienta para la generación del “*plan de mejoramiento para las mortalidades por IRA/EDA y COVID-19*” cuya finalidad es facilitar la definición, organización y seguimiento de las acciones que implementan los actores involucrados en la atención de un caso de IRA o EDA que desencadena en mortalidad.

PASO 1: Identificar Necesidades de Mejoramiento

Existen varias metodologías para el análisis de mortalidad según el tipo de evento, las características de los análisis que deben hacerse en torno al evento, el individuo y el sistema de salud. En particular, de acuerdo con la Vigilancia de la mortalidad Integrada para niños y niñas menores de 5 años por IRA/EDA y DNT se tienen definidos varios criterios a tener en cuenta para analizar las causas de estas mortalidades: El documento *Métodos de evaluación de problemas o riesgos y su posible utilidad* del Instituto nacional de Salud, explica que, para analizar las mortalidades en menores de 5 años por estas causas se podrían utilizar: El análisis de causa raíz (ACR) y La ruta de la vida - camino a la supervivencia (4 demoras) (71).

Estas metodologías son aplicadas en el curso de las unidades de análisis, cuyo cumplimiento es obligatorio y comprende uno de los indicadores de la Vigilancia en Salud Pública. Por lo que es un escenario óptimo de análisis sectorial de todas las partes involucradas en la atención de la persona fallecida, logrando como resultado un consolidado de problemas causa raíz o demoras descritas.

Para este escenario se recomienda que, ante la identificación de características sociodemográficas o ambientales detectadas a través de la vigilancia en salud pública, se contemple incluir en la convocatoria de la unidad de análisis, a las instituciones o actores vinculados con el abordaje de estas problemáticas locales (ICBF, integración o participación social, entre otros); de tal forma que en la concertación del plan de mejoramiento se logren incluir acciones intersectoriales y de incidencia positiva para los determinantes sociales de la comunidad originaria del menor o persona fallecida. En este sentido, el profesional de Programa IRA/EDA del territorio podrá orientar a cada uno de los actores presentes y relacionados con las demoras o problemas para la postulación de acciones específicas, indicadores y metas que serán objeto del presente plan de mejoramiento y llevará a cabo el seguimiento de cada institución y del cumplimiento del plan.

Lo anterior implica, que las actividades desarrolladas por cada actor cursarán con un proceso de supervisión a través del área y persona delegada en la institución, y a su vez el profesional de la secretaría de salud municipal (de acuerdo con la categoría), distrital o departamental del equipo de



Programa de Prevención Manejo y Control de la IRA/EDA del Territorio generará el consolidado y el seguimiento hasta el cierre de las actividades definidas por cada actor.

PASO 2: Diseño del plan de mejoramiento

Se debe generar un plan de mejoramiento individual por cada caso de mortalidad utilizando el formato de plan de mejoramiento por mortalidad por IRA y EDA. Este plan único por caso incluirá estrategias a implementar desde la dirección territorial, el asegurador, prestador y otros actores que se consideren pertinentes en el territorio (Secretaría Municipal, Departamental, actores de otros sectores, etc). Se recomienda que este plan se concerte y construya durante la unidad de análisis, es decir inmediatamente se ha confirmado la mortalidad por estos eventos, dado que se cuenta con la representación de todos los actores involucrados en la atención del menor.

En caso de identificar la ausencia de algún actor relacionado con una demora o causa de la mortalidad (sectorial o no sectorial), dentro de los siguientes 5 días al desarrollo de esta Unidad de Análisis y el Plan de Mejoramiento, el profesional del Programa IRA/EDA local debe generar una reunión con estos actores y concertar las acciones a incluir en el plan de mejoramiento.

Este plan debe construirse a más tardar a las 8 semanas de la mortalidad; en este sentido corresponde el fortalecimiento de los procesos de VSP de todos los actores del sistema para que se lleva a cabo la Unidad de Análisis y el Plan de mejoramiento dentro de este periodo.

En aquellos territorios donde la mortalidad por IRA y EDA ocurre de manera semanal, se puede realizar un Plan de mejoramiento que agrupe los casos identificados cuyas variables como Municipio, EAPB y prestador coincidan, de tal forma que se puedan generar planteamientos más robustos y se puedan pactar acciones soportadas en los hallazgos de estos casos.

Lo anterior explica que este componente de la estrategia institucional, se considera como una herramienta de cohesión y de fortalecimiento de las acciones integrales para la población sujeto, que van enmarcadas en las responsabilidades de los actores del SGSSS así como en otros sectores que inciden en el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de la población que habita en el territorio nacional.

PASO 3: Seguimiento al Plan de Mejoramiento por la Entidad Territorial

Basados en las acciones, indicadores y metas concertadas para cada actor o institución, se debe realizar el seguimiento acordado (semanal-mensual), con el fin de revisar el estado de avance y la necesidad de brindar un acompañamiento técnico para la generación de capacidades a nivel institucional y programático. Esto puede ir desde la verificación de procesos delegados al área de prestación de servicios: calidad de la atención, procesos de referencia y contra-referencia, gestión del riesgo individual, así como revisión de la cobertura y caracterización por parte de la EAPB y el abordaje de la población a través de la red contratada, contratación oportuna del talento humano (de



las EAPB, IPS y del Plan de Intervenciones Colectivas), estado de avance del PIC, suministro de agua a la comunidad desde los actores locales responsables, entre otras. Así como el acompañamiento para la implementación de la Estrategia de salas ERA o de las Unidades de Atención Comunitarias.

Todo plan elaborado, debe contar con el seguimiento de cada acción y actor hasta lograr el cierre completo de las actividades; tenga en cuenta que las acciones que no impliquen cambios en infraestructura física institucional deben tener un cierre a más tardar a los 3 meses de pactado el plan.

Si finalizados los plazos no se evidencia el cumplimiento de los indicadores y metas, se procede a la generación del indicador de cumplimiento individual y se remite al Ministerio de Salud a través del FTPS destinado para los planes.

PASO 4: Seguimiento al Plan de Mejoramiento por el Ministerio de Salud y Superintendencia Nacional de Salud

Es importante realizar la remisión hacia el Ministerio de Salud de los planes construidos y los cerrados, a través de la herramienta FTPS, con el fin que se realimentar las acciones planteadas, orientar el acompañamiento técnico desde el nivel Nacional o territorial a los actores involucrados en las mortalidades y como parte de del seguimiento a los indicadores de gestión y resultado del programa. así como el seguimiento sobre la oportuna elaboración de los planes y el desarrollo completo de los mismos.

Si alguna entidad territorial detecta el no cumplimiento por parte de algún actor, puede remitir según la fecha de corte establecida por el Ministerio, los planes sin finalizar y de esta forma en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud, se revisarán los incumplimientos enmarcados en la reincidencia de casos y muertes por estos eventos en estas instituciones. Para el caso de actores de otros sectores donde no se haya evidenciado el cumplimiento, también se revisará a la luz de otros entes de control que puedan apoyar estos procesos en aras de disminuir la mortalidad infantil.

Dado que toda mortalidad por IRA y EDA en niños menores de 5 años debe implicar un plan de mejoramiento, se requiere el seguimiento de las acciones de todas las instituciones y cuantificar los hallazgos de forma trimestral, semestral y anual; para escalar los hallazgos de los incumplimientos

Resultados de seguimiento trimestral/semestral/anual

Semaforización	Interpretación/acción
Satisfactorio de 90-100%	En la entidad territorial se están generando los procesos de mejoramiento de manera articulada y con monitoreo con oportunidad, se requiere mantenimiento en el seguimiento de la integralidad de la atención para casos IRA y EDA
Aceptable de 80- 89%	La entidad territorial debe identificar las causas sobre la no realización de plan de mejoramiento y realizar acompañamiento técnico a los actores sobre este proceso.
Crítico: Igual o menos de 79%	La entidad territorial debe identificar las Instituciones o actores que no generaron el plan de mejoramiento y requieren de manera urgente asistencia técnica en el corto plazo y que son objeto de trabajo en mesas de articulación y seguimiento entre Secretaría, Ministerio y SúperSalud.



Fuente: Instructivo y formato de plan de mejoramiento para mortalidades por IRA y EDA.

En general, para todos los actores del SGSSS y actores sociales activos con procesos definidos para la primera infancia, el seguimiento a la mortalidad debe darse de manera permanente, inmediato; cualquier mortalidad evitable como estas, debe generar reacciones inmediatas en el municipio, localidad, ciudad, en la cual se haya identificado. Priorizando los procesos comunitarios de identificación de riesgos y toma de decisión, así como a nivel institucional con la oportunidad y calidad de la atención. Tal como lo muestran los antecedentes de los problemas identificados o demoras previamente analizadas, derivando en mortalidades (**Ver Anexo 4: Instructivo y formato de Plan de Mejoramiento por Mortalidades por IRA y EDA en niños menores de 5 años**).

6.1.7 Plan de generación de capacidades:

De acuerdo con los análisis anteriormente realizados, se pueden evidenciar fortalezas y barreras frente al acceso y la calidad de los servicios de salud. Por eso se considera necesario que de manera permanente se refuercen los conocimientos del talento humano de las instituciones de salud de los territorios quienes finalmente brindan atención a la población de niños menores de 5 años.

En este sentido, como parte de la estrategia Institucional del programa se ha considerado el desarrollo de capacidades, que consiste en un proceso mediante el cual las personas, organizaciones y sociedades obtienen, fortalecen y mantienen las aptitudes necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo a lo largo del tiempo.

Así como desde el Ministerio de Salud, se desarrolla como proceso estratégico el Fortalecimiento de capacidades técnicas de los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es pertinente que a partir del liderazgo del ente rector en salud Departamental, Distrital y Municipal, se potencien las capacidades humanas y técnicas de los trabajadores de salud, para mejorar las condiciones institucionales y locales de atención integral; es decir, contar de manera permanente con un talento humano cualificado y humanizado con el cual se alcancen los objetivos en salud de la primera infancia.

A partir de la Política de Atención Integral en Salud y la Resolución 518 de 2015, se elaboró el documento “Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública”, en el cual describen en detalle el despliegue del **Proceso de Desarrollo de Capacidades** como parte estratégica y funcional de la Gestión Territorial en Salud Pública. Esto implica que el fortalecimiento y cualificación del talento humano de nuestro sistema de salud, es una actividad obligatoria, permanente y necesaria para mejorar los procesos de atención en todas las Entidades Territoriales.



Basados en la permanente actualización de lineamientos y normatividad del sector salud, los periodos de transición que ocurren en los cambios de gobierno locales y nacionales y la desafortunada alta rotación del personal de salud en las instituciones, se debe materializar el ejercicio de generación de capacidades bajo las mejores metodologías, para brindar las orientaciones técnicas que se encuentran vigentes, partiendo de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud. Para efectos del presente documento, se hará énfasis en los temas que deben ser prioritarios dentro del plan de generación de capacidades del programa de IRA y EDA, pero esto no excluye el abordaje de diferentes lineamientos que se prioricen en los análisis locales e institucionales.

A partir de las indicaciones impartidas en el presente programa, relacionadas con el ejercicio de la atención en salud para la IRA y la EDA en menores de 5 años, se logran identificar los principales documentos que deben ser completo dominio para el talento humano en salud. Se trata de las Guías de Práctica Clínica, Lineamientos de atención, Protocolos y orientaciones técnicas de las cuales se disponen para la atención integral a nivel ambulatorio, hospitalario, así como su seguimiento y las pautas de educación individual y familiar que deben brindarse en torno a evitar complicaciones de los cuadros y a brindar la mejor información a madres, padres y cuidadores para su cuidado en casa y la toma de decisión oportuna para consultar ante algún signo de alarma.

En este sentido, se toman como base las metodologías más reconocidas para la generación de capacidades y que se deben definir en torno al ejercicio de análisis de los casos y la imperante necesidad de evaluar y monitorear permanentemente los hallazgos de dichos procesos, en aras de lograr disminuir la mortalidad evitable por IRA y EDA teniendo mejores y oportunas intervenciones en salud para estos eventos en todo el territorio nacional.

Por esta razón, a partir de los resultados territoriales anuales (tomar como línea base el comportamiento de los últimos 3 años), se debe elaborar, implementar y evaluar un plan para la generación de capacidades al talento humano en salud/social, donde se contemplen todas las actividades programáticas, a partir de los siguientes criterios de priorización:

- Ocurrencia de Mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años: Municipal e Institucional (IPS y EAPB), lo cual siempre debe incluir el enfoque étnico y territorial.
- Mayor concentración de casos de IRA y EDA: De acuerdo con los análisis de RIPS, SIVIGILA (Previo a inicio de pico respiratorio, incremento de brotes de IRA y EDA o temporada invernal).
- Indicadores de Programa no satisfactorios: Derivado de la Inexistencia de procesos, o indicadores de Adherencia a las GPC, Salas ERA, Planes de mejoramiento de mortalidad no cerrados.
- Basados en las coberturas de vacunación: Revisar inicio de jornadas de vacunación contra Influenza.



Aprender es un proceso de cambio, que causa cierto grado de resistencia. La resistencia de la persona adulta ante el cambio es menor y se supera cuando el aprendizaje está relacionado con las necesidades actuales personales u organizacionales. Es importante que la persona que se capacita sienta la necesidad, manifieste un interés personal y vea su beneficio. Las personas superamos nuestra resistencia frente al cambio cuando sentimos la posibilidad de usar lo aprendido de inmediato en nuestra vida cotidiana o en nuestra ocupación profesional (72).

Por esta razón, es esencial que se evalúen los procesos y se analicen los resultados, en conjunto con los actores del SGSSS y sea parte de su autoevaluación, con el fin de enfocarlos en la necesidad de mejora permanente de las acciones de atención, entendiendo que la IRA y la EDA son eventos que pueden ser evitados y al presentarse, no deberían desencadenar en una hospitalización y muerte, sino al contrario, debe garantizarse una atención integral preventiva, un manejo y seguimiento oportuno de los casos y un seguimiento exhaustivo de toda la cohorte de niños y niñas menores de 5 años que residen en el territorio nacional.

El plan para la generación de capacidades como su nombre lo indica requiere una concertación de actividades, frecuencia, modalidad, horario, temas de profundización, mecanismo de evaluación, responsables, entre otras variables que deben ser definidas en coordinación de la DTS con los actores involucrados; estableciéndose además, el compromiso de garantizar los espacios para la participación del talento humano y aprovechar este escenario de aprendizaje como uno de los procesos de gestión institucional evaluable a nivel de auditoría interna.

Para desarrollar el plan se consideran varias metodologías que acompañan el ejercicio de generación de capacidades, a partir del reconocimiento de sus necesidades, capacidades, oportunidades y en respeto a la autonomía y función descentralizada local (73). Estas cuatro modalidades son reconocidas en el ejercicio de aprendizaje para adultos por lo que deben ser adaptadas según las herramientas disponibles e implementadas de manera complementaria a otras modalidades previamente utilizadas de manera exitosa:



Ilustración 20. Metodologías para la generación de capacidades en el Programa Nacional de IRA y EDA.

Metodologías para la Generación de Capacidades de Programa





Tengan en cuenta los siguientes puntos clave:

1. Todo proceso de fortalecimiento de capacidades que se implemente requiere una evaluación inicial (pretest) y una evaluación de cierre (postest).
2. Cada tema o ciclo desarrollado también debe ser evaluado en cuanto a pertinencia temática así como modalidad (evaluación de percepción, pre y postest).
3. Para desarrollar esta actividad es estratégico plantearlo dentro de las acciones de la coordinación intersectorial, es decir con universidades u otras instituciones educativas.
4. Este desarrollo se contempla en el seguimiento semestral y anual del programa, por lo que debe ir en consonancia con los hallazgos de la adherencia a GPC, indicadores de Sala ERA y situación de mortalidad del periodo evaluado.
5. Los temas a abordar deben incluir procesos de atención diferencial, UAIC y las demás acciones programáticas (3 estrategias de programa)



6.2. Estrategia Comunitaria.

El objetivo de la estrategia comunitaria es orientar la gestión técnica y operativa de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales y otros actores del SGSSS, mediante estrategias de participación social, educación y comunicación para la salud e información en salud, por medio de la implementación de herramientas de difusión de mensajes, generación de capacidades y unidades de atención que favorecen la prevención, manejo y control de la IRA y EDA en niñas y niños menores de 5 años.

El alcance de la presente estrategia es brindar orientaciones técnicas a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) y otros actores del SGSSS para la implementación de la estrategia comunitaria en el Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños y niñas menores de 5 años; en el marco de los procesos de la planeación en salud, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y la atención individual. La estrategia comunitaria está dirigida a las y los referentes (encargados) de los eventos de IRA y EDA de las DTS, a los equipos de Atención Primaria en Salud (APS), Agentes de Salud, Profesionales de la Salud que trabajen con infancia y Equipos responsables de la Salud Infantil del nivel Departamental, Distrital y Municipal, así como los encargados en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), para que sea implementada.

Para la implementación de la estrategia comunitaria se hace necesario aunar esfuerzos institucionales y comunitarios para garantizar las acciones de salud pública con un enfoque de promoción de la salud, detección temprana de los problemas de salud y prevención de las enfermedades, a la luz de los conceptos de participación social, enfoque diferencial, información en salud y educación y comunicación para la salud, como muy bien se ha hecho visible desde la pandemia por COVID-19. Proceso que parte del análisis de las condiciones sociales, económicas y culturales relacionadas con la aparición y atención de las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas en los niños y niñas menores de 5 años.

La estrategia contempla aspectos identificados como favorecedores para una alta prevalencia de la IRA y la EDA, en el estudio de áreas demostrativas del diseño del presente programa (3), como:



- El desconocimiento por parte de las madres, padres y cuidadores sobre la prevención, el manejo en casa y la identificación de los signos de alarma para buscar asistencia en salud (con sólo un signo de alarma se debe consultar de inmediato).
- Barreras geográficas, que se presentan para acudir de manera oportuna a los centros de atención, por la dispersión y lugar de residencia de las poblaciones y la ubicación de los servicios.
- Desde lo ambiental, las malas condiciones del aire y el agua, las precarias condiciones de las viviendas, la insuficiente infraestructura sanitaria como acueducto y alcantarillado, la mala convivencia con animales domésticos (perros, gatos, bovinos, asnos y equinos); la presencia de roedores en las viviendas; presencia de agua estancada o alcantarillas cerca de la vivienda, la inadecuada manipulación de alimentos; presencia de inundaciones, entre otras.
- Falta de una atención intercultural en salud en los servicios de salud, por el desconocimiento o invisibilización de la diversidad cultural y sus relaciones con los servicios de salud para las poblaciones étnicas del país, que genera desconfianza para acceder a los servicios en la relación médico-consultante, entre otras barreras.

Las anteriores situaciones señalan una problemática que afecta de manera notoria, aunque no exclusivamente, a las regiones más dispersas y apartadas del territorio colombiano, que se asocian con la baja capacidad resolutive de los centros de atención, con servicios básicos para la atención de la IRA/EDA inexistentes o desarticulados a la red de servicios de salud, ausencia de laboratorios clínicos e insumos médicos, escasez de personal de salud con capacidades resolutivas y con conocimiento y contacto con las comunidades, desconocimiento de las prácticas culturales locales, entre otros aspectos que afectan la salud (74).

La estrategia comunitaria se basa en la difusión para la apropiación de los tres mensajes clave del Programa Nacional de IRA y EDA, por parte de los actores sociales claves, conocimiento que debe ser debatido y puesto en diálogo de saberes con las comunidades desde sus propios saberes y prácticas culturales, cuya adaptación debe corresponder al contexto y realidades de las familias y comunidades; buscando el cuidado y la atención integral de la primera infancia en comunidad, para dar respuesta a las preguntas:

1. ***¿Cómo evitar que la niña o niño se enferme de IRA y EDA?***
2. ***Si se enferma ¿cómo se debe cuidar en casa y cómo se evita que contagie a otras personas?***
3. ***¿Cuándo consultar? Signos de alarma, ante la presencia de al menos un signo de alarma se debe dirigir de inmediato a una institución de salud.***



Los contenidos buscan trascender la prevención y manejo de la IRA y la EDA al abordar diferentes temas de la infancia, tal como se plantea en el componente comunitario de la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), la propuesta está acompañada del fortalecimiento de conceptos generales del cuidado de la salud.

Las acciones de generación de capacidades en cuidadores, familias y comunidad se plantean en el marco de la participación social y comunitaria. Dentro de ese panorama y teniendo como punto de partida los derechos consagrados en la Convención Internacional de Derechos del Niño (y de la niña), se busca llegar a respuestas efectivas y eficientes que requieren de una adecuada aplicación de la Atención Primaria en Salud –APS–, es decir, implican generar un proceso de trabajo comunitario con participación social, que lleve a la comunidad y a sus actores sociales claves a reflexionar sobre las problemáticas y sus posibles soluciones, así como mejorar las prácticas del cuidado, la oportunidad y calidad en la atención inicial de los casos.

6.2.1 Procesos de la estrategia comunitaria

La estrategia comunitaria se define en el desarrollo completo de tres procesos, que son: 1. La difusión de los tres mensajes claves programáticos. 2. La generación de capacidades con actores sociales claves, y 3. La implementación de unidades de atención comunitarias. Los cuales están cruzados por el enfoque diferencial de género, étnico, poblacional y territorial, con el fin de lograr generar capacidades en cuidadores, familias y comunidad para la prevención y cuidado de las niñas y los niños con IRA/EDA; fortalecer las capacidades que favorezcan la salud infantil en los territorios y hacer efectivas las intervenciones de información en salud y educación y comunicación para la salud en las personas, familias y comunidades sobre estos dos eventos.

Los procesos de la estrategia comunitaria deben estar evidenciados en la planeación en salud y en la gestión en salud pública a nivel territorial, es decir, en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), con la participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Direcciones Territoriales de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de salud públicas y privadas). De igual manera, integran las estrategias de infancia de Cero a Siempre, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI-comunitario y clínico (75)), el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (PDSP), entre otros programas y políticas que sean afines.

Estos tres procesos son complementarios, pues los resultados de la generación de capacidades pueden nutrir el diseño de las piezas de comunicación que se van a difundir de los tres mensajes, éstas a la vez se pueden integrar a los encuentros pedagógicos y todas ellas sirven a la implementación de las Unidades de Atención Integral Comunitarias (UAIC). Igualmente, son flexibles, deben ser adaptados a los territorios y poblaciones, en el caso de realizarse con poblaciones étnicas se deben realizar procesos de adecuación sociocultural:



Ilustración 21. Procesos de la estrategia comunitaria.

1. Difusión de los tres mensajes claves

2. Generación de capacidades

3. Unidades de Atención Integral Comunitarias

6.2.1.1 *Difusión de los tres mensajes de IRA y EDA*

Este proceso principalmente se realiza con la intervención de Información en Salud (IeS) que incluye “acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del SGSSS y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud” (39). Para el Programa de IRA y EDA en específico se promueve la difusión de los contenidos de los tres mensajes claves, con la información que de manera general se contemplan desde el MSPS (**ver Anexo 5. Mensajes clave sobre IRA y EDA para difusión, Anexo 5.1. Descripción de mensajes clave de IRA y EDA, Anexo 5.2. Plegables de IRA y EDA**) , pero que han de ser adaptados en cuanto a lo territorial y poblacional, preferiblemente diseñados de manera participativa con comunidades y expertos en comunicación y diseño. Se recuerda que una buena acción en IeS busca que las personas se enteren de algo, entiendan de qué se trata y que les sirva para tomar decisiones informadas sobre la salud.

El MSPS pone a disposición de las Direcciones Territoriales de Salud dos piezas gráficas con los tres mensajes, una para IRA y otra para EDA, las cuales se pueden reproducir, redistribuir y adaptar con fines no comerciales, siempre cite correctamente e incluya el logo del Ministerio. En ningún uso que se haga de las piezas se debe dar a entender que el MSPSP respalda una organización, producto o servicio específicos. Las piezas se encuentran en el anexo 2 de esta guía. Para su reproducción o rediseño se recomienda trabajar articuladamente con la oficina o encargados de comunicaciones de la entidad territorial. La inclusión de las piezas gráficas en un plan de medios es una gestión a realizarse, además de lograr una mayor difusión por varios medios de comunicación, pues con los contenidos de los mensajes claves se pueden diseñar cuñas radiales, mensajes para perifoneo, afiches, vallas, mensajes para medios y redes digitales, mensajes en elementos de uso cotidiano (pocillos abanicos, gorras), entre otras. Es importante contar con articulación con los medios de comunicación comunitarios, así como propender porque los mensajes se difundan en los



medios que mayor cobertura tengan en el territorio⁸ y tengan en cuenta las condiciones de las comunidades para divulgar la información.

La información de los tres mensajes también es susceptible de desagregación por temas al es necesario lograr ser explicativos en la difusión de cada práctica señalada en los mensajes, así también se pueden generar diferentes piezas y medios de difusión. Otra posibilidad es potencializar los mensajes en fechas especiales como el día del lavado de manos, el mes de la infancia, día del agua, día del aire limpio, entre otros.

Las piezas realizadas tienen el potencial de servir como material pedagógico de la generación de capacidades en comunidad, por ello es importante que tengan un uso de imágenes y lenguaje cercano, cotidiano, claro y sencillo para una mayor apropiación de los mensajes. Se deben incluir piezas y mensajes en lenguajes adecuados a personas en condición de discapacidad, es decir, es fundamental que las piezas dialoguen con la realidad contextual de las poblaciones a quienes van dirigidas. Si su empleo se proyecta con poblaciones étnicas se han de hacer adecuaciones en las imágenes y en el lenguaje.

Según las orientaciones para el desarrollo de la información en salud dentro del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) (76), se recuerdan algunos de los elementos claves a contemplar en el desarrollo de esta primera herramienta de la estrategia comunitaria del Programa de IRA y EDA. El trabajo en Información para la Salud busca aumentar el conocimiento de las madres, padres y cuidadores por medio de piezas que los persuadan a realizar prácticas de prevención de los eventos, que se anticipen a la enfermedad (en especial al empezar los picos respiratorios nacionales), que promuevan un correcto cuidado en casa y refuercen las prácticas protectoras de la infancia, por ejemplo.

Se recomienda reconocer los comportamientos, sentimientos, creencias y comportamientos de la población, para poder hablar desde ellos, y potenciar la capacidad de cambio que las personas y comunidades tienen, por medio de mensajes positivos y estimulantes. Se deben evitar los mensajes que generen miedo, culpa, asco o aversión.

6.2.1.2 Generación de capacidades en comunidad

Para la realización de procesos de Educación y Comunicación para la Salud (ECpS) en esta estrategia se propone como herramienta la realización de cinco encuentros pedagógicos de generación de capacidades, que trascienden la prevención y manejo de la IRA y EDA, pues abordan diferentes temas de la infancia, siguiendo los planteamientos del componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI-, el

⁸ Según la Ley 1122 de 2007 en la franja infantil de los programas de televisión se debe hacer promoción de hábitos y comportamientos saludables (artículo 33), por lo cual se pueden gestionar espacios en estos medios.



fortalecimiento de conceptos generales del cuidado de la salud de los niños y las niñas, aspectos ambientales, entre otros. El diseño de los encuentros pedagógicos se encuentra en el anexo 6, se recuerda que es una propuesta a ser adaptada en las entidades territoriales. A continuación, se presentan algunos pasos necesarios para la implementación de los encuentros.

Selección de las poblaciones participantes

A partir de los análisis epidemiológicos, el documento de Análisis de Situación de Salud (ASIS), de las unidades de análisis de mortalidades, la caracterización poblacional a cargo de las EAPB, las caracterizaciones socio ambientales realizadas en el marco del PIC, boletines e informes de las organizaciones de la sociedad civil y otras fuentes de información que brinden una caracterización de la población y la situación en cuanto a morbilidad por IRA y EDA en niñas y niños menores de 5 años, el referente del Programa y su equipo encargado en la entidad territorial identifican los territorios, la escala se debe ajustar a municipios, veredas y barrios según sea pertinente, en los cuales se requiere realizar la generación de capacidades con las comunidades. Esta selección también se debe realizar, o por lo menos socializar, con las otras áreas del sector o en espacios intersectoriales, en pro de realizar articulaciones y consensos sobre su implementación. Igualmente, al tener seleccionado los lugares y población se debe realizar un proceso de socialización y consenso con la comunidad en particular para la participación en los encuentros. Si se trata de un grupo étnico se requiere acudir a las instancias propias para lograr la participación.

Al tener la identificación poblacional y con apoyo del mapeo de actores, que se realiza en el marco de la ejecución del Programa (Ver 6.1.3 Abogacía territorial), se requiere la identificación de quienes son claves para participar en el proceso de generación de capacidades, quienes son aquellas personas que pueden generar cambios en lo social, en lo cultural o en el comportamiento de los individuos y comunidades, las mujeres y hombres que llevan trabajando desde hace tiempo en la comunidad y son reconocidos porque trabajan en pro de la salud y/o la salud infantil en sus comunidades. Para identificar a estos actores se recomienda identificar a las lideresas y líderes con capacidad de movilizar a la población, con credibilidad, que educan, difunden y promueven prácticas saludables.

Para la estrategia AIEPI los actores sociales claves en salud son quienes “por su labor en los diferentes medios de comunicación, en su calidad de generadores de noticias y formadores de corrientes de opinión, desempeñan un papel muy importante en lo que se refiere al empoderamiento de conductas saludables en las familias y comunidades” (77). La anterior definición está orientada al trabajo en comunicación, lo cual es de gran importancia, pero debe ser ampliado a personas con capacidades en educación y agencia, superando la entrega de información.

Posterior a la identificación de los actores sociales claves en salud, se puede hacer su convocatoria de dos formas:



- Reunión con actores sociales claves en salud: desarrollar con todos los actores previamente identificados una reunión, en la que se socialice la intención del Programa en general y de la estrategia comunitaria en particular, los tiempos en que se ejecutará, y acordar los horarios y espacios donde se van a desarrollar las actividades.
- Visita en casa de los actores sociales claves: se realiza una visita en la que se le comenta la intención del Programa y la estrategia comunitaria, lo que se quiere lograr en la comunidad, los tiempos en que se ejecutará y se le invita a identificar otras personas que les interese involucrarse. Si se hace de este modo se le debe indicar que se le invitará al primer encuentro en la fecha y lugar definido con anticipación y si no se tiene esta información, contactarlo telefónicamente para garantizar su asistencia.

También desde la experiencia que se tenga en cada comunidad es posible convocar los actores en espacios, ya establecidos previamente por ellos/as, como días de capacitación que tienen las mujeres que trabajan con el ICBF, o aquellos espacios de reunión ya conformados en las comunidades. Las anteriores estrategias son una guía para la convocatoria, sin embargo, es clave que la identificación de los actores se realice con el apoyo y la experiencia que los equipos de APS que se tengan en el territorio. Se aconseja elaborar un directorio con los datos de contacto de todos los posibles actores sociales claves en salud identificados y agrupados por barrios, sectores o municipios, teniendo en cuenta la ruralidad.

Posterior a la socialización e identificación de apoyos y articulaciones se hace un trabajo de adecuación y adaptación de la guía a la realidad poblacional y territorial; donde se tendrá en cuenta:

- Población a la que se desea abordar.
- Conocimiento previo de la población que facilite la implementación⁹.
- Funcionamiento de la APS o de la forma en que se abordan las comunidades por la DTS.
- Talento humano de salud disponible para abordar la comunidad.
- Recursos disponibles.
- Articulaciones sectoriales e intersectoriales.
- Cronograma de trabajo.
- Metodologías opcionales según la cultura o etnia (cuando haya lugar).

Para la concreción de la estrategia comunitaria se requieren muchas más reuniones colectivas o individuales con los otros referentes del sector de la salud, de otros sectores y las y los representantes de las comunidades.

Alistamiento para los encuentros pedagógicos

⁹ Se pueden utilizar los resultados de diagnósticos participativos de otros sectores que hayan sido realizados.



Con el desarrollo de los encuentros pedagógicos se busca generar capacidades en los actores sociales claves, para que favorezcan la salud infantil en los territorios y hacer efectivas las intervenciones de educación y comunicación con familias y cuidadores en cuanto a la prevención, manejo e identificación oportuna de alguno de los signos de alarma de IRA y EDA en niñas y niños menores de 5 años. El alistamiento de éstos comprende una preparación que incluye:

1. Gestión de auditorio y logística. Teniendo en cuenta las herramientas posibles que brinde cada contexto.
2. Gestión de incentivos (refrigerios, reconocimientos, entre otros).
3. Invitación y confirmación de asistencia de las y los participantes.
4. Gestión y preparación de materiales. (tanto digital como impreso)
5. Gestión y acompañamiento de profesional de la salud en caso de que se requiera.
6. Acompañamiento y retroalimentación del proceso al referente de IRA y EDA responsable del programa.

Los materiales para utilizar son materiales sencillos que pueden ser suministrados desde la Dirección de Salud Pública de la entidad territorial, son de bajo costo, necesarios para las construcciones de los conceptos en conjunto y que contribuyen a dinamizar las actividades. Los incentivos no son prioritarios para el desarrollo de las actividades, sin embargo, permiten mantener el interés de las y los participantes en el proceso, estos incentivos pueden asociarse a la participación, es decir que quien tenga total participación al finalizar las actividades recibirá un certificado, un kit de aseo, kit de primeros auxilios, kit de alimentos, por ejemplo.

Se recomienda que los espacios donde se desarrollen los encuentros pedagógicos sean de tipo comunitario, de fácil acceso a los participantes y que no generen ningún sesgo o diferencia entre los participantes, tales como bibliotecas públicas, salones comunales o en instituciones educativas, centros de vida; salones en Centros de Desarrollo Infantil, que no signifiquen ningún costo por su uso o para el traslado de las personas y que sean reconocidos en el territorio. Es importante que los espacios cuenten con buena ventilación e iluminación, además de ser cómodos para los asistentes ya que así podrán desarrollar con mayor interés las actividades programadas.

Encuentros pedagógicos

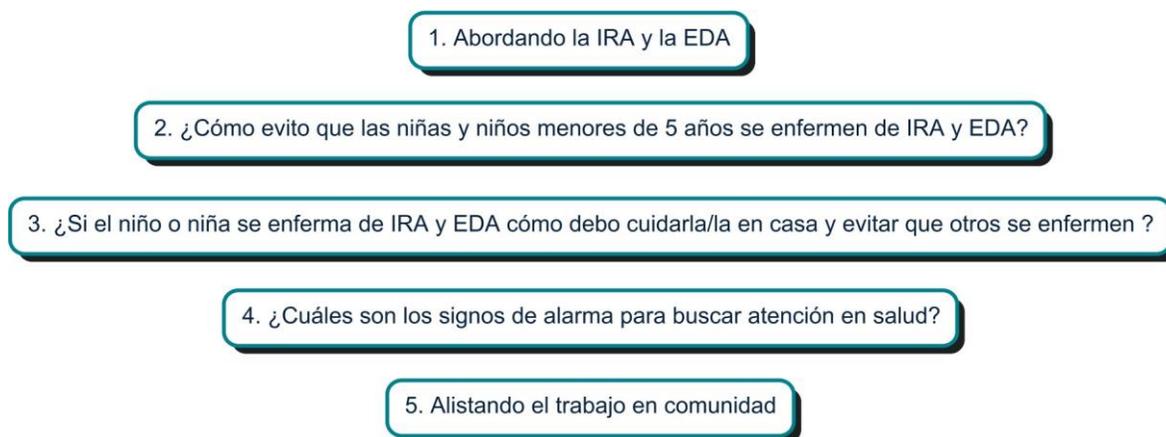
El proceso de generación de capacidades con los actores sociales claves en salud está diseñado para desarrollar en cinco encuentros pedagógicos. La periodicidad de ellos dependerá del tiempo de los participantes, por eso es importante concertarlo previamente, lo ideal sería un encuentro semanal, paralelamente a cada encuentro se debe ir creando el plan de réplica en la comunidad, las cuales pueden realizarse dentro de las mismas familias o círculos cercanos a los y las participantes. Los actores sociales claves serán los encargados de realizar las acciones de réplica en sus comunidades, sin embargo, se requieren recursos que se pueden gestionar con otros sectores



desde la planeación o a través de la sinergia de acciones conjuntas. El facilitador del proceso, quien puede ser el referente del programa o el profesional contratado para las actividades, desde la entidad territorial hará la sistematización del proceso de réplica en la comunidad.

A continuación, se exponen sintéticamente los temas de cada encuentro pedagógico.

Ilustración 22. Temas de los encuentros pedagógicos



Los temas se enmarcan en los tres mensajes que están estipulados en el Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda IRA y EDA y se apoyan en algunos contenidos de la estrategia AIEPI. La estructura se fundamenta en la construcción de un espacio de diálogo y generación de aprendizajes, por lo cual se denominan encuentros. Éstos se dinamizan en tono a preguntas orientadoras del diálogo que conducen a la construcción de definiciones colectivas, susceptibles a una mejor apropiación, y, por ende, a la puesta en práctica desde la lectura de realidad y reflexión crítica de la vida cotidiana (78,79). En el diseño de los encuentros pedagógicos la dinamización se hace en torno a las preguntas que formula el o la facilitadora de la reunión, las cuales con las respuestas irán dando la guía y orientación para abrir el diálogo, es decir, la generación de preguntas es el dispositivo que permite avanzar (80), de tal manera que se haga una articulación de promoción de la salud desde la participación de los actores sociales locales (81), y aquellos que promueven la movilización social para la prevención de enfermedades (82).

En el **Anexo 6 (Propuesta de encuentros pedagógicos sobre IRA/EDA)** se expone una propuesta para la realización de los cinco encuentros pedagógicos con los actores sociales claves, que están diseñados con una duración aproximado de cuatro horas de trabajo en cada encuentro. La estructura metodológica de cada encuentro tiene en cuenta dos momentos, a saber: 1. Generación de capacidades y 2. Elaboración de plan de réplica en comunidad, con un espacio al inicio de introducción al tema y uno al final para el cierre. La actividad de sistematización es transversal a cada encuentro y se debe hacer registro de audio y fotográfico. Vale recordar que la propuesta es general e ideal, debe ser adecuada a las necesidades y condiciones locales de donde se



desarrollará, siendo un diseño flexible a cambios, siempre y cuando se asegure que el contenido fundamental es apropiado por los y las participantes.

De acuerdo a las condiciones de las entidades territoriales la implementación del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de las IRA y EDA se presentan una alternativa para realizar los encuentros pedagógicos de una forma más puntual y rápida. Este se consideraría como un proceso de transmisión de conocimiento, más que de generación de capacidades, donde no se incluyen las réplicas en comunidad ni la formación de actores sociales claves. Estas alternativas no son recomendables para realizarlas en las zonas rurales o dispersas, si se quiere poner en funcionamiento las Unidades de Atención Integral Comunitaria –UAIC- ya que no permiten el compromiso de trabajo con la comunidad y limitan la posibilidad de alianza con la institucionalidad de salud. La alternativa consta de realizar menos encuentros en jornadas más largas de tiempo, según la disponibilidad, pues el trabajo se reduce a la transmisión de información dirigida a grupos grandes de participantes (entre 20 a 25 personas), el diseño de esta alternativa se presenta en el **Anexo 6.1 Propuesta alternativa de encuentros pedagógicos.**

6.2.1.3 Unidades de Atención Integral Comunitarias

El Programa promueve la implementación de una estrategia de atención denominada Unidades de Atención Integral Comunitaria (UAIC), como mecanismo de identificación temprana y atención inicial en el marco de la prestación de servicios, educación para la salud y referencia de casos de IRA y EDA a una IPS en caso de requerirse. Las UAIC tienen un enfoque preventivo y de atención inicial con capacidad de referencia dentro de la red de prestadores definidos localmente; esto explica que se ubique en la estrategia comunitaria del programa, por el enfoque que tiene de lograr prevenir y resolver casos leves de IRA y EDA, en, con y para la comunidad (madres, padres y cuidadores), así como apoyar la identificación oportuna de algún signo de alarma por el cual se remita de forma inmediata a una institución de salud de mayor capacidad.

Otra posibilidad que se tiene en esta modalidad es realizar las acciones de las UIAC en los equipos extramurales de atención y las brigadas de salud, en las cuales se ha de contar con médico y/o enfermero profesional, quienes deben llevar los equipos y materiales necesarios.

Muchas de las causas de las IRA y EDA son prevenibles, pues se asocian a ellas factores de riesgo ambientales, culturales y económicos. Entre los que se encuentra la inequidad social y en salud, pobreza, hacinamiento, bajo nivel educativo de padres y cuidadores, que deben ser modificados para disminuir el impacto de estas enfermedades en este grupo de edad (3). Otras de las causas de mortalidad evitable es el desconocimiento por parte de madres, padres o cuidadores de cómo prevenir las enfermedades mencionadas y ofrecer un adecuado manejo preventivo en casa antes de que se presenten complicaciones, así como la falta de reconocimiento de signos y síntomas ante los cuales se debe buscar atención en salud. Esto se relaciona con una consulta tardía al médico o a la institución de salud y como resultado los niños y niñas se agravan y mueren, especialmente los menores de 1 año.



Las Unidades de Atención Integral Comunitaria (UAIC), como estrategia de atención primaria, busca integrar a las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROC), las Unidades de Atención a las Infecciones Respiratorias Comunitarias (UAERAC/UAIRAC) , las Unidades AIEPI y el AIEPI comunitario (según sean implementados en las entidades territoriales), para superar las demoras administrativas, el suministro tardío de insumos y medicamentos, barreras en el proceso de referencia y contrarreferencia de los niños/as y la limitada participación del prestador, que hoy es evidente en el proceso de gestión a través del funcionamiento de las anteriores unidades mencionadas. Sin embargo, en las entidades territoriales donde se implemente con buen impacto el AIEPI comunitario se debe continuar.

A continuación, se brindan las orientaciones para la implementación de las UAIC, a ser implementadas en las zonas rurales y rurales dispersas, pues es allí donde existen mayor número de factores de riesgo, además, las UAIC deben contar con el apoyo del equipo extramural que involucra en todo caso al auxiliar de enfermería. Sin negar la posibilidad de su implementación en zonas urbanas con alta vulnerabilidad que tengan condiciones de difícil acceso a los servicios de salud y se considere oportuno tener una UAIC. Para los territorios con población étnica es indispensable realizar los procesos de adecuación sociocultural y técnica que se requieren para la implementación de esta estrategia, según Resolución 3280 de 2018.

El equipo suscrito a la UAIC podrá coordinar acciones con los actores sociales claves en salud, en los lugares donde se disponga de ellos, y con la red social de apoyo que contribuirá con el direccionamiento oportuno de los niños y niñas a los servicios de salud, brindará orientación permanente a padres, madres y cuidadores sobre las medidas de prevención y detección oportuno de alguno de los signos de alarma.

La implementación de las Unidades de Atención Integral Comunitaria (UAIC), se financia con cargo a la UPC; su dotación y seguimiento harán parte de los servicios ofertados dentro de la Red Integral de Servicios en Salud (RISS) del prestador. La atención individual que se oferta en las zonas rurales a los niños y niñas con infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, puede ser brindada mediante actividades de telesalud a través de la modalidad de telemedicina en sus diferentes categorías ; de tal forma que permita una atención básica inicial por el auxiliar de salud de forma presencial utilizando el kit de atención respiratoria y/o el kit de atención a la diarrea dispuesto para tal fin; una atención por un profesional de la salud (profesional de enfermería y/o medicina) a distancia de manera virtual a través de plataformas tecnológicas o dispositivos electrónicos dispuestos, que facilite la prescripción de medicamentos si se requiere como parte del tratamiento. Finalmente, de acuerdo con el estado de salud del menor, la realización del proceso de referencia y contrarreferencia a un nivel mayor de complejidad para continuar con la atención, según el protocolo que el prestador emplee.



La atención en la UAIC específica para IRA y EDA se puede ofertar en la modalidad intramural – ambulatoria (a través de los puestos de salud) y como extramural – con atención domiciliaria y jornadas- esta última dependería del servicio de consulta externa que el prestador tiene habilitado de forma intramural.

Para garantizar la efectividad del servicio en la UAIC, se recomienda que el prestador defina las zonas rurales que ameritan el funcionamiento de las UAIC, garantizando una atención a toda la población y de manera prioritaria los eventos de IRA y EDA, y los demás que sean de gran impacto en la salud infantil del área de influencia. Así mismo, fortalecer las capacidades del auxiliar de enfermería para el manejo de estos eventos, y, por último, llevar un seguimiento sistemático del impacto de este servicio en las zonas donde se dispone, llevando el registro de los casos, las remisiones, los ingresos a urgencias por estos eventos en una cohorte y en los picos respiratorios.

Complementaria a la atención individual (PBS), a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), los técnicos en salud pueden desarrollar el componente comunitario propuesto a través de la estrategia comunitaria del programa IRA/EDA, generando un enlace entre la UAIC, la comunidad y la red de atención del territorio, con la formación de actores sociales claves en salud, conformación de redes comunitarias que promuevan acciones Atención Primaria en Salud, prácticas de cuidado en salud en IRA/EDA y acciones de vigilancia en salud pública comunitaria para la identificación, notificación y seguimiento de los niños y niñas con síntomas respiratorios y de deshidratación.

La UAIC es la puerta de entrada para la atención individual en salud (PBS) de los niños y niñas, y que complementariamente a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) permite la implementación de la estrategia comunitaria, del programa IRA/EDA, fortaleciendo el trabajo en salud colectiva con actores sociales y comunitarios claves, mediante acciones estratégicas de información en salud y procesos de educación y comunicación en salud – ECpS, que promuevan la participación social (redes de base comunitaria y de la sociedad civil), trabajo comunitario entorno a la promoción de la salud, una atención inicial institucional y el direccionamiento oportuno de los niños y niñas a los servicios de salud del prestador más cercano. **(Ver Anexo 7. Estrategia de Unidad de Atención Integral Comunitaria UAIC)**

Objetivos de la UAIC

- Brindar atención básica de IRA y EDA en salud a niños y niñas menores de 5 años en la comunidad, con el fin de identificar factores de riesgo o signos de alarma por los cuales deban ser remitidos de manera oportuna y sin barreras de acceso a la IPS de su red más cercana.
- Realizar procesos de educación y comunicación con madres, padres, cuidadores, familias y comunidad sobre el cuidado de los niños y niñas, medidas de prevención, manejo en el hogares identificación oportuna de alguno de los signos de alarma de la IRA y EDA.



Ubicación de las UAIC

Las UAIC se deben ubicar en las zonas rurales, especialmente en zonas rurales dispersas, donde el acceso a los servicios de salud de baja complejidad ofertado por el prestador se encuentra más lejano. Sin embargo, en contextos urbanos donde existan comunidades con difícil acceso a los servicios de salud y otras vulnerabilidades se pueden implementar estas unidades.

Implementación de una UAIC

Según las necesidades poblacionales y territoriales de las entidades se ha de realizar un análisis sobre la pertinencia de contar con Unidades de Atención Integral Comunitarias, los criterios a contemplar son, entre otros, los siguientes:

- Frecuente consulta por los eventos de IRA y EDA en comunidades específicas.
- Concentración de mortalidades de los tres eventos en poblaciones, lugares o comunidades específicas.
- Barreras de acceso a los servicios de salud por alta dispersión poblacional.
- Carencia de servicios e infraestructura de salud en el territorio.

El análisis de los datos epidemiológicos es un recurso clave para la identificación de las poblaciones y lugares con necesidad de contar con esta modalidad de atención inicial, procesos de educación y comunicación y articulación en la red de prestación de servicios. Cuando la entidad territorial cuente con dicha identificación se contacta a la o las EAPB que tienen aseguradas a las poblaciones priorizadas por esta identificación inicial y empezar un ciclo de reuniones de abogacía para la apertura de las modalidades. Se requiere elaborar una presentación que mínimamente contenga: situación de morbimortalidad de los tres eventos en los últimos años, focalización de datos epidemiológicos en población afiliada a la EAPB, normatividad, ubicación geográfica de las poblaciones priorizadas, datos demográficos, caracterización inicial de la población, mapa de la red de servicios de salud, oferta de los servicios de salud que llegan a las poblaciones y presentación de las UAIC, que debe incluir su operatividad, beneficios, proyecciones y CUPS que se pueden aplicar en la modalidad.

Para la socialización de dicha presentación es conveniente que se cite oficialmente a la gerencia de la EAPB y su red prestadora desde el nivel más alto de la entidad territorial posible, es decir, con carta del gobernador/a, alcaldesa o alcalde y la o el secretario de salud. Luego de las reuniones iniciales y cuando se tenga la aceptación de la EAPB de incluir las UAIC en su oferta, es necesario que se deleguen formalmente los referentes encargados para continuar con el proceso hasta llegar a su apertura, estableciendo periodos de reunión con la gerencia para informar de los avances y necesidades del proceso. Se recomienda que todos los correos que se envíen durante el proceso de



gestión se hagan con copia a la gerencia de la EAPB como al cargo más alto de la entidad territorial que se pertinente.

Con el equipo que sea nombrado desde la entidad territorial y la EAPB se continua el proceso gestión de la apertura de la o las UAIC que se identificaron como necesarias. Es dispensable asegurar la presencia permanente de la auxiliar de enfermería que será capacidad y estará encargada de la UAIC, su articulación con los equipos interdisciplinarios, la garantía de comunicación con un profesional de medicina y el proceso de referencia y contra-referencia. Así como asegurar el espacio, la dotación e insumos necesarios, en el **Anexo 7. Estrategia de Unidad de Atención Integral Comunitaria UAIC** se entrega una lista básica de insumos para el funcionamiento de las UAIC que puede ser ampliado según las necesidades y disponibilidades que se cuenten en el territorio.

Al tener los recursos y compromisos establecidos se deben realizar reuniones con los representantes, autoridades propias, líderes y lideresas de la comunidad del área de influencia que tendrán las UAIC para socializar la modalidad, escuchar las necesidades, lograr la aceptación de su implementación e iniciar la conformación o fortalecimiento de las redes comunitarias que apoyarán el proceso de las UAIC. Este paso no se recomienda realizar antes para no generar expectativas en las comunidades que luego pueden ser contraproducentes.

Funcionamiento de una Unidad de Atención Comunitaria (UAIC)

El prestador público o privado que se encuentra operando en la zona, de acuerdo al análisis de la situación de salud, los indicadores de morbi-mortalidad de los niños y niñas en las zonas rurales y de las condiciones geográficas para el acceso a la atención en salud básica, implementa la estrategia UAIC mediante cualquiera de las modalidades de atención en salud que están definidas en la Resolución 3100 de 2019: atención intramural de manera ambulatoria; extramural, atención domiciliaria, brigadas y jornadas en salud; con el apoyo de actividades de telesalud a través de la modalidad de telemedicina en sus diferentes categorías y cumpliendo con los criterios de habilitación y de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

Si se organiza la UAIC, en la modalidad de atención ambulatoria intramural, se debe disponer de un servicio habilitado ya sea consulta externa de enfermería, medicina general, y se prestaría a través de un puesto de salud ubicado en la zona rural, con un Auxiliar de Enfermería, con teleapoyo continuo y guardando las medidas de bioseguridad contempladas en la normativa vigente para la habilitación de servicios de salud.

En la modalidad extramural, se organiza mediante el servicio de atención domiciliaria o jornadas en la cual se ofertaría un servicio de atención individual (PB) y/o atenciones colectivas (PIC). Para la atención en jornadas, el auxiliar de enfermería puede organizar salidas y brindar la atención en sitios adaptados temporalmente como: Salón comunal o la maloca, o en un puesto de salud, escuela o



casa de familia donde concentrar la población a atender, cumpliendo con las condiciones mínimas de bioseguridad, dignidad, limpieza y confidencialidad.

Si el servicio se organiza de forma extramural, mediante la atención domiciliar de profesional en enfermería o auxiliar de enfermería se desplazaría casa a casa, brindaría educación, y canalización a los diferentes programas de Promoción y Prevención.

Independiente de la modalidad con la cual se presten los servicios, la UAIC esta manejada por una auxiliar de enfermería, quien depende administrativa y técnicamente del prestador ya sea público o privado y que mantiene una continua comunicación con la profesional de enfermería y/o médico de manera virtual cumpliendo criterios de telemedicina o telesalud. De esta manera, se brinda una atención individual mediante un kit de atención respiratoria y/o el Kit de atención a la diarrea. Si se presenta alguno de los signos de alarma realiza un proceso de referencia y contrarreferencia. Se recomienda realizar entrenamiento al auxiliar en medidas de salvamento, para que en continua comunicación con el medico pueda brindar una atención especial al paciente mientras se realiza el proceso de referencia.

Materiales de Educación y Comunicación para la Salud

A través de los recursos de PIC, la UAIC puede acceder a material educativo general relacionado con el programa de IRA/EDA como manuales, cartillas, afiches o plegables, entre otros. El material educativo específico con el programa de IRA y EDA debe ser construido con la comunidad teniendo en cuenta sus actitudes, conocimientos y prácticas con énfasis en las poblaciones vulnerables para lograr mayor impacto en la salud de la población infantil con buenas prácticas individuales, familiares y comunitarias.

Tabla 13. Material educativo general para las y los responsables de las UAIC

No	Descripción
1	Documento lineamientos para la implementación de la UAIC.
2	Guía operativa de la estrategia comunitaria del programa IRA/EDA con los anexos.
3	Afiche de atención al niño (a) con IRA
4	Afiche de Atención al niño(a) con EDA
5	Material de identificación y promoción
6	Carnés para identificación de los actores sociales claves en salud de apoyo a la UAIC.
7	Material educativo para la comunidad (plegables).

Para evaluar la gestión y funcionamiento de la UAIC es clave el manejo de los registros de información de los niños/as que son atendidos. A continuación, se mencionan los registros básicos de información disponibles, que pueden ser adaptados y/o reconstruidos sobre los registros regulares que tiene el prestador.



Tabla 14. Formatos para registro de gestión de la UAIC.

No	Descripción
1	Formatos de Atención y control en la Unidad
2	Formatos de registro de los asistentes a las actividades educativas o listas de asistencia que maneje el prestador.
3	Formato para direccionamiento a la UAIC por parte de los actores sociales claves en salud de Apoyo a la UAIC

Los anteriores formatos deben ser diseñados por cada prestador, pues son parte de su funcionamiento y deben ser acordes a sus protocolos y procedimientos por modalidad de atención, también se pueden apoyar en los formatos de demanda inducida que manejan en la gestión de salud pública.

Instrumentos para el seguimiento de la UAIC

Con el propósito de hacer el seguimiento a la gestión de la UAIC se requiere que el prestador revise los instrumentos que tiene actualmente para el reporte de la información e incluir, de ser necesario, los siguientes registros de la atención de la UAIC:

- Registro de las atenciones realizadas en la UAIC. La o el auxiliar de enfermería debe llevar un registro nominal de los niños y niñas atendidos en los tres eventos y realizar el reporte mensual a la IPS, que debe revisarse con RIPS y facturación según código CUPS que estén en vigencia. Para evaluar esta actividad debe quedar específico en los RIPS para consolidar mensualmente la información para el seguimiento del indicador de la atención en la UAIC, independiente a los códigos que se encuentren en las categorías de educación individual y grupal.
- Registro del seguimiento a la UAIC. Debe ser diligenciado por la IPS con el propósito de realizar el plan de mejora y acompañamiento para fortalecer la gestión.

Talento humano de la UAIC

La atención que se contempla en la UAIC está liderada por una profesional de enfermería, quien cuenta con una auxiliar de enfermería, quien debe ser de planta y/o tener una relación contractual con el prestador para que haya continuidad en la atención de la UAIC; dicho auxiliar debe mantener comunicación permanente con los profesionales de salud (enfermería o medicina) del prestador por los medios de comunicación que sean más idóneos según el contexto; así mismo se requiere la participación del gestor comunitario en salud, quienes serán incluidos de acuerdo con la definición y lo establecido en la Resolución 3100 de 2020 o aquella que la modifique o sustituya. Los y las auxiliares de enfermería actuarán en coordinación con los actores sociales claves en salud para movilizar y educar a la comunidad en el marco de todas las actividades contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) cumpliendo su rol fundamental de información, educación y



comunicación en salud de las personas y familias en las comunidades. Los voluntarios en salud (actores sociales claves en salud) actuarán a nivel de su comunidad y serán motivados en su territorio, si se requiere, para emprender su proceso de formación como técnico en salud, a quienes se les puede gestionar algún incentivo a nivel local y con funciones básicas de seguimiento y educación.

Funciones del profesional en enfermería en la UAIC

El o la profesional en enfermería de la UAIC, donde no se cuenta con atención médica permanente, está encargado de la atención inicial de niños y niñas con síntomas respiratorios y gastrointestinales y la remisión de referencia en los casos en que se requiere atención médica; además es quien desarrolla actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y acciones individuales de alta externalidad en salud .

1. Realizar la Atención individual en salud a los niños y niñas con síntomas respiratorios y gastrointestinales que acudan a la UAIC, hacer la evaluación de signos y síntomas, factores de riesgo, clasificación y determinar la severidad, estabilizarlos y comunicarse con el profesional de medicina para decidir, según el estado de salud, si debe o no recibir atención únicamente en la UAIC o si necesita ser remitido a una IPS de la red de prestación de servicios de mayor complejidad.
2. Realizar atención individual en salud a los niños y las niñas con EDA y/o deshidratación que acudan a la UAIC, hacer la evaluación de signos y síntomas, factores de riesgo, clasificación y determinar el grado de severidad y grado de deshidratación del menor, estabilizarlo y comunicarse con el profesional de medicina para decidir, de acuerdo al estado de salud y deshidratación, si puede o no ser atendido únicamente en la UAIC o si requieren ser remitido a una IPS de la red de prestación de servicios de mayor complejidad, para activar los protocolos del manejo de estas enfermedades vigentes.
3. Durante la atención individual de los niños y niñas con IRA o EDA que acudan a la UAIC, el profesional de enfermería deberá realizar:
 - a) Anamnesis completa que incluya: Indagar sobre antecedentes personales que puedan orientar sobre condiciones de vulnerabilidad, factores de riesgo, revisión por sistemas, antecedentes familiares en relación con la presencia de casos diagnosticados con IRA/EDA entre los contactos o convivientes, episodios respiratorios recurrentes, hábitos y prácticas saludables en la alimentación, lactancia materna, entre otros.
 - b) Examen Físico: realizar revisión semiológica del cuerpo por sistemas, acompañado de sus signos vitales básicos y valoración de la condición respiratoria y/o gastrointestinal, como los signos de deshidratación para la definición del caso, su clasificación y severidad y establecer el manejo de acuerdo al protocolo de manejo.
4. Administración de medicamentos ordenados por el médico teniendo presente la regla de los cinco correctos.



5. El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería de la UAIC, como administración de acetaminofén, control de signos vitales y seguimientos de los casos.
6. Dar Información en salud, de acuerdo con los hallazgos de la valoración integral que se considere pertinente dirigidos a la persona, familia o cuidador, con especial énfasis en el cuidado de los niños y niñas con IRA y EDA, la identificación oportuno de alguno de los signos de alarma que sugieran gravedad, la importancia de no auto medicarse con antibióticos y el cumplimiento en los esquemas de tratamiento prescritos por el médico.
7. Elaborar un plan de cuidados conforme a los hallazgos en las medidas de protección, uso responsable de los medicamentos, cuándo consultar a servicios de salud ante la identificación de alguno de los signos de alarma, mensajes claves y lactancia materna.
8. Evaluar los criterios para manejo intramural, con aislamiento domiciliario, sala de rehidratación oral, criterios para salas ERA o remisión a otros servicios de mayor complejidad.
9. Elaborar un plan de desarrollo de capacidades en conjunto con la auxiliar de enfermería, dirigido a los agentes comunitarios, promotores, líderes, redes de apoyo, organizaciones de base comunitaria sobre IRA y EDA, para fortalecer el conocimiento, las habilidades y destrezas en la vigilancia comunitaria de la salud pública e identificación oportuna de situaciones de riesgo en la población menor de 5 años asociada a IRA y EDA.
10. Acompañar el proceso de elaboración y análisis de los indicadores de las Unidades de Atención Comunitarias para la gestión local a fin de fortalecer procesos operativos y asistenciales e informar al nivel central
11. Liderar procesos de participación comunitaria y fortalecer las redes comunitarias, las organizaciones de base comunitaria y demás actores claves de la comunidad, en la vigilancia sindrómica de enfermedades de interés en salud pública y prevalentes de la infancia.
12. Activar los procesos de referencia y contrareferencia para el direccionamiento oportuno y sin barreras de los niños y niñas con algún signo de alarma que requieran ser trasladados hacia las IPS de la red más cercanos.
13. Coordinar con la IPS a cargo de la UAIC la entrega de dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos necesarios para el funcionamiento.

Funciones del auxiliar de enfermería en la UAIC

Es importante mencionar que en el marco de las competencias del auxiliar de enfermería está la administración de medicamentos según delegación, formula médica y de acuerdo con la técnica. También brindar atención integral a la familia en relación al ciclo vital de acuerdo con el contexto social, político, cultural y étnico. Así mismo, es importante precisar que la actuación de los auxiliares se da bajo la coordinación y supervisión de profesionales en medicina o en enfermería.

En este contexto, el auxiliar de enfermería en la UAIC puede administrar el acetaminofén para el manejo de la fiebre, la beta 2 en inhalador de dosis medida (IDM) broncodilatador y suministrar las sales de rehidratación oral. Al igual que el plan de cuidados en el hogar o plan de alta con todas las



recomendaciones e indicaciones a fin de prevenir episodios recurrentes que puedan agravar la condición clínica de la niña o niño.

A continuación, se mencionan las funciones específicas que realizaría en la UAIC:

- 7 Mantener una continua comunicación con los gestores comunitarios en salud del equipo multidisciplinario de salud y con los actores sociales claves en salud de apoyo a UAIC, para atender la gestión del riesgo en salud frente a situaciones, rumores, brotes generados en la comunidad que pueda representar una sospecha de riesgo en la salud de menores de 5 años por síntomas asociados a IRA, EDA o Desnutrición, que sean direccionados por la comunidad o por su equipo multidisciplinario de salud de referencia.
- 8 Recibir a los niños y niñas con síntomas respiratorios y gastrointestinales que acudan a la UAIC, realizar la toma de signos vitales (FR, FC, temperatura) indagar con la madre, padre o cuidador signos y síntomas que motivan la atención y comunicarle al profesional en enfermería, el estado de salud del menor.
- 9 Realizar el seguimiento a los 5 días a los niños y niñas a quienes el médico les inició tratamiento ambulatorio y verificar efectos secundarios hasta que se supere el episodio diarreico o gripal, o se vea mejoría en su condición nutricional evidenciada en las medidas antropométricas.
- 10 Administrar los medicamentos, que sean delegados por el profesional de enfermería o medicina que oriente de manera remota.
- 11 Identificar factores de riesgo de los niños y niñas que son atendidos.
- 12 Educar a los padres, madres cuidadores y/o responsables del cuidado de los niños y niñas, sobre los tres mensajes de IRA y EDA: ¿Cómo evito que mi hijo, hija se enfermen?, ¿Cómo lo cuido en casa? y ¿Cuándo debo consultar a un servicio de salud?
- 13 Diligenciar correctamente la información de los casos atendidos en las UAIC, boleta de remisión a la IPS de referencia o el medio que haya sido establecido por el prestador, también la hoja de gastos de suministros que se tienen para tal fin.
- 14 Mantener informado al equipo multidisciplinario de salud de referencia de la UAIC cuando se observe un incremento de casos de Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas en el área de influencia.
- 15 Apoyar a la enfermera en el control, mantenimiento y custodia de la dotación, medicamentos médicos, dispositivos médicos e insumos recibidos para la estrategia UAIC
- 16 Socializar de manera regular con la comunidad las acciones realizadas a través de las UAIC.
- 17 Reunirse continuamente con los Gestores Comunitarios en Salud y con los actores sociales claves en salud de apoyo a UAIC para evaluar la gestión de la UAIC y organizar acciones que fortalezcan la atención a niños y niñas en la comunidad



Funciones de los gestores comunitarios o promotor de salud

El gestor comunitario en salud o promotor de salud debe recibir formación complementaria y continua; dentro de su rol apoyan en el desarrollo de las acciones con la comunidad y las interrelaciones con las poblaciones étnicas, en los sitios donde se cuente con este talento humano, es importante el apoyo para las acciones que se desarrollan en la UAIC:

1. Identificar casos sospechosos de EDA y IRA y direccionar a la UAIC
2. Mantener continua comunicación con la o el auxiliar de enfermería o de salud pública de la UAIC, para la atención de los casos direccionados por la comunidad.
3. Caracterizar la población de niños y niñas menores de 5 años en sus diferentes entornos.
4. Identificar factores de riesgo relacionados con la IRA/EDA de los niños y niñas menores de 5 años en las comunidades.
5. Sensibilizar a las familias sobre la importancia de una buena alimentación infantil y de completar el tratamiento ambulatorio con fórmulas terapéuticas en los niños y niñas según lo ordenado por el profesional de la salud.
6. Informar a la comunidad sobre la existencia de la UAIC y brindar educación sobre su uso adecuado.
7. Realizar la articulación para la adecuación sociocultural a las poblaciones étnicas que facilite la atención con enfoque diferencial en la UAIC.
8. Realizar visitas de seguimiento a todos los niños que han sido atendidos en la UAIC o que han sido remitidos a la red prestadora de servicios de referencia para recibir atención médica.
9. Brindar información y educación a los padres, cuidadores y/ o responsables del cuidado de los niños sobre los tres mensajes de IRA y EDA: ¿Cómo evito que mi hijo, hija se enfermen?, ¿Cómo lo cuido en casa? y ¿Cuándo debo consultar a un servicio de salud?
10. Brindar información en acciones de promoción de la salud y salud infantil, como medidas para la manipulación de los alimentos, saneamiento básico ambiental, manejo adecuado del agua, lavado de manos, disposición de desechos sólidos y líquidos y control de vectores entre otros temas en los diferentes entornos (hogar, escolar, laboral y comunitario).

Rol de los actores sociales claves de apoyo a la UAIC

Los actores sociales claves en salud de apoyo a la UAIC son personas de la comunidad voluntarias, que se distinguen por su liderazgo, gozan del respeto y aceptación y que establecen vínculos y coordinación con los Equipos Multidisciplinarios de salud del prestador. Se constituyen en actores importantes para el desarrollo de acciones de esta estrategia, por lo que han participado en el proceso de generación de capacidades de esta estrategia y pueden desarrollar actividades de información, educación, comunicación y prevención; también hacer referencia de niños y niñas con Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda. Para ello deben identificar rápidamente alguno de los síntomas y signos de alarma, orientar a la comunidad en los cuidados en casa y



direccionar oportunamente a la UAIC los casos que requieran ser atendidos por personal de salud. Los actores sociales claves en salud de apoyo a la UAIC, están activos participando como actores comunitarios. El número de actores comunitarios en los territorios dependerá de las características de cada comunidad.

Es importante que se conforme una red social que sirva de enlace entre la comunidad y los servicios de salud, por lo cual los actores comunitarios deben estar en continua comunicación con los Equipos Multidisciplinarios del territorio, a través de reuniones de coordinación y de capacitación que se realicen de manera periódica de manera que puedan ser replicados en la comunidad a cargo.

Los actores sociales claves en salud podrán realizar, de manera voluntaria y en coordinación con el Equipos Multidisciplinarios del territorio, específicamente con el Gestor Comunitario en Salud (donde lo haya) y el auxiliar de enfermería de la UAIC, las siguientes actividades:

1. Informar a la comunidad sobre la existencia de la UAIC y brindar educación sobre su adecuado uso.
2. Direccionar a la UAIC, a niños/as que presenten síntomas respiratorios y síntomas gastrointestinales.
3. Facilitar la articulación y adecuación sociocultural con las poblaciones étnicas que permita el direccionamiento oportuno a la UAIC.
4. En las zonas donde no se cuente con el Gestor Comunitario en Salud, el Agente Comunitario podrá realizar visita de seguimiento a los niños que han sido atendidos en la UAIC y también los que han sido remitidos a atención médica.
5. Hacer parte de la red de vigilancia comunitaria que se establezca en el territorio.
6. Direccionar a los niños y niñas con alguno de los signos de alarma al prestador donde está ubicada la UAIC.
7. Realizar transferencia de conocimientos a los padres, madres, cuidadores y/ o responsables del cuidado de los niños sobre: a) los tres mensajes de IRA y EDA: ¿Cómo evito que mi hijo, hija se enfermen?, ¿Cómo lo cuido en casa?, ¿Cuándo debo consultar a un servicio de salud?; b) promoción de la salud y prevención de la EDA e IRA así como en medidas sencillas para la manipulación de los alimentos, de mejoramiento ambiental, manejo adecuado del agua, lavado de manos, disposición de desechos sólidos y líquidos y control de vectores, entre otros temas en los diferentes entornos (hogar, escolar, laboral y comunitario).
8. Asistir y participar activamente en las reuniones de capacitación, actualización y evaluación que se programen.
9. Mantener continua comunicación con el Auxiliar de Enfermería o de Salud pública de la UAIC, para facilitar la atención de los casos que han sido direccionados desde la comunidad.
10. Socializar con el auxiliar de enfermería o de salud pública de la UAIC, de manera regular con la comunidad las acciones realizadas a través de las UAIC.



Propuesta para implementación de la UAIC.

La implementación de la Unidad de Atención Integral Comunitaria-UAIC, está a cargo del Prestador (hospital de primer nivel), con la asesoría técnica y acompañamiento de la entidad territorial de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Ruta de Atención Integral Específica de la IRA/EDA.

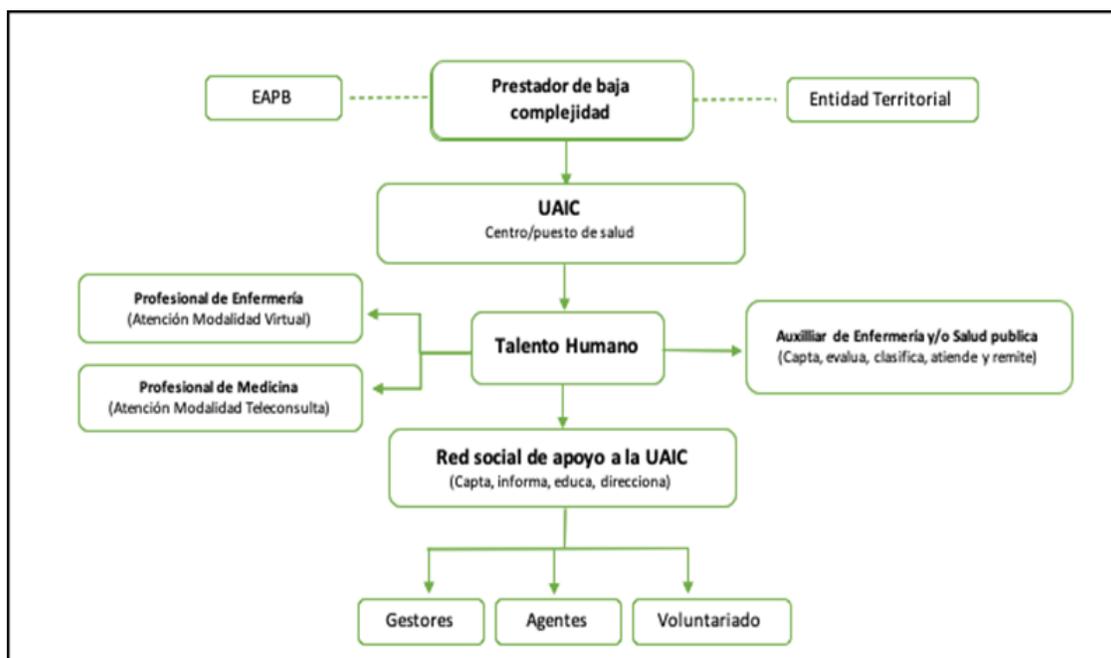
A continuación, se brindan algunas recomendaciones a tener en cuenta para la implementación de la UAIC:

1. Análisis de la situación epidemiológica de morbilidad y mortalidad en IRA y EDA en niños menores de 5 años en la zona rural y dispersa del área de influencia.
2. La entidad territorial a través del Plan Territorial en Salud -PTS y Plan de Acción en Salud, brindará el acompañamiento técnico en los lineamientos para su creación, financiamiento por parte de la red de prestación de servicio de primer nivel que este en el municipio.
3. Así mismo, a través de los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas, se fortalecerá la red de actores sociales claves en salud de apoyo a la UAIC.
4. La DTS y el operador han de capacitar al talento humano del prestador (médicos, profesional de enfermería, auxiliares, administrativos) de los diferentes puntos de atención y que tendrán relación con la UAIC para que conozcan la estrategia y los diferentes canales de comunicación. Se recomienda que sea permanentemente por la alta rotación del talento humano.
5. Determinar la modalidad de servicio por la cual se va a prestar el servicio en la UAIC: Intramural ambulatoria y/o extramural. Si se va a instalar a través de la modalidad intramural ambulatoria, es decir mediante un puesto de salud que esté a cargo del prestador en la zona rural, es necesario realizar la adecuación física del lugar para la instalación de la UAIC; Si la UAIC se va a implementar mediante la modalidad extramural, entonces hacer la entrega de los insumos básicos al auxiliar de enfermería que le permita realizar ya sea visita domiciliaria o jornadas en salud.
6. Determinar el canal de comunicación permanente (celular, radio u otro), que utilizara el auxiliar de enfermería, que permita recibir apoyo técnico por parte de un profesional de salud (Profesional de enfermería y/o medicina) y que facilite el proceso de remisión de los niños y niñas que ameriten una atención médica. Mientras se va implementado la atención mediante la modalidad de telemedicina, a través de las diferentes actividades de telesalud que sean pertinentes.
7. El prestador debe establecer con las EAPB el tiempo para la atención que se realiza en la UAIC y los mecanismos para facilitar la entrega inmediata de acetaminofén, Sales de Rehidratación Oral (SRO) en la UAIC, ya sea que lo incluyan dentro del acuerdo de voluntades del Plan de beneficios o por el operador de medicamentos que tenga dispuesto para la entrega en la zona.



8. Presentación de la estrategia de la UAIC en la comunidad donde se va a instalar y selección de los líderes comunitarios (actores sociales claves en salud) que conformaran la red de apoyo.
9. Proceso de capacitación del talento humano y de los actores sociales claves en salud.
10. Dotación e instalación de la UAIC.
11. Monitoreo y seguimiento, se hace necesario tener un seguimiento de los niños atendidos, las remisiones, los ingresos a urgencias por estos eventos en una cohorte, en los picos respiratorios y de las actividades realizadas en la UAIC de manera que se puedan tener indicadores que permitan evaluar la costó-efectividad de la estrategia.

Ilustración 21. Esquema para el funcionamiento de UAIC



Elaboración propia

El talento humano responsable de la atención en la UAIC debe promover la salud infantil mediante acciones de educación e información a la comunidad; cuando ya se presentan síntomas respiratorios y/o gastrointestinales es identificar la enfermedad, clasificarla y decidir qué hacer. Cuando se identifique alguno de los signos de peligro o gravedad, se debe proceder a estabilizar al niño o niña y realizar la remisión a la red prestadora de servicios de referencia si se requiere de una atención prioritaria o por urgencias a una institución de mayor complejidad por medicina general y atención en las salas ERA y salas de rehidratación. El detalle de las atenciones para IRA y EDA en menores de 5 años se encuentra en el **Anexo 7.1. Formato de atención individual en la modalidad UAIC.**



Educación en salud y Educación y Comunicación para la Salud en las UAIC

Un importante grupo de actividades a realizar en la UAIC se relacionan con el componente educativo, que es clave reforzar por parte de los actores sociales claves en salud, auxiliar de enfermería y/o gestor en salud, para ser realizado con las madres, padres y/o cuidadores. El conocimiento debe ser debatido y puesto en diálogo con las comunidades desde sus propios saberes y prácticas culturales, cuya adaptación debe corresponder al contexto y realidades de las familias y comunidades. En las modalidades comunitarias la educación en salud se brinda de manera individual en las atenciones, para su realización se brindan las orientaciones a ser transmitidas, en esta labor se pueden utilizar las piezas de información en salud diseñadas en la primera herramienta de esta guía.

Para el desarrollo de los procesos de Educación y Comunicación en Salud se han de seguir las orientaciones brindadas para la generación de capacidades en torno a los tres mensajes claves antes expuesto y siguiendo los **Anexos 5 y 5.1. Mensajes clave de IRA y EDA**, así como el uso de las herramientas del AIEPI comunitario y las Guías dirigidas a cuidadores, madres y padres..

6.2.1.4 Adecuaciones Socioculturales para Poblaciones Étnicas

Como se ilustró en la presentación de esta guía los grupos étnicos de Colombia tiene una gran carga de mortalidad por IRA y EDA en las niñas y niños menores de 5 años, es por ello que la estrategia comunitaria incluye este apartado con orientaciones para el desarrollo de procesos de adecuación sociocultural, con énfasis en interculturalidad al reconocernos como una nación pluriétnica y en la cual los grupos étnicos mayoritariamente viven en las zonas rurales más empobrecidas y con menor acceso a los servicios de salud.

Los grupos étnicos, los cuales son entendidos como “poblaciones cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas, los distinguen del resto de la sociedad y que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias, que están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones” (Ministerio de Salud y protección Social) . Las adecuaciones socioculturales que acá se reseñan deben articularse al desarrollo de la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), siguiendo la Circular 011 de 2018 y demás actos administrativos relacionado que se expidan.

El objetivo de este apartado es brindar orientaciones generales para realizar adecuaciones socioculturales dentro de la estrategia comunitaria del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA y EDA en niñas y niños menores de 5 años, en las entidades territoriales donde se encuentre población étnica. Las indicaciones que contiene son generales, por lo que cada entidad territorial las debe analizar e implementar según sus realidades poblacionales, territoriales, necesidades y recursos. Se han de seguir las indicaciones del séptimo capítulo del anexo técnico de



la Resolución 3280 del 2018 en particular y otras disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social vigentes y futuras.

Con el proceso de adecuación sociocultural del Programa de IRA y EDA se busca impactar favorablemente la situación de salud de las poblaciones étnicas y aportar a su bienestar, por medio de la disminución de las brechas de acceso en la atención en salud, para que las comunidades dispongan de servicios, atenciones e intervenciones con calidad, pertinencia, oportunidad y aceptabilidad. Con la adecuación sociocultural se pretende en específico reducir los índices de morbimortalidad por estos dos eventos respetando la diversidad cultural, el reconocimiento de los sistemas médicos ancestrales, las instituciones propias, la complementariedad de sus agentes con la medicina alopática mediante el ejercicio de la interculturalidad en salud, la adecuación del programa a las condiciones de accesibilidad y poblamiento, la armonización entre las necesidades de las comunidades, la oferta del programa y las acciones de los planes territoriales de salud.

El orden de exposición de este apartado es el siguiente: 1. Definición de los procesos de adecuación sociocultural y técnica. 2. Propuesta para su realización. 3. Recomendaciones.

Definición de los procesos de adecuación sociocultural y técnica.

En el capítulo siete del anexo técnico de la Resolución 3280 de 2018 se presenta la siguiente definición de la adecuación de servicios de salud:

“[...] se refiere al proceso participativo, sistemático de armonización entre la oferta institucional de servicios e intervenciones de salud y las expectativas, saberes, tradiciones, lenguas y formas organizativas de las diversas poblaciones, que se desarrolla a partir del encuentro entre culturas y el reconocimiento mutuo de los sistemas de representaciones y manifestaciones.

Se expresa, entre otros aspectos en: a) la definición de estándares de atención aceptados culturalmente, que se podrán mejorar paulatinamente en conjunto con las organizaciones de cada población (sus autoridades, líderes y lideresas); b) cambios en las formas de prestación de los servicios para hacerlos accesibles y aceptables para la(s) población(es), c) desarrollo de capacidades del talento humano en salud para establecer relaciones interculturales horizontales y respetuosas” (36).

También es una adecuación técnica porque aborda ajustes en las estrategias institucionales con el fin de brindar una respuesta respetuosa con las culturas, los sistemas tradicionales de atención y de forma contextual dentro de la diversidad de los grupos étnicos. Así se entiende que la adecuación técnica se refiere a los “ajustes en los procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales, de manera que desde la institucionalidad, se permita dar respuesta a las necesidades de salud de forma respetuosa con la cultura y los sistemas médicos tradicionales y coherente con contextos geográficos, demográficos, sociales en que habitan las poblaciones étnicas, teniendo en cuenta la diversidad entre etnias y pueblos” (83). En esta guía se



hace énfasis en la adecuación sociocultural por estar en la estrategia comunitaria del Programa Nacional de IRA y EDA, dejando las adecuaciones técnicas en la estrategia institucional del mismo.

La adecuación sociocultural se realiza por medio de la participación de la comunidad y/o con sus líderes representativos en la definición de las adecuaciones y en el establecimiento de las medidas para asegurar la sostenibilidad del programa. Dentro de la adecuación algunas de las acciones a realizar son (83):

- Concertación local con los líderes y lideresas en espacios de participación social establecidos oficialmente.
- Armonización con programas que ya estén operando.
- Construir procesos interculturales positivos en la puesta en práctica del programa.
- Control cultural ejercido por las poblaciones étnicas.
- Contemplar los contextos en que se aplica la medicina ancestral.
- Comunicación entre las organizaciones y representantes de las instituciones.
- Respeto por la diferencia cultural y las prácticas propias de las poblaciones étnicas.
- Definición de estándares para adecuación sociocultural y técnica de los programas de salud pública y los procesos de atención en salud.
- Concertación de los estándares con líderes y representantes de las poblaciones étnicas.
- La compatibilidad con estrategia de APS, entornos saludables, entre otras.
- Definición de competencias de los actores del sistema de salud y armonización con las prácticas de salud propia y su proyección con la implementación del SISPI y de los lineamientos para la inclusión del enfoque diferencial étnico para el pueblo Rrom, las comunidades negras, afrocolombianos, Raizales y Palenqueros que sean desarrollados posteriormente
- Aplicación de herramientas para la participación social en la concertación de estándares.
- Garantizar la disponibilidad de recursos para desarrollar la adecuación.
- Sensibilizar sobre la adecuación sociocultural y la diversidad cultural al talento humano de salud y comunidad.
- Fortalecer las competencias del talento humano de salud y los actores comunitarios para el trabajo intercultural.
- Contemplar los pueblos en contacto reciente, desplazados y confinados.
- Garantizar un alto grado de participación y compromiso.
- Contar con un grupo de monitoreo y evaluación constante por un grupo conformado para ello, con representantes de la comunidad y de la institucionalidad.

Es indispensable tener la claridad de que los procesos institucionales y los programas de salud son los que se deben adecuar a las prácticas culturales y no es la cultura la que debe ajustarse a los lineamientos de los programas. Teniendo en cuenta siempre que la interculturalidad positiva es un llamado al enriquecimiento mutuo, es decir, aprendiendo entre todos y sobrepasando la mera



tolerancia, que solo es saber que existe la alteridad (84). La idea es propiciar encuentros entre la medicina occidental y la ancestral. Lo cual implica el diálogo y la concertación entre iguales, en este caso entre dos corpus de conocimiento que han tenido una historia, una evolución propia y que, aunque se fundamentan en principios diferentes no hay una escala que sustente entender la superioridad de una sobre la otra. Por el contrario, el llamado de los diálogos interculturales parte de aceptar en igualdad de condiciones las epistemologías nativas, así mismo, los modos de vivir, ser y pensar diferentes a los derivados de la cultura occidental hegemónica para nuestro caso. Así como se reconoce que los “otros” también crean teorías que son equivalentes a las nuestras (85), también lo es que hacen medicina y ambas aceptaciones propician una nueva fase de trabajo y colaboración.

En general se pueden postular las siguientes etapas a desarrollar en los procesos de adecuación sociocultural, sin querer decir que son estrictamente lineales, por el contrario, sus contenidos muchas veces se superponen y habrá casos en que sea necesario volver a las acciones, estas son:

Tabla 15. Etapas de la adecuación sociocultural.

Nº	ETAPA	PROCESOS
1	Concertación	Presentación del programa.
		Concertación de la participación.
		Presentación de avances.
		Presentación de resultados y evaluación.
2	Sensibilización	Encuentros y diálogos de saber.
		Elaboración de las herramientas de intervención comunitaria con medios de Información en salud (IeS) y Educación y Comunicación para la salud (ECpS).
3	Planificación	Encuentros de planificación y organización.
		Gestión de los acuerdos y planes.
		Elaboración de las herramientas y manuales de intervención comunitaria desde medios de Información en salud y Educación y Comunicación para la salud.
4	Ejecución	Conformación y capacitación para actores sociales claves.
		Validación de las herramientas de intervención comunitarias.
		Ajustes a las herramientas comunitarias.
		Implementación de las herramientas comunitarias.
5	Monitoreo y evaluación	Elaboración de herramientas de monitoreo y evaluación.
		Conformación y capacitación para actores sociales claves en salud.
		Implementación de las herramientas de monitoreo y evaluación.
		Procesamiento y análisis de los resultados de los monitoreo y evaluaciones.
		Ajustes de las herramientas comunitarias.
6	Sostenibilidad	Gestión de procesos de continuidad.
		Conformación y capacitación para actores comunitarios.

Basado en Ministerio de Salud y Protección Social, 2012.



Es necesario que en todas y desde el inicio de las etapas se realicen procesos de sistematización, para tener la trazabilidad del proceso.

La etapa 1. Concertación. Es transversal a toda la realización de la adecuación sociocultural, puesto que, para asegurar la aceptación del programa, la entrada a los territorios y la participación activa de la comunidad y especialmente de las autoridades tradicionales y líderes de las poblaciones étnicas. Es un deber informar periódicamente de los avances en la ejecución de la adecuación sociocultural, recibir la retroalimentación y hacer los ajustes necesarios. Se recomienda realizar encuentros con las y los sabedores, médicos tradicionales o mayores de las comunidades.

La etapa 2. Sensibilización. Se busca contar con el respaldo al proceso de adecuación sociocultural, tanto en el entorno comunitario como institucional. La sensibilización parte de la presentación de la adecuación en todos los escenarios posibles y que sean de provecho para lograr abogacía con otros actores, sectores e instituciones. El fin último de la sensibilización es lograr la participación de los diferentes actores institucionales y sociales. Desde esta etapa inicial se han de realizar herramientas de información en la salud, así como educación y comunicación para la salud con las comunidades para que sirvan de medio de difusión de los tres mensajes claves de IRA y EDA.

En la etapa 3. Planificación. El objetivo es lograr una definición colectivamente con las y los líderes y autoridades tradicionales de los grupos étnicos sobre la organización y planificación de la adecuación sociocultural del Programa para la Prevención, Manejo y Control de la IRA y EDA en sus comunidades. Lo cual se hace por medio de encuentros, reuniones e intercambio de propuestas, hasta lograr un compromiso claro y ruta de trabajo.

La etapa 4. Ejecución. Se refiere a la puesta en marcha de los acuerdos y pasos acordados en la etapa anterior. Es de gran importancia el diálogo y la formación con las y los líderes comunitarios propios (sean los sabedores, parteras, agentes de salud, auxiliares de salud, u otros), puesto que el logro final es que se apropien de los mensajes construidos y sean las y los encargados de su adecuación, validación, difusión e implementación.

Etapa 5. Monitoreo y evaluación. Debe ser realizado periódicamente, no al final de la implementación, incluyendo técnicas cualitativas y cuantitativas. Según los resultados obtenidos se deben realizar los ajustes necesarios para logra un mayor impacto en la salud de la población y los cambios en las prácticas de mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades.

Etapa 6. Sostenibilidad. Dada la necesidad de dar continuidad a las acciones, propiciar la apropiación del programa y el uso de los mensajes y herramientas diseñadas, por lo cual la gestión de procesos de continuidad se debe dar tanto en lo comunitario como en el ámbito institucional.



Propuesta para la realización de adecuaciones socioculturales

Para la realización de los procesos de adecuación sociocultural se recomienda emplear la metodología de diálogos de saberes, la cual puede nutrirse del diseño de los cinco encuentros comunitarios para la generación de capacidades en comunidad (7.2.1.2 Encuentros pedagógicos y el anexo 6) que guardan concordancia con los pasos de las adecuaciones antes descritos; sin olvidar que a su vez deben contemplar el grupo étnico con el que se van a realizar, su lengua y demás condiciones y prácticas que se relacionen con la realización de las adecuaciones (tiempos, horarios, lugares, etc.).

Los diálogos de saberes, se dice en plural al comprender que han de ser varios encuentros para lograr un impacto en la salud, pueden ser empleados en diferentes temas, entornos y grupos poblacionales, no solo con grupos étnicos, es decir, si en la entidad territorial se encuentran otras formas identitarias como la población campesina también se pueden emplear los diálogos de saberes, pues sirve para acercar a grupos que son diferentes desde lo cultural con el objetivo de mejorar los resultados de salud en los grupos que tienen mayores condiciones de exclusión y por ende malas condiciones de salud.

A través de los diálogos de saberes se promueven procesos comunicativos sobre las diferencias sociales para el enriquecimiento intercultural, así contribuyen a entretener el saber ancestral y el biomédico, entendiéndolos como una técnica de construcción colectiva de conocimiento, que busca intercambiar ideas de diferentes pensamientos para establecer canales de comunicación (86), que sean horizontales y no se presente la dominación de un conocimiento sobre el otro y se supere el tipo de “educación bancaria” denominada por la educación popular, en la cual unos tienen el saber y otros las mentes vacías que han de ser depósitos de dicho saber (78). Por el contrario, en los diálogos de saberes se permite un ejercicio horizontal de comprensión de la realidad, se valora el saber propio de las comunidades y la experiencia subjetiva de las y los participantes, tanto de sujetos como de colectivos, esto es, el sentir, ser, pensar y expresar dentro de un contexto cultural específico.

Es necesario que haya un consenso previo sobre la necesidad de abordar el trabajo de prevención de la IRA y la EDA en la población infantil de la comunidad étnica, sin ese consenso no es posible el diálogo. Lo cual requiere un acercamiento previo con la comunidad sobre las problemáticas de salud infantil que presenten y la identificación de ambas partes, sector salud y comunidad, de la necesidad de trabajar en pro de la niñez. Esto debe conllevar también al fortalecimiento de la medicina ancestral en complementariedad con la alopática.

Un aspecto importante es la definición de la o las personas que realizarán el rol de facilitadores de los diálogos de saberes, el ideal sería contar con dos personas que manejen la metodología, una del sector salud y otra de la comunidad, quien además es más cercano a gente, maneja la lengua y los cánones culturales. Las personas con rol de facilitadores requieren contar con conocimiento sobre los grupos étnicos, actitudes de respeto en cuanto relaciones de género, equidad e interculturalidad



en salud, capacidad de escucha activa y de intermediación. Sin olvidar, un conocimiento integral de los eventos de salud pública acá abordados.

Una acción clave para la realización de las adecuaciones socioculturales, por medio de los diálogos de saberes, contar con el apoyo de científicos sociales, lo cual se puede lograr con articulaciones o convenios con las universidades más cercanas a los territorios, así como con las facultades de medicina y especializaciones de pediatría.

Es necesario que los diálogos de saberes sirvan para analizar y resolver problemáticas asociadas a las morbimortalidades por IRA y EDA, es decir, que no solo sirvan para comunicar e informar, sino que por medio de los aprendizajes mutuos se logre cooperación para establecer acuerdos y actuar.

Recomendaciones para la realización de adecuación sociocultural

De manera sintética se presentan algunas recomendaciones generales a contemplarse en los procesos de adecuación socioculturales:

- En caso de contar con un facilitador de los diálogos de saberes de la misma comunidad es preferible que sea una mujer por su mayor conocimiento sobre los roles de las cuidadoras, sin olvidar que en el diálogo se ha de abordar respetuosa y progresivamente la inclusión de los hombres en los temas del cuidado, la salud y la protección de la infancia.
- Documentarse previamente sobre la cultura de la población para reconocer los contextos y particularidades poblacionales, con especial énfasis en sus sistemas de salud, enfermedad y atención, concepciones de la salud, la enfermedad y buen-vivir, entre otras que se relacionen con el bienestar de las personas y comunidades. Se recomienda que el talento humano en salud que participe de los diálogos de saberes tenga experiencia en el abordaje intercultural, si es de las mismas comunidades o de la región sería mucho mejor.
- Conocer y respetar la ritualidad, espiritualidad y sacralidad de cada pueblo y/o grupo étnico, así como sus territorios y espacios sagrados.
- Integrar en los encuentros de diálogos de saberes prácticas propias de las culturas, por ejemplo, rituales de apertura y cierre, compartir alimentos, uso de plantas, prácticas de mediación, entre otras.
- Contemplar el manejo del cuerpo, tiempo y del espacio de cada pueblo para planear el diseño de las adecuaciones (calendario ritual, ecológico, vital, entre otros).
- Se debe considerar siempre que el trabajo de las adecuaciones y su implementación es colectivo y se debe hacer a través del diálogo; para ello se ha de tener en cuenta que en la interculturalidad se debe promover la confianza, libertad, la alegría y seguridad en sí mismos (Organización Panamericana de la Salud, 2008) y en lo colectivo.



- En los procesos de adecuaciones siempre han de participar las autoridades tradicionales, las y los médicos ancestrales, sus especialidades propias y otras autoridades, pues son ellas y ellos quienes legitiman los diálogos, dan la palabra de la cultura y abren la interculturalidad en salud.
- Al hacer traducciones hay que recordar que no son simples “traslados de palabras” sino que son interpretaciones de las concepciones del mundo, en las cuales puede que no existan algunos conceptos compartidos y que se debe profundizar en ello.
- Las adecuaciones deben estar mediadas por la concertación con las y los líderes de las poblaciones étnicas, con cuidado de que sean los representantes legítimos.
- Contar con la participación permanente de los sabedores ancestrales y otras personas que brindan atenciones en caso de que las haya en la comunidad (parteras, sabedoras, hueseros, curanderos, sobanderos, autoridades tradicionales, yerbateras, remedieros, entre otras especialidades).
- Partir siempre de las concepciones propias del cuerpo y los sistemas propios de salud - enfermedad - atención de las comunidades.
- No imponer las visión o procedimientos de la medicina occidental.
- Incluir en los materiales y dinámicas facilitadoras del diálogo recursos propios de las comunidades, como sus cantos, artes, tejidos, oficios, juegos, etc.
- Contemplar la armonización entre la oferta institucional de salud con las experiencias, saberes y formas organizativas de las comunidades.
- Concertar cuáles acciones de sus propias medicinas y formas de cuidado se implementarán en conjunto con las occidentales.
- Planear con las comunidades las intervenciones en salud que requieren.
- Realizar siempre procesos de evaluación conjunta para ajustar las adecuaciones.
- Se recomienda difundir los avances y resultados de los procesos de adecuaciones, por medio de publicaciones o documentales, por lo cual es importante realizar la sistematización y así contribuir a otros procesos desde la experiencia territorial. Este es un punto importante al buscar articulaciones con las universidades, sin olvidar que debe ser concertado y realizado colectivamente.

En cuanto al talento humano en salud se recomienda:

- Relacionarse siempre con respeto y tener presente que se está en el territorio de ellos y son quienes tienen la autoridad.
- Acercarse al contexto sociocultural de las comunidades – reconocimiento de prácticas, estructuras de parentesco, roles, concepciones y condiciones de vida.
- Conocer el manejo de plantas medicinales y de poder de las comunidades.
- Identificar a los intermediarios culturales válidos.
- Conocer la organización propia (parentesco, filiación, representaciones, jerarquías, sistemas de propiedad, ciclos de vida, entre otros aspectos).
- Respetar el pudor cultural: fluidos, cuerpo y relaciones de género.
- Conocer la georreferenciación y toponimia propia del territorio.



- Conocer el análisis de situación de salud desde lo propio.
Conocer y respetar las prácticas de las dietas de la medicina ancestral, las cuales en muchos aspectos son prácticas de prevención de enfermedades y males.
Promover la implementación de infraestructura con adecuaciones culturales (defecación, sueño, alimentación, entre otros).
- Formular tratamientos adecuados a los hábitos y prácticas cotidianas de las personas y comunidades.
- Analizar los impactos en la salud por los cambios culturales que se recomiendan, en relación a temas como producción, reproducción, género, curso de vida, entre otros.
- Hacer visitas domiciliarias, recibir las atenciones y agradecimientos; así mismo brindar agradecimientos.
- Ser consciente de la identificación como parte de una sociedad dominante, y que las comunidades tienen una larga historia de exterminio y dominación que conllevan a comportamientos de protección.

Para el reconocimiento de los agentes de la medicina ancestral se recomienda:

- Identificar a las y los sabedores de la medicina ancestral, quienes tienen un estatus y reconocimiento social en sus comunidades que se debe respetar.
- Aprender el trato adecuado que la comunidad da hacia las y los médicos ancestrales y otras especialidades en salud propia.
- Usar lenguaje común en los diálogos: traduzca el “diagnóstico profesional” a un “diagnóstico común”.
- Conocer las hierbas medicinales y sagradas locales y su farmacología.
- Reunirse con los sabedores y las sabedoras ancestrales a dialogar sobre salud.
- Aprender y asesorar a las parteras locales.
- Entender que la medicina ancestral tiene más funciones que las médicas: unión con la vida, la gratitud, la espiritualidad y la naturaleza. Así como la “eficacia simbólica” que tiene entre lo humano, no humano, ancestral, divino, espiritual y terrenal.
- Comprender que son sujetos con concepciones más colectivas que individuales, que incluyen al territorio como eje de la vida.
- Comprender que la noción del desarrollo humano suele tener otros tiempos (ciclo de vida).
- Reconocer los calendarios rituales y sagrados, que en general son de prevención de enfermedades y agradecimiento por la salud.

En específico para las adecuaciones del programa IRA y EDA se recomienda:

- Se requiere conocer la concepción que sobre la niñez se tienen en los grupos étnicos, la definición de sus ciclos, denominaciones, las diferencias de género y cuidado para niñas y niños, las actividades diarias y sus relaciones sociales.



- Incluir a los agentes del cuidado tradicional o sabedores y sabedoras.
- Se recomienda el trabajo con las sabedoras, parteras y mujeres mayores de las comunidades, por tener un estatus social que puede facilitar el diálogo en torno a la salud infantil.
- Los diálogos han de partir de las concepciones propias sobre la salud y la enfermedad de cada pueblo y grupo étnico, comprendiendo sus relaciones espirituales, con el territorio, con la naturaleza y otros seres.
- Al inicio de los diálogos abordar temas macro e ir develando sus componentes, por ejemplo, partir de las concepciones propias de la salud y la enfermedad, luego abordar la salud infantil y así ir llegando a los eventos de IRA y EDA.
- Reconocer las enfermedades de la niñez categorizadas como propias, para lo cual es necesario construir complementariedades con la medicina alopática. Siendo importante establecer la identificación de alguno de los signos de alarma para realizar consultas a la medicina ancestral y los traslados de las niñas o niños al médico occidental o al prestador de salud más cercano, en diálogo con las y los médicos ancestrales y las madres y padres.
- Se deben identificar los sistemas de diagnóstico y tratamiento que se emplean en la medicina ancestral para la IRA y para la EDA, en los cuales se incluyen diferentes especialidades y actores del saber propio.
- Conocer las enunciaciones en lengua para los signos y síntomas asociados a las IRA y EDA.
- Aprender en lengua propia las denominaciones de las enfermedades y síntomas prevalentes en la infancia; así como los mensajes de cuidados especiales para IRA y EDA.
- Conocer los cuidados ante cambios de climas en las temporadas de lluvia, friaje, sequía o aumento de vientos.
- Reconocer la concepción del agua, el acceso, la calidad, sus usos y manejo en la preparación de alimentos y bebidas.
- Reconocer el valor de los tratamientos propios para el manejo de la IRA y EDA, aprender del uso de remedios y plantas. Es importante conocer la interpretación de la fiebre, su lectura (sin termómetro) y manejo desde lo propio, para establecer intercambios de saberes en su control.
- Conocer todas las prácticas tradicionales de prevención de la IRA y la EDA, incluidas las dietas, cantos y consejos, es necesario para complementarlas con las que desde el Programa Nacional se promueven y promover su complementariedad con la medicina occidental.
- En la construcción conjunta de los mensajes de prevención y manejo de la IRA y EDA interculturales contemplan las formas y condiciones de las viviendas y prácticas cotidianas.

Por último, en cuanto a la logística para la realización de las adecuaciones se recomienda:

- El ingreso a las comunidades debe estar concertado con las autoridades propias. Se deben contemplar las temporadas de lluvia y de sequía para el acceso. También contemplar el calendario ritual de los grupos étnicos para programar las reuniones, encuentros o demás actividades, bien sea para participar en ellas de manera intercultural o para respetar sus espacios propios.



- Las comunidades deben ser avisadas anticipadamente de los días exactos en que se llegará, pues en muchos de los territorios ancestrales no existe forma de comunicación inmediata, por lo que se requiere contemplar las temporalidades locales. Lo anterior también se debe tener en cuenta para todos los días de permanencia.
- Se recomienda que el ingreso a los territorios ancestrales se realice con el acompañamiento de una persona de la misma comunidad como guía.
- Se deben llevar todos los materiales e insumos a las comunidades, pues en general no se pueden conseguir al estar allá (impresiones, papelería, fotocopias, etc.).

Nota: Para el proceso de adecuación sociocultural tenga en cuenta que pueden haber diferentes pueblos indígenas en un solo territorio y se debe brindar como garantía del derecho, este proceso de adecuación para todos los grupos presentes.

6.2.2 Orientaciones Para Los Actores Del SGSSS

Para el desarrollo de la Educación y Comunicación para la Salud

Las Rutas Integrales de Atención en Salud de acuerdo a la resolución 3202 de 2016, se componen de tres tramos, por una parte, la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, seguida por los tramos de las rutas de grupos de riesgo y por último, las rutas de evento, en la cuales en sus diferentes atenciones se contemplan la Educación y Comunicación para la Salud:

- En la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) se encuentran las siguientes atenciones: la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la Educación y Comunicación para la Salud (ECpS).
- En las rutas de grupos de riesgo y de eventos, en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, también se incluye brindar Educación y Comunicación para la Salud (ECpS).

En el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), la ECpS se considera una intervención, la cual está definida en la resolución 518 de 2015 y en la resolución 3280 de 2018, en la cual se desarrollan acciones colectivas que se financian con los recursos de Sistema General de Participaciones (SGP) y están a cargo de las direcciones territoriales de salud en cada uno de los entornos: Hogar, Comunitario, Educativo, Institucional y laboral; y deben partir de un proceso de planeación territorial en salud, de acuerdo a las tensiones en salud identificadas por el territorio.

Tanto en los Planes de Beneficios que están a cargo de las EAPB como en el PIC a cargo de la DTS, se presentan 3 tipos de acciones educativas que se pueden desarrollar: individual, grupal y colectiva:



- **A nivel individual**, se tienen las sesiones educativas dirigidas a un sujeto dependiendo del curso de vida, como un adulto, un joven que no requiera el acompañamiento de un cuidador. Estas las acciones que están dirigidas a una familia, ya que de acuerdo a la valoración de la familia se consideró que tiene una condición de riesgo que amerita una educación específica para ella. Por otra parte, tenemos las dirigidas a un sujeto en un determinado momento del curso de vida junto con su familiar o cuidador y esta se refiere a los niños y niñas menores de 5 años, niños y niñas menores de 11 años y adultos mayores que para movilizarse requieren de un acompañante o cuidador, personas con discapacidad en cualquier edad, o personas que en la valoración familiar requieren una educación específica como una víctima de la violencia sexual. Todas estas acciones de Educación estarán en el marco de los que le corresponden a las EAPB y su red de prestadores.
- **A nivel grupal**, están dirigidas personas que comparten un determinado momento de curso de vida, por ejemplo, los jóvenes que están afiliados a una determinada EPS o grupos de adultos mayores, o adolescentes, entre otros. Están las personas que comparten un determinada situación o condición como, por ejemplo, personas con VIH, personas en situación de desplazamiento o personas que tienen una determinada pertenencia étnica, para lo cual estas acciones de ECpS se deben adecuar socioculturalmente en coordinación con los sabedores ancestrales o la institucionalidad en salud de esos grupos étnicos.

Por último, a nivel grupal esta la educación que está dirigida a familias en una determinada situación o condición, estas también le corresponden a las EAPB con su red de prestadores.

- **A nivel Colectivo**, Las acciones de Educación en salud colectivas, acciones están a cargo de la DTS y que pueden estar dirigidas: a) colectivos que comparten una condición y situación como la población LBGTI, población víctima del conflicto armado, b) un conjunto de familias en un entorno o territorio que pueden haber pasado por un desastre natural o una situación de calamidad, de igual manera se consideran acciones colectivas las están dirigidas a conjunto de personas que viven en un determinado entorno o territorio, ejemplo los pobladores de una vereda, el conjunto de familias que viven en un determinado barrio y d) las dirigidas a colectivos que comparten un momento del curso de vida en un determinado entorno o territorio ejemplo: los niños y niñas que asisten a un jardín infantil, o los jóvenes que asisten a una universidad.

Las EAPB con sus prestadores, como las direcciones territoriales en salud de acuerdo a los resultados de salud (ASIS) y en concordancia con las metas del PDSP y los objetivos del Plan Territorial de Salud determinan las prioridades de salud y definen los tipos de acciones de ECpS que requiere la población.

- Las EAPB con sus prestadores (IPS), de acuerdo a la territorialización de sus afiliados, la cual la obtienen haciendo la caracterización, las acciones de ECpS por los momentos de curso de vida, los tipos de poblaciones (étnicas, en condición de discapacidad, o víctimas del conflicto), los grupos de riesgo que han definido, y, por último, de acuerdo a la territorialidad de sus afiliados.



- La Dirección territorial de salud, ordena todas sus intervenciones, entre esas la de educación y comunicación para la salud a partir de los entornos, teniendo en cuenta los ámbitos territoriales, los momentos de curso de vida y los tipos de poblaciones. La DTS tiene la función de establecer la comunicación con las EAPB y sus prestadores para que se haga la complementariedad de sus acciones, y de las intervenciones que van a realizar para las distintas poblaciones que habitan un territorio.
- Para trabajar la Educación y Comunicación para la Salud (ECyS) desde el entorno comunitario, es necesario determinar el ámbito (urbano, rural y rural disperso) que se quiere abordar; con que población (étnica, vulnerable, víctima del conflicto armado o con discapacidad) y para el desarrollo de este Programa con el momento del curso de vida de primera infancia, ya que dependiendo de estas variables se utilizan unas características didácticas y pedagógicas específicas. Así mismo, se tendrá en cuenta para los cuatro entornos en los cuales se trabajan las intervenciones colectivas: entorno comunitario, entorno hogar, entorno educativo, entorno laboral con énfasis en la informalidad.

Las DTS en el marco de la RPMS, deben revisar el modelo integral de atención en salud y las rutas especiales la RPMS e identificar los indicadores y resultados que están puestos en esa ruta, hacer la relación con las prioridades del ASIS y con las EAPB y llevar todo eso al PTS que se debe evidenciar en los PAS que se hacen anualmente.

En el PAS se deben identificar las intervenciones colectivas y poblacionales que están a cargo de la DTS y allí se deben plasmar las acciones de Gestión en Salud Pública y las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos del PIC para el caso de la ECpS se refiere a intervenciones. Hay que tener en cuenta que en las demás intervenciones colectivas que refiere RPMS también hay elementos de educación, por ejemplo, en zona de orientación escolar en Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), conformación de redes sociales, control y prevención de vectores, en todos se encuentran elementos de educación, para lo cual es necesario tener en cuenta el documento de directrices de ECpS del MSPS.

Se debe hacer un ejercicio de complementariedad entre planes de beneficios:

- A la DTS como autoridad sanitaria les corresponde implementar los 13 procesos de la SP, las intervenciones definidas en el anexo de la resolución 518 de 2015, por entornos en la resolución 3280 de 2018 como la educación en salud que para el caso de la DTS será colectivas o familiar, la información en salud, el fortalecimiento de redes etc.
- La detección temprana y específica de alta exterioridad como toldillos, como la desparasitación y otros.
- Las EAPB y su red de prestadores, les corresponde hacer, la valoración integral, individual y familiar, educación para la salud individual, grupal y familiar, la gestión de su talento humano, la gestión financiera.



- La vacunación y las jornadas para la detección temprana y protección específica, se hacen en conjunto entre las EAPB con su red de prestadores y con la DTS. La detección temprana y protección específica que le corresponde con cargo a la UPC lo hacen ellos siempre pueden hacerlo en coordinación con otras acciones que realice la dirección territorial. La Gestión de las dos debe estar coordinada, para que apunten a las prioridades en salud de la población.

Dentro de las competencias por parte de las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales se encuentran:

- En cuanto a la prestación de servicios debe vigilar y verificar el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación donde se encuentre la UAIC.
- Apoyar la difusión e implementación de las guías, protocolos y lineamientos, para el manejo de casos y los procesos de ECpS.
- Realizar el seguimiento a las acciones de notificación de vigilancia en salud pública, de acuerdo con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública –Sivigila.
- Realizar el acompañamiento, seguimiento, la consolidación y análisis de los indicadores de las UAIC, verificando el cumplimiento de criterios de ingreso y el seguimiento de casos ante egreso. Realizar el envío al Ministerio de Salud bajo el mecanismo y periodicidad que les sean socializados.

Actividades para desarrollar por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB:

- Contar con una red prestadora de servicios de salud contratada que asegure la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención de los casos remitidos desde la UAIC.
- Garantizar el funcionamiento de la UIAC.
- Verificar en su red prestadora la adecuada infraestructura, la existencia y suficiencia de equipamientos que se mencionan y hacen parte de las UAIC, según lo dispuesto en la Resolución 3100 de 2019.
- Intensificar la difusión e implementación de las guías, protocolos y lineamientos, para el manejo de pacientes de casos.
- Garantizar el flujo y la transición efectiva y oportuna en el marco del sistema de referencia y contrarreferencia, según los criterios de manejo y Guías de Práctica Clínica.
- Garantizar la notificación de vigilancia en salud pública, de acuerdo con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila.

Actividades para desarrollar desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS:



- Garantizar la prestación de los servicios con calidad y oportunidad a la población a cargo, mediante estrategias que favorezcan la atención primaria en salud.
- Reorganizar los servicios para la implementación de las UAIC.
- Implementar las UAIC siguiendo la normatividad vigente, los lineamientos y guías operativas del MSPS.
- Garantizar en las UAIC la atención oportuna de los casos, garantizando una adecuada infraestructura, disponibilidad de insumos, equipos y tecnologías en salud e idoneidad del talento humano.
- Realizar la consolidación mensual de casos atendidos a través del “Formato de atenciones individuales” y posterior remisión al referente de programa IRA de su territorio.
- Realizar la notificación de vigilancia en salud pública, de acuerdo con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila.

Además, en prestación de servicios las Unidades de Atención Integral Comunitarias que funcionen en modalidad intramural se debe garantizar que se ubiquen en servicios que garanticen el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación establecidos por la normatividad vigente, realizando la autoevaluación en el marco de lo previsto en la Resolución 3100 de 2019.

Todos los medicamentos e insumos requeridos en las UAIC son cobertura del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC – PBSUPC, cubierto por la normatividad vigente. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de pago por Capitación - PBSUPC, está compuesto por tecnologías en salud (medicamentos, procedimientos, dispositivos, entre otros) para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Es así como en el PBSUPC (Resolución 3495 de 2019) se da cobertura a actividades de: consulta en urgencias, consulta externa, monitorización y procedimientos diagnósticos, registro de oximetría cutánea, terapia respiratoria, incluyendo educación individual y grupal.

Sobre la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) de las acciones de las UAIC, siguiendo la Resolución 2077 del 2021, se presentan los siguientes:

Educación individual en salud

Procedimiento: educación Individual para la prevención de enfermedades transmitidas por vía aérea dirigido a personas, padres o cuidadores.

Objetivo: sensibilizar a las personas, madres, padres, cuidadores o familias frente a las acciones de promoción y prevención de las infecciones respiratorias agudas, apropiación de saberes y prácticas saludables en el cuidado y protección ante picos respiratorios, exposición a contaminación ambiental, medidas no farmacológicas y los mensajes claves de cómo evitar la enfermedad, cómo



manejar algunos síntomas en casa, cómo identificar todos los signos de alarma y gravedad y reconocer que con sólo uno de estos signos se debe acudir de inmediato a los servicios de salud.

Descripción: la educación individual va dirigida a una persona, padre o persona cuidador de infantes o adultos mayores, o a una familia, cuando los profesionales responsables de la atención o intervención lo requieran, para reforzar las medidas de protección, cuidados en el hogar y minimizar los factores de riesgo que puedan desencadenar eventos de origen respiratorio y sus complicaciones, en especial a población de riesgo y vulnerabilidad. Es importante tener en cuenta, las adecuaciones socioculturales étnicas y con enfoque diferencial de la persona objeto de esta. Priorizar esta intervención previa a los picos respiratorios, al periodo invernal, al inicio de clases, entre otros. **Ver Anexo 7. Estrategia de Unidad de Atención Integral Comunitaria UAIC.**



6.3 Estrategia Intersectorial.

El objetivo de la Estrategia Intersectorial es proponer escenarios de articulación con actores claves en la transformación de determinantes sociales, el cuidado de la salud y protección de la primera infancia, para el desarrollo conjunto de planes, proyectos e intervenciones dirigidos a la disminución de algunos riesgos relacionados con la morbilidad grave y mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años.

“La definición de intersectorialidad se refiere, en principio, a la integración de varios sectores con una visión conjunta para resolver problemas sociales” (87). Para el abordaje de la salud como producto social que está más allá de los límites del sector, se requiere el desarrollo de acciones conjuntas tanto comunitarias, como sectoriales, intersectoriales y transectoriales esenciales en la formulación de las políticas públicas.

Los actores del Sistema de Salud deberán Gestionar la Salud Pública a través de la implementación, monitoreo y evaluación de al menos 13 procesos; sin perjuicio de que cada actor defina otros adicionales, para garantizar la excelente ejecución de sus funciones y alcanzar las finalidades planteadas mediante una acción conjunta y coordinada con las demás entidades del sector o de otros sectores: Uno de los procesos prioritarios en salud pública definidos se denomina **Proceso de Coordinación Intersectorial** el cual se define como *“toda acción desarrollada conjuntamente entre los sectores público, privado o comunitario o entre las instituciones gubernamentales para responder de manera sostenible e integral ante una necesidad o situación de salud o bienestar priorizada en el territorio; entendiendo que la salud, dada su condición de producto social, conlleva, para su abordaje, un accionar que sobrepasa los alcances del sector salud” (88).*

Son factores clave para lograr una acción intersectorial efectiva (88):

- a) El desarrollo y adopción de habilidades, técnicas y estilos gerenciales orientados al consenso, la creatividad y el trabajo en equipo.
- b) Las capacidades de la autoridad sanitaria en comunicación asertiva, relacionamiento, movilización social e incidencia política.
- c) Contar con un talento humano en el sector salud y otros sectores con disposición al trabajo participativo, a la cooperación mutua y con una comprensión de la salud como producto social.
- d) Gestionar y obtener la disposición y apoyo pleno de los gobiernos territoriales para asumir los objetivos comunes como prioridad y la intersectorialidad como un principio de actuación (Voluntad política). Para esto la autoridad sanitaria a nivel territorial debe actuar como planificador e integrador de las acciones que desde el sector u otros sectores inciden en la salud de la población.
- e) Lograr una participación social efectiva durante todo el proceso.

Lo anterior implica que el equipo delegado territorial de programa IRA/EDA se movilice durante cada vigencia (año completo) en lograr la construcción de agendas locales o territoriales de salud que



incluyan la definición y desarrollo de objetivos comunes que permitan articular las acciones al interior del sector salud, de cada sector, entre sectores y entre lo institucional y social, incluida la comunidad; generar mecanismos de coordinación, alianzas estratégicas, de cooperación e integración y potenciar los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado (nacional, departamental, distrital y municipal) alrededor de estos objetivos comunes, a fin de superar la duplicidad y desarticulación de las acciones y mejorar la eficacia de las intervenciones.

Esta acción conjunta debe abarcar las dinámicas políticas, culturales, ambientales y económicas identificadas en el territorio y estar centrada en la participación social que se refleje en la construcción de agendas conjuntas equitativas, sostenibles y costo-efectivas. En el territorio la intersectorialidad desempeña un papel primordial para incrementar la percepción del riesgo, la autorresponsabilidad ciudadana, el empoderamiento por la salud y la apropiación de las acciones por la salud y su sostenibilidad.

Es importante reconocer que, para garantizar la coordinación intersectorial en salud, la Ley 1438 de 2011 dispuso la existencia de una Comisión Intersectorial de Salud Pública con la finalidad de coordinar y hacer seguimiento entre los diferentes sectores involucrados en el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Ante la construcción conjunta del Plan decenal de Salud Pública 2022-2031, se reiteró la necesidad y compromiso nacional de establecer desarrollos que impacten los determinantes sociales de la salud con los sectores que tienen responsabilidad en la afectación positiva de los mismos. Esto implica un gran desafío en política pública: *“La Comisión Intersectorial de Salud Pública será el espacio de coordinación y seguimiento de las acciones para la gestión de los Determinantes Sociales de la Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031” Decreto 1005 de 2022 (89).*

Así como los Integrantes de la Comisión Intersectorial de Salud Pública presenta una delegación del orden Nacional, en cada territorio se debe velar por establecer un representante sectorial que configure la mesa local y de allí se construyan los desarrollos en términos de salud de la primera infancia, donde debe quedar priorizada la IRA y EDA en todas las Entidades Territoriales:

1. El Ministro del Interior o su delegado,
2. El Ministro de Relaciones Exteriores o su delegado,
3. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado,
4. El Ministro de Justicia y del Derecho o su delegado,
5. El Ministro de Defensa Nacional o su delegado,
6. El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural o su delegado,
7. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien la presidirá,
8. El Ministro del Trabajo o su delegado,
9. El Ministro de Minas y Energía o su delegado,
10. El Ministro de Comercio, Industria y Turismo o su delegado,
11. El Ministro de Educación Nacional o su delegado,



12. El Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado,
13. El Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio o su delegado,
14. El Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones o su delegado,
15. El Ministro de Transporte o su delegado,
16. El Ministro de Cultura o su delegado,
17. El Ministro del Deporte o su delegado,
18. El Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación o su delegado,
19. El Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República o su delegado
20. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado,
21. El Director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social o su delegado.

De acuerdo con otro marco normativo reciente, la Resolución 3280 de 2018, explica el abordaje del individuo, la familia y comunidades desde 3 tipos de intervenciones: individuales, colectivas y poblacionales (48). Para estas últimas describen la necesidad de la acción intersectorial para afectar modos, condiciones y estilos de vida de la sociedad y lograr la afectación positiva de los determinantes sociales.

En el marco del programa nacional es importante contar con la participación de entidades como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Prosperidad Social, el sector educativo, las secretarías ambientales, de cultura, de mujer, Organizaciones No Gubernamentales –ONG-, entre otros, quienes han identificado la problemática de la IRA y EDA desde su perspectiva y son facilitadores cruciales para adopción de mensajes clave en comunidad, información en salud y comunicación y educación para la salud, con procesos concretos que contribuyen a disminuir brechas y desigualdad por determinantes sociales intermedios y estructurales (garantía al acceso a agua potable, monitorear calidad del aire, formación de formadores para las familias, entre otras) que afectan de manera directa la morbilidad grave y mortalidad por IRA y EDA (52).

6.3.1 Intersectorialidad con Entidades Estratégicas para las Familias y la Primera Infancia.

Como parte del desarrollo de actividades programáticas se contempla la cohesión de estrategias con actores del sistema de protección social, quienes en sus objetivos misionales incluyen entre otros; el fortalecimiento de intervenciones dirigidas a la niñez y las familias, la gestión de conocimiento sobre las políticas dirigidas a estas poblaciones para aportar a la mejora de la calidad de vida y la articulación con estrategias, planes, programas y proyectos que permitan disminuir la brecha de la pobreza (90,91).

Dentro de los pilares de la articulación intersectorial se considera la generación de capacidades de actores sociales clave, para brindar herramientas en derechos, deberes en salud y sobre la prevención, manejo y control de la IRA y EDA en menores de 5 años. Como se observó en el apartado de la estrategia comunitaria del programa hay una propuesta metodológica para esta generación de capacidades, a través de 5 encuentros pedagógicos; los cuales pueden llevarse a



cabo de manera concertada y planeada con actores como ICBF, Prosperidad Social, ONG e instituciones de Sectores Educativos y Sociales (Jardines, guarderías, colegios infantiles, centros de cuidado, colectivos de mujeres, entre otras); este debe ser un desarrollo priorizado a partir de los hallazgos de las mortalidades por IRA y EDA, en las cuales se detectó el desconocimiento de padres, madres y cuidadores para tomar diferentes decisiones, tanto de cuidado en casa, como de consultar de manera oportuna e inmediata.

Otra alternativa incluida como desarrollo programático con las instituciones clave mencionadas anteriormente, es lo que propone el documento **“Orientaciones para la Intersectorialidad”** (90) que describe cómo realizar un ejercicio programático con clara responsabilidad territorial (sectorial e intersectorial) con el cual se logran agendar procesos y productos tangibles de manera oficial, evitando procesos de “Voluntades individuales” los cuales se llevan a cabo de manera desordenada y terminan por desdibujar las necesidades y capacidades territoriales.

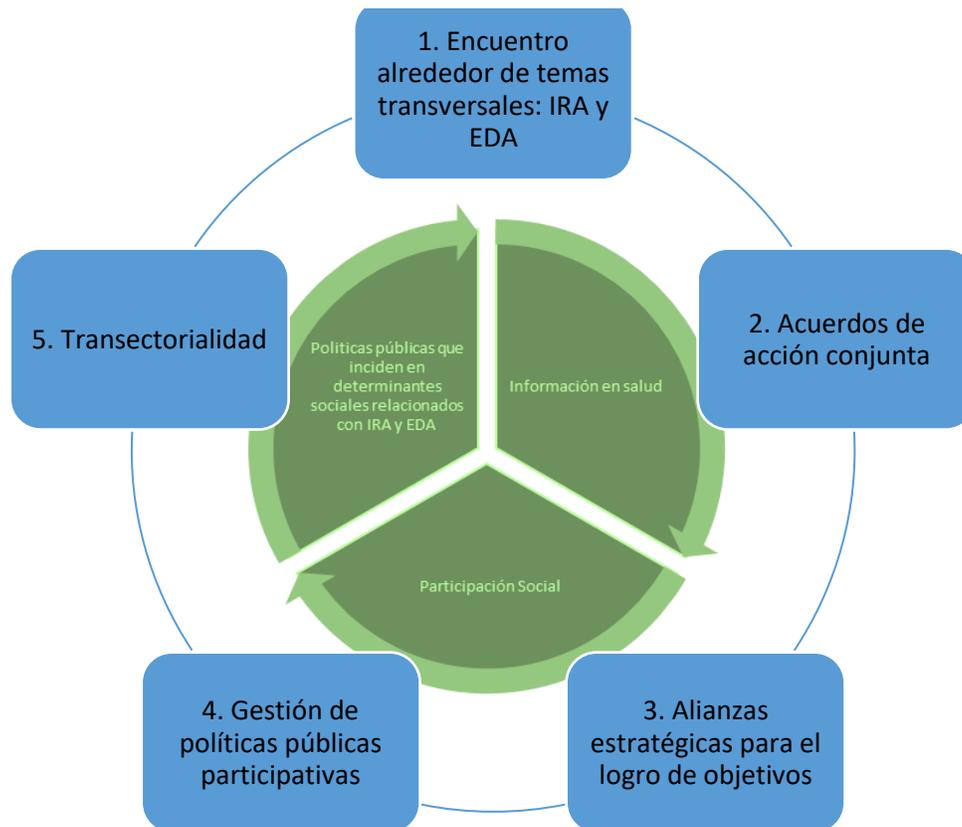
Uno de los procesos intersectoriales derivados de la pandemia por COVID-19, fue el desarrollado con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Dirección de Protección), con apoyo de USAID, que generando sinergias para el fortalecimiento de capacidades (Desde Minsalud hacia ICBF) y soporte técnico para preguntas y respuestas a la comunidad (Desde ICBF a Minsalud). A partir de esto, se han pactado otros desarrollos conjuntos; una propuesta interprogramática para transferencia de capacidades a madres sustitutas de ICBF y la construcción de una hoja de ruta sobre IRA y EDA construida con y para ellas. Este trabajo conjunto adelantado durante 2020, hasta 2022 incluyó además un trabajo de sensibilización y promoción de la desparasitación, como medida en salud pública definida para prevenir las Geohelmintiasis.

La propuesta de trabajo construida en conjunto con ICBF para el desarrollo organizado de las actividades, puede servir de ejemplo para los referentes territoriales hasta el nivel municipal y para los aliados de las diferentes instituciones del sistema de protección social, con quienes pueden replicar este desarrollo, ampliando el alcance, incluyendo otras poblaciones, temáticas, iniciativas y adecuar los contenidos según las necesidades. Lo importante es que el trabajo intersectorial de programa IRA/EDA con estos actores sea un proceso permanente.

En el **Anexo13 se encuentra el Protocolo de acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para la implementación de acciones en torno a la prevención y control de la IRA, EDA y las Geohelmintiasis (HTS)**. Esto incluye la metodología de implementación del protocolo y el formato de preguntas orientadoras para el diálogo de saberes.

Este documento se elaboró tomando como lineamiento orientador los 5 momentos de la intersectorialidad (87):

Ilustración 22. Momentos de intersectorialidad para lograr el desarrollo de intervenciones colectivas/Intersectoriales para IRA y EDA



a. Encuentro alrededor de temas transversales:

Es necesario posicionar temas como “la salud infantil”, “salud respiratoria”, “enfermedades intestinales en la infancia”, “emergencias en salud”, “determinantes en salud”, entre otros, e incorporarlos en la vida cotidiana de las personas e instituciones, para la toma de decisiones en todo lo que se planea hacer; *“La salud concebida como producto social, se puede definir como un tema transversal”*. Esto se puede lograr a partir del fortalecimiento de los escenarios de participación para que ningún componente de la respuesta se desarrolle por separado (90).

Para que estas alianzas se logren es necesario que se generen acciones como: a) un desarrollo de intervenciones de información en salud y de educación y comunicación para la salud, b) el diálogo de saberes, c) definición de objetivos claros para abordar los temas transversales.

b. Acuerdos de acción conjunta



Se pueden presentar para el desarrollo de un proyecto, para la ejecución de un recurso específico o para responder a una emergencia (ola invernal, pico respiratorio, brote de EDA). Para esto es necesario que se establezca una planeación y desarrollo de proyectos entendidos estos como, conjunto de actividades para resolver objetivos, con un principio y un fin, lo que implica:

- ❖ Reconocer la IRA y EDA como un problema desde diversas perspectivas, pero de una forma interrelacionada, esto implica,
- ❖ Poner de acuerdo las diversas percepciones que tiene cada sector o actor sobre la afectación de la población por estos eventos.
- ❖ Liderazgo integrador, a fin de obtener resultados; debe existir un líder territorial, pero con la participación activa y permanente de los diferentes sectores convocados de acuerdo con la problemática.
- ❖ Tiene un principio y un fin, a pesar de que se realiza mayormente para resolver problemas muy puntuales, es importante evaluar los resultados y asegurar en los procesos de planeación territorial su sostenibilidad, ya que según el comportamiento epidemiológico ya se conoce la estacionalidad de los eventos, los grupos de riesgo y las zonas con mayor carga de enfermedad.

c. Alianzas estratégicas para el logro de objetivos

Son los pactos alrededor de los temas de IRA y EDA que funcionan como mecanismo para generar intersectorialidad haciendo que temas transversales del territorio se integren en la planificación, en las estrategias, en las políticas y en las tácticas tanto institucionales y de los sectores, logrando un entorno que valora y alienta la asunción de los temas de desarrollo, generando superación de situaciones problemáticas.

Un resultado de las alianzas estratégicas, se precisa en la consolidación de redes de trabajo, de grupos cohesionados conformados por representantes de diversos sectores, instituciones y de la comunidad, que trabajan juntos, para construir confianza y alcanzar resultados en el tiempo. La conformación de dichas redes, es proceso que no se da en corto plazo, sino que requiere un periodo de maduración muchas veces largos, más aún si se construyen cruzando periodos gubernamentales.

d. Gestión de políticas públicas participativas

Es uno de los resultados más valiosos del trabajo intersectorial, ya que da cuenta de la superación de barreras individuales para hacer realidad objetivos de tipo colectivo y consiste en lograr la consolidación de acuerdos y decisiones sobre un tema en común, donde interviene el estado, la comunidad y las instituciones para la planeación e implementación de las políticas públicas.



e. Transectorialidad

Se puede entender que la transectorialidad es un fin último de la intersectorialidad; y consiste en lograr que las decisiones de un sector tengan influencia y carácter vinculante con las decisiones de otros sectores. Para el logro de la transectorialidad, se requiere que las autoridades territoriales se conviertan en promotores de los temas transversales y deben lograr que otros asuman dichos temas en su acción diaria.

Con todo lo anterior se logró posicionar y llevar a cabo al menos 3 ciclos para Transferencia de capacidades sobre IRA y EDA y la Construcción de una Hoja de Ruta para IRA y EDA, entendida como un instrumento orientador donde se definen ítems explícitos relacionados con los mensajes de cuidado de la IRA y EDA y la detección oportuna de algún signo de alarma.

El resultado que se espera de este proceso de la estrategia intersectorial, es posicionar la salud infantil y en especial la IRA y la EDA en la agenda de procesos del sector ya reconocidos como la Política de Cero a siempre, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, la estrategia AIEPI junto con sus aliados de diferentes sectores, así como las diferentes Mesas de Trabajo donde convergen actores enfocados con la primera infancia y el sector educativo, con el objetivo de formular política pública en la cual se cuente con un desarrollo específico de cada sector en torno a la afectación de determinantes sociales para disminuir la carga de enfermedad por estos eventos en la población infantil y la población general.

Algunas actividades planeadas desde la intersectorialidad tendrán gran incidencia en las redes sociales configuradas en el territorio; por esta razón, es importante identificar dichos procesos locales y apoyarse también de los lineamientos de la estrategia comunitaria para su abordaje.

6.3.2 Análisis conjuntos de indicadores de salud con otros sectores

Mesas territoriales salud-ambiente

Desde el año 2008 con el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 3550 se planteó la necesidad de "...crear espacios *interinstitucionales e intersectoriales en salud y ambiente a nivel territorial*" configurando los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA), entendidos como espacios técnicos relevantes para la toma de decisiones, la gestión y la concertación intersectorial en el abordaje de los determinantes sociales y ambientales que afectan la calidad de vida y salud de la población. Posteriormente su creación reafirmada mediante el Decreto 2972 de 2010 el cual crea y reglamenta la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (CONASA).



De acuerdo con la Guía para la conformación, funcionamiento y seguimiento de los Consejos Territoriales de Salud Ambiental - COTSA generados para este ejercicio, los actores mínimos que se recomienda vincular en el COTSA son:

- El Secretario de Educación
- El Director de la(s) Autoridad(es) Ambiental(es)
- El Secretario de Agricultura y/o de Desarrollo Rural
- El Secretario de Minas y Energía
- El Secretario de Planeación
- El Secretario de Gobierno
- El Secretario de Infraestructura u Obras Públicas
- El Secretario de Tránsito y Transporte
- El Secretario de Salud
- El Representante del Plan Departamental de Agua
- El Representante de la(s) Alcaldía(s)
- El Coordinador del grupo de trabajo territorial del Invima
- El Director Territorial del ICA

Como se mencionó en los primeros capítulos, se cuenta con suficiente evidencia que muestra la carga ambiental de la enfermedad para eventos como la IRA y la EDA, tanto a nivel mundial como para el caso de Colombia; por esta razón, los procesos intersectoriales para modificar los indicadores de morbilidad y mortalidad por estas causas, implican un compromiso local, agencia desde gobernación y alcaldías para impactar positivamente estos indicadores, los cuales tienen todo el seguimiento y análisis específico desde los equipos de Programa IRA/EDA territoriales.

Es necesario que a nivel territorial se analicen de manera específica los indicadores de salud ambiental sobre el Índice de Calidad del Aire (ICA) (Res2254 de 2017) y el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA) (Res 2115 de 2007/Res 622 de 2020) a la luz del comportamiento de la IRA y la EDA con un enfoque hacia la población de niños y niñas menores de 5 años y sobre ellos la morbilidad grave y mortalidad; con el fin de posicionar acciones definidas a nivel programático que pueden ser vinculadas con los sectores previamente citados.

Como resultado de este posicionamiento, se espera en primer lugar el fortalecimiento de las mesas de calidad del agua y calidad del aire y salud, que promueva un ajuste o actualización en la agenda local con incidencia de actores del nivel nacional con los cuales se proyecten y desarrollen mejoras en la infraestructura relacionada con saneamiento básico, acceso a agua segura, fortalecimiento de entornos (laboral, educativo, hogar, comunitario) de acuerdo con la exposición a riesgos identificados desde la vigilancia epidemiológica y se pueda lograr la cohesión de otros sectores, lo que implica la destinación específica de recursos y la generación de capacidades en la comunidad y de otros sectores sobre los procesos salud enfermedad desde análisis ambientales.



Para lograr lo anterior es muy importante que el equipo de programa territorial, logre participar activamente en las diferentes mesas definidas en los COTSA, socializando los análisis que la VSP provee, así como los hallazgos de los planes de mejoramiento por mortalidades por IRA y EDA. De tal forma que ante el inicio de cada vigencia o la actualización de prioridades se de apertura al trabajo coordinado para el abordaje intersectorial local de estos eventos.

Como resultado del trabajo conjunto a partir de los análisis ambientales con IRA y EDA se debe lograr la elaboración de estrategias conjuntas y productos tangibles que se vean reflejados en la comunidad con mayor riesgo e impacto por estos eventos:

- Ejecución de actividades para el desarrollo de capacidades en la comunidad definida, sobre entornos saludables, prevención, manejo y control de la IRA y EDA.
- Piezas de comunicación con los tres mensajes clave de IRA o EDA según priorización de eventos.
- Proyectos para mejorar o modificar las fuentes de agua para consumo humano.
- Ferias de salud locales con la participación de actores priorizados según situación epidemiológica de la IRA y EDA.
- Actos normativos territoriales con recomendaciones e indicaciones intersectoriales, tendientes a prevenir y mitigar los riesgos y a organizar la respuesta en caso de incremento de casos de IRA o EDA.
- Procesos conjuntos de oficinas de comunicaciones de diferentes sectores para el fortalecimiento de las medidas de prevención, manejo y control de la IRA o EDA según comportamiento epidemiológico.
- Boletines técnicos con análisis locales que integren la situación ambiental o climatológica con los eventos en salud y recomendaciones a su población.

Cada territorio es autónomo frente a la generación de algunos de los productos esperados; estos deben tener un tiempo finito de planeación y ejecución, lo que implica lograr ese cronograma común con objetivos y metas específicas; en este sentido, no es un proceso aplazable sino al contrario, para lograr impactar los determinantes sociales, es imprescindible se logre de manera permanente la construcción y ejecución conjunta de políticas públicas que le apunten a mejorar el bienestar de la comunidad y a garantizar su salud como derecho fundamental.

6.3.3 Procesos intersectoriales con la academia

Como se ha mencionado en los componentes y estrategias programáticas, uno de los principales procesos que postulamos para mejorar las intervenciones de atención, desde la promoción de la salud, la prevención de la IRA y EDA y su severidad, el manejo con calidad y pertinencia técnica y el control de casos e identificación de algún signo de alarma, es el Desarrollo de capacidades, en la comunidad, los aliados estratégicos y el talento humano del sector salud.

Esto se puede entender como una necesidad implícita de la Atención Primaria en Salud; de acuerdo con la Declaración de Astaná de 2018: *“El éxito de la atención primaria de la salud dependerá de lo siguiente: Desarrollo de conocimientos y capacidades. Utilizaremos los conocimientos, tanto científicos como tradicionales, para fortalecer la atención primaria de la salud, mejorar los resultados*



de salud y garantizar el acceso de todas las personas a la atención adecuada en el momento oportuno y en el nivel de atención más apropiado, respetando sus derechos, necesidades, dignidad y autonomía. Continuaremos investigando y compartiendo conocimientos y experiencias para crear capacidad y mejorar la prestación de los servicios y la atención sanitaria (92).”

Lo anterior, puesto en los Departamentos, Distritos y Municipios y con los aprendizajes que deja la pandemia, permite concluir que la alianza -academia-secretaría de salud-, es necesaria para acercar los saberes con el quehacer de quienes implementan la política pública en salud.

Durante los años 2020 y 2021, se desarrollaron innumerables espacios virtuales liderados por la academia y dirigidos hacia los trabajadores de la salud y la comunidad, cuyo objetivo era socializar de manera amplia los conocimientos de diversas especialidades en salud, con contenidos desde los hallazgos clínicos por COVID-19, hasta aspectos relacionados con medidas no farmacológicas para la comunidad general. Este proceso, enriqueció los conocimientos para la atención individual y para la elaboración y puesta en marcha de documentos técnicos y normativos, lo que además se puede entender como la reducción de brechas del conocimiento.

Para enfermedades milenarias como la IRA y la EDA, con la afectación que tiene en una población de protección especial a nivel mundial y nacional, este ejercicio de acompañamiento de la academia, debe movilizarse de manera permanente, entendido administrativamente a través de convenios interinstitucionales, pero también desde el compromiso social de las universidades y instituciones con diferente alcance de formación, profesionales que desarrollan actividades tanto en las secretarías de salud y también tienen un rol de asesor o profesor de una universidad y finalmente los hospitales universitarios.

Lograr el posicionamiento de la IRA y EDA, sus lineamientos, mensajes clave y lo que representan como problema en salud pública deben ser reforzados a través de este trabajo conjunto. Le corresponde al programa territorial, gestionar todas las actividades para lograr una agenda común con las instituciones educativas que pueden coincidir en temas de salud y de la infancia y desarrollar espacios presenciales o virtuales, sincrónicos o asincrónicos para que el conocimiento sobre estos temas sea de alcance completo en el territorio.

Es muy importante que no sólo se aborden temas clínicos de la atención de los eventos cuando ya se tiene la enfermedad, sino al contrario, para los planteamientos de la estrategia comunitaria, que implican la adecuación sociocultural con el reconocimiento de las costumbres y creencias de los pueblos étnicos que habitan en los diferentes territorios, congregar a la academia con los equipos de programa, también deben permitir esta construcción y transferencia de conocimientos sobre los saberes de las comunidades étnicas, para el abordaje en términos de la prevención, la adecuación de mensajes y de las atenciones y procesos que conduzcan a disminuir los riesgos y a abordar de manera oportuna al niño o niña en los inicios del proceso infeccioso por IRA y EDA y comprender de



manera clara la configuración de las redes locales de prestación de servicios, involucrando la medicina tradicional con la occidental.

Por esta razón, en el marco de la Atención Primaria en Salud y la Ley 1751 de 2015, desde este programa hacemos un llamado enfático a la comunidad científica y académica para que se configure un ejercicio rutinario y prioritario de transferencia de capacidades en el talento humano que trabaja para la salud de la comunidad. Que se logre el posicionamiento de todos los lineamientos para la promoción de la salud, la atención materna y perinatal, las Guías de Práctica Clínica para la IRA y EDA, los lineamientos y protocolos de la Vigilancia en Salud Pública de estos eventos, en la prestación de servicios individuales y colectivos, para que en un ejercicio permanente de entrenamiento y re-entrenamiento, se logre la cualificación del talento humano de todos los territorios.

El programa territorial debe contar con su mapa de actores en donde se caractericen las instituciones educativas de nivel técnico y profesional con formación en áreas de la salud y áreas sociales; también, las regionales o núcleos de asociaciones científicas relacionadas con pediatría, neumología, gastroenterología, infectología, epidemiología, salud pública, antropología y otras ciencias humanas de interés, con quienes se debe gestionar este trabajo intersectorial.

Como producto de esta articulación, se espera que, con el mecanismo administrativo más idóneo para lograr este acompañamiento, se logren algunos puntos de agenda conjunta y en concreto:

- Lograr la participación de expertos territoriales y regionales en algunas de las sesiones del plan de generación de capacidades que se mencionaron en la estrategia institucional.
- Actualizar y validar lineamientos programáticos y de atención con enfoque territorial y sociocultural.
- Generar hojas de ruta territoriales sobre los tres mensajes clave en el marco de la red de prestación de servicios desde el nivel primario hasta el complementario.
- Participar como programa en jornadas académicas para posicionar a la IRA y EDA como eventos de interés en salud pública, socializar lineamientos, oportunidades de mejora y experiencias exitosas del territorio u otros territorios.
- Intercambiar experiencias desde la investigación operacional de los actores.

Es muy importante que este proceso se desarrolle de manera permanente, planeado y organizado para cada vigencia, teniendo como antecedente los análisis epidemiológicos de la IRA y EDA que permiten priorizar municipios, zonas, instituciones y poblaciones en las cuales se deben intensificar estas acciones programáticas.



7. SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PROGRAMA.

Los sistemas de monitoreo y evaluación son instrumentos de gestión, responsables de proveer la información sobre el desempeño para alimentar la toma de decisiones, y generar mejoras en las intervenciones y la gestión de las instituciones públicas (93).

Estos sistemas, que están estrechamente ligados a los procesos de planificación y presupuestación, se enfocan en medir los resultados producidos por el gobierno (productos, resultados intermedios e impactos), analizando tanto la consecución de los objetivos como los recursos que se invierten para lograrlos, y los procesos, para lo cual se basan en la recolección sistemática y regular de información sobre desempeño (93).

El Programa Nacional de Prevención, manejo y control de la IRA y EDA presenta un enfoque de gestión por resultados, el cual busca incrementar la eficacia y el impacto de sus estrategias en el sector salud y sectores involucrados, a través de una mayor responsabilidad de los equipos territoriales por los resultados de su gestión.

Desde el nivel nacional se realiza la gestión, consolidación y análisis de la información generada desde los diferentes actores del SGSSS para cada estrategia definida, como un proceso rutinario y sistemático para:

- Brindar soporte a las decisiones nacionales sobre los eventos de IRA y EDA.
- Orientar la planificación y gestión local e institucional para disminuir la morbilidad grave y mortalidad por IRA y EDA en la población de niños y niñas menores de 5 años.
- Monitorear y evaluar las intervenciones individuales y colectivas del sector salud y otras propuestas en alianza con otros sectores.
- Identificar estrategias de réplica entre los territorios e instituciones.
- Contribuir en aspectos de planeación, actualización y socialización de lineamientos nacionales.

Para lograr lo anterior el sistema de información del Programa debe garantizar la calidad de la información, entendida como una cadena de condiciones que deben cumplirse desde el momento de la captura del dato hasta el momento final de la toma de decisiones.

La mortalidad por IRA y EDA en niños menores de 5 años ha sido el principal indicador medido y comparado con periodos anteriores, ya que define el resultado e impacto de las intervenciones en un mediano y largo plazo, de manera específica para los territorios y a nivel nacional. Aunque en el periodo de 2017 a 2022, que incluyó la pandemia por COVID-19, se agruparon diferentes indicadores para medir la implementación del programa y sus estrategias; para el año 2023 y en



adelante se establecieron unos indicadores para cada estrategia, a través de los cuales se quiere medir el grado de avance (cobertura) de las actividades o intervenciones.

De acuerdo con las acciones y procesos formulados en este documento se han definido los indicadores de gestión, proceso y resultado que dan cuenta del despliegue de cada Estrategia; tomando como base las orientaciones del Departamento Nacional de Planeación frente a la formulación de indicadores, así como los insumos de mesas de trabajo y documentos técnicos que se elaboraron con apoyo de USAID y sirvieron de insumo para definir los indicadores para cada estrategia.

Se debe tener en cuenta que, el flujo de información debe conservar la misma lógica de organización de nuestro Sistema de Salud; esto implica que la Secretaría Departamental de Salud es quien consolida y entrega al Ministerio de Salud y Protección Social la información de sus Municipios, IPS y EAPB y para el caso de los Distritos será su Secretaría de Salud Distrital.

Es muy importante que el ejercicio de medición de indicadores se realice de manera permanente en las instituciones y los territorios, de tal forma que se dé cuenta de los análisis, la gestión y las decisiones que se toman, como resultado de los hallazgos de programa; este proceso parte de la IPS, EAPB y Municipios escalándose hasta el departamento.

Como se mencionó en el apartado 6.4.1 (Monitoreo y evaluación), los Indicadores de la Vigilancia en Salud Pública, se deben analizar y correlacionar con las intervenciones del programa, para que en conjunto sean insumo de los tomadores de decisiones y sea información utilizada en procesos de difusión a la comunidad.

7.1 Indicadores de Programa

A continuación, se explican los indicadores definidos para el seguimiento nacional de las estrategias de programa y que permiten medir el desarrollo de procesos específicos según lo explica el capítulo 7; por lo tanto, son los indicadores semestrales que debe reportar la Entidad Territorial de Salud (Departamental y Distrital) al Ministerio de Salud y Protección Social y cuya fuente de información es el consolidado de programa territorial, es decir, estos indicadores dan cuenta de lo realizado mes a mes en coordinación con la Secretaría de Salud, por los actores del SGSSS locales, municipios y los aliados estratégicos, por esta razón varios de estos indicadores en su ficha tienen definido el tiempo de seguimiento mensual, porque es la periodicidad de la institución y del territorio para monitorear, acompañar y ajustar los procesos desencadenantes de los indicadores:



Indicadores Estrategia Institucional

Tabla 16. Indicadores estrategia institucional. Programa IRA/EDA

Estrategia Institucional		
1	Producto	Porcentaje de instituciones prestadoras de servicios de salud capacitadas en Guías de Práctica Clínica, protocolos y lineamientos para la infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda.
2	Producto	Porcentaje de instituciones prestadoras de servicios de salud con evaluación de la adherencia a las Guías de práctica clínica, protocolos y lineamientos, para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda.
3	Gestión	Porcentaje de instituciones prestadoras de servicios de salud con acciones de asesoría y asistencia técnica para el desarrollo de las salas de enfermedad respiratoria y de salas de rehidratación oral
4	Gestión	Porcentaje de salas de enfermedad respiratoria aguda evaluadas con indicadores de atención y seguimiento
5	Gestión	Porcentaje de salas de rehidratación oral evaluadas con indicadores de atención y seguimiento
6	Gestión	Porcentaje de planes de mejoramiento de mortalidad por infección respiratoria aguda con seguimiento y cerrados
7	Gestión	Porcentaje de planes de mejoramiento de mortalidad por enfermedad diarreica aguda con seguimiento y cerrados

Fichas de Indicadores estrategia Institucional

Tabla 17. Fichas de indicadores estrategia institucional. Programa IRA/EDA.

1.Nombre del Indicador	Porcentaje de instituciones prestadoras de servicios de salud capacitadas en Guías de Práctica Clínica, protocolos y lineamientos para la infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda.	
Tipo de indicador	Producto	
Definición	Enuncia las IPS capacitadas en guías de práctica clínica, protocolos y lineamientos en IRA y EDA.	
Propósito	Identificar el porcentaje de IPS capacitadas en las guías de práctica clínica, protocolos y lineamientos en IRA /EDA	
Definición operacional	Numerador: Número de IPS del territorio capacitadas en Guías de Práctica Clínica, protocolos y lineamientos en IRA y EDA	Denominador: Total IPS del territorio
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	El ---% de IPS del territorio--- están capacitadas en guías de práctica clínica, protocolos y lineamientos en IRA y EDA,	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	
2.Nombre del Indicador	Porcentaje de instituciones prestadoras de servicios de salud con evaluación de la adherencia a las Guías de práctica clínica, protocolos y lineamientos, para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda.	
Tipo de indicador	Producto	
Definición	Enuncia las IPS con evaluación de la adherencia a las GPC protocolos y	



lineamientos en IRA/EDA	
Propósito	Identificar el porcentaje de IPS con evaluación de la adherencia a las GPC protocolos y lineamientos en IRA/EDA
Definición operacional	Numerador: El número de IPS con evaluación de a la adherencia a las GPC protocolos y lineamientos en IRA/EDA Denominador: Total IPS priorizadas por frecuencia de eventos (neumonía-bronquiolitis-tos ferina - EDA - COVID pediátrico) del territorio.
Coefficiente de multiplicación	100
Periodicidad	Semestral
Fuente de información	Programa territorial
Interpretación de resultado	El ---% de IPS del territorio priorizadas ----- cuentan con evaluación de la adherencia a las GPC protocolos y lineamientos en IRA/EDA
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal

3. Nombre del Indicador	Porcentaje de instituciones prestadoras de servicios de salud con acciones de asesoría y asistencia técnica para el desarrollo de las salas de enfermedad respiratoria (ERA) y de salas de rehidratación oral (SRO)	
Tipo de indicador	Gestión	
Definición	Expresa el número de IPS que han recibido acciones de asesoría y asistencia técnica para el desarrollo de las salas ERA y SRO	
Propósito	Identificar el acompañamiento que realiza el ente territorial a las IPS para el desarrollo de las salas ERA y de RHO	
Definición operacional	Numerador: Número de IPS que recibieron asesoría y asistencia técnica para el desarrollo de las salas ERA y de RHO	Denominador: Número de IPS priorizadas del ámbito territorial para sala ERA y SRO.
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	Al ---% de las IPS priorizadas del--- se le realizaron acciones de asesoría y asistencia técnica para el desarrollo de las salas ERA y de RHO	
Nivel o ámbito	Nacional, Departamental, distrital y municipal	

4. Nombre del Indicador	Porcentaje de salas ERA evaluadas con indicadores de atención y seguimiento	
Tipo de indicador	Gestión	
Definición	Expresa las salas ERA existentes que han sido evaluadas con indicadores de atención y seguimiento	
Propósito	Identificar el porcentaje de salas ERA que han sido evaluadas con indicadores de atención y seguimiento	
Definición operacional	Numerador: Número de salas ERA que reportaron indicadores de atención y seguimiento	Denominador: Total de salas ERA del territorio
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	El ---% de salas ERA del territorio----- fueron evaluadas con indicadores de atención y seguimiento.	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	

5. Nombre del Indicador	Porcentaje de salas de rehidratación oral (SRO) evaluadas con indicadores de atención y seguimiento	
Tipo de indicador	Gestión	
Definición	Expresa las salas de RHO existentes que han sido evaluadas con	



	indicadores de atención y seguimiento	
Propósito	Identificar el porcentaje de salas de RHO que han sido evaluadas con indicadores de atención y seguimiento	
Definición operacional	Numerador: Número de salas de RHO que reportaron indicadores de atención y seguimiento	Denominador: Total de SRO del territorio
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	El ---% de salas de RHO del territorio -----fueron evaluadas con indicadores de atención y seguimiento	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	

6.Nombre del Indicador	Porcentaje de planes de mejoramiento de mortalidad por infección respiratoria aguda con seguimiento y cerrados	
Tipo de indicador	Gestión	
Definición	Enuncia los planes de mejoramiento de mortalidad por IRA en niños menores de 5 años con seguimiento y cerrados	
Propósito	Identificar el cumplimiento en la elaboración de planes de mejoramiento con seguimiento y cerrados ante la presencia de casos de muerte por infección respiratoria aguda en niños menores de cinco (5) años	
Definición operacional	Numerador: N° de planes de mejoramiento con seguimiento y cerrados en casos de muerte por IRA en niños menores de cinco (5) años	Denominador: Número de muertes por IRA en niños menores de cinco (5) años en el territorio
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	A nivel territorial ----el --- % de las mortalidades por IRA en menores de 5 años tuvieron seguimiento y fueron cerrados	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	

7.Nombre del Indicador	Porcentaje de planes de mejoramiento de mortalidad por enfermedad diarreica aguda con seguimiento y cerrados	
Tipo de indicador	Gestión	
Definición	Enuncia los planes de mejoramiento de mortalidad por EDA en niños menores de 5 años con seguimiento y cerrados	
Propósito	Identificar el cumplimiento en la elaboración de planes de mejoramiento, con seguimiento y cerrados ante la presencia de casos de muerte por enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco(5) años	
Definición operacional	Numerador: N° de planes de mejoramiento con seguimiento y cerrados en casos de muerte por EDA en niños menores de cinco (5) años	Denominador: Número de muertes por EDA en niños menores de cinco (5) años
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	A nivel territorial ----el --- % de casos de mortalidad por EDA en niños menores de cinco (5) años tuvieron seguimiento y fueron cerrados.	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	



Indicadores Estrategia Comunitaria

Tabla 18. Consolidado Indicadores estrategia comunitaria. Programa IRA/EDA.

Estrategia comunitaria		
1.	Producto	Porcentaje de municipios que implementan una estrategia de información sobre los tres (3) mensajes clave para la prevención manejo y control de la infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda
2.	Producto	Porcentaje de municipios con población étnica que realiza adecuación sociocultural sobre los procesos de difusión de los tres (3) mensajes claves para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda
3.	Producto	Porcentaje de municipios con población étnica que realiza adecuación sociocultural sobre los procesos de educación y comunicación para la prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda.
4.	Gestión	Porcentaje de unidades de atención integral comunitaria para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda operando en el territorio con sus componentes de atención individual y colectivo.

Fichas de Indicadores estrategia Comunitaria

Tabla 19. Ficha de indicadores estrategia comunitaria, Programa nacional IRA/EDA

1.Nombre del Indicador	Porcentaje de municipios que implementan una estrategia de información sobre los tres (3) mensajes clave para la prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda	
Tipo de indicador	Producto	
Definición	Enuncia los municipios que implementan la estrategia de información sobre los tres mensajes claves para la prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda- IRA y la enfermedad diarreica aguda- EDA.	
Propósito	Identificar en el territorio los municipios que implementan la estrategia de información para la prevención, manejo y control de la IRA y EDA con los tres mensajes claves.	
Definición operacional	Numerador: Número de municipios que desarrollan una estrategia de información comunitaria sobre los tres(3) mensajes claves, para la prevención, manejo y control de IRA y EDA en diferentes entornos y grupos poblacionales.	Denominador: Total de municipios de la entidad territorial.
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	El ---% de los municipios implementan una estrategia de información sobre los tres mensajes claves para la prevención, manejo y control de la IRA y EDA	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	

2. Nombre del Indicador	Porcentaje de municipios con población étnica que realiza adecuación sociocultural sobre los procesos de difusión de los tres (3) mensajes claves para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda	
Tipo de indicador	Producto	
Definición	Enuncia los municipios con población étnica que realizan adecuación sociocultural sobre los procesos de difusión de los tres (3) mensajes claves para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda	



Propósito	Identificar los municipios que realizan adecuación sociocultural y difusión de mensajes clave para IRA y EDA.	
Definición operacional	Numerador: Número de municipios del territorio con población étnica que implementan la difusión de los tres (3) mensajes de IRA y EDA con adecuación sociocultural.	Denominador: Total de municipios de la entidad territorial con población étnica.
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	El -----% de municipios con población étnica del territorio realizan adecuación sociocultural sobre los procesos de difusión de los tres (3) mensajes claves para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda (indígenas, negros, afrocolombianos, palenqueros, raizales, comunidades gitanas o Rrom)	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	

3. Nombre del Indicador	Porcentaje de municipios con población étnica que realiza adecuación sociocultural en los procesos de educación y comunicación para la salud, sobre prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda.	
Tipo de indicador	Producto	
Definición	Enuncia los municipios con población étnica que realizan adecuación sociocultural sobre los procesos de educación y comunicación para la salud relacionados con la prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda.	
Propósito	Identificar los municipios que realizan adecuación sociocultural en comunicación y educación para la salud sobre IRA y EDA.	
Definición operacional	Numerador: Número de municipios del territorio con población étnica que implementan procesos de educación y comunicación para la salud en IRA y EDA con adecuación sociocultural.	Denominador: Total de municipios de la entidad territorial con población étnica.
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	El -----% de municipios con población étnica del territorio realizan adecuación sociocultural en procesos de educación y comunicación para la salud para la prevención, manejo y control de la IRA y EDA (indígenas, negros, afrocolombianos, palenqueros, raizales, comunidades gitanas o Rrom)	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	

3. Nombre del Indicador	Porcentaje de unidades de atención integral comunitaria para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda operando en el territorio con sus componentes de atención individual y colectivo.	
Tipo de indicador	Gestión	
Definición	Enuncia el número de unidades de atención integral comunitaria que funcionan de manera completa	
Propósito	Identificar el número de unidades de atención integral comunitaria para la atención de IRA y EDA en el territorio que desarrollan procesos de atención individual y acciones colectivas.	



Definición operacional	Numerador: Número de unidades de atención integral comunitarias para la atención de IRA y EDA operando en el territorio con sus componentes de atención individual y colectivo	Denominador: Total de unidades de atención integral comunitarias para la atención de IRA y EDA
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	El ----% de unidades de atención integral comunitarias del territorio realizan procesos de atención individual con acciones colectivas para la prevención, manejo y control de la IRA y EDA.	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	

Indicadores Estrategia Intersectorial

Tabla 20. Consolidado Indicadores estrategia intersectorial. Programa IRA/EDA.

Estrategia intersectorial		
1.	Gestión	Porcentaje de municipios con análisis y acciones conjuntas entre salud y sectores ambientales/vivienda dirigidas a disminuir la morbi-mortalidad por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda (según situación epidemiológica).
2.	Producto	Porcentaje de intervenciones intersectoriales en desarrollo en el territorio para prevenir y controlar la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda.

Fichas de Indicadores estrategia Intersectorial

Tabla 21. Fichas de indicadores estrategia intersectorial, Programa nacional IRA/EDA

1.Nombre del Indicador	Porcentaje de municipios con análisis y acciones conjuntas entre salud y sectores ambientales o priorizados, dirigidas a disminuir la morbi-mortalidad por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda (según situación epidemiológica).	
Tipo de indicador	Gestión	
Definición	Enuncia los municipios que realizan análisis de los indicadores de morbimortalidad por IRA y EDA junto con indicadores medioambientales y desarrollan acciones en conjunto con ambiente o sectores priorizados.	
Propósito	Identificar el porcentaje de municipios que desarrollan procesos entre sector salud con sectores ambientales para afectar positivamente la morbimortalidad por IRA y EDA.	
Definición operacional	Numerador: Número de municipios con análisis y acciones salud-ambiente-otros en torno a la IRA y EDA	Denominador: Número de municipios de la entidad territorial
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	El --- % de los municipios del territorio realizan análisis y acciones conjuntas con sector ambiente/priorizados para disminuir la morbimortalidad por IRA y EDA del territorio. <i>(corporaciones autónomas, secretarías de medio ambiente, procuraduría agraria y ambiental, empresas de servicios públicos de acueducto, gerencia</i>	



	<i>de servicios públicos, superintendencia de servicios públicos, mesas de agua potable, mesas de calidad del aire, o por priorización en COTSA)</i>
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal

2.Nombre del Indicador	Porcentaje de intervenciones intersectoriales en desarrollo en el territorio para prevenir, manejar y controlar la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda.	
Tipo de indicador	Gestión	
Definición	Enuncia el grado de avance de procesos intersectoriales relacionados con la prevención, manejo y control de la IRA y EDA, pactados con actores del sistema de protección y aliados estratégicos para la primera infancia	
Propósito	Identificar el porcentaje de avance de compromisos pactados con otros sectores involucrados en el cuidado, protección de la primera infancia y generación de capacidades a madres, padres y cuidadores.	
Definición operacional	Numerador: Número de procesos desarrollados en conjunto con actores priorizados para la prevención, manejo y control de IRA y EDA	Denominador: Número de procesos pactados con actores priorizados.
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Semestral	
Fuente de información	Programa territorial	
Interpretación de resultado	El --- % de los compromisos acordados con actores como --- para la prevención, manejo y control de la IRA y EDA se están ejecutando/ se ejecutaron (anual) (ICBF, DPS, educación, SENA, universidades, ONGs, u otros actores priorizados en el marco de las mesas de primera infancia)	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	

7.2 Indicadores de resultado

Los indicadores de resultado explican el cambio en el tiempo de la morbilidad y mortalidad por IRA y EDA en la población de niños menores de 5 años; de esta manera, su disminución representa el impacto y fin último de este programa; sin dejar de lado otras intervenciones que pueden impactar positivamente en estos resultados en salud: como la introducción de nuevas vacunas o cambios estructurales que ayudan a modificar patrones de estas enfermedades.

Con el fin de identificar de manera adecuada, objetiva y veraz, las posibles razones por las que incrementan o decrecen estos indicadores, es prioritario contar con la línea base (medición previa a las intervenciones) y medir de manera juiciosa, las acciones desarrolladas en lugares, grupos poblacionales y momentos específicos.

Para lograr calcular los siguientes indicadores, es muy importante que las EAPB en su caracterización poblacional, tengan claridad de su denominador; es decir, el número de niños menores de 5 años afiliados con fecha de corte 31 de diciembre de cada año (se reconoce la variabilidad de la población, pero es una medición que debe realizarse de manera nacional/territorial para cada EAPB).



En el caso de los Municipios, Distritos y Departamentos, tomarán como denominador el dato poblacional de niños menores de 5 años según el censo DANE vigente ¹⁰.

Tabla 22. Indicadores de resultado. Programa IRA/EDA.

Indicadores de resultado	
1.	Tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años por infección respiratoria aguda
2.	Tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años por enfermedad diarreica aguda
3.	Letalidad por infección respiratoria aguda en niños menores de cinco (5) años
4.	Letalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco (5) años
5.	Incidencia de infección respiratoria aguda en niños menores de cinco (5) años
6.	Incidencia de enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco (5) años

Tabla 23. Fichas de indicadores de resultado. Programa IRA/EDA.

1.Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda en niños menores de cinco (5) años	
Tipo de indicador	Resultado	
Definición	Enuncia el número de muertes de niños menores de cinco (5) años (5) cuya causa básica de muerte fue una infección respiratoria aguda	
Propósito	Identificar proporción de niños menores de cinco (5) años que fallecen por IRA, respecto al total de la población menor de cinco (5) años en un período de tiempo,	
Definición operacional	Numerador; N° total de muertes de niños menores de cinco (5) por infección respiratoria aguda en un periodo dado.	Denominador: N° total de la población de niños menores de cinco (5) años para un año determinado
Coefficiente de multiplicación	100.000	
Periodicidad	Anual	
Fuente de información	DANE/ SISPRO	
Interpretación de resultado	A Nivel -----, en el año --- se presentaron --- muertes por infección respiratoria aguda por cada 100.000 niños menores de cinco (5) años	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB	

2.Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco (5) años	
Tipo de indicador	Resultado	
Definición	Es el número de muertes de niños menores de cinco (5) años cuya causa básica de muerte fue una enfermedad diarreica aguda	
Propósito	Identificar proporción de niños menores de cinco (5) años que fallecen por EDA, respecto al total de la población menor de cinco (5) años en un período de tiempo,	
Definición operacional	Numerador; N° total de muertes de por enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco (5) en un periodo dado	Denominador: N° total de la población de niños menores de cinco (5) años para un año determinado
Coefficiente de multiplicación	100.000	
Periodicidad	Anual	
Fuente de información	DANE/SISPRO	
Interpretación de resultado	A Nivel -----, en el año --- se presentaron --- muertes por infección respiratoria aguda por cada 100.000 niños menores de cinco (5) años por enfermedad diarreica aguda	

¹⁰ Para el momento de publicación de este documento se toma como denominador el Censo DANE del año 2018



Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal, EAPB
----------------	--

3.Nombre del Indicador	Letalidad por infección respiratoria aguda en niños menores de cinco (5) años	
Tipo de indicador	Resultado	
Definición	Expresa la proporción de defunciones de niños menores de cinco (5) años cuya causa básica de muerte fue una IRA, con relación al número total de niños menores de cinco (5) años atendidos con diagnóstico de IRA.	
Propósito	Identificar la gravedad del evento	
Definición operacional	Numerador: Número de muertes a causa de Infección respiratoria aguda en menores de cinco (5) años	Denominador: Número total de menores de cinco (5) años atendidos con diagnóstico de IRA
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Anual	
Fuente de información	DANE Registro de estadísticas vitales /SISPRO	
Interpretación de resultado	A nivel territorial ----, la tasa de letalidad por infección respiratoria aguda en niños menores de cinco (5) años para el año--- fue de -- por cada 100 afectados	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, municipal, distrital, EAPB	

4.Nombre del Indicador	Letalidad enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco (5) años	
Tipo de indicador	Resultado	
Definición	Expresa la proporción de defunciones de niños menores de cinco (5) años cuya causa básica de muerte fue una EDA, con relación al número total de niños menores de cinco (5) años atendidos con diagnóstico de EDA.	
Propósito	Identificar la gravedad del evento	
Definición operacional	Numerador: Número de muertes por EDA en menores de cinco (5) años	Denominador: Número total de niños menores de cinco (5) años atendidos con diagnóstico de EDA
Coefficiente de multiplicación	100	
Periodicidad	Anual	
Fuente de información	DANE Registro de estadísticas vitales /SISPRO	
Interpretación de resultado	A nivel. ----, la tasa de letalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco (5) años para el año ---- fue de -- por cada 100 afectados	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, municipal, distrital, EAPB	

5.Nombre del Indicador	Incidencia de infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años	
Tipo de indicador	Resultado	
Definición	Número de niños menores de 5 años con diagnóstico de IRA por cada 100.000 niños menores de 5 años.	
Propósito	Evaluar la magnitud del evento	
Definición operacional	Numerador: Número de casos de infección respiratoria aguda	Denominador: Total de la población del periodo a evaluar
Coefficiente de multiplicación	100.000	
Periodicidad	Semestral / anual	
Fuente de información	SIVIGILA/RIPS/DANE (Denominador)	
Interpretación de resultado	A nivel ----, para el año ---- la tasa de incidencia de la infección respiratoria aguda fue de ... por cada 100.000 niños menores de 5 años	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	



6.Nombre del Indicador	Incidencia de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años	
Tipo de indicador	Resultado	
Definición	Número de niños menores de 5 años con diagnóstico de EDA por cada 100.000 niños menores de 5 años.	
Propósito	Evaluar la magnitud del evento	
Definición operacional	Numerador: Número de casos de enfermedad diarreica aguda	Denominador: Total de la población del periodo a evaluar
Coefficiente de multiplicación	100.000	
Periodicidad	Semestral / anual	
Fuente de información	SIVIGILA/RIPS/DANE (Denominador)	
Interpretación de resultado	A nivel ---- para el año ----, la tasa de incidencia de la enfermedad diarreica aguda fue de ... por cada 100.000 niños menores de 5 años	
Nivel o ámbito	Nacional, departamental, distrital y municipal	

Cada uno de los actores definidos en el nivel o ámbito de estos indicadores, debe realizar el levantamiento histórico de la información (al menos 5 años previos), tener claridad de la línea base y los años posteriores. Es necesario tener en cuenta que los datos oficiales de los indicadores de tasas de mortalidad pueden presentar un rezago de 12 a 18 meses por la fuente DANE; no obstante, se pueden generar simulaciones de estos indicadores con cifras de SIVIGILA, teniendo claridad que sólo podemos hacer referencia a esta información de manera preliminar citando la fuente de SIVIGILA. Esto puede funcionar para evaluar mortalidad mensual o con cortes por semanas (como el ejercicio que realiza el Instituto Nacional de Salud en el Boletín Epidemiológico Semanal), pero esta vez a nivel de EAPB y Municipios.

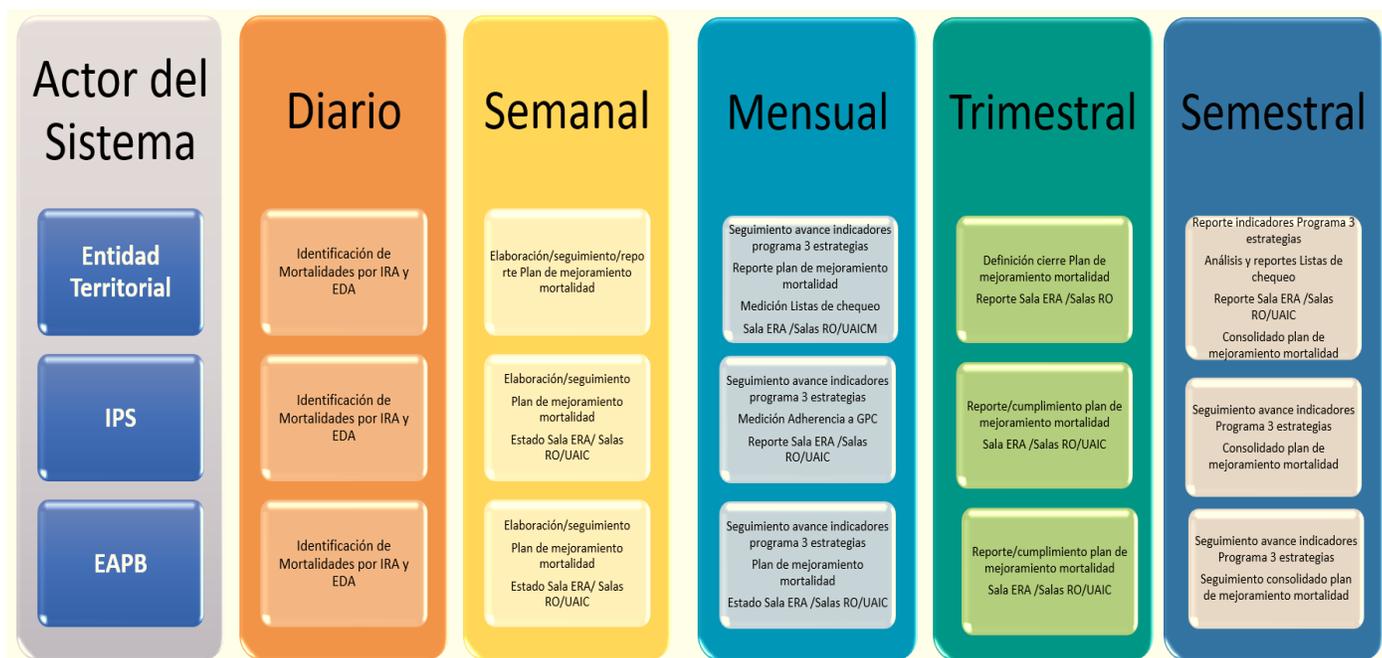
De otro lado, los indicadores de resultado son mediciones que debe elaborar cada actor mencionado, para que sea utilizada en la planeación, focalización de acciones, en rendición de cuentas y también como parte del monitoreo de algunos indicadores de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, entre otras.

Finalmente, se recomienda revisar cada anexo de este documento, ya que también se tienen indicadores de gestión que se cuantifican en la IPS, Municipio y Departamento. Aunque no pertenecen a la matriz general de programa, son indicadores que implican resultados favorables o desfavorables de algunas de las intervenciones medidas por las estrategias.

De manera ilustrativa, se exponen por actor, las mediciones y reportes que deben realizar, recordando el flujo de información: de IPS a Municipio, de Municipio a Departamento y de Departamento a Minsalud:



Ilustración 23. Resumen y periodicidad de reportes Programa IRA/EDA.



Para lograr la consolidación trimestral y semestral de los reportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales acordarán con IPS y EAPB las fechas de corte de la información, de tal forma que se logre remitir en las fechas establecidas:

Tabla 24. Periodicidad de entregables a Minsalud. Programa IRA/EDA

Instrumento de seguimiento nacional	Periodicidad de seguimiento nacional	Fechas propuestas de entrega	Mecanismo de reporte
Matriz de seguimiento de programa por estrategia, indicadores y anexos	Semestral/Anual completo	31 de julio y 31 de enero	Repositorio programa (Drive)
Indicadores de sala ERA/SRO	Trimestral	15 de abril, julio, octubre y enero	Repositorio programa (Drive)
Seguimiento a mortalidades	Mensual	30 de cada mes	Repositorio programa (Drive)
Planes de mejoramiento mortalidades	Mensual	30 de cada mes	FTPS territorial



8. FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA

Con el fin de garantizar el desarrollo de las estrategias programáticas para la IRA y EDA en todo el país, se debe tener claridad sobre las diferentes fuentes de financiamiento locales e institucionales, a fin de incluir en cada vigencia el talento humano, actividades, procesos, productos y temas logísticos que se programen para el despliegue de los lineamientos contenidos en este documento y así continuar con la disminución de la morbilidad grave y mortalidad por IRA y EDA en la población de niños y niñas menores de 5 años.

En cuanto a los procesos desarrollados por las EAPB e IPS, relacionados con los análisis permanentes de la información epidemiológica de la IRA y EDA a partir de las fuentes de información de la prestación individual y de la VSP, se reitera que esto se encuentra ligado a los comités epidemiológicos y de calidad de la atención constituidos institucionalmente, quienes deben realizar evaluaciones sobre sus resultados en salud de IRA y EDA, a fin de viabilizar el despliegue de estrategias como Salas ERA, Salas de Rehidratación Oral, Unidades de Atención Comunitarias, jornadas en salud, centros móviles, entre otros; y evaluar el cumplimiento de las pautas de las guías de práctica clínica y lineamientos de atención y promover acciones de información en salud y educación individual sobre los 3 mensajes clave de la IRA y EDA en su población a cargo. Tener en cuenta la Resolución 3100 de 2019, en la cual se cita las condiciones de capacidad tecnológica y científica para la habilitación de servicios y atención de la población (62).

Esto implica que a través de sus recursos propios en el Plan Operativo Anual deben ejecutarse las actividades planteadas en este programa, de manera armonizada con lo definido en el plan de beneficios en salud. Es decir, las atenciones brindadas a través del PBS con oportunidad, calidad, completitud y demás atributos de las mismas, repercuten en los indicadores relacionados con adherencia a GPC, Salas ERA, generación de capacidades, mortalidad, entre otras.

Con relación a las actividades desarrolladas en el marco de la Gestión de la salud Pública y el Plan de Intervenciones Colectivas, se toma como base el documento *Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud* (88), que explica lo siguiente:

De conformidad con lo establecido en el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, los recursos del Sistema General de Participaciones en lo que se refiere a los recursos para la Salud se destinarán a financiar entre otros, las acciones de salud pública definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de Salud; teniendo en cuenta que la IRA y EDA siguen siendo las principales causas de mortalidad prevenibles y evitables en la población de niños y niñas menores de 5 años en el país, todas las entidades territoriales del orden Departamental, Distrital y Municipal, que reporten morbilidad y mortalidad por estas causas en población de menores de 5 años, deben destinar recursos para la operación del programa.



La utilización o inversión de estos recursos en los procesos de Gestión de la Salud Pública, se deberá circunscribir a aquellas acciones que se enmarquen en las competencias de salud pública definidas para la Entidad en la normatividad vigente, desarrolladas a través de proyectos de inversión de la respectiva Entidad Territorial y conforme a las normas presupuestales y contractuales vigentes (88).

Las Entidades Territoriales cuentan con fuentes para financiar sus gastos de funcionamiento, como los ingresos corrientes de libre destinación y las rentas cedidas, de acuerdo con el artículo 3 de la Ley 617 de 2000 y el artículo 60 de la Ley 715 de 2001 que señala que los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de dirección de los departamentos, distritos y municipios deberán financiarse con sus ingresos corrientes de libre destinación y podrán destinar hasta un 25% de las rentas cedidas para tal fin, al menos 20% de este monto podrá financiar las funciones de asesoría y asistencia técnica, inspección, vigilancia y control del Régimen Subsidiado y Salud Pública (88).

De igual forma, el parágrafo 4 del artículo 42 de la Ley 643 de 2001 adicionado por el artículo 59 de la Ley 715 de 2001 establece que en los departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada, podrán del 80% de las rentas obtenidas por la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar diferentes del lotto, la lotería preimpresa y la instantánea destinados para atender la oferta y la demanda en la prestación de los servicios de salud, destinar hasta el 40% de dichos recursos, para cubrir también, los gastos de funcionamiento de las secretarías o direcciones seccionales de salud, mientras éstas mantengan la doble característica de ser administradoras y prestadoras de servicios de salud en su jurisdicción (88).

De otro lado, los Municipios de 4, 5 y 6 pueden asignar hasta un 42% de los recursos del Sistema General de Participaciones del componente Propósito General para financiar gastos de funcionamiento en virtud del artículo 78 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 21 de la Ley 1176 de 2007 (88).

Ahora bien, de acuerdo al artículo 60 de la Ley 715 de 2001 los recursos del Sistema General de Participaciones no pueden financiar gastos de funcionamiento, en consecuencia, los gastos de personal, los gastos generales y otras transferencias deben financiarse de forma exclusiva con recursos propios de libre destinación (88).

El talento humano que desarrolla funciones de carácter administrativo de coordinación o dirección en el área de salud pública, cualquiera que sea su modalidad de vinculación, y el talento humano operativo que desarrolla actividades en el área de salud pública vinculado mediante nómina a la Entidad Territorial no se puede financiar con los recursos del componente de Salud Pública de la participación de Salud del Sistema General de Participaciones (88).



Los recursos del componente de Salud Pública de la participación de Salud del Sistema General de Participaciones no podrán ser destinados al financiamiento de gastos de personal asociados a nómina, es decir, al pago de asignaciones básicas o factores prestacionales o salariales (88).

El talento humano que desarrolla funciones de carácter administrativo de coordinación o dirección en el área de salud pública, cualquiera que sea su modalidad de vinculación, y el talento humano operativo que desarrolla actividades en el área de salud pública vinculado mediante nomina deberá financiarse con recursos propios de libre destinación, recursos de libre destinación de la participación de propósito general del Sistema General de Participaciones de la respectiva entidad territorial o el 25% de rentas cedidas (88).

En el caso de generarse modificaciones o actualizaciones normativas relacionadas con el financiamiento del sistema, se debe garantizar el despliegue programático para la prevención, manejo y control de la IRA y EDA desde las fuentes disponibles para las acciones de Salud Pública y atenciones individuales, toda vez que estos eventos son de interés nacional y mundial y su monitoreo y disminución de la mortalidad, constituyen indicadores trazadores para el país y están contemplados en el Plan Decenal de Salud Pública vigente 2022-2031 y en el Plan Nacional de Desarrollo.

De acuerdo con la experiencia de los seis años de implementación de este programa, se organizaron las actividades de cada estrategia, sugiriendo el perfil profesional para su despliegue desde la Entidad Territorial de salud; esto puede variar según la disponibilidad de los perfiles, experiencia demostrada y la densidad o dispersión poblacional; cualquiera de las condiciones que implique modificación en los perfiles no exhorta al territorio del desarrollo de las estrategias:

Estrategia Institucional

Perfil recomendado: Pediatra, Médico o Enfermera, con mínimo (3) años de experiencia en programas de Salud Pública que incluya trabajo comunitario, preferiblemente con especialización o maestría en alguna de las siguientes áreas: Epidemiología, Salud pública, Auditoría en salud, Gerencia de los servicios de salud.

Actividades de la estrategia

- a) Mantenerse actualizado en los actos normativos, lineamientos y guías operativas relacionados con el Programa Nacional de prevención, manejo y control de IRA y EDA emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades competentes.
- b) Generar en coordinación con las EAPB (o quien haga sus veces) y prestadores de servicios de salud locales, (primarios y complementarios) el “Plan de generación de capacidades” técnico científicas para que sea implementado con el talento humano de la Red de Prestación de Servicios de Salud como proceso de entrenamiento y reentrenamiento



permanente sobre los protocolos, lineamientos, Guías de Práctica Clínica relacionados con la prevención, manejo y control de IRA - COVID-19/EDA.

- c) Acompañar a las EAPB y red de prestadores de servicios de salud locales en el proceso de desarrollo de capacidades al talento humano sobre el abordaje que debe darse a los cuidadores sobre los 3 mensajes clave, para la prevención de la IRA y la EDA, los cuidados en el hogar y cuando consultar frente a la identificación oportuna de al menos un signo de alarma.
- d) Acompañamiento y asesoría técnica a los equipos directivos de ESE, IPS y EAPB de los municipios para la implementación y seguimiento del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA y la EDA, incluyendo temas de: Salas ERA, estrategia de lavado de manos, acciones de promoción y prevención de la IRA y EDA, procesos de referencia y contra-referencia, entre otras.
- e) Gestionar con EAPB e IPS la implementación de las Unidades de Atención Comunitarias en las zonas donde se priorice su desarrollo, de acuerdo con la cobertura de la red de prestación de servicios en zonas rurales, rurales dispersas o de casco urbano con limitaciones en el acceso a los servicios de salud.
- f) Acompañar el desarrollo de las unidades de análisis por mortalidad integrada de IRA y EDA y generar el plan de mejoramiento de cada mortalidad con las acciones para cada actor involucrado, acompañar su desarrollo, seguimiento, cumplimiento, cierre y reporte en el FTPS del territorio.
- g) Apoyar técnicamente en la consolidación y análisis epidemiológico de la morbilidad y mortalidad relacionada con IRA y EDA en el territorio, con el fin de generar espacios de análisis para orientar la toma de decisiones ante el incremento de casos de IRA o EDA a nivel local y desarrollar planes de contingencia locales e institucionales de manera anticipatoria a los picos epidemiológicos de estos eventos.
- h) Brindar orientaciones técnicas a las EAPB y prestadores de servicios de salud, para que se implementen estrategias de información y educación individual de los 3 mensajes clave dirigidos a madres, padres y cuidadores de menores de 5 años y adultos mayores ¿cómo evito que mi hijo, hija o adulto mayor se enferme de IRA o EDA), si enferma ¿cómo lo cuido en casa?, ¿cuándo consultar? Signos de alarma de alarma de la IRA y la EDA.
- i) Realizar el monitoreo de los indicadores de gestión y seguimiento del programa Nacional de prevención, manejo y control de la IRA y EDA, relacionados con los componentes de la estrategia Institucional: análisis de información de IRA y EDA proveniente de las estrategias de vigilancia epidemiológica y los RIPS, Implementación y seguimiento de indicadores de las salas ERA, acompañamiento al desarrollo de planes de mejoramiento de las mortalidades por IRA y EDA y el desarrollo de planes de generación de capacidades, dentro de los periodos establecidos de reporte territorial y nacional.
- j) Generar análisis conjuntos de la estrategia institucional con la estrategia intersectorial y comunitaria para orientar las intervenciones locales dirigidas a poblaciones con mayores riesgos de enfermedad y muerte por IRA y EDA.



- k) Consolidar los registros e informes de las acciones de la estrategia institucional del Programa Nacional de IRA y EDA y el análisis en la medición del impacto de las estrategias de información, comunicación y educación en salud a nivel institucional.

Estrategia Comunitaria

Perfil recomendado: Profesional de las áreas sociales (antropología, sociología, trabajo social) con mínimo de (3) años de experiencia en Salud Pública.

Profesional del área de la salud, con mínimo de (3) años de experiencia relacionada en los programas de salud pública y trabajo comunitario.

Actividades de la estrategia

- a) Mantenerse actualizado en los actos normativos, lineamientos y guías operativas relacionados con el Programa Nacional de prevención, manejo y control de IRA y EDA emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades competentes
- b) Desarrollar las acciones de la estrategia comunitaria del Programa Nacional de IRA y EDA, en cuanto al diseño y despliegue de procesos de información en salud, educación y comunicación para la salud, a través de la difusión de los 3 mensajes clave en diferentes entornos y grupos poblacionales sobre prevención, manejo y control de la IRA y EDA.
- c) Acompañar en la gestión local del PIC para la inclusión de acciones relacionadas con la implementación de las Unidades de Atención Comunitarias en las zonas donde se priorice su desarrollo, de acuerdo con la cobertura de la red de prestación de servicios en zonas rurales, rurales dispersas o de casco urbano con limitaciones en el acceso a los servicios de salud.
- d) Acompañar el proceso de elaboración y análisis de los indicadores de las Unidades de Atención Comunitarias para gestión local de acuerdo con resultados y reportes a nivel central.
- e) Realizar la concertación, diseño y difusión de los 3 mensajes clave para grupos étnicos con adecuación sociocultural sobre prevención, manejo y control de la IRA y EDA.
- f) Difundir las orientaciones de prevención, manejo y control de IRA y EDA para población infantil institucionalizada o en protección, que incluya a las personas de brindan la asistencia.
- g) Difundir las orientaciones prevención, manejo y control de IRA y EDA con representantes de las Juntas de Acción Comunal o veredales, líderes, madres comunitarias, organizaciones de base, entre otros, para la adopción y el fomento de los 3 mensajes claves.
- h) Realizar las acciones de educación y comunicación para la salud, en los procesos de concertación y diálogo de saberes para la adecuación sociocultural de los tres mensajes con población étnica (indígenas; negros, afrocolombianos, palenqueros y raizales, comunidades rom).



- i) Difundir información del componente educativo y los procesos de educación y comunicación de IRA y EDA dirigido a madres, padres, cuidadores consultantes y la comunidad circundante de las Unidades de Atención Integral Comunitarias.
Difundir información del componente educativo y los procesos de educación y comunicación de IRA y EDA con adecuación sociocultural dirigido a madres, padres, cuidadores consultantes y las comunidades étnicas circundante de las Unidades de Atención Integral Comunitarias.
- j) Capacitar de manera virtual o presencial a los agentes comunitarios, líderes, redes de apoyo, organizaciones de base comunitaria sobre IRA y EDA, para fortalecer capacidades en la vigilancia comunitaria de la salud pública e identificación oportuna de situaciones de riesgo en la población menor de 5 años asociada a IRA y EDA.
- k) Realizar acciones de participación social y comunitaria que permita la Identificación y caracterización de líderes en las comunidades que puedan vincularse a los procesos comunitarios en la promoción y el mantenimiento de la salud y la prevención de la IRA y la EDA.
- l) Generar análisis conjuntos de la estrategia comunitaria con la estrategia intersectorial e institucional para orientar las intervenciones locales dirigidas a poblaciones con mayores riesgos de enfermedad y muerte por IRA y EDA.
- m) Consolidar los registros e informes de las acciones de la estrategia comunitaria del Programa Nacional de IRA y EDA, en cuanto a procesos e indicadores de la estrategia comunitaria.

Estrategia Intersectorial

Perfil recomendado: Profesional de salud con mínimo de (3) años de experiencia relacionada en programas de Salud Pública.

Actividades de la estrategia

- a) Mantenerse actualizado en los actos normativos, lineamientos y guías operativas relacionados con el Programa Nacional de prevención, manejo y control de IRA y EDA emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades competentes
- b) Realizar la asistencia técnica al talento humano en salud de los municipios para la reorganización operativa que permita el análisis integrado de indicadores de morbi-mortalidad de IRA y EDA con sectores como: ambiente, agua, vivienda, educación, entre otros.
- c) Participar en las mesas intersectoriales como el COTSA, PMU, que permita visibilizar el desarrollo de estrategias de promoción de la salud y prevención de la IRA y EDA.
- d) Participar en las mesas intersectoriales de infancia (Mesa departamental de Infancia u otras) y de educación, para generar intervenciones locales que impacten en los resultados en salud, prevención de la IRA/EDA de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de los eventos.



- e) Generar espacios de abogacía y movilización social, que posicionen al programa en la agenda pública territorial, para la creación de alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales que puedan impactar sobre las determinantes sociales de la salud de la población afectadas y/o según grupos de riesgo.
- f) Coordinación y articulación con la secretaría de ambiente y vivienda para el desarrollo de proyectos conjuntos enfocados en la promoción de hábitos y entornos saludables, para la prevención de la IRA y EDA.
- g) Articulación con ICBF, DPS (programas como familias en acción, red unidos y otros) y otras entidades para el desarrollo de procesos de educación y comunicación para la salud a las comunidades sobre prevención, manejo y control de la IRA y EDA.
- h) Realizar reuniones de trabajo con las sociedades académicas y científicas del departamento para promover el desarrollo de capacidades, tanto institucionales como comunitarias, para la implementación de planes, lineamientos y protocolos de IRA y EDA.
- i) Participación en los diferentes escenarios de oferta institucional en el que se puedan visibilizar los 3 mensajes claves del programa para la prevención, manejo y control de la IRA y EDA y la transversalidad de las acciones entre los programas de promoción y mantenimiento de la salud en la población menor de 5 años sujetos de beneficios.
- j) Articular con diferentes sectores la difusión de mensajes clave desde intervenciones de información en salud para poblaciones con vulnerabilidades y riesgos específicos (habitantes de calle, víctimas del conflicto armado, población privada de la libertad, viajeros (aéreos, terrestres y fluviales, entre otros).
- k) Generar análisis conjuntos de la estrategia intersectorial con la estrategia institucional y comunitaria para orientar las intervenciones locales dirigidas a poblaciones con mayores riesgos de enfermedad y muerte por IRA y EDA.
- l) Analizar y consolidar registros e informes generados de las acciones de la estrategia intersectorial del Programa Nacional de IRA y EDA en el periodo establecido.



9. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES

Responsabilidades para las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios o Entidades a cargo del aseguramiento, Entidades Responsables de los Regímenes Especiales y de Excepción e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas.

- 1.1. Implementar el Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA y EDA, en sus cuatro componentes: gestión y planeación, atención para la salud, gestión del conocimiento y sistemas de información y seguimiento, conforme con las tres estrategias (institucional, comunitaria e intersectorial) logrando interdependencia entre estas.
- 1.2. Definir equipos profesionales que acompañen la implementación del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA y la EDA, incluyendo los profesionales para la vigilancia epidemiológica de los eventos.
- 1.3. Realizar el fortalecimiento de capacidades en el talento humano en salud para la atención, diagnóstico por laboratorio, tratamiento y seguimiento oportunos de los casos de IRA y la EDA de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica y Lineamientos de atención, incluyendo la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en su componente clínico, disponible en <https://herramientaclinicaprimerainfancia.minsalud.gov.co/> teniendo en cuenta el enfoque territorial y poblacional.
- 1.4. Cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGC- en el marco de sus competencias.
- 1.5. Seguir y cumplir con todas las intervenciones establecidas en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, así como en las rutas específicas que la componen.
- 1.6. Asegurar la articulación de las estrategias del programa con las Políticas dirigidas a la familia, la mujer, mujer gestante, Primera Infancia, Infancia y Adolescencia.
- 1.7. Garantizar el cumplimiento de los Lineamientos para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones emitidos anualmente.
 - 1.5.1. Iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación al 100% de los niños menores de seis años de edad.
 - 1.5.2. Vacunar a niños menores de un año de edad con dos dosis de vacuna contra el neumococo y garantizar la dosis de refuerzo a los doce meses de edad.
 - 1.5.3. Vacunar contra la influenza estacional a niños y niñas de 6 a 23 meses, gestantes a partir de la semana 14 y adultos de 60 años y más.
 - 1.5.4. Vacunar contra Influenza estacional a los pacientes inmunocomprometidos.



- 1.5.5. Vacunar a gestantes con vacuna contra la tosferina TdaP (TÉTANOS - DIFTERIA - TOS FERINA ACELULAR) a partir de la semana 26 de gestación, COVID-19 para gestantes y niños mayores de 3 años.
- 1.8. Implementar estrategias de comunicación de acuerdo a sus competencias, frente a los cuidados para evitar las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica aguda así como al manejo inicial en casa y cuando consultar (signos de alarma, dirigido a madres, padres y cuidadores).
 - 1.9. Fortalecer el trabajo articulado entre las áreas de prestación de servicios, salud pública, aseguramiento, salud ambiental y otras, de dichas instituciones, con el fin de ejecutar un trabajo integrado que facilite el abordaje de la IRA y EDA en todas sus etapas.
 - 1.10. Promover y acompañar técnicamente a la red de prestadores locales a la implementación de estrategias para la atención oportuna de los casos de IRA y EDA, como consulta prioritaria, atención domiciliaria, atención según enfoque de riesgo, red de apoyo y centros de atención móviles, telesalud, entre otros.
 - 1.11. Generar estrategias de coordinación con las EAPB e IPS de los diferentes niveles de atención, para garantizar el seguimiento de los casos de su población afiliada, a fin de minimizar los reingresos, consultas recurrentes por episodios respiratorios, gastrointestinales y otras complicaciones de la población de niños y niñas menores de 5 años.
 - 1.12. Brindar orientaciones técnicas a las EAPB, IPS y ESE para que se implementen estrategias de información en salud, educación y comunicación para la salud, así como educación individual y grupal sobre los 3 mensajes clave de IRA y EDA dirigidos a madres, padres y cuidadores de menores de 5 años y adultos mayores: ¿cómo evito que un niño o niña se enferme de IRA y EDA), si enferma ¿cómo lo cuido en casa?, ¿cuándo consultar?
 - 1.13. Realizar la consolidación y remisión de las herramientas de seguimiento de programa nacional de prevención manejo y control de la IRA y EDA según la periodicidad pactada para cada proceso.
 - 1.14. Acompañar técnicamente a las EAPB e IPS y monitorear la pertinencia de los procesos de información frente a las acciones para prevenir la IRA, cómo debe ser el manejo inicial en casa, cuáles son los signos de alarma para consultar (ante la presencia de al menos uno) y cuáles son los puntos de atención ambulatoria de la red para atención de casos a nivel pediátrico y para población adulta, que debe ser difundida en su población a cargo.
 - 1.15. Garantizar de manera permanente el talento humano y la sostenibilidad institucional para el despliegue de las 3 estrategias del programa.
 - 1.16. Realizar la consolidación y remisión de información del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA y EDA, de acuerdo con la periodicidad mensual, trimestral, semestral o anual indicada por este Ministerio.



2. Acciones a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

2.1 En cumplimiento de las instrucciones impartidas, la Superintendencia Nacional de Salud debe ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control a los sujetos objeto de su competencia: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- que integran el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS-.

3. Acciones a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.

3.1. Gestión y planeación.

3.1.1. Ejercer la rectoría requerida para el correcto funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA- y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad -SOGC-, en los prestadores de servicios de salud públicos y privados de su jurisdicción.

3.1.2. Implementar y monitorear acciones dirigidas a la prevención, manejo y control de la IRA y la EDA y partir de su ejecución desde los Planes Territoriales de Salud, su seguimiento y monitoreo.

3.1.3. Ajustar y reactivar los planes de contingencia departamentales y distritales ante el anuncio por parte de las autoridades competentes sobre el incremento de lluvias y temporada invernal e inundaciones con el fin de brindar atención a los pacientes con IRA y EDA, articulando sus actividades con otros sectores y actores.

3.1.4. Coordinar con las EAPB y prestadores de servicios de salud, la ejecución de acciones de prevención de la IRA y EDA durante todos los periodos del año.

3.1.5. Implementar estrategias de comunicación a nivel territorial, dirigidas a padres y cuidadores frente a los cuidados para evitar la IRA y EDA, el manejo inicial en casa y cuándo consultar por la presencia de algún signo de alarma.

3.1.6. Realizar asistencia técnica a los municipios de su jurisdicción para que se garantice el despliegue de las acciones de prevención, manejo y control de la IRA y EDA durante todos los periodos del año.

3.1.7. Fortalecer la movilización social e intensificar el desarrollo de acciones conjuntas con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, los programas Más Familias en Acción, Red Unidos y demás aliados estratégicos que se encuentren en su jurisdicción, garantizando a los agentes de cambio el ejercicio de los tres mensajes del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA y EDA (¿Cómo evito que un niño o niña se enferme?, ¿Cómo lo/la cuido en casa?, ¿Cuándo consultar?).

3.1.8. Participar y gestionar el fortalecimiento de los espacios de coordinación, intervención y capacitación que involucren a los diferentes actores relacionados con la prevención y control de factores de riesgo ambientales para IRA y EDA.

3.1.9. Orientar a los demás actores y sectores frente a medidas de control por incremento de casos de IRA en picos epidemiológicos o temporada invernal, con el fin de implementar o fortalecer



medidas no farmacológicas y aislamiento voluntario de las personas (niños y adultos con cuadros respiratorios).

3.2. Atención para la salud.

3.2.1. Verificar que las Empresas Administradoras de Planes y Beneficios –EAPB- de su jurisdicción realicen inducción activa a su población afiliada para la utilización de servicios y valoración integral, mediante procedimientos e intervenciones de demanda inducida priorizados de acuerdo con la Resolución 3280, haciendo énfasis en la consulta de atención prenatal y valoración integral.

3.2.2 Brindar acompañamiento técnico frente a la habilitación de los servicios de consulta externa o urgencias para la implementación de Salas de Enfermedad Respiratoria Aguda, Unidades de Atención Integral Comunitarias (UAIC) y demás servicios relacionados con las acciones de prevención, manejo y control de la IRA en población pediátrica.

3.2.3. Fortalecer la vigilancia de las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud de la jurisdicción, con énfasis en el cumplimiento de modalidades de atención en el prestador primario como en el complementario, incluyendo las salas de atención de Enfermedad Respiratoria Aguda -Sala ERA-Salas de rehidratación Oral UAIC y demás servicios relacionados con la atención de pacientes con IRA y EDA.

3.2.4. Promover el cumplimiento de los lineamientos de atención de Sala ERA existente y la reorganización de servicios para la implementación de salas adicionales, con las que se garantice la atención de episodios bronco-obstructivos en niños entre 2 meses y 5 años, así como el uso de los dispositivos necesarios.

3.2.5. Verificar que los prestadores de servicios de salud organicen sus servicios para garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud de los casos de pacientes con IRA y EDA.

3.2.6. Aunar esfuerzos sectoriales e intersectoriales para la evaluación del riesgo en los entornos, con el objeto de anticipar factores de riesgo para poblaciones vulnerables relacionados con las enfermedades respiratorias y enfermedades diarreicas.

3.3. Gestión del conocimiento.

3.3.1. Fortalecer la capacitación en los protocolos, lineamientos programáticos y guías vigentes para la atención, manejo y control de la IRA y EDA en los profesionales, técnicos y auxiliares de los prestadores de servicios de salud de la jurisdicción. Igualmente, adoptar las Guías de Práctica Clínica -GPC- relacionadas con la enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda: manejo de neumonía y bronquiolitis; diagnóstico y manejo de la tosferina y diagnóstico y manejo del asma en Niños, logrando su implementación y seguimiento para el cumplimiento de las mismas.

3.3.2. Realizar auditorías periódicas de cumplimiento de protocolos, lineamientos y guías para la atención de la IRA y EDA a los prestadores de servicios de salud para el desarrollo de acciones de mejoramiento por parte de estos, de acuerdo con los hallazgos de las unidades de análisis y el plan de mejoramiento pactado. Adicionalmente, realizar seguimiento a las EAPB en su jurisdicción, para



garantizar que adelanten estas mismas acciones con su respectiva red contratada de prestadores de servicios de salud.

3.3.3 Promover el cumplimiento de las guías, lineamientos y protocolos aplicando para ello, el formato de evaluación de adherencia a las guías, las listas de chequeo y los planes de mejoramiento ante las mortalidades por IRA.

3.3.4. Garantizar el acceso oportuno y gratuito a todo paciente que requiera la administración del Oseltamivir suministrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas y/o Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias -CRUE- de su jurisdicción, de tal forma que se asegure la dispensación permanente (24/7) para el manejo terapéutico según criterio médico y considerando los *Lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza*.

3.3.5. Asegurar la oportunidad de la referencia y contra referencia de pacientes con IRA y EDA, de acuerdo con lo definido en las guías de atención y los lineamientos de manejo.

3.3.6. Promover el desarrollo de acciones conjuntas con las sociedades académicas y científicas con el fin de propiciar estrategias para la generación de capacidades, tanto institucionales como comunitarias, para fomentar un mayor soporte teórico y metodológico en la construcción y socialización de los diferentes planes, lineamientos y protocolos.

3.3.7 Difundir, de manera permanente, la información derivada de la vigilancia epidemiológica de la IRA con instituciones del sector salud, instituciones al cuidado de población vulnerable (ICBF, hogares geriátricos, jardines infantiles, entre otros) y a la comunidad en general, con el fin de orientar la toma de decisiones ante el incremento de casos de IRA a nivel local.

3.4. Sistema de información y seguimiento.

3.4.1. Intensificar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que propendan por una mejor promoción de la salud, prevención, manejo y control de la IRA y EDA por parte de las IPS, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

3.4.2. Verificar que las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción cuenten con los planes de contingencia requeridos para garantizar una atención integral de los pacientes con IRA y EDA.

3.4.3. Ejercer inspección, vigilancia y control de las condiciones higiénico-sanitarias en los establecimientos donde permanecen las poblaciones confinadas (guarderías, escuelas, colegios, batallones, hogares infantiles, geriátricos y cárceles, entre otros), con el fin de implementar acciones correctivas tendientes a prevenir la ocurrencia de casos.

3.4.4. Garantizar la recolección y remisión sistemática de las muestras al Instituto Nacional de Salud, a través de los Laboratorios de Salud Pública de todas las muertes por IRA y EDA en menores de 5 años para estudio virológico, bacteriológico o histopatológico, según el caso.

3.4.5. Realizar un análisis permanente de los datos aportados por las estrategias de vigilancia de las diferentes expresiones de la IRA y EDA para determinar comportamientos inusuales y tomar acciones oportunas.



3.4.6. Realizar la difusión y retroalimentación oportuna de los resultados de la vigilancia y del programa de IRA y EDA entre todas las IPS, EAPB y demás entidades interesadas de su jurisdicción, para el análisis de los casos que lo requieran y su ajuste en el sistema dentro de los tiempos establecidos.

3.4.7. Liderar los planes de mejoramiento producto de las unidades de análisis de las muertes por IRA y EDA en menores de 5 años, realizar seguimiento a los actores para el cumplimiento de las acciones pactadas.

3.4.8. Verificar la implementación y realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de las unidades de análisis de las muertes por IRA y EDA en niños menores de 5 años, según las demoras o tablero de problemas.

3.4.10. Promover el intercambio de los datos a través de los espacios de gestión intersectoriales como los Consejos Territoriales de Salud Ambiental, sobre el pronóstico de estado del tiempo que alerte a las autoridades del sector salud sobre la necesidad de desarrollar estrategias de comunicación a la población relacionadas con las condiciones de lluvia y temperatura, como factores de riesgo de agudización de las enfermedades respiratorias.

3.4.11 Realizar el seguimiento y monitoreo a todos los indicadores de programa de manera mensual, de tal forma que se pueda apoyar la toma de decisiones locales y se logre la remisión oportuna de la información hacia el Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Acciones a cargo de las Direcciones Municipales de Salud.

4.1. Gestión y planeación.

4.1.1. Aplicar dentro del modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales, referentes a las infecciones respiratorias agudas, según sus competencias, conforme a los artículos 34 y 35 del Decreto 1011 de 2006 , compilado en el Decreto 780 de 2016.

4.1.2. Coordinar con las EAPB y prestadores de servicios de salud la ejecución de acciones de prevención de las infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda.

4.1.3. Realizar asistencia técnica a las Unidades Primarias Generadoras de Datos -UPGD- de su jurisdicción para las acciones de prevención, manejo y control de las infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda.

4.1.4. Realizar asistencia técnica a las UPGD del municipio para la capacitación y formación de los equipos de salud que realicen la detección, reporte, manejo de casos y seguimiento.

4.1.5. Verificar que las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción cuenten con los planes de contingencia requeridos para garantizar una atención integral de los pacientes con IRA y EDA y reactivar su despliegue ante el anuncio por parte de las autoridades competentes sobre el incremento de lluvias y temporada invernal o incremento en la demanda de atención por IRA y EDA, con el fin de brindar la atención de los pacientes con IRA y EDA, articulando sus actividades con otros sectores y actores.

4.1.6. Fortalecer la movilización social e intensificar el desarrollo de acciones conjuntas con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, los programas Más Familias en Acción, Red



Unidos y demás aliados estratégicos que se encuentren en su jurisdicción, garantizando a los agentes de cambio el ejercicio de los tres mensajes del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA (¿Cómo evito que un niño o niña se enferme?, ¿Cómo lo/la cuido en casa?, ¿Cuándo debo consultar a un servicio de salud?).

4.1.7 Realizar los estudios de suficiencia de la red prestadora de servicios para garantizar la organización de las instituciones a fin de que se garantice atención de casos de IRA y EDA con oportunidad y procesos de referencia y contra-referencia completos.

4.1.8 Asegurar de manera permanente durante las vigencias, profesionales que estén a cargo del Programa de IRA y EDA y otros del ejercicio de la vigilancia en salud pública, de tal manera que se garantice la continuidad de estos procesos en los territorios.

4.2. Atención para la salud.

4.2.1. Fortalecer la vigilancia de las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción, con énfasis en el cumplimiento de requisitos de las salas ERA, salas de rehidratación oral, Unidades de Atención Integral Comunitaria y demás servicios relacionados con la atención de pacientes con IRA y EDA.

4.2.2. Promover el cumplimiento de los lineamientos de la estrategia de Sala ERA existentes y la reorganización de servicios para la implementación de salas adicionales, con las que se garantice la atención de episodios bronco-obstructivos en niños entre 2 meses y 5 años, así como el uso de los dispositivos necesarios.

4.2.3. Verificar que los prestadores de servicios de salud organicen sus servicios para garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud de los casos de pacientes con IRA y EDA en población de niños y niñas menores de 5 años.

4.2.4. Garantizar la distribución y acceso oportuno y gratuito del tratamiento antiviral Oseltamivir, suministrado por el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la Dirección Departamental de Salud, a través de la red prestadora de servicios, tanto pública como privada de su jurisdicción para el manejo terapéutico de casos, según criterio médico y considerando las indicaciones de la presente circular. La dispensación de Oseltamivir debe efectuarse las 24 horas del día los 7 días de la semana.

4.3. Gestión del conocimiento.

4.3.1. Apoyar la generación de capacidades institucionales en las IPS en protocolos y guías vigentes para la vigilancia y atención de la IRA y EDA en los profesionales, técnicos y auxiliares de los prestadores de servicios de salud de la jurisdicción, así como en las acciones de prevención, manejo y control de las IRA y EDA.

4.3.2. Promover el desarrollo de acciones conjuntas con las sociedades académicas y científicas con el fin de propiciar estrategias para la generación de capacidades, tanto institucionales como comunitarias, para fomentar un mayor soporte teórico y metodológico en la construcción y socialización de los diferentes planes, lineamientos y protocolos.



4.3.3. Implementar estrategias de comunicación frente a los cuidados para evitar las infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda, su manejo inicial en casa y cuándo consultar (ante cualquier signo de alarma).

4.4. Sistema de información y seguimiento.

4.4.1. Identificar la población confinada de su jurisdicción (guarderías, escuelas, colegios, batallones, hogares infantiles, geriátricos y cárceles, entre otros), para implementar acciones tempranas de promoción y prevención de la enfermedad, así como la sensibilización para la atención oportuna y la notificación de casos o conglomerados de IRA y EDA que se presenten en estas poblaciones.

4.4.2. Ejercer inspección, vigilancia y control de las condiciones higiénico sanitarias en los establecimientos donde permanecen las poblaciones confinadas con el fin de implementar acciones correctivas tendientes a prevenir la ocurrencia de casos.

4.4.3. Notificar de inmediato a la Dirección Departamental/Distrital de Salud todo caso sospechoso de IRAG inusitado, así como las situaciones inusuales que sean detectadas, tales como brotes o conglomerados de IRA y EDA o cualquier comportamiento que supere la línea basal de los indicadores de vigilancia rutinaria de IRA y EDA en los municipios, de acuerdo con los protocolos nacionales de vigilancia en salud pública de la IRA y EDA del INS, así como cualquier aumento en la demanda en la prestación de los servicios y/o el ausentismo escolar/laboral.

4.4.4. Coordinar la remisión oportuna de las muestras de las muertes por IRA y EDA para la identificación del agente etiológico a través del Laboratorio de Salud Pública.

4.4.5. Liderar los planes de mejoramiento producto de las unidades de análisis de las muertes por IRA y EDA en menores de 5 años, realizar seguimiento a los actores para el cumplimiento de las acciones pactadas.

4.4.6. Verificar la implementación y realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de las unidades de análisis de las muertes por IRA y EDA en niños menores de 5 años, según las demoras o tablero de problemas.

4.4.7. Comunicar al Equipo de Respuesta Inmediata del INS (eri@ins.gov.co) y al Centro Nacional de Enlace (cne@minsalud.gov.co) las situaciones inusuales una vez sean detectadas.

5. Acciones a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB- y Entidades Responsables de regímenes Especiales y de Excepción (o quien haga sus veces).

Implementar el programa de prevención, manejo y control de la IRA y EDA de acuerdo con los siguientes componentes:

5.1. Gestión y planeación.

5.1.1. Desarrollar acciones de coordinación y articulación con las entidades territoriales para la ejecución de estrategias de promoción de la salud, detección y prevención de los riesgos que afectan la salud de la población afiliada.



5.1.2. Suministrar la información de la población afiliada a la autoridad sanitaria competente, acorde con los protocolos, lineamientos programáticos y fines propios del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –Sivigila-.

5.1.3. Planear la atención integral de la población afiliada partiendo de la caracterización e identificación según enfoque de riesgo.

5.1.4. Contar con una red prestadora de servicios de salud contratada que asegure la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención de los casos de IRA y EDA y garantizar el funcionamiento satisfactorio de su operación al 100% de la población afiliada, incluyendo población en condiciones de vulnerabilidad, rural y rural disperso, de tal forma que cubra acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación.

5.1.5. Vigilar y verificar la adecuada infraestructura, la existencia y suficiencia de equipamientos, dispositivos médicos, medicamentos y talento humano requerido para la atención de la IRA y EDA en su red de prestadores de servicios de salud, procurando la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud.

5.1.6. Contar con planes de contingencia que permitan la suficiente capacidad de respuesta de su red, ante el incremento de la demanda de servicios de salud.

5.1.7. Difundir en su población afiliada, la organización de su red de manera explícita, con énfasis en las modalidades y horario de atención para población pediátrica, visibilizando flexibilidad ante incremento de casos de IRA y EDA.

5.2. Atención para la salud.

5.2.1. Garantizar que la población afiliada acuda a los servicios de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, mediante procedimientos e intervenciones de demanda inducida priorizados por la normatividad vigente, haciendo énfasis en la asistencia a consulta de atención prenatal, así como valoración integral.

5.2.2. Promover en su red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios, la implementación de estrategias para la atención oportuna de los casos de IRA y EDA, la reorganización de servicios para la implementación de salas adicionales, considerando la modalidad de Salas ERA, Salas de Rehidratación Oral, para la atención de episodios bronco-obstructivos en niños entre 2 meses y 5 años, así como consulta prioritaria, atención domiciliaria, atención según enfoque de riesgo, red de apoyo y centros de atención móviles, incluyendo el uso de los dispositivos necesarios. Así mismo, ante población con lugar de residencia de zona rural o zonas dispersas, gestionar y proveer modalidades como Unidades de Atención Integral Comunitarias para la IRA y EDA.

5.2.3. Realizar asistencia técnica a su red de prestadores de servicios de salud para verificar el cumplimiento de las acciones de prevención, manejo y control de las infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda, incluyendo el seguimiento a los esquemas de vacunación en menores de 5 años, gestantes y adultos de 60 años y más.

5.2.4. Asegurar la oportunidad de la referencia y contra referencia de pacientes con IRA y EDA de acuerdo con lo definido en las guías de atención y los protocolos de manejo.



- 5.2.5. Verificar que los prestadores de su red cuenten con reservas suficientes de Oseltamivir para manejo terapéutico de casos que se requieran.
- 5.2.6. Verificar que las IPS con quienes realizan contratación para la prestación de servicios de sus afiliados realicen acciones de fortalecimiento de capacidades en el talento humano en salud que brinda la atención, diagnóstico por laboratorio, tratamiento y seguimiento oportunos de los casos de IRA de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica y Lineamientos de atención, en cumplimiento del enfoque territorial y poblacional.
- 5.2.7. Verificar que las IPS cumplen con la aplicación de las Guías, lineamientos y protocolos a través de la evaluación de la adherencia a las Guías, las listas de chequeo y los planes de mejoramiento ante las mortalidades por IRA.

5.3. Gestión del conocimiento.

- 5.3.1. Apoyar procesos de generación de capacidades institucionales basadas en lineamientos programáticos, protocolos y guías vigentes para la atención de la IRA y EDA en los profesionales, técnicos y auxiliares de los prestadores de servicios de salud de su red de atención, así como las acciones de prevención, manejo y control de la IRA. Igualmente, adoptar las GPC relacionadas con enfermedades respiratorias agudas, en prestadores primarios y complementarios: manejo de neumonía y bronquiolitis; diagnóstico y manejo de la tosferina y diagnóstico y manejo del asma en niños.
- 5.3.2. Monitorear el cumplimiento de las guías de manejo y protocolos de atención para el evento, así como el cumplimiento de las normas de bioseguridad y elementos de protección personal.
- 5.3.3. Implementar estrategias de comunicación a sus afiliados, dirigidas a padres y cuidadores frente a los cuidados que se deben tener para evitar las infecciones respiratorias agudas, así como su manejo inicial en casa y cuando consultar (ante la presencia de algún signo de alarma).

5.4. Sistema de información y seguimiento.

- 5.4.1. Realizar el seguimiento y monitoreo de la oportunidad de su red de prestadores de servicios de salud, tanto de sus prestadores primarios como los complementarios, sobre el cumplimiento de las acciones de prevención, manejo y control de la IRA en la población de su jurisdicción.
- 5.4.2. Realizar seguimiento a la gestión de eventos adversos relacionados con la atención de IRA, realizada por los prestadores de su red.
- 5.4.3. Analizar y utilizar la información de la vigilancia epidemiológica para la toma oportuna de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de la población afiliada.
- 5.4.4. Participar activamente en las unidades de análisis de las muertes por IRA en menores de 5 años y las muertes por IRAG- inusitado en el 100% de los casos en su población afiliada, conforme con lo establecido en el Protocolo Nacional de Vigilancia en Salud Pública de la IRA publicado por el INS.
- 5.4.5. Autorizar la realización de necropsia para la obtención de muestras de tejido en todos los casos de muerte por IRA y EDA en menores de 5 años y muertes por IRAG inusitado.



5.4.6. Realizar auditorías periódicas de cumplimiento a protocolos y guías para la atención de la IRA y EDA en los prestadores de su red contratada y fomentar la adopción de acciones de mejoramiento en las IPS de acuerdo con los hallazgos.

5.4.7. Participar en la elaboración, implementación y seguimiento de los planes de mejoramiento de aquellos casos donde se identifiquen problemáticas de acceso a los servicios y calidad de la atención.

5.4.8. Realizar seguimiento a la implementación de los planes de mejoramiento formulados por los prestadores de servicios de salud contratados para prevenir y mitigar los eventos adversos presentados, relacionados con la atención de los casos de IRA.

6. Acciones a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas.

Implementar el programa de prevención, manejo y control de la IRA y EDA:

6.1. Gestión y planeación.

6.1.1. Garantizar el cumplimiento de los estándares y criterios mínimos de habilitación establecidos en la Resolución 2003 de 2014, o la norma que la modifique o sustituya, realizando autoevaluación anual de dicho cumplimiento.

6.1.2. Incluir dentro del modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales referentes a la IRA y EDA, según sus competencias, conforme a los artículos 34 y 35 del Decreto 1011 de 2006, compilado en el Decreto 780 de 2016.

6.1.3. Desarrollar acciones de coordinación y articulación con las EAPB para la ejecución de estrategias de promoción de la salud y prevención de los riesgos que afectan la salud de la población afiliada.

6.1.4. Garantizar el acceso de la población usuaria incluyendo población en condiciones de vulnerabilidad, a los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención, rehabilitación y paliación.

6.1.5. Fortalecer el trabajo articulado entre las IPS, EAPB y la Dirección Territorial de Salud desde las áreas de prestación de servicios y salud pública, con el fin de ejecutar un trabajo integrado que facilite el abordaje de esta patología en todas sus etapas.

6.1.6. Implementar procesos, procedimientos y/o actividades de clasificación y priorización de pacientes respiratorios de acuerdo con la Resolución 5596 de 2015, o la norma que la modifique o sustituya, lo cual podrá ser realizado en áreas que cuenten con espacio para interrogatorio y examen físico, suministro de oxígeno, toma de muestras, procedimientos y estabilización de pacientes, cumpliendo con las medidas de bioseguridad requeridas para disminuir el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud -IAAS-.

6.2. Atención para la salud.



6.2.1. Ofrecer y/o canalizar a servicios de protección específica y detección temprana a sus usuarios, los cuales deben cumplir con todos los atributos de la calidad, mediante procedimientos e intervenciones de demanda inducida priorizados por la normatividad vigente, haciendo énfasis en la asistencia a consulta de atención prenatal, así como crecimiento y desarrollo.

6.2.2. Desarrollar e implementar estrategias para la atención oportuna de los casos de IRA, así como planes de contingencia para la atención oportuna y adecuada de los casos de IRA durante los picos respiratorios, garantizando una adecuada infraestructura y disponibilidad de insumos, equipos médicos y talento humano.

6.2.3. Implementar estrategias de comunicación dirigido a usuarios frente a los cuidados para evitar la IRA y EDA, el manejo inicial en casa y los signos de alarma para consultar (ante la presencia de al menos uno).

6.2.4. Diseñar e implementar estrategias para la atención oportuna de los casos de IRA en el prestador primario y en el complementario, reorganizar los servicios para la implementación de salas adicionales considerando la modalidad de salas ERA para la atención de episodios bronco-obstructivos en niños entre 2 meses y 5 años, así como, consulta prioritaria, atención domiciliaria, atención según enfoque de riesgo, red de apoyo y centros de atención móviles, salas de rehidratación oral, entre otros, de acuerdo con los protocolos vigentes que permitan garantizar la atención oportuna, así como, el uso de los dispositivos necesarios. Esto incluye las Unidades de Atención Integral Comunitarias en poblaciones dispersas o de residencia rural.

6.2.5. Generar estrategias que aseguren la atención sin barreras de acceso en la prestación de servicios de salud dirigida a la población en riesgo.

6.2.6. Garantizar el cumplimiento del protocolo de la modalidad sala ERA existente y generar estrategias que aseguren la atención sin barreras de acceso en la prestación de servicios de salud, dirigida a la población en riesgo.

6.2.7. Suministrar el antiviral Oseltamivir, para el manejo terapéutico de casos, con sospecha o confirmación de influenza, de acuerdo con los Lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza vigentes.

6.2.8. Notificar los casos con reacciones adversas a la administración de Oseltamivir a la correspondiente Dirección Territorial de Salud y al INVIMA.

6.2.9. Intensificar medidas de bioseguridad y garantizar los suministros requeridos para disminuir el riesgo de transmisión, tales como insumos para lavado de manos, alcohol glicerinado y Elementos de Protección Personas (EPP) como mascarillas quirúrgicas, batas y guantes, entre otros.

6.3. Generación del conocimiento.

6.3.1. Liderar procesos de generación de capacidades institucionales en protocolos y guías vigentes para la atención de la IRA en los profesionales, técnicos y auxiliares de los prestadores de servicios de salud primarios y complementarios de la jurisdicción, así como en las acciones de prevención, manejo y control de la IRA. Igualmente, adoptar las GPC relacionadas con enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda como son: manejo de neumonía y bronquiolitis; diagnóstico y manejo de la tosferina y diagnóstico y el manejo del asma en niños.



6.3.2. Realizar auditorías internas periódicas de adherencia a los protocolos y guías para la atención de la IRA y EDA en los diferentes servicios que atienden pacientes y documentar, implementar y evaluar acciones de mejoramiento según los hallazgos.

6.4. Sistemas de información y seguimiento.

6.4.1. Desarrollar e implementar planes de contingencia para la atención oportuna y correcta de los casos de IRA y EDA, especialmente durante los picos respiratorios, temporadas de sequía e inundación, garantizando una adecuada infraestructura, disponibilidad de insumos, equipos médicos y suficiencia de talento humano.

6.4.2. Realizar análisis de causa para los eventos adversos sucedidos relacionados con la atención de pacientes con IRA.

6.4.3. Documentar, implementar y evaluar acciones de mejoramiento para las causas identificadas como prioritarias en el análisis de los eventos adversos presentados, relacionados con la atención de pacientes con IRA y EDA.

6.4.4. Notificar de inmediato a la Dirección Departamental y Municipal de salud todo caso de IRAG inusitado que cumpla la definición de caso según los criterios establecidos en el Protocolo Nacional de Vigilancia en Salud Pública de la IRA.

6.4.5. Realizar la notificación de eventos de morbilidad y mortalidad por IRA y EDA, según indicaciones dadas en el Protocolo Nacional de Vigilancia en Salud Pública de la IRA y EDA.

6.4.6. Garantizar la correcta recolección de muestras de secreción respiratoria y remitirlas al Laboratorio de Salud Pública para la identificación de agentes etiológicos, de acuerdo con lo establecido en el Protocolo Nacional de Vigilancia en Salud Pública para la IRA y EDA.

6.4.7. Realizar la necropsia para la obtención de muestras de tejido en todos los casos de muerte por IRA y EDA en menores de 5 años y muertes por IRAG inusitado.

6.4.8. Participar activamente en las unidades de análisis convocadas por las autoridades nacionales, departamentales y locales, y aportar la información requerida para la caracterización de los casos, o que pueda complementar los estudios de campo requeridos por las autoridades departamentales y locales, conforme a lo establecido en el Protocolo Nacional de Vigilancia en Salud Pública de la IRA y EDA.

6.4.9. Analizar y utilizar la información del programa territorial de IRA y EDA y de la vigilancia epidemiológica para la toma oportuna de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de la población atendida.

6.4.10. Implementar las acciones correctivas establecidas en los planes de mejoramiento de aquellas mortalidades en las cuales se hayan detectado demoras o problemas relacionados con la atención individual, desde la atención a la gestante, seguimiento a cohortes con factores de riesgo, entre otros relevantes.

6.5.10 Consolidar la información relacionada con indicadores territoriales de programa y remitirla de manera completa y en los tiempos de oportunidad, a fin de que sea remitida por la secretaría de salud departamental o distrital hacia el Ministerio de Salud y Protección Social.



10. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Lucha contra las Infecciones Respiratorias Agudas. 20 Marzo [Internet]. 2015;9. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202377/WHA44_5_spa.pdf?sequence=1
2. PAHO. Sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) [Internet]. PAHO. 2013. p. 8. Available from: <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/imci-aiapi.htm>
3. Colombia M de S y PS. Programa nacional de prevención manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia. 2015 p. 1–79.
4. World Health Organization. Children: improving survival and well-being [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
5. Leowski J. [Mortality from acute respiratory infections in children under 5 years of age: global estimates]. *World Health Stat Q.* 1969;39(2):138–44.
6. Troeger C, Blacker B, Khalil IA, Rao PC, Cao J, Zimsen SRM, et al. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(11):1191–210.
7. World Health Organization. Diarrhoeal disease. 2017.
8. Troeger CE, Khalil IA, Blacker BF, Biehl MH, Albertson SB, Zimsen SRM, et al. Quantifying risks and interventions that have affected the burden of diarrhoea among children younger than 5 years: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(1):37–59.
9. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare | Viz Hub [Internet]. 2021. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la Situación de Salud ASIS- Colombia 2020. *Minist Salud y Prot Soc Colomb* [Internet]. 2020;98. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS24022014.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Cobertura de acueducto 2018, Colombia. [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2022. Available from: https://datastudio.google.com/u/0/reporting/3002c6d4-350f-4ddf-85d9-fd6d3b85b628/page/p_vw64gao7tc
12. Salud IN de. Informe evento 591 2021. 2022.
13. Ministerio de Salud de Colombia. Manual Técnico Administrativo del Plan Ampliado de Inmunización. 2016. 112 p.
14. UNICEF. La pandemia de COVID-19 provoca el mayor retroceso en la vacunación de los últimos 30 años [Internet]. *www.unicef.org.* 2022. Available from: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/pandemia-covid19-provoca-mayor-retroceso-vacunacion-ultimos-30-anos>
15. Ministerio de de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en



- niños y niñas menores de 2 años [Internet]. 2014 p. 207. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-neumonia-bronquiolitis.pdf>
16. General S, Social S. Guía para padres y cuidadores. Guía de práctica clínica (GPC) para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la Neumonía en niños y niñas menores de 5 años y Bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años. 2014;(37):25.
 17. Yun KW, Wallihan R, Juergensen A, Mejias A, Ramilo O. Community-Acquired Pneumonia in Children: Myths and Facts. *Am J Perinatol*. 2019;36:S54–7.
 18. Ramanathan K, Antognini D, Combes A, Paden M, Zakhary B, Ogino M, et al. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- research that is available on the COVID-19 resource centre - including this for unrestricted research re-use a. *ELSEVIER*. 2020;7(January):19–21.
 19. Ning G, Wang X, Wu D, Yin Z, Li Y, Wang H, et al. The etiology of community-acquired pneumonia among children under 5 years of age in mainland China, 2001–2015: A systematic review. *Hum Vaccines Immunother* [Internet]. 2017;13(11):2742–50. Available from: <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1371381>
 20. Prevention C for DC and. Respiratory Syncytial Viruses. 2021.
 21. Stein RT, Bont LJ, Zar H, Polack FP, Park C, Claxton A, et al. Respiratory syncytial virus hospitalization and mortality: Systematic review and meta-analysis. *Pediatr Pulmonol*. 2017;52(4):556–69.
 22. Prevention C for DC and. COVID-19: Information for Pediatric Healthcare Providers [Internet]. 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pediatric-hcp.html>
 23. Prevention C for DC and. Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C) asociado con COVID-19 [Internet]. www.cdc.org. 2022. Available from: <https://www.cdc.gov/mis/mis-c.html>
 24. Prevention C for DC and. How to Recognize Multisystem Infammatory Syndrome in Children (MIS-C) [Internet]. 2022. Available from: <https://www.cdc.gov/mis/mis-c/hcp/provider-resources/symptoms.pdf>
 25. Ministerio de Salud-Colombia. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía de Práctica Clínica (GPC) para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años . Guía No 8 [Internet]. 2013;(8):1–40. Available from: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_diarrea/gpc_diarrea_profesionales.aspx
 26. World Health Organization. Enfermedades Diarreicas [Internet]. 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease#:~:text=La amenaza más grave de,se restituyen%2C se produce deshidratación>.
 27. Radlović N, Leković Z, Vuletić B, Radlović V, Simić D. Acute diarrhea in children. *Srp Arh Celok Lek*. 2015;143(11–12):755–62.
 28. World Health Organization. Declaración Alma ATA APS.Pdf. 1978. p. 93.
 29. PAHO. Declaracion De Alma-Ata. Conf Int sobre Atención Primaria Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978. 2012;8–10.
 30. Cultural D. Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural. Unesco. 2002;Serie sobr(1):707–12.
 31. Parra Cortés R. La Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Revista de Derecho Ambiental*. 2018. 99 p.



32. Unidas N. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE [Internet]. 2021. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
33. OMS. Reglamento Sanitario Internacional. Tercera ed. 2016. 104 p.
34. Organization PAH. International Health Regulations (IHR). 2021.
35. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Enfoque Diferencial, Origen y alcances. Ministerio de Salud y Protección Social 2021 p. 107.
36. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 3280 de 2018. "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal" [Internet]. Resolución 3280 2018 p. 1–348. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf)
37. Social M de S y P. Grupos étnicos [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/grupos-etnicos.aspx>
38. Social M de S y P. Transversalización del enfoque de género [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Transversalizacion-del-enfoque-de-genero.aspx>
39. Ministerio de Salud y Protección Social de México. Enfoque de Curso de Vida. ABECÉ Enfoque Curso Vida. 2015;
40. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 682 de 2018. Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social [Internet]. 2018 p. 1–25. Available from: [http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO 682 DEL 18 DE ABRIL DE 2018.pdf](http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20682%20DEL%2018%20DE%20ABRIL%20DE%202018.pdf)
41. Bienestar Familiar, Unicef, Save the Children. Lineamiento de movilización social para la protección integral de la primera infancia, infancia y adolescencia. 2017;1–40.
42. Una S, Tutu CD, Infantil S. Investigación operativa para mejorar los Servicios de Salud Una guía para la elaboración de la propuesta 2013 Investigación operativa para mejorar los Servicios de Salud Una guía para la elaboración de la propuesta-2013 Centro Desmond Tutu contra la Tuber [Internet]. 2013. Available from: www.sun.ac.za/tb
43. Azcárate Camio C, Eraso ML, Gáfaró A. La investigación operativa en las ciencias de la salud: ¿Reconocemos estas técnicas en la literatura actual? An Sist Sanit Navar. 2006;29(3):387–97.
44. Valencia U de. Tema 1 : Introducci ó n Operativa Investigaci ó n Ope- igenes Hist ´. 2009;1–8.
45. Forero-camacho JC, Ministerio de la Protección Social (MPS), Sem W, MINSALUD. Inform ática M é dica. Of Calid [Internet]. 2011;10(19):85–100. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abece-resolucion-256-de-2016.pdf%0Ahttp://es.wikipedia.org/wiki/Informática_médica
46. Canela-Soler J, Elvira-Martínez D, Labordena-Barceló MJ, Loyola-Elizondo E. Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora. Med Clin (Barc) [Internet]. 2010;134(SUPPL. 1):3–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(10\)70002-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(10)70002-6)
47. Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS. 2022.



48. Manuel G, Quispe C, Ruez L. Mejora continua de la calidad en los procesos. Ind Data [Internet]. 2003;6(1):89–94. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/816/81606112.pdf><https://www.redalyc.org/pdf/816/81606112.pdf><http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81606112>
49. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Operativa de Programa Nacional 2017. Nuevos sistemas de comunicación e información 2021 p. 2013–5.
50. Ministerio de Salud y de Protección Social, Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social, Organización Panamericana de la Salud. Propuesta de operación de la estrategia de vigilancia en salud pública con base comunitaria para Colombia. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2014;1:1–54. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/Propuesta-operacion-estrategia-vigilancia-salud-publica-con-base-comunitaria.pdf>
51. MINISTERIO DE AMBIENTE VYDT. 2017 COLOMBIA Resolución 2254 de 2017 - Niveles Calidad del Aire.
52. Observatorio Nacional de Salud(ONS). Carga de enfermedad ambiental en Colombia. Inf Técnico Espec 10 [Internet]. 2018;177. Available from: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/10_Carga_de_enfermedad_ambiental_en_Colombia.pdf
53. Instituto Nacional de Salud. Indicador 38 Calidad Del Agua, Irca Índice De Riesgo De La Calidad Del Agua Para Consumo Humano. 2007;2. Available from: <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/38.pdf>
54. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, MINISTERIO DE AMBIENTE VYDT. RESOLUCIÓN NÚMERO 2115 de 2017. 2017;2007(2):23. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolución_2115_de_2007.pdf
55. MSPS, MVCT. Resolución No. 622 de 2020.pdf. 2020. p. 30.
56. FENAVI. RESOLUCION-3655-DE-2009-1.pdf [Internet]. Available from: <https://fenavi.org/wp-content/uploads/2018/04/RESOLUCION-3655-DE-2009-1.pdf>
57. Colombia. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Influenza aviar : plan nacional ambiental para la prevención y vigilancia de la influenza aviar en especies silvestres y los planes regionales de vigilancia y monitoreo para los humedales priorizados en los departamentos de Amazonas, Antioquia, Bolívar,. 2012. 95 p.
58. Congreso de la República. Ley 1255 de 2008 [Internet]. 2008 p. 1–5. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=34047
59. Ministerio de la protección social, Ministerio de ambiente vivienda y desarrollo territorial. Resolución Número 00004 716 , 8 Nov De 2010. 2010;12. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolución 4716 de 2010.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolución_4716_de_2010.pdf)
60. Ministerio de Salud de Colombi. Redes integradas de prestadores de servicios de salud [Internet]. Ministerio De Salud 2016 p. 91. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf><https://prestadores.minsalud.gov.co/directorio/consultaIPS.aspx>
61. Fabio Rodríguez Morales1 y Liliana Alejandra Chicaíza Becerra2. Escuela de Economía. Universidad Nacional de Colombia. 2013;
62. Ministerio de salud y protección social. Resolución Número 3100 De 2019 [Internet]. Diario Oficial 2019 p. 1–230. Available from:



- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>
63. Buitrago LMG. The checklist: A standard of care. *Rev Colomb Anestesiol*. 2013;41(3):182–3.
 64. En V, Baja IPSDE, Complejidad MYA. LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS.
 65. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Lineamientos para la atención en las salas de rehidratación oral en menores 5 años. 2022.
 66. Iribar Diéguez IK, Vergara Mitxelorena I, Vrotsou K. Adherence to the clinical guidelines in the emergency department of a secondary level hospital, and related factors to the same. *Med Clin Pract [Internet]*. 2021;4(4):100252. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mcsp.2021.100252>
 67. Gottlieb, L. K., Margolis, C. Z., & Schoenbaum SC (1990). Clinical Practice Guidelines at an HMO: Development and Implementation in a Quality Improvement Model. *Qual Rev Bull*. 1990;16(2):7.
 68. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021. *Minist Salud y Protección Soc [Internet]*. 2016;1–29. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
 69. who. MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN TODO EL SISTEMA SANITARIO. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/18-226266/es/>
 70. PAHO. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2020-2025. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49721-cd57-12-s-strategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es
 71. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Métodos de evaluación de problemas o riesgos y su posible utilidad. Available from: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>
 72. Taller Guía de capacitadores. Available from: https://awsassets.panda.org/downloads/hacer_talleres___guia_para_capacitadores_wwf.pdf
 73. Ministerio de de Salud y Protección Social. Procesos y Procedimientos Gestión de la garantía de la Calidad. 2021; Available from: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos_y_procedimientos/DESP02.pdf
 74. Restrepo-Ochoa DA. A saúde e a boa vida: Contribuições do enfoque de capacidades de Amartya Sen para o raciocínio ético na saúde pública. *Cad Saude Publica*. 2013;29(12):2371–82.
 75. Social M de S y P. Herramienta clínica para el abordaje inicial de las condiciones prevalentes en la primera infancia. [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social- Colombia. 2022. Available from: <https://herramientaclinicaprimerainfancia.minsalud.gov.co/>
 76. Ministerio de salud y protección social. Orientaciones para el desarrollo de la información en salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC. 2015;1–15.
 77. Ministerio de la Protección Social (MPS). Componente comunitario de la estrategia aiepi. 2010;2(1):1–44.
 78. Freire P. Pedagogía del Oprimido [Internet]. Siglo xxi editores, s.a. de c.v. 2005. p. 248. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/869/86901005.pdf>
 79. Torres A. Educación popular AT.pdf. Pedagogía y saberes. 1993.
 80. Piedrahita J, Giraldo Y, Guzmán C, Pino Y, Castaño A, Salazar M, et al. Pedagogía crítica y educación popular. Polifonía de voces desde la periferia colombiana. Vol. 1, Clacso. 2018.



- 95–116 p.
81. Rueda Martínez de Santos JR, Manzano Martínez I, Páez Rovira D, Pérez de Arriba Díaz de Argandaña J, Zuazagoitia Nubla J, Zulueta Ortíz de Villalba G. La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación Comisionada. 2008. 1–81 p.
 82. Social. M de S y P. La ruta de la educación y comunicación para la salud. Orientaciones para su aplicación estratégica. Este material se desarrolló en el marco del Convenio 970 establecido para el desarrollo del Proyecto: Línea 5 – desarrollo de guías de educación para la sa. 2014.
 83. Ministerio de de Salud y Protección Social. La adecuación sociocultural y técnica de los programas de salud pública ofertados a los grupos étnicos. 2012;
 84. Aldó X. Interculturalidad y salud. En Salud Intercultural en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Fernández, g. (coord.). Ediciones Abya-Yala. 2004;
 85. L. C. Pienso, luego creo. La teoría makuna del mundo. Bogotá. Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Terrenos etnográficos. 2017;
 86. Bastidas, M. Pérez, F. Torres, J. Escobar, G. Arango, A. Peñaranda F. El Diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud Investigación y Educación en Enfermería. Univ Antioquia Medellín. 2009;
 87. Ministerio de de Salud y Protección Social. Orientaciones para la Intersectorialidad. 2014. 2014 p.
 88. Ministerio de Salud y Protección Social. Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud [Internet]. Minsalud 2015 p. 26. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
 89. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1005 junio 2022 [Internet]. Presidencia de la República 2022 p. 1–9. Available from: <https://bit.ly/3zOfPm4>
 90. Prosperidad Social. Prosperidad Social [Internet]. 2022. Available from: <https://prosperidadsocial.gov.co/la-entidad/>
 91. Familiar IC de B. Objetivos Específicos. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [Internet]. 2022. Available from: <https://www.icbf.gov.co/sige/objetivos-especificos>
 92. WHO. Declaración de Astaná. 2018.
 93. CEPAL. INTRODUCCIÓN A LOS SISTEMAS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN. 2021;

