

Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ISBN

Programa Nacional de Prevención Manejo y Control de la Infección Respiratoria
Aguda

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social

Impreso en

Bogotá, D.C. Colombia 2014

© Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios



NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESUS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

JOSE FERNANDO VALDERRAMA VERGARA
Subdirector de Enfermedades Transmisibles

Equipo técnico

Grupo Infección Respiratoria Aguda
Ministerio de Salud y Protección Social

Gustavo Aristizabal Duque
Ana Marcela González Barrera
Nancy Carolina Mariño
Sara Zamora Vásquez
Maritza Ruiz Zapata
Luisa Fernanda Moyano Ariza

OPS/MSPS

Consultoría

Livainte Gomez Arguello



Programa Nacional de Prevención Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda

© Ministerio de Salud y Protección Social

Autores

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención MSPS

José Fernando Valderrama Vergara
Subdirector de Enfermedades Transmisibles

Coordinación editorial y cuidado del texto

Ricardo Angel Urquijo
Profesional Especializado

2014

© Ministerio de Salud y Protección Social

Cra. 13 # 32 – 76. Bogotá D.C.

Línea de atención al usuario: (1)3305000 – 018000910097

[www. Minsalud. Gov.co](http://www.Minsalud.Gov.co)

Bogotá D.C. Colombia, diciembre de 2014

CONTENIDO

Introducción	8
El Problema de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia	13
Situación internacional.....	13
Situación Nacional.....	15
Diagnóstico situacional sobre condiciones de salud de la población menor de cinco años en Colombia	19
Características sociodemográficas de la población infantil.	19
Gráfica2. Tasa de Mortalidad Específica por Causa en niños menores de 5 años. Colombia 2005-2010	19
Fuente: Cubos SISPRO, MSPS. Fuente Primaria: RUAF-ND	19
Características de la Mortalidad en la infancia	20
Coberturas de afiliación al SGSSS	20
Situación de Salud Nutricional.....	20
Utilización de los servicios pediátricos de salud por IRA	21
Bases Conceptuales para el Desarrollo de un Programa de Infección Respiratoria Aguda	22
Modelos de Problematización- Porque ocurre la IRA.....	22
Atención Primaria en Salud.....	24
Determinantes sociales de la salud	31
Plan Decenal de Salud Pública.	34
Programa de prevención, manejo y control de la IRA en Colombia.....	41
Sistema de salud y el Programa de Prevención, manejo y control de la IRA.....	46
Acciones del Sector Salud en el desarrollo del Programa.....	47
Objetivos y Alcance del Programa de Prevención y Control de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia	49
<i>Objetivo general</i>	49
<i>Objetivos específicos</i>	49
Desarrollo del Programa de Prevención y Control de la Infección Respiratoria en Colombia.	49

Estrategias Centrales.....	50
Estrategias complementarias.....	52
Estructuración del Programa de prevención y manejo de la IRA	52
Estrategias Comunitarias	54
Estrategia Institucional.....	55
Estrategia intersectorial.....	58
Estrategias que apoyan al Programa.....	60
Bibliografía.....	73
Anexos	77
Anexo 1. MARCO LÓGICO.....	77

Introducción

La infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años, genera en nuestro país una importante carga de enfermedad, con una alta prevalencia de morbilidad grave y una alta mortalidad, con unos costos sociales y económicos muy importantes. (1)

En los países desarrollados entre ellos los EEUU, hace muchos años lograron bajar la frecuencia de casos de infección respiratoria Aguda (IRA) que ameritan manejo hospitalario y en forma importante lograron bajar la mortalidad por este tipo de patologías. (2) En los países con menor nivel de desarrollo, entre ellos los países latinoamericanos, no se ha logrado un nivel de control adecuado y siguen demandando un esfuerzo grande de las instituciones de salud para dar respuesta a la problemática, Colombia no es la excepción a esta situación.

Chile ha sido un ejemplo para nuestro país, ha logrado desde hace muchos años, buenos indicadores de salud en especial cuando se comparan con los países latinoamericanos, en gran medida, producto de una importante mejoría de las condiciones de vida, del control de la desnutrición y del desarrollo de un sistema de salud con fuertes orientaciones en la prevención y el trabajo comunitario; ello se ha reflejado en una disminución importante de las tasas de mortalidad infantil.

Hacia el año 1982 se evidenció un desplazamiento de la malnutrición y los síndromes diarreicos, primeras causas de muerte en los comienzos del siglo, hacia otras entidades, observándose un sostenido e inesperado incremento proporcional en la tasa de mortalidad infantil por neumonía, en contraste con la tasa general de mortalidad infantil por todas las causas, que persistió con tendencia a la baja.

Hacia finales de la década de los ochenta, un grupo de especialistas neumólogos pediatras de Chile, se dedicaron a precisar la situación y con ello a proponer alternativas de respuesta a dicha problemática, las hipótesis explicativas planteadas fueron:

- La dificultad intrínseca para el diagnóstico de IRA baja, en lactantes pequeños, producto del tipo de manifestaciones clínicas en este grupo de edad.
- La falta de educación, en las madres o cuidadores, para reconocer síntomas o signos de gravedad de IRA.

- Las dificultades en el acceso a los servicios de salud, ante todo por baja oferta de atención, en los momentos de mayor demanda de este tipo de servicios.
- La muerte brusca o inesperada, por neumonía fulminante o muerte súbita.
- Los factores de riesgo como malformación congénita de un órgano vital, parálisis cerebral, bajo peso al nacer, desnutrición, síndrome bronquial obstructivo recurrente, hospitalización anterior, lactancia materna insuficiente, madre adolescente, baja escolaridad de la madre y tabaquismo materno.

Otro aspecto identificado, fue la importancia del componente bronco obstructivo como una de las principales causas de consulta pediátrica, en los puntos de atención de baja complejidad, tanto en consulta externa como en urgencias y el hecho de haber identificado que el 20% de las neumonías asociadas a cuidados de la salud, se daban en lactantes que habían sido hospitalizados por cuadros bronco obstructivos, especialmente graves, cuando el agente viral era Adenovirus, los llevó a plantearse la necesidad de evitar al máximo hospitalizar este tipo de pacientes.

A pesar de la gran discusión que existía en la literatura, en relación a la eventual respuesta de los cuadros de primer episodio bronco obstructivo, a los beta 2 inhalados, los especialistas Chilenos, tenían datos y análisis de información concreta, que les permitió afirmar, que un grupo importante de este tipo de casos tenía respuesta positiva al manejo con dicho tipo de terapia.

Producto de lo anterior, definieron e implementaron un programa de manejo de la IRA, cuyo objetivo principal fue Disminuir la morbi-mortalidad por Infección Respiratoria Aguda.

Los objetivos específicos fueron:

- Reducir la mortalidad por neumonía en menores de 1 año (con énfasis en la disminución de la mortalidad domiciliaria).
- Disminuir las hospitalizaciones por Síndrome Bronco Obstructivo
- Reducir el uso de fármacos inapropiados (en especial el uso irracional de antibióticos).
- Dignificar el nivel primario de atención, reconociendo la importancia de su labor.

Dentro de las estrategias planteadas para Chile estuvieron:

- Focalizar la atención y de la educación a toda madre consultante desde el control prenatal, del recién nacido y en adelante, de acuerdo a un puntaje de riesgo para morir por neumonía, que ellos definieron con base en un estudio de casos y controles.

- Mejorar el nivel resolutivo de los centros de atención primaria, elaborando normas de manejo con enfoque sindrómico de diagnóstico, tratamiento y derivación, basadas en una adecuada articulación entre los diferentes niveles de atención.
- Crear las salas de hospitalización abreviada (HA), donde un kinesiólogo, que en Chile, es un Terapeuta con un perfil especial de liderazgo, tiene un papel relevante.
- Se planteó un trabajo especial en uso racional de antibióticos y la incorporación de esquema de manejo con Inhaladores de dosis medida e inhala cámara a los casos con componente sibilante.
- Incorporación de profesionales capacitados para gestionar, supervisar y evaluar el programa en cada comuna, con la responsabilidad de capacitar a otros profesionales, al resto del equipo de salud y a la comunidad.
- Estructurar líneas de investigación operativa y planes de monitoreo epidemiológico para una evaluación crítica del funcionamiento del programa.
- Lograr la participación comunitaria e intersectorial en el enfoque integral del problema.

Dentro de los resultados más importantes están:

- Lograron que la propuesta, se transformara en el programa oficial del Ministerio de Salud para el manejo de la patología respiratoria y la decisión de instaurar desde 1994, lo que se denomina Campaña de Invierno, ésta consiste en una inversión adicional de recursos en los meses de más alta demanda, para mejorar la oportunidad de atención.
- Desarrollo de una salud más equitativa y de mejor calidad para la población de escasos recursos.
- Creación de 396 salas de HA en centros de atención primaria en todo el país, con un impacto muy importante en las tasas de hospitalización.
- Aumento del poder resolutivo, con una reducción de 80% en las hospitalizaciones por SBO.
- Aplicación del puntaje de riesgo de morir por neumonía, para la atención priorizada según nivel de riesgo.
- Fortalecimiento importante del sistema de vigilancia epidemiológica de la IRA, que permitió caracterizar el perfil de la morbilidad por IRA y la detección anticipada de los brotes de morbilidad.
- Cambiar en forma significativa la curva de descenso en la mortalidad por neumonía en menores de 5 años, superando en forma clara, la curva del descenso de mortalidad infantil general. (3)

En Colombia se cuenta con algunas experiencias como es el caso de Bogotá Distrito Capital, donde desde julio del 2004 , teniendo como punto de partida el proceso que había logrado Chile, se viene trabajando la línea de promoción prevención y atención en ERA, incluyendo en ella la estrategia de salas ERA (4)

Con ese trabajo se logró un impacto importante en las tasas de hospitalización, en el uso de recursos requeridos para su atención, en el uso racional de exámenes paraclínicos y de medicamentos utilizados en el manejo de la IRA, en especial en lo referente al uso racional de antibióticos en casos de IRA de baja complejidad. Entre el 2004 y el 2007 se logró una disminución en la tasa de mortalidad por neumonía por 100.000 menores de 5 años de 28,5 a 18. En el año 2008, se presentó un incremento importante llegando a una tasa de 21, que se asoció a varios factores, entre los cuales deben resaltarse que fue un año de invierno fuerte con picos respiratorios intensos, así como evidentes fallas en el proceso que se venía trabajando desde el 2004.

En el año 2009 producto muy seguramente de todo el trabajo realizado con la presencia de la pandemia por H1N1 nuevo, se logró una disminución de la tasa de mortalidad a 17.6, en el año 2010 se llegó a una tasa de mortalidad de 14 por 100.000 menores de 5 años y en el 2011, se tuvo una tasa de 13 por 100.000 menores de 5 años.

En el segundo semestre del 2011 y en primer semestre del 2012, se hicieron visible en forma clara, los casos de mortalidad por Tosferina y la necesidad de precisar la información de mortalidad por las diferentes causas de IRA, entre las cuales esta tosferina y otras entidades diferentes a la neumonía, ello ha causado dificultad para hacer adecuadas comparaciones, con las metas que venía trabajando el Distrito Capital basadas en los datos de neumonía. A pesar de esta disminución en mortalidad por neumonía, se continúan muriendo muchos casos claramente evitables.

En las unidades de análisis de mortalidad por IRA que se realizaron en Bogotá al revisar los hallazgos con base en el enfoque de las 4 demoras, se encontró para el 2010 que en un 66,2% de los casos analizados se evidenció la primera demora que significa la dificultad del cuidador para identificar los signos que orientan a una consulta a la institución de salud, en un 55,4% la segunda demora que corresponde a casos que habiendo identificado algún indicador que justificara la consulta no decidieron consultar, en un 70,8% se halló la tercera demora, o situaciones relacionadas con problemas de accesos a la atención, asociado a fallas en el sistema de aseguramiento, el sistema de referencia y contra referencia, incluyendo en ello problemas en el traslado de pacientes entre las instituciones de salud o situaciones equivalentes y en un 92,3 % se identificó algún dato asociado a la cuarta demora, que incluye diferentes tipos de fallas en la calidad de la atención. (5)

Producto de la problemática identificada en diciembre del año 2011 el grupo de trabajo en enfermedad respiratoria del Distrito Capital, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), llevó a cabo un trabajo de 3 días, con asistencia de líderes académicos de la ciudad y el apoyo de dos especialistas de Chile, que lideraron el desarrollo y la implementación del programa para el manejo de la infección respiratoria aguda en dicho país (6); las principales recomendaciones del trabajo realizado fueron:

- Consolidar el posicionamiento institucional y político de la salud respiratoria y de la problemática de la IRA.
- Consolidar un programa de salud respiratoria y definir una política de salud respiratoria.
- Lograr normas para la atención en IRA, hacer un seguimiento estricto en su cumplimiento y con dicha herramienta, lograr una rectoría adecuada en el manejo de la IRA.
- Hacer una realidad el enfoque de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en la atención colectiva e individual de la IRA.
- Definir y estructurar estrategias, para capacitar al talento humano, buscando cambios en conocimiento actitudes y prácticas en el manejo de la IRA.
- Lograr estrategias para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.
- Implementar propuestas de atención a niños y niñas según enfoque de riesgo.
- Lograr disminución de barreras de acceso, y contar con procesos adecuados de referencia y contra referencia
- Trabajar por lograr un sistema de información único integral.
- Tener estrategias adecuadas de comunicación masiva y procesos de Información Formación y Capacitación (IFC) a comunidad, que logre cambios en el conocimiento, actitudes y prácticas en la promoción, prevención y manejo de la enfermedad respiratoria.
- Apoyar estrategias para lograr que las diferentes instituciones formadoras de talento humano en salud, fortalezcan la formación en los temas de salud pública.

Después del primer pico respiratorio de IRA del año 2012, el grupo técnico que lideró la respuesta, realizo un análisis DOFA sobre las estrategias y actividades (7), con las siguientes conclusiones:

- La respuesta a la ERA en el D.C, se enmarca en un plan de contingencia, a pesar de los avances logrados, no existe un programa adecuadamente estructurado, que permita integralidad y continuidad.
- La planeación de la respuesta a la ERA desde el nivel central, se construye de manera fraccionada y reactiva, en ocasiones no consistente con la normatividad vigente.
- No se cuenta con normas claras, rubro específico, infraestructura propia y talento humano permanente, que permita la operación a través de un modelo de atención con adherencia en los servicios de salud.
- Las limitaciones en las competencias establecidas por la normatividad actual, para las entidades territoriales en inspección vigilancia y control, dificultan los procesos de seguimiento y rectoría a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio-EAPB.

- Es evidente la falta de compromiso político, por parte de los actores del sistema.
- La ciudad debe contar con un programa estructurado, para dar respuesta integral y continua a la ERA.
- El Programa de respuesta a la ERA, debe dar claridad a las competencias técnicas, de cada uno de los actores del sistema de salud (Aseguradores y Prestadores)

Las anteriores consideraciones fueron revisadas y analizadas en una reunión de trabajo realizada en septiembre 13 septiembre del 2012 , en el MSPS con apoyo de la OPS y participación de representantes de diferentes áreas del MSPS, el Instituto nacional de Salud (INS), algunos líderes académicos, profesionales de los entes territoriales de salud de Bogotá y Antioquia y se planteó el desarrollo e implementación de un programa de promoción, prevención y atención en infección respiratoria aguda que sea la base para responder a la salud respiratoria, teniendo como punto de referencia, el enfoque de Atención Primaria en Salud - APS y de las Redes Integradas de Servicios de Salud-RISS. (8)

En el país desde el año 2005 se han venido realizando algunos esfuerzos en la misma dirección que ha trabajado el Distrito Capital, pero ha sido un esfuerzo aislado casi que solo dirigido a la implantación de la estrategia de atención en salas ERA, sin mayor articulación con los diferentes aspectos que deben tenerse en cuenta para lograr los resultados necesarios.

Sin duda, el lograr para el país la implementación de una propuesta de promoción de la salud respiratoria, prevención y manejo de la IRA, teniendo como base la atención primaria en salud y las redes integradas de servicios de salud, en articulación con la política de infancia, la estrategia de cero a siempre y la estrategia de Atención Integral a las enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, de tal manera que sea la estructura de la respuesta a la salud respiratoria, impactará , en la disminución de la morbilidad grave y mortalidad por IRA en menores de 5 años, generará ahorros muy importantes en salud y dará un aporte trascendental al objetivo de tener niños y niñas que logren dar todo el potencial, que el país necesita de ellos.

El Problema de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia

Situación internacional

La enfermedad respiratoria aguda (ERA) es un conjunto de enfermedades que afectan el sistema respiratorio, siendo causa muy frecuente de morbilidad y mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años, en especial por infección respiratoria aguda (IRA), la cual representa una de las principales causas de consulta y hospitalización en menores de 5 años, llegando a originar en los países en desarrollo entre el 40% al 60% de las consultas pediátricas (9).

Para el año 2001 a nivel global, dentro del grupo de las enfermedades infecciosas, el mayor aporte a la mortalidad lo realizaron las infecciones respiratorias (26,1%, equivalente a 3,8 millones de muertes), seguidas por el VIH/SIDA (17,5%, equivalente a 2,6 millones de fallecimientos); las enfermedades diarreicas (12,2% o 1,8 millones), la tuberculosis (10,9%, 1,6 millones), las enfermedades inmunoprevenibles (9,3% o 1,4 millones) y la mortalidad por malaria (8,2%, 1,2 millones de muertes). (10)

Como tal las infecciones respiratorias son la primera causa de muerte por infecciones en el mundo. Dentro de los patógenos respiratorios más importantes, se encuentran el neumococo y virus respiratorio sincitial, adenovirus e influenza, que dada la facilidad de la transmisión continúan siendo las más frecuentes, a los cuales se siguen incorporando nuevos virus como el coronavirus, Influenza A H5N1, H7N9, Metapeumovirus 1 humano (HMPV) y Bocavirus (11)

Así mismo, representan la primera o segunda causa de muerte en los niños menores de 5 años en los países en desarrollo, dependiendo de la región, principalmente en menores de 1 año, y dentro de ellos los menores de 2 meses, quienes con mucha facilidad desarrollan cualquier infección, especialmente neumonía, sepsis o meningitis, con altas probabilidades de morir. Se calcula que de los cuatro millones de muertes anuales por neumonía, dos tercios ocurren en los lactantes pequeños, (12) ocupando el primer lugar entre las causas de Años de Vida Ajustado por Discapacidad (DALYs) en los países en desarrollo (13)

Específicamente en América Latina, mueren por neumonía 150.000 niños anualmente, estas muertes ocurren principalmente en los países menos desarrollados de la Región (Bolivia, Haití, Perú, México, nordeste del Brasil y otros países de América Central) que concentran cerca del 90% de estas muertes. (14).

La incidencia de la infección respiratoria aguda, es un poco más alta en los países en vías de desarrollo en comparación con los países desarrollados, siendo más alta en las áreas urbanas que en las rurales, pero la severidad de dichos episodios es significativamente mayor en los países en desarrollo y consecuentemente su mortalidad.

El 2 a 3% de los niños menores de dos años, de los países en desarrollo, presentan cuadros clínicos de neumonía, lo suficientemente severos para requerir hospitalización (15), y las tasas de mortalidad por IRA oscilan entre 60 a 100 casos por 1.000 niños menores de cinco años (16).

En los EEUU la mortalidad por Neumonía entre 1939 y 1996 descendió en un 97%, logrando desde 1996 una tasa sostenible de 2 x 100,000, en dicha reducción sin duda alguna impactó la modificación en los determinantes sociales de salud, que participan en forma significativa en la mortalidad por IRA., este

hecho debe ser un punto de referencia en los procesos que se logren desarrollar para nuestro país. (2)

Desde 1997 se identificó la posibilidad de afrontar una pandemia por virus H5N1, que se ha comportado en Asia, como un virus de alta virulencia, que hasta el momento no ha adquirido la capacidad de una transmisión fácil entre los seres humanos. En abril del 2009 se presentó la pandemia por H1N1/09 que rápidamente pasó a fase 6, mientras que para el virus H5N1 nos mantenemos en fase 3, atentos a que eventualmente este sufra un proceso de adaptación y pase a fase 4 en la cual el virus adquiriría la capacidad de transmisión fácil de persona a persona y un altísimo riesgo para una pandemia por H5N1, que podría ser de una especial gravedad para el mundo.

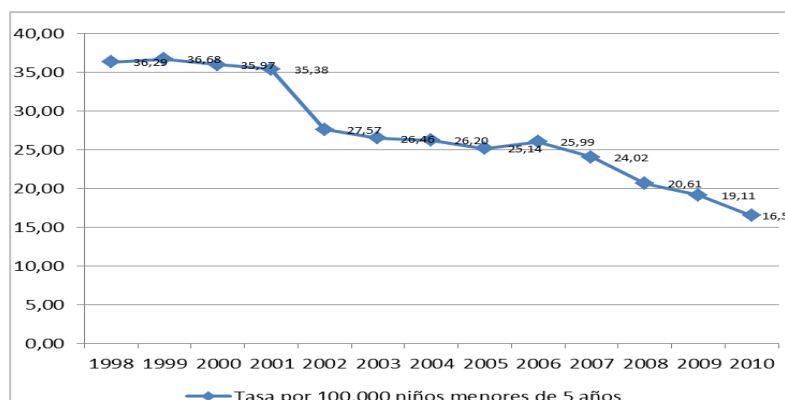
En agosto 10 del 2010, la OMS definió periodo post pandemia, cuyo balance final fue bastante bueno, se continua en alerta especial en las zonas con circulación alta de H5N1; el nivel de riesgo para afrontar una pandemia por este virus, está dado por la capacidad que tenga de mutar y adaptarse más, el nivel de mantenimiento de las medidas sanitarias y de bioseguridad, tanto en la comunidad como en las instituciones de salud, y de la capacidad de respuesta en la atención en los diferentes sitios en que esta situación se pueda dar.

Recientemente se han venido presentando en China casos cada vez más frecuentes de Influenza severa por un nuevo virus como es el H7N9 con una tasa de letalidad muy alta, al cual debemos estar muy atentos

Situación Nacional

En Colombia, la tasa de mortalidad infantil, pasó en los últimos 26 años de 45.82 defunciones infantiles (menores de 1 año por mil nacidos vivos) en el año 1985 a 14.8 en 2010, para este mismo año, la mortalidad neonatal precoz (menos de 7 días) por 1.000 nacidos está en una tasa de 6.7 (17). Por su parte la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años ha pasado de más de 35 casos por 100.000 niños menores de 5 años a 16.5 en 2010, según datos de estadísticas vitales del DANE.

Gráfica 1. Tasa de Mortalidad por IRA en Menores de 5 años 1998 - 2010



Fuente: DANE 1998-2010

Al revisar los AVISAS (x 1.000) en mujeres de 0-4 años, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, son la cuarta causa de carga de enfermedad con un total de 11.779 AVISAS, 0.509 AVISAS por discapacidad y 11.271 AVISAS por mortalidad, solamente es superado en causas por asfixia y trauma al nacer, bajo peso al nacer y otras afecciones perinatales, en el ítem trece se ubica otras enfermedades respiratorias con un total de 2.852 AVISAS, 0 AVISAS por discapacidad y 2.852 AVISAS por mortalidad.

En los AVISAS (x 1.000) en hombres de 0-4 años, las infecciones de vías respiratorias inferiores, se ubicó como quinta causa, presentando un total de 13.206 AVISAS, 0.527 AVISAS por discapacidad y 12.678 AVISAS por mortalidad; las primeras causas encontradas fueron: asfixia y trauma al nacer, bajo peso al nacer; otras afecciones perinatales y cardiopatía congénita; otras enfermedades respiratorias ocupan el puesto número trece presentando un total 1,189 AVISAS, 0,530 AVISAS por discapacidad y 0,659 AVISAS por mortalidad.(18)

En general, a pesar de los avances en la última década, en Colombia, la infección respiratoria aguda continúa ocupando lugares importantes de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años. La bronquiolitis, la bronconeumonía y la neumonía adquirida en la comunidad, se les considera responsables de casi todas las muertes evitables para este grupo de edad, especialmente en los grupos poblacionales más vulnerables, pero hay muchos datos para pensar, que si bien esas entidades son causa básica de enfermedad, en un porcentaje importante la causa directa de muerte no son dichas entidades sino cuadros de infección intrahospitalaria o infecciones asociadas a la atención en salud.

En general nuestros hospitales de mayor complejidad manejan tasas de ocupación alta por IRA, pero en los periodos de invierno se presenta una sobre ocupación, con condiciones inadecuadas de bioseguridad, con un riesgo muy alto de infecciones asociadas a la atención en salud, que terminan dándole un riesgo adicional para cuadros clínicos muy severos, que requieren atención en unidades de cuidado intensivo y en un porcentaje importante de dichos casos generando mortalidad.

La vigilancia de eventos semejantes a influenza (ESI) e Infección respiratoria aguda (IRA) que lidera el Instituto Nacional de Salud desde el grupo de la Subdirección de Vigilancia y control en Salud Pública, desde el 2012 ha concentrado sus esfuerzos en cuatro componentes de seguimiento que son:

- Vigilancia centinela de ESI e IRA grave.
- La vigilancia de IRAG inusitado,
- Mortalidad por IRA
- Morbilidad por IRA

En la vigilancia centinela de ESI IRA G, está incluida la vigilancia de la circulación viral, y la vigilancia de morbilidad por IRA, tiene un componente de vigilancia intensificada de la IRA G.

En la vigilancia centinela general de ESI e IRAG, hasta la semana 52 del 2013, a nivel nacional se notificaron 5549 casos con promedio semanal de 106, de los cuales 2553 (46%) corresponden a pacientes que cumplen con la definición de IRAG y 2996 (54%) a pacientes que cumplen con la definición de ES

A semana 52, la red centinela para la vigilancia de IRAG intensificado en Bogotá D.C. notificó 4003 casos que corresponden a los criterios establecidos, procedentes de las siete UPGD caracterizadas.

En el componente de vigilancia de la circulación viral, hasta la semana epidemiológica 52 del 2012, se observó circulación principalmente de VSR con 59% de los casos positivos, circulación sostenida en todas las semanas con aumento desde la sexta hasta la SE 25; el virus de Influenza A (H1N1) pdm09 (10.9%) con circulación sostenida desde la primera semana de año hasta la semana 26, en el año se presentan casos esporádicos en otras semanas; Influenza A H3/estacional (11,9%) circulando en todas las semanas epidemiológicas aumentando en las semanas 18 a 24 y 34 a 44, Adenovirus (6.8%) el cual se mantuvo presente durante todo el año principalmente en las semanas 18 a 29 y 43; Para influenza 3 (5.2%) con circulación importante en las semanas 8 a 24. Los demás virus circulan en menor proporción y sin presencia sostenida que los anteriormente descritos durante estas semanas epidemiológicas.

Hasta la semana epidemiológica anotada se notificaron 1470 casos como IRAG inusitado que cumplen los criterios de definición Las entidades territoriales que notificaron la mayoría de casos son Valle (216), Bogotá (203), Antioquia (178), Meta (101), Arauca (89), Quindío (80), Cesar (67), Santander (52), Putumayo (52), Risaralda (48), Huila (46), Nariño (40), Sucre (34), Caldas (34), Tolima (30), Cundinamarca (29), Barranquilla (25), Cauca (23), San Andrés (22) y Cartagena (21). Hasta la semana epidemiológica de corte, se notificaron 457 casos de muerte por IRA en menores de 5 años, para la misma semana en 2011 se habían notificado 530 casos.

En la vigilancia generalizada de morbilidad por IRAG, se notificaron un total de 243380 hospitalizaciones por IRA (12.6%) del total de hospitalizaciones 1933582 por todas las causas hasta la semana 52.

En general se observó el mayor porcentaje de hospitalización por el evento en los niños menores de cinco años (51%) y el menor porcentaje de hospitalización por ésta causa se encuentra en los pacientes de 20 a 39 años (4.9%). Dentro de los menores de 5 años, los de mayor porcentaje de hospitalización son los de 1 año con el 36.8% y los menores de 1 año con el 33.8% respecto a la hospitalización por todas las causas en el mismo grupo de edad. (1)

Los anteriores datos muestran una mejoría importante en la vigilancia de la morbilidad por IRA cuando se comparan con los datos del informe del convenio de cooperación técnica 1136 del 2006 entregado en diciembre del 2007, entre OPS y SDS de Bogotá, que tomó como base los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) consolidados tanto del régimen contributivo como subsidiado del 2005, para Bogotá que representa cerca del 20% de la población colombiana, para dicho año se registraron en menores de 1 año 2713 casos atendidos, y en el grupo de 1 a 4 años 14803 casos de Influenza y Neumonía, para un total en menores de 5 años de 17516 casos. De los egresos hospitalarios, se registraron en menores de 1 año 1029 casos, y en el grupo de 1 a 4 años 3495 casos de Influenza y Neumonía para un total en menores de 5 años de 4524 egresos por estas causas. (19).

Un tratamiento especial debe darse a la Tosferina y su aparente reemergencia, que viene incrementando su incidencia en la infancia y adolescencia y a la mortalidad en los menores de 6 meses. Entre el año 2011 y el 2012 se identificó un pico de casos reportados, el instituto Nacional de Salud de Colombia en la semana epidemiológica 48 de 2012, tenía 3039 casos confirmados con un aumento del 240% en relación a los confirmados para el mismo periodo de corte en el 2011, de ellos 3 casos provenientes del exterior. De estos un 64,39% (1956) fueron confirmados por laboratorio, un 25,21% (766) por nexo epidemiológico y un 10,43 (317) quedaron como casos compatibles. Estos casos en su gran mayoría son menores de 1 años, entre ellos en menores de un mes el 42,26% y entre los 2 a los 3 meses el 32,06%.

El 80% de los casos correspondieron a cinco entidades territoriales de salud así: Antioquia 1356, Bogotá 661, Caldas 118, Cundinamarca y Huila 108, Valle 75. 17 entidades territoriales reportaron mortalidad en casos confirmados, registrando para la semana 48 del 2012 un total de 58 muertes para una letalidad de 1,91. Los entes territoriales fueron: Antioquia, Bogotá. Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Huila, Meta, Nariño, Putumayo, Santander, Sucre, Tolima, Valle, y Vaupés. (21, 22).

En el año 2013 a semana epidemiológica 52, se notificaron 500 casos de muerte por IRA en menores de cinco años, con un aumento del 10% con respecto al año 2012, según datos suministrados por el informe final del Instituto Nacional de Salud en el año 2013. El 66%(328) de los casos, se notificaron en menores de un año. En cuanto a la procedencia de los casos, durante el año 2013 Bogotá reportó el mayor porcentaje de casos con un 25%, seguido por Antioquia (12%) y Nariño (5%).

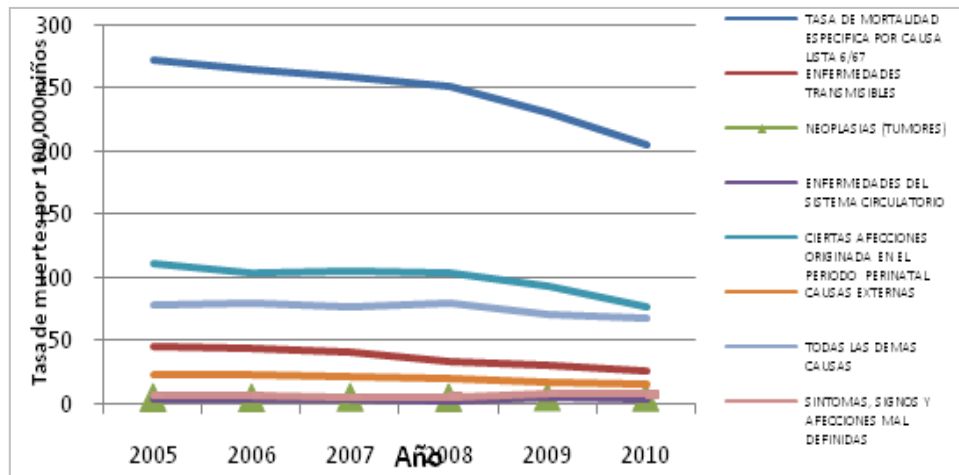
Diagnóstico situacional sobre condiciones de salud de la población menor de cinco años en Colombia

Para valorar el estado de salud de la población infantil colombiana relacionado con las infecciones respiratorias agudas, es necesario reconocer sus dimensiones objetivas y subjetivas. La información de tipo poblacional, se obtuvo de las fuentes disponibles provenientes de los sistemas de estadísticas vitales, vigilancia en salud pública, encuestas poblacionales y producción de servicios de salud, sus necesidades sentidas requieren completarse en las mismas comunidades a partir de un proceso participativo por lo que para ello se propone usar además de las herramientas epidemiológicas clásicas, las propias de la ciencias sociales (23,24). En este sentido, se hace necesario hacer una revisión general de las características de las formas de vivir, crecer, desarrollarse y morir de los niños colombianos.

Características sociodemográficas de la población infantil.

De acuerdo con las proyecciones de población del DANE (25) para 2012, había 5.150.812 niños y niñas de 0 a 5 años que representan el 11,0% de la población total del país. En 2005 el Censo General reportó 242.001 niños y niñas indígenas de 0-5 años, los cuales representan el 17,4% de la población indígena y el 4,6% del total de niños y niñas en esta edad. De la población afrocolombiana 1. 573.508 son niños y niñas en primera infancia, lo que representa el 13,6% del total de esta población y el 11,0% de la población del país en este rango de edad. (25)

Gráfica2. Tasa de Mortalidad Específica por Causa en niños menores de 5 años. Colombia 2005-2010



Fuente: Cubos SISPRO, MSPS. Fuente Primaria: RUAF-ND. 2005-2010

Características de la Mortalidad en la infancia

Al igual que en la mortalidad infantil (muertes en menores de un año), en el país la mortalidad para los niños menores de cinco años ha venido descendiendo de manera constante a lo largo del periodo analizado, pasando de 26,60 en el año 2005 a 21,20 defunciones de menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos en el año 2010.

Las principales causas de la mortalidad son: Los trastornos respiratorios y sepsis originados en el periodo perinatal (40%), seguidas de infecciones respiratorias agudas en el primer año de vida (26)

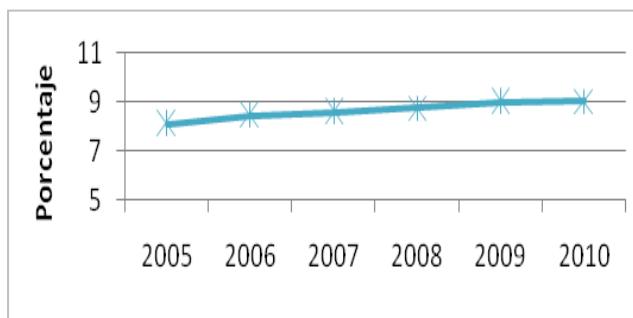
La tasa de mortalidad en los menores de cinco años es uno de los indicadores que representa el nivel económico, social y cultural de una región. Durante el año 2011, la tasa de mortalidad a nivel nacional fue de 12,4 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, mientras que en el año 2012 descendió a 10,5. En el año 2013, los departamentos que presentaron las mayores tasas de mortalidad infantil fueron; Vaupés, Amazonas y Guainía y los distritos fueron Bogotá y Barranquilla.

Coberturas de afiliación al SGSSS

El comportamiento de la cobertura en afiliación al SGSSS de los menores de 5 años en Colombia evidencia un crecimiento desde el 68% en el 2008 hasta un 73% en el 2011, pero en el 2012 muestra un descenso al 61%, de acuerdo a datos de la Dirección de Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones – Reporte BDUA Consorcio SAYP / con base en proyecciones población DANE (27)

Situación de Salud Nutricional

Gráfica 3. Porcentaje de niños con bajo peso al nacer Colombia 2005-2010



Fuente: SISPRO MSPS, Fuente Primaria: DANE, EEVV. 2005-2010

El nacer con bajo peso (menos de 2,500 gr) hace que el niño tenga menor probabilidad de desarrollar todo su potencial y aumenta el riesgo de padecer un número importante de morbilidades más adelante en la vida. Es por esto que es fundamental tener un peso adecuado al nacimiento como condición para un goce pleno del derecho a la salud. El porcentaje de niños con bajo peso al

nacer viene aumentando de manera casi constante desde el 2005. Según ENSIN 2010, la evolución de la desnutrición en sus diferentes indicadores muestra un

proceso general de mejoramiento aunque prevalecen altas prevalencias de desnutrición crónica (13.2%) (28)

Utilización de los servicios pediátricos de salud por IRA

Se ha reportado que en las Américas las IRA representa entre el 30% y el 60% de las consultas de los niños a los servicios de salud, y entre el 20% y el 40% de las hospitalizaciones pediátricas, muchas de las cuales están asociadas con complicaciones posteriores que afectan la salud y la relación social del niño (29).

Los datos generados por Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional , reportaron que para el año 2010, en el primer pico respiratorio, la capital del país notificó en promedio 130.000 casos por mes de IRA ambulatorios y hospitalizados en todos los grupos de edad; de los cuales cerca del 36% fueron menores de 5 años. Sin embargo, se estima una gran brecha entre los casos reales y los realmente atendidos. (20)

Los datos mencionados previamente de la vigilancia de la IRA por el INS muestra que el 10% de los casos que se hospitalizan son por causas de IRA, y de estos cerca del 50% son casos que se presentan en menor de 5 años.

En general las instituciones prestadoras de servicios de salud de mayor complejidad manejan tasas de ocupación alta por IRA, pero en los periodos de lluvias se presenta una sobre ocupación, con condiciones inadecuadas de bioseguridad, riesgo muy alto de infecciones asociadas a eventos del cuidado de la salud, que terminan dándole un riesgo adicional de requerimiento de atención en unidades de cuidado intensivo, y en un porcentaje importante de dichos casos generando mortalidad. Sin embargo y según la Encuesta Nacional de Salud 2007, son muchos los cuidadores que no acuden a los servicios de salud cuando los menores se enferman; de éstos, el mayor porcentaje corresponde a los niños no asegurados (81,7%), afiliados a otra entidad (79,7%) y los afiliados al régimen subsidiado (76,9%) [(30 pág. 93,94].

La encuesta de percepción de la salud física y mental reportada por los cuidadores de los niños y niñas menores de seis años en Colombia, mostró que al 10% de los menores de seis años en alguna vez se les diagnosticó neumonía o bronconeumonía, que en su mayor proporción eran desplazados o desmovilizados (14,5%, n=135) o pertenecían al régimen especial (13,2%, n=584) [(30pág. 95]. Aunque la proporción de niños tratados aumentó con respecto a las situaciones anteriores (78,4%), cerca del 22% de los menores se quedaron sin tratamiento. (30)

Enfoque diferencial de la población étnica en el marco del Programa de Prevención Manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda.

Según datos del Censo de 2005, las tasas de fecundidad y mortalidad son mayores en la población indígena en comparación con la población nacional, debido a que hay una clara diferencia de la estructura por edad.

En el año 2005, la población indígena y los grupos étnico mulato, negro, afrocolombiano y afro-descendiente tuvieron una mayor población menor de 9 años de edad en comparación a los grupos raizales y los Rrom. Según el informe del Análisis de la Situación de Salud de las Poblaciones Diferenciales del año 2012, el grupo indígena presenta el mayor desequilibrio en la relación mujer: niño, lo cual debe orientar políticas de intervención según las particularidades de cada población.

De acuerdo a las características asociadas al grupo étnico en el año 2013, el 14%(72) del total de muertes por IRA en menores de cinco años pertenecían a grupos indígenas y el 8%(41) a grupos afrocolombiano en los cuales hay desnutrición y otras condiciones que favorecen al desarrollo de enfermedades con complicaciones. Es así como se hace necesario definir acciones concretas para lograr una mayor cobertura y planes de atención en salud, a través de la implementación y desarrollo de programas encaminados a la población infantil de los grupo étnicos, reduciendo las disparidades entre los diferentes grupos poblacionales de la nación en relación a su pertenencia étnica.

Bases Conceptuales para el Desarrollo de un Programa de Infección Respiratoria Aguda

Modelos de Problematización- Porque ocurre la IRA

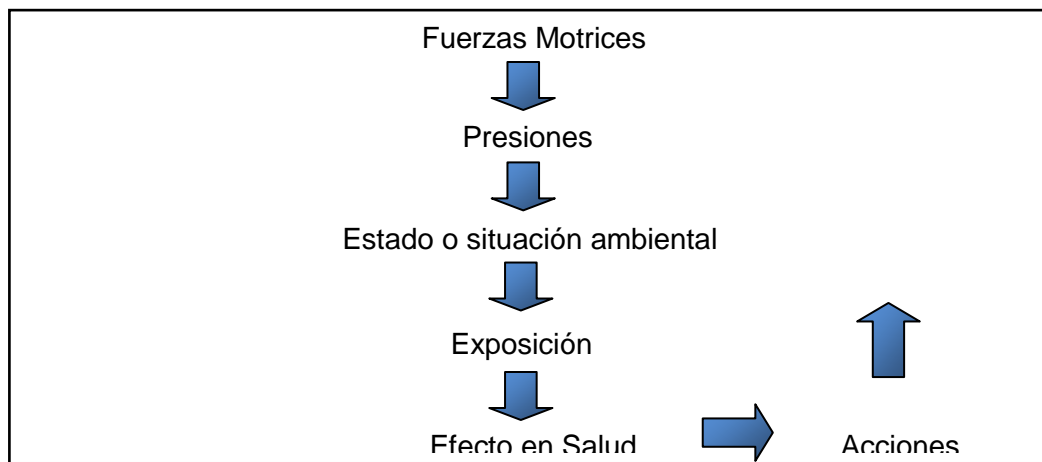
El modelo de fuerzas motrices propuesto por OPS fue desarrollado conceptualmente por Corbalán (32) y constituye una herramienta para entender la complejidad de las relaciones entre la salud y el ambiente. Este modelo también llamado “causa-efecto” parte del principio de jerarquizar factores (no procesos) cada uno de los cuales conllevan o favorecen la aparición de los otros en una especie de relación “influencia-dependencia”. Su aplicabilidad reside también en que trata de dar cuenta de la red causal que favorece la aparición de la morbilidad. Al mismo tiempo en un ejercicio inverso el modelo permite identificar intervenciones a realizar en cada uno de los factores identificados según jerarquías de red causal.

Los factores propuestos por Corbalán son:

Unas “Fuerzas Motrices” que llevan a unas “Presiones” las cuales a su vez causan un “Estado o Situación ambiental”. Este último a su vez produce una “Exposición” la cual lleva a un “Efecto en Salud”.

Las relaciones se muestran en el siguiente esquema:

Figura 1: Modelo FPEEEA



Fuente: Corvalán, C, 1997, OPS-OMS

A- Las Fuerzas Motrices

Las Fuerzas Motrices o propulsoras son factores que motivan y empujan a los procesos ambientales involucrados. Representan las cuestiones más generales que están por detrás del modelo de desarrollo adoptado por la sociedad y que propician las actividades y fuentes de la contaminación o degradación. Una de las fuerzas motrices más importante es el crecimiento poblacional. También hacen parte de estos factores el modelo de desarrollo económico y tecnológico; la distribución del ingreso, el nivel de escolaridad y los niveles de vulnerabilidad de una población.

B- Presión

Se refiere a la ocupación y explotación del ambiente, al crecimiento urbano y la producción industrial que son fuentes de contaminación o de degradación ambiental. Incluyen el comportamiento del conjunto de actividades económicas y de producción industrial.

C- Estado

Las presiones originan un Estado o niveles ambientales de contaminantes ya sean por factores físicos, químicos y biológicos así como los asociados a actividades humanas o riesgos antrópicos.

D- Exposición

Se refiere a la relación directa entre las personas, deficientes condiciones de la vivienda, condiciones de hacinamiento, mayor circulación de virus respiratorios, tabaquismo pasivo y la contaminación ambiental.

E- Efectos en Salud

Se refiere a los desenlaces o eventos de morbilidad sentida o atendida.

El modelo también incluye la categoría de “Acciones” que sigue el mismo derrotero anterior

Limitantes externas del programa

Ambientales

Cambio climático y fenómenos atmosféricos: Los periodos de lluvia aumentan la posibilidad de epidemias.

Polución y contaminación ambiental aumentan la incidencia de enfermedad respiratoria aguda. (62, 63, 64,65)

Individual

Inadecuados hábitos de vida saludable. (40).

No aplicación de hábitos de prevención. (34,35, 49.50.51)

Desconocimiento de los derechos y deberes en salud.

Estructura del sistema de salud

Sistema de salud con enfoque asistencialista y orientado a la enfermedad.

Diversidad de actores y prestadores.

Fraccionamiento de los servicios y de la prestación.

Atención Primaria en Salud

La reunión de ALMA – ATA en 1978, dio inicio a un paradigma de la salud pública moderna con el establecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), fundamentada en la necesidad de buscar soluciones a las condiciones decadentes en el estado de salud y acceso a servicios básicos, reflejados en las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad y factores relacionados a condiciones de inequidad.

El objetivo de “salud para todos en el año 2000” propuesto en la conferencia se apoyó en cinco estrategias: cobertura universal (actualmente equidad), integración de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, servicios eficaces asequibles y susceptibles de gestión, participación de la comunidad (empoderamiento) y acción sanitaria en relación con otros sectores de desarrollo. (36)

Después de 32 años, los avances han sido asimétricos en los países dependiendo del compromiso político y destinación de recursos, así como el modelo de adaptación de APS para cada entorno social en particular, pero sin lograr alcanzar las metas dispuestas desde aquel entonces.

Como producto de la crisis de diferentes sistemas de salud, fenómeno advertido principalmente en países pobres, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la

Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantearon la necesidad de renovación de esta estrategia, mediante la reorientación de los servicios de salud, buscando sistemas de salud basados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que garanticen un acceso equitativo a servicios básicos, cercanía a la gente, intersectorialidad y participación; complementados por los diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social, de acuerdo a las necesidades de la población.. (37)

Inmensas inversiones se han realizado con resultados parciales, por lo que se ve la necesidad de fortalecer el proceso de avance y mejoramiento de la APS mediante la gestión de nuevas estrategias que busquen mejorar los logros alcanzados hasta el momento, teniendo como objetivo optimizar la atención, la accesibilidad y los recursos para una mejor atención y cuidado de la salud, principalmente la infantil, en un conjunto de eventos que son prevenibles como son las infecciones respiratorias agudas.

La Estrategia de Atención Primaria en Salud incluye tres componentes integrados e interdependientes:

- La participación social, comunitaria y ciudadana.
- Los servicios de salud.
- La acción intersectorial / tras sectorial por la salud

La participación social, comunitaria y ciudadana; se desarrolla de acuerdo al contexto político, económico y social de cada país, pero centrada en los individuos, las familias y las comunidades; pretende lograr el goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades, mediante la atención integral a la salud desde una perspectiva de determinantes sociales y económicos, lo que implica no solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino una afectación de las causas últimas a través de la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable. Integra las acciones individuales, familiares, comunitarias e intersectoriales y la prestación de servicios asistenciales, con acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es el espacio de interacción intersectorial en el trabajo de los determinantes sociales de la salud para disminuir las inequidades.

La participación social es necesaria como un mecanismo de lograr que los individuos, hagan parte de la toma de decisiones, en las prioridades de intervención y en la asignación y uso de los recursos.

En cuanto hace referencia a *los servicios de salud*, conlleva el concepto de redes integradas de servicios de salud. De acuerdo a la ley 1438, las redes integradas de servicios de salud se definen “como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales

y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda”.

La Atención primaria en Salud como una estrategia de respuesta ante epidemias o eventos biológicos de tipo inusitado

Como lo resalta el documento “Enfoque estratégico de atención primaria de salud y la respuesta a la epidemia de influenza a (H1N1)” publicado en junio del 2009, (40), la estrategia de APS, es una alternativa muy útil para afrontar epidemias y consecuentemente los picos respiratorios que se presentan en nuestro país.

Conlleva 4 elementos básicos:

1. Abordaje integral: La respuesta debe incluir no solo a los servicios de salud, sino involucrar a la comunidad, a sus organizaciones y a otros sectores, en forma participativa, buscando que cumplan un papel sobresaliente, en:

- La promoción de hábitos de vida saludable.
- La aplicación de medidas de prevención.
- La atención oportuna y adecuada de los casos.

La comunidad debe ser una aliada de los servicios de salud y participante activa en la provisión de atención ambulatoria y cuidados en el domicilio.

2. Abordaje integrado de la respuesta: Los servicios de salud deben atender a las personas afectadas, sin descuidar la atención de los casos que consulta por otras causas; ello implica planificar y organizar la participación de los diferentes niveles de atención, buscando:

- No depender completamente de los hospitales.
- Fortalecer el papel de los servicios de primer nivel de atención.
- Articular su quehacer con la comunidad, con sus actores sociales claves, con sus organizaciones sociales, para lograr un impacto social económico y humano.

3. Organización del primer nivel para la respuesta a la epidemia El primer nivel de atención, es crucial para responder a un pico de enfermedad respiratoria, a una epidemia o, a un evento biológico inusitado en IRA, entre otros aspectos por encontrarse más cerca de los usuarios y las comunidades ; en forma específica debe cumplir tres tareas básicas:

- Acciones de salud pública.
- Provisión de cuidados personales
- Organización comunitaria e intersectorial.

En cuanto a las *acciones de salud pública*, el primer nivel debe ser el punto inicial del sistema de vigilancia epidemiológica y el mejor mecanismo para implementar y fortalecer medidas de promoción de la salud y de prevención para contener o responder a una emergencia sanitaria; más en la medida que se logre articular, con la comunidad con sus organizaciones y con sus actores sociales claves, buscando una eficiente coordinación, con otros niveles de complejidad articulados en red.

En la *provisión de cuidados personales*, los servicios del primer nivel, son de especial importancia en:

- El triage de pacientes.
- El cuidado ambulatorio o domiciliario de los casos sospechosos, probables o confirmados que no requieran hospitalización.

Se requiere identificar y acondicionar un espacio o consultorio específico, para la atención de casos con cuadros clínicos de IRA o implementar de acuerdo a las características propias, las medidas dirigidas a la reducción de la transmisión del virus y tomar medidas de protección, del personal, los pacientes y sus acompañantes.

Es necesario tener definidos los procesos para la referencia de los pacientes, ya sea para manejo ambulatorio en su domicilio o para su admisión en el hospital de referencia, así como las recomendaciones de manejo y tratamiento en cada situación, buscando manejar el mayor número posible de casos a nivel:

- Ambulatorio.
- En estrategias de manejo domiciliario.
- En instalaciones de baja complejidad.

Tener claro, cuando buscar su remisión a una institución de mayor complejidad, acorde a la severidad del cuadro clínico en particular.

Se requiere tener mecanismos de vigilancia para la identificación temprana, de posibles complicaciones y garantizar la referencia de los pacientes, que por el empeoramiento de su cuadro clínico, requieran atención hospitalaria. Se recomienda conformar “equipos de atención comunitaria” (entrenados en identificar los casos de riesgo especial y los síntomas signos de alarma, para orientar su consulta y el nivel de atención requerido) en los centros de salud y unidades del primer nivel de atención, que asuman esta vigilancia y atención de un grupo determinado de familias que comparten un espacio comunitario.

Estos equipos de atención comunitaria, pueden ser quienes identifiquen en primera instancia a población enferma con base en visita domiciliarias, a personas reportadas por las organizaciones comunitarias, que participan de actividades de promoción y prevención o por familiares que hayan contactado a las líneas telefónicas de consulta para la comunidad (Centros de respuestas a llamadas

telefónicas), para solicitar orientación o asistencia, siendo el enlace entre los pacientes, las comunidades y los servicios de atención de mayor complejidad.

La atención domiciliaria, es clave para mantener la disponibilidad de camas en los hospitales, durante una epidemia, y contribuye a reducir el riesgo de propagación, y de Infecciones asociadas a cuidados de la salud.

En lo referente a la *organización comunitaria* se debe aprovechar las diferentes formas de agrupación de la comunidad, que tenga el ente territorial tales como:

- Juntas de acción comunal.
- Comités de participación comunitaria (COPACOS).
- Comités de salud.
- Comités deportivos.
- Organizaciones No Gubernamentales que tienen en sus funciones acciones en salud.

Es necesario constituir redes sociales de apoyo y sus participantes deben ser capacitadas para realizar la detección de personas que requieran atención por los equipos de salud, especialmente para personas que vivan solas, mediante visitas o llamadas telefónicas diarias, a sus vecinos más cercanos e incluso para el cuidado de personas adultas mayores u otros que carezcan de apoyo familiar; pueden cumplir actividades de:

- Identificación y atención de casos, si se tratan de casos de manejo ambulatorio o domiciliario
- Remisión al primer nivel de atención o a otros niveles de acuerdo a como se encuentre cada caso valorado.
- Realizar actividades de promoción de la salud, prevención de la IRA.

En dichas acciones son relevantes todos los actores sociales claves como:

- Líderes comunitarios.
- Educadores.
- El párroco o líder de asociaciones espirituales.
- Miembros de defensa civil.
- Miembros de grupos de la Cruz Roja.
- Presidentes de las agrupaciones comunitarios entre otros.

Como ya se mencionó, se deben organizar mecanismos de consultas, o Centros de Llamada telefónica, destinados a orientar a la comunidad para atender dudas, que deben ser articulados a los servicios de salud. Estos centros pueden ser atendidos por personal capacitado (profesionales jubilados de los servicios de salud, estudiantes de las ciencias de la salud, voluntarios de la Cruz Roja, educadores capacitados, entre otros). Este es un mecanismo que disminuye el número de personas, muchos de ellas sanas, que acudirán a los servicios de salud contribuyendo a la congestión de los mismos.

La participación de sectores y otras instituciones, cuya misión tiene un componente comunitario, puede ser clave, para expandir el alcance de las acciones de los servicios de salud, en el control y respuesta de la epidemia.

4. Mecanismos para la articulación de la comunidad-servicios de salud.

El primer nivel de atención, debe articular los esfuerzos comunitarios e intersectoriales en el objetivo de lograr salud para la comunidad de su respectivo territorio. La posibilidad de consolidar este esfuerzo, dependerá de:

- La existencia y diseño de planes, para la integración de los servicios.
- Las características del modelo de atención en salud adoptado.
- La coordinación entre las instituciones y de la participación comunitaria.

Redes Integradas de Servicios de salud (RISS)

La conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud debe convocar a todos los actores de los territorios en que vive la población definida, y debe ser organizada por la autoridad administrativa correspondiente.

Tiene como características:

- Objetivos comunes y visión sistémica.
- Redes de profesionales unidas e interrelacionadas.
- Complementariedad
- Alto grado de confianza mutua
- Acuerdos de gestión
- Información compartida

Busca mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. Requieren en forma fundamental la definición de territorio y población; esta definición de territorio contemplará los límites administrativos del municipio o los departamentos, pero también las condiciones de acceso, por lo cual la red tiene límites geográficos, salvo excepciones en que la población puede acceder más fácilmente a otra red. De acuerdo a esto, resulta más coherente el conocimiento georeferenciado de la población, sus condiciones de entorno, sus condiciones socioeconómicas, culturas y de situación de salida. Una vez definido el territorio de la red el paso siguiente será subdividirlo de tal manera que se asignen las responsabilidades sobre los individuos, familia y comunidad por parte de los equipos de salud. (36, 37,38, 61)

La acción intersectorial/transectorial por la salud, implica un trabajo intersectorial para modificar los principales determinantes de la salud de la población y las

inequidades, hay que generar un trabajo articulado con el sector de la educación, el sector laboral, el sector ambiental, los grupos responsables de servicios públicos, las organizaciones sociales, la comunidad, los actores sociales claves, entre otros .

La Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud realizada en Río de Janeiro (octubre de 2011) definió 5 temas principales:

- La gobernanza (mecanismo de gobierno) para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud.
- La promoción de la participación: el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales.
- La función del sector salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades en salud, es fundamentalmente generar la abogacía y la gestión requerida para que los diferentes sectores asuman el papel que les corresponde.
- La acción mundial sobre Determinantes de la Salud.
- La Medición de Análisis con indicadores

Debido a la debilidad en el compromiso con los sistemas nacionales de APS y a la falta de aplicación de instrumentos sistemáticos para monitorear y evaluar el desempeño de la APS, la evidencia del impacto de los sistemas integrales de APS sobre la salud de la población en el mundo en desarrollo es escasa. En cambio, es común la evidencia de la efectividad de intervenciones específicas de APS especialmente en pediatría, sobre todo por la disponibilidad de financiamiento para evaluar su impacto.

En Colombia, a finales del 2012 se inició la construcción de un proyecto demostrativo que tiene el propósito de establecer las condiciones básicas requeridas para la implementación de la estrategia de APS y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en los territorios que conforman el país, mediante el diseño, prueba, evaluación y ajuste de las experiencias piloto seleccionadas en las seis zonas Homogéneas en sus condiciones de desarrollo endógeno, para el desarrollo y Obtener evidencias fácticas sólidas que apoyen la formulación de normas jurídicas y técnicas que soporten la implementación de la APS y las RISS en el país. (39)

Sin duda, el lograr para el país la implementación de una propuesta de promoción de la salud respiratoria, prevención y manejo de la IRA, teniendo como base atención primaria en salud y redes integradas de servicios de salud, le daría un soporte muy importante al proceso de implementación de la APS.

Determinantes sociales de la salud

El derecho a respirar está en el contexto del Derecho a la Vida y la Salud, esto implica no solo el derecho a existir sin enfermedad respiratoria sino también garantizar un ambiente social, económico, de vivienda y calidad de aire que favorezcan este derecho a respirar.

La elaboración de políticas públicas adecuadas para cada población depende de la realidad biológica de la enfermedad y de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven y se desempeñan. Como se describió previamente, las enfermedades que se producen en el aparato respiratorio son las infecciones más frecuentes en los niños y representan un tema de interés en salud pública en nuestro país, en ellas es necesario el análisis de los determinantes de cada condición para elaborar planes adecuados y exitosos.

Los determinantes del proceso salud enfermedad se deben abordar en el programa desde el nivel general o estructural, para el conjunto de la sociedad ellos determinan los modos de vida y desde el nivel particular o intermedio, para los diferentes grupos de la población los cuales determinan las condiciones de vida. Teniendo en cuenta que la inclusión de la dimensión étnica en la implementación de programas mantiene una brecha con los demás grupos poblacionales, es necesario en este caso, disminuir las diferencias relacionadas con la pertenencia étnica, entre los grupos poblacionales y sus determinantes sociales, especialmente en la población infantil.

Los determinantes del nivel general o estructural influyen la sociedad en su conjunto, correspondiendo a las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales del colectivo.

Los determinantes del nivel particular o intermedio corresponden a las condiciones propias de cada grupo de población (familiar, escolar, laboral, lúdico, ideológico, entre otros.) incluyendo los estilos de vida peculiares de sus miembros. La interacción de los diferentes determinantes genera alteraciones en el proceso salud-enfermedad que se expresan en este nivel como perfiles endémicos, ante las cuáles se generan modelos de prestación de servicios específicos.

Los determinantes del nivel individual o proximal, incluyen las variaciones genéticas, físicas, psicológicas y comportamentales propias de cada miembro de la población, son mucho más difíciles de intervenir.

Para la morbi-mortalidad por ERA se reconoce por lo tanto una interacción entre el modo, las condiciones y el estilo de vida con los perfiles de los problemas de salud. Esto implica un sistema complejo, jerarquizado y abierto, en el que como una “Caja China” un sistema contiene el otro: El general o estructural, al particular o intermedio y este último al individual o proximal, todos interactúan y puede

presentarse resonancia del individual al general. Los cambios o modificaciones en el dominio o nivel general tendrán unos efectos sobre la salud, más lentos pero prolongados, los cambios sobre el dominio o nivel individual tendrán efectos más rápidos pero menos duraderos y las acciones sobre las condiciones de vida, mediante estrategias poblacionales necesitan un tiempo mayor pero su efecto es más duradero en el tiempo.

Los determinantes sociales que con mayor frecuencia favorecen la aparición de morbi-mortalidad por ERA especialmente en niños y niñas menores de 5 años son:

Económicos

- La enfermedad respiratoria aguda no está exenta de las consecuencias de la inequidad.
- El modelo económico que favorece la concentración de riqueza e ingreso en pocos grupos poblacionales. ·Mala situación económica que genera baja calidad de vida, desnutrición, no-acceso a educación o a servicios básicos y condiciones de inequidad en el acceso a los servicios de salud.
- El Desempleo y subempleo como factores de barrera al mejoramiento de la calidad de vida.

Sociales

- Bajo nivel educativo de padres y cuidadores.
- Viviendas inadecuadas, hacinamiento: Cercanía a contaminación del aire, tabaquismo pasivo.
- Pobres redes de apoyo
- Violencia Intrafamiliar, la mortalidad infantil es frecuentemente asociada a maltrato por negligencia.
- Familias en condición de Desplazamiento
- Problemas en la disponibilidad y acceso a alimentos

Rezago en la Políticas sociales

- No respeto por los derechos fundamentales, incluidos los derechos de los niños/as
- La infancia no es una prioridad de la política
- Falta de apoyo estatal a instituciones que trabajan por los niños/as
- Política en salud centrada en atención
- La promoción de la salud es muy débil dentro de las políticas de salud

Culturales

- No reconocimiento del niño como ser integral en desarrollo
- Desintegración familiar: Desarticulación del núcleo familiar: abandono de las madres, falta de figura paterna, Mujer cabeza de hogar, Inversión de roles entre la madre y las hijas.

- Baja formación de padres y cuidadores en puericultura

Ambientales

- Insalubridad de los ambientes
- No disposición intradomiciliaria de agua potable y no lavado de manos.
- Cercanía de las viviendas a menos de 100 metros de fuentes de emisión de material particulado: vías de alto flujo vehicular, mal estado de las vías, fuentes fijas y de área como las quemadas o extracción de tierra.
- Contaminación ambiental Extramural e Intramural por material particulado y otros contaminantes del aire.
- Tabaquismo pasivo.

La relación entre los determinantes en la enfermedad respiratoria aguda infantil es compleja y profunda. Algunos determinantes son transversales y eso obliga a elaborar planes de intervención horizontales. Las intervenciones horizontales tienden a incorporar varias intervenciones de salud como parte de un enfoque integral de atención primaria (APS renovada).

Los niños son especialmente susceptibles a los factores de riesgo ambientales, culturales, económicos, y a los diferentes determinantes sociales en la salud, que deben ser modificados para disminuir el impacto de la enfermedad en este grupo. Además, por ser una condición de dependencia transitoria, la niñez representa una vulnerabilidad que provoca una baja capacidad para prever, enfrentar y recuperarse del impacto de eventos internos y externos.

La salud infantil al tener un enfoque diferencial, es dinámica y cambiante, y está influenciada por otras dimensiones transversales que potencian su magnitud e importancia en dar respuesta a sus necesidades y problemáticas. Como parte de esos determinantes transversales que influyen en el desarrollo integral de niñas y niños, la salud en poblaciones étnicas en este caso en niños que pertenecen a los grupos étnicos, incrementa la probabilidad de ser afectados directamente por un riesgo potencial de vulnerabilidad requiriendo también de un diseño de planes y políticas en donde se analice el impacto sobre estos grupos, además de diagnosticar la capacidad institucional tanto de las entidades nacionales, departamentales y municipales para incluir la variable étnica cultural en el programa de prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda. Parte del proceso requiere primordialmente de la institucionalización para la incorporación y reconocimiento de las competencias interculturales, dentro de las políticas y programas específicos para los grupos étnicos.

Es así como, en el MSPS, es cada vez más claro, la importancia del proceso de determinación social de la salud, y de la necesidad de que el sector salud, sea un gestor estratégico para lograr un trabajo inter sectorial y trans-sectorial, que logre las modificaciones necesarias, desde los diferentes actores que tienen responsabilidad en dichas intervenciones.

Los avances y logros en transformar los determinantes sociales de la salud, son relevantes, se quiere impactar la carga de enfermedad por IRA.

Hay que prestar atención a:

- Determinantes conductuales como: Hábitos nutricionales e higiénicos, costumbres, creencias, actitudes y comportamientos.
- Determinantes ambientales: En especial de aire, pero también de agua, tierra y fuego
- Determinantes biológicos como: Aspectos genéticos, edad, género, nutrición, inmunidad propia y adquirida, potencial de fortaleza orgánica y emocional en el niño o niña.
- Determinantes sociales directos como: Relaciones familiares y redes sociales de apoyo, situación financiera, nivel de educación, trabajo, comunidad y amigos, libertad personal, valores personales.(41)

Plan Decenal de Salud Pública.

El Plan Decenal de Salud Pública, busca lograr que los diferentes aspectos de la Salud Pública, sean política pública de Estado, más que de periodo de gobierno, reconociendo la salud como un derecho interdependiente, con una dimensión central para el desarrollo humano. Igualmente propone una actuación articulada, entre sectores y actores responsables de la intervención efectiva y positiva de los procesos de salud enfermedad, abordando los determinantes sociales, con el fin de crear condiciones que garanticen bienestar integral y calidad de vida en Colombia

Tiene como principios: la universalidad, la participación social, la garantía derechos, la equidad, y el respeto por la diversidad; como enfoques: los derechos, las poblaciones diferenciales, los determinantes sociales de la salud y la mirada poblacional; como productos busca: la Promoción salud, la implementación de la APS, y la gestión riesgo en salud.

En la plataforma estratégica planteada para el periodo 2012 – 2021, pretende impactar en bienestar, en calidad de vida y en años de vida saludable, teniendo como objetivos estratégicos: la equidad en salud, el no permitir que la salud pública sea negociable y lograr impactos claros en carga enfermedad

Las acciones centrales son: el trabajo en las capacidades sociales institucionales, la vigilancia en salud pública con fortalecimiento del sistema de información y la participación social

Plantea como principales desafíos el alcanzar mayor equidad en salud, lograr cero tolerancia con la mortalidad y la discapacidad evitable, mitigar los impactos de la carga de enfermedad sobre los años de vida saludables y consolidar capacidades sociales e institucionales

Pretende afectar los determinantes sociales de la salud, mejorar las condiciones vida y salud de los habitantes de Colombia y avanzar significativamente en el goce efectivo del derecho a la salud.

Las prioridades temáticas expresadas como dimensiones prioritarias, en las cuales se toca de alguna manera el problema de la enfermedad respiratoria son:

- Salud Ambiental: Calidad del agua, aire y saneamiento básico, Seguridad química, Hábitat saludable.
- Vida Saludable y condiciones no transmisibles: Modos, condiciones y estilos de vida saludable, condiciones crónicas y discapacitantes prevalentes.
- Convivencia social y salud mental
- Seguridad Alimentaria y Nutricional: Alimentación sana, Salud nutricional, Inocuidad y calidad.
- Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, Espacios libres de condiciones vulnerantes para la salud sexual y reproductiva. Situaciones y condiciones de interés en salud sexual y reproductiva.
- Vida saludable y enfermedades transmisibles: Situaciones y condiciones endémico – epidémicas, Situaciones y condiciones emergentes y reemergentes.
- Salud Pública en emergencias y desastres
- Salud y ámbito laboral

Esta propuesta se debe articular en forma especial con: Salud ambiental, Seguridad alimentaria y nutricional, Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, Salud Pública en emergencias y desastres, pero tiene su base de trabajo en Vida saludable y enfermedades transmisibles, con especial énfasis en enfermedades inmunoprevenibles y condiciones y situaciones endémicas y epidémicas.

Adicionalmente como se comentó previamente tiene una estrecha relación con las dimensiones transversales de:

- Gestión diferencial de poblaciones vulnerables.
- Desarrollo integral de niñas niños y adolescentes.
- Salud y género
- Salud en poblaciones étnicas
- Discapacidad

Como se mencionó previamente este programa en forma específica implica un trabajo muy estrecho, con la dimensión transversal de “Desarrollo integral de niñas niños y adolescentes”

Se esperan lograr resultados de Impacto, en cuanto a transformación en la calidad de vida, que incluya cambios en evitabilidad, en carga de enfermedad, y en inequidades; ello necesariamente conlleva, cambios en las instituciones, las personas, los hogares, la sociedad, en cuanto conocimientos actitudes y prácticas, a través de acciones estratégicas integrales e integradas, incluyendo en las actividades el lograr procesos, equipos, talento humano, suministros y sistemas de información claramente fortalecidos (33)

Figura 2. Árbol de problemas, posibles causas.



Fuente: Grupo IRA. Ministerio de Salud y Protección Social

De acuerdo a lo presentado el problema central puede ser que los niños menores de cinco años afectados por las IRA en Colombia se complican y mueren por causas prevenibles

Como un factor de gran importancia en el problema central está los determinantes sociales de inequidad en salud, como la pobreza, hacinamiento, desnutrición, educación, favorecen las complicaciones por IRA

Las posibles explicaciones de esta problemática serían:

- Los servicios de salud están desarticulados a otras redes sectoriales e intersectoriales en los territorios, teniendo como posibles causas que los gobernantes, EPS y demás agentes tienen capacidades limitadas en las políticas de infancia, la Integración inter programática es inoperante y es insuficiente capacidad de integración intersectorial en territorios.
- Hay capacidades insuficientes en cuidadores, familias y comunidad para las acciones para la prevención y cuidado de los niños con IRA, situación que puede estar generada porque son insuficientes las capacidades de los agentes comunitarios para generar cambios que favorezcan la salud infantil en los territorios y las intervenciones de información y educación en familias y cuidadores son inefectivas.
- Los servicios básicos para la atención de la IRA son inexistentes y desarticulados a la Red de servicios de salud, caudado por que la integración de los servicios básicos con la red es deficiente, las capacidades del personal de salud para la atención integral del niño son limitadas y hay retardos en la implementación de servicios básicos de atención (modalidad de atención en salas ERA)

Para dar respuesta a la problemática planteada se propone desarrollar acciones teniendo estrategias comunitarias para generar participación social, estrategias institucionales para la atención en salud e intersectoriales para afectar los determinantes; lo trabajado en el componente comunitario y en el componente de los servicios de salud, estarán concentradas en responder a los numerales 2 y 3 mencionados previamente de una manera positiva, convirtiéndose en un árbol de objetivos así:

- Lograr capacidades suficientes en cuidadores, familias y comunidad para las acciones para la prevención y cuidado de los niños con IRA.
- Fortalecer las capacidades de los agentes comunitarios para generar cambios que favorezcan la salud infantil en los territorios.
- Hacer efectivas las intervenciones de información y educación en familias y cuidadores.
- Lograr que servicios básicos para la atención de la IRA sean suficientes y articulados a la Red de SS.
- La integración de los servicios básicos con la red es eficiente.
- Las capacidades del personal de salud para la atención integral del niño son suficientes
- Están implementados los servicios básicos de atención (salas ERA)

A nivel sectorial e intersectorial se debe realizar gestión y cabildeo, trabajando en el Programa en el primer punto, para lo cual se requiere:

- Capacidades adecuadas en las políticas de infancia de los gobernantes, EPS y demás agentes.
- Que la integración inter programática opere adecuadamente
- Hacer suficiente la capacidad de integración intersectorial en territorios

Figura 3. Árbol de objetivos, posibles soluciones.



Fuente: Grupo IRA. Ministerio de Salud y Protección Social

La morbilidad grave y la mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, genera un alta demanda de atención a casos y un número de muertes importante casi todas evitables, generan el gasto de significativos recursos para su atención en los servicios de urgencias, hospitalización así como el uso de niveles altos de complejidad e incluso el de las unidades de cuidado intensivo, pero cuando se revisan en forma crítica dichos casos, la mayoría de ellos deberían haberse manejado en niveles de baja complejidad, con un buen nivel de resolutivez, si dichos casos hubieran sido manejados en forma oportuna y adecuada.

Dentro de ese panorama, teniendo como punto de partida, los derechos del niño basados en la Convención Internacional de derechos del niño y el Código de Infancia y adolescencia, la búsqueda de respuestas, efectivas y eficientes, requiere una adecuada aplicación de la atención primaria en salud, que implica generar un proceso de trabajo comunitario con participación social, que lleve a la comunidad y a sus actores sociales claves a empoderarse del problema y de sus posibles soluciones, lograr un trabajo intersectorial en busca de modificar los determinantes sociales de la salud y mejorar la oportunidad y calidad en la atención de los casos, haciendo una realidad las redes integradas de servicios de salud.

En este programa se considera que las respuestas desde el sector salud se deben concentrar en tres estrategias grande 2 de ellas de tipo comunitario y una tercera de tipo institucional.

Estrategias comunitarias. Orientada a fortalecer el trabajo en salud colectiva con la comunidad, con los actores sociales claves buscando reforzar y consolidar los diferentes sistemas de participación social que lleguen a empoderar a dicha comunidad de los problemas y de las soluciones frente a la IRA, de tal manera que generen bases para un programa sostenible y sustentable; complementado este proceso con estrategias de comunicación a actores sociales claves, educadores y cuidadores de niños y niñas para lograr un cambio en conocimientos, actitudes y prácticas en acciones de promoción de la salud, estilos de vida saludable y en lograr una cultura de prevención de la IRA, con énfasis en:

- Hábitos nutricionales, incluyendo lactancia materna en forma exclusiva los primeros seis meses de vida del menor.
- Hábitos de higiene con énfasis en cultura de lavado de manos.
- Aplicación de las vacunas.
- Uso de estrategias para disminuir el contagio ante casos agudos de IRA.

Adicionalmente, busca dar herramientas para el manejo oportuno de los casos de IRA de leve severidad a nivel de la comunidad y para la identificación oportuna de los signos de alarma que conlleven a la consulta oportuna en una institución prestadora de servicios de salud.

Estrategia Institucional. Esta busca fortalecer las competencias del talento humano y lograr una atención oportuna y adecuada de los usuarios en las instituciones de salud con énfasis en las de baja complejidad; para esto se requiere la operación de las redes de prestadores, funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia, y consecuentemente solventar todas las dificultades generadas por el sistema de aseguramiento.

Adicionalmente como estrategia básica en la APS, se debe trabajar en *una cuarta estrategia que es la gestión y el cabildeo por lograr un trabajo Intersectorial*, que tiene como principal objetivo movilizar y comprometer a todos los actores

involucrados en la afectación de los determinantes sociales que conllevan a la IRA.

Priorización

Para planear las acciones de respuesta a la IRA se partió de un ejercicio de priorización en el cual se abordó la determinación de prioridades a partir de la exploración de alternativas de intervención para el problema identificado, los territorios y las poblaciones, los componentes asociados la IRA en niños y las intervenciones a éstos eventos.

Al aplicar un instrumento de priorización a las diferentes expresiones patológicas según la historia natural de la enfermedad mediante el método de Hanlon (31), emergen los componentes o problemas de salud de los niños afectados por infecciones respiratorias agudas que deben ser intervenidos:

Tabla 1. Método de Hanlon para la priorización de eventos de IRA.

<i>Enfermedad</i>	<i>Magnitud del problema</i>	<i>Severidad del problema</i>	<i>Resolutividad del problema</i>	<i>Factibilidad</i>	<i>Recomendación</i>
Mortalidad por IRA aguda	+	+	+	+/-	1
Morbilidad grave por IRA	+	+	+/-	+/-	2
Morbilidad por IRA	+	+	+/-	-	3

En Colombia, la mortalidad en general, la mortalidad infantil y sobre todo la mortalidad por causas evitables como la neumonía en menores de cinco años mantienen una pendiente de descenso y seguramente alcanzarán niveles similares a los que tienen hoy los países latinoamericanos en mejor estado. Sin embargo, este descenso viene acompañado, de una intensificación de la inequidad frente a los logros, pues en la medida en que los indicadores descienden en conjunto del País, las subregiones aumentan sus brechas a costa de las más vulnerables. Así, mientras que se tienen indicadores de calidad de vida relacionados con la salud (esperanza de vida, mortalidad infantil, fecundidad, educación, entre otros) similares a los encontrados en países desarrollados en zonas como Bogotá y el centro del país, coexisten indicadores tan deteriorados como los encontrados en los países más pobres de Latinoamérica.

Otros factores como las particularidades étnicas y culturales, ha sido una barrera para que el sistema de salud no supere los altos niveles de morbilidad por causas prevenibles en niños y niñas.

Es por esto que en un ejercicio como el desarrollado se requiere identificar objetivamente las diferencias de las poblaciones en los territorios sociales, que permitan priorizar intervenciones tendientes a reducir las brechas y garantizar así un modelo de atención acorde a las diferencias culturales y socioeconómicas, con enfoque diferencial en los grupos étnicos como parte de la población vulnerable.

Programa de prevención, manejo y control de la IRA en Colombia

Este programa se ha estructurado con base en cuatro componentes que incluyen 12 subcomponentes, en los que se busca concretar los aspectos más relevantes a considerar en su planeación, implementación y seguimiento, en los que el sector salud y otros sectores cumplen un papel complementario, estos componentes están concebidos bajo la estrategia de atención primaria en salud, buscando participar en la modificación de los determinantes sociales en salud, aportar al desarrollo y consolidación del modelo de redes integradas de servicios de salud. Sus aspectos más importantes se resumen en el siguiente cuadro.

Tabla 2. Componentes para el desarrollo del Programa de Prevención Manejo y Control de la IRA en el contexto de APS.

Componente	Subcomponente	Sector Salud	Otros sectores
Gestión y planeación	Articulación al sistema de salud y a la estructura del estado	La base de las acciones de respuesta a la IRA, está constituida por la normatividad nacional vigente, por los referentes conceptuales de las estrategias que aportan a la salud de los niños y niñas, por lo tanto las acciones, deben ser planeadas reconociendo a los diferentes actores sectoriales e intersectoriales y sus responsabilidades en la afectación de los determinantes sociales de la salud, para ejecutar y seguir el plan.	Ministerio de Hacienda, Ministerio de Desarrollo económico, Planeación Nacional, Ministerio del Trabajo, Ministerio de educación, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Transporte, Ministerio de Medio Ambiente, en cuanto definen los recursos para el sistema de salud, o tienen un papel directo en los determinantes sociales de la salud
	Gestión y Cabildeo	La gestión y cabildeo sectorial se enfoca en posicionar a la IRA como un problema de salud pública en el país y al programa como un mecanismo de organización de la respuesta, para que de manera articulada los diferentes actores planeen, desarrollen y sigan estrategias	La gestión y cabildeo intersectorial debe sensibilizar a los sectores para que reconozcan su papel y responsabilidades en la respuesta a la IRA y las acciones sean incluidas en los planes operativos de las diferentes

		que impacten positivamente los determinantes sociales de la salud para prevenir la IRA, manejarla oportunamente y controlarla.	instituciones, favoreciendo la sostenibilidad del programa.
	Sostenibilidad: Recursos y apoyo financiero	El proceso de planeación de la respuesta al IRA debe incluir el reconocimiento de los costos y las posibles fuentes de financiación que permitan la sostenibilidad del programa. Así mismo se debe contar con seguimiento que permita la toma de decisiones informada, frente a la orientación de la respuesta y la optimización de los recursos disponibles.	Los diferentes actores acorde a sus responsabilidades en el plan de respuestas a la ira deben disponer de los recursos que les permitan ejecutar de manera pertinente las acciones proyectadas.
	Estructura de coordinación y recurso humano	El plan de respuesta a la IRA debe ser liderado por el sector salud, en el cual se debe contar con talento humano con perfiles claros que tengan las competencias para el adecuado desarrollo de las acciones en el marco de la salud pública teniendo una ruta de operación precisa. La estructuración de la respuesta debe contemplar acciones para controlar y minimizar la rotación del talento humano que planea, ejecuta y sigue la respuesta a la IRA.	Ministerio de educación, Ministerio del Trabajo, son responsables de la normatividad y rectoría de los programas de formación en talento humano en salud y en las formas de vinculación laboral que permitan idoneidad y estabilidad del talento humano en salud.
Atención para la Salud	Prestación de servicios y Redes Integradas de Servicios de Salud	La organización de la prestación de los servicios de salud, debe partir del reconocimiento de las necesidades en salud de la población y de la capacidad de respuesta de las instituciones, orientando los ajustes funcionales o estructurales requeridos, para mejorar la capacidad instalada que permita dar una atención oportuna y pertinente a los usuarios con IRA.	Las ramas del poder público del estado colombiano, junto a los diferentes entes de control son fundamentales para hacer posible la conformación, la implementación y fortalecimiento de las redes integradas de Salud.

	<p>La atención debe ser integral fortaleciendo los servicios y estrategias de baja complejidad como la sala ERA, con un fuerte de soporte de la mediana y alta complejidad para los casos que lo requieran. Para que se den los procesos adecuadamente se debe contar con guías de atención que deben ser conocidas por los profesionales y evaluada su adherencia.</p> <p>El enfoque en la prestación de los servicios debe ser de salud pública, por lo tanto deben armonizarse las acciones individuales con las colectivas permitiendo la remisión y contrarremision entre estos dos ámbitos.</p>	
<p>Intervenciones colectivas: Promoción de la salud, prevención de la IRA, atención colectiva de la IRA.</p>	<p>El Plan Decenal de Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas implican una participación social comunitaria, involucrando y empoderando a los actores sociales claves, de las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad respiratoria, atención oportuna y adecuada por los cuidadores y la comunidad, de los casos de IRA y demanda oportuna de servicios de salud.</p> <p>Las acciones colectivas deben estar soportadas por atenciones individuales en los casos que lo ameriten y debe darse una sinergia en la remisión y contrarremision entre estos dos ámbitos.</p> <p>Estas acciones deben soportar el proceso de respuesta en salud pública, por tener el contacto directo con las colectividades aportan en el análisis situacional y en la planeación e implementación de la respuesta.</p>	<p>La presidencia de la república, los diferentes ministerios, las gobernaciones, las alcaldías, la personería, los entes de control de la sociedad, las instituciones educativas, las instituciones públicas de bienestar social, las organizaciones sociales de diferente tipo , deben identificar sus responsabilidades en la implementación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y ejecutar las acciones concertadas.</p>

<p>Gestión del conocimiento</p>	<p>Educación a trabajadores de salud</p>	<p>Para favorecer el desarrollo del programa se debe contar con personal capacitado y con las competencias para la planeación, ejecución y seguimiento de las respuestas, proceso en el cual es fundamental la inducción, reintroducción y entrenamiento buscando fortalecer las competencias en la prevención y manejo de la IRA.</p> <p>Para identificar las necesidades de educación y el grado de implementación de las respuestas se debe contar con alternativas de seguimiento y acompañamiento.</p>	<p>El ministerio de educación debe comprometerse para que las instituciones formadoras de talento humano en salud orienten sus currículos para que los egresados tengan las competencias requeridas.</p>
---------------------------------	--	---	--

Al integrar a los tres componentes básicos del enfoque de APS, los componentes y subcomponentes del programa se presentan de la siguiente forma.

Figura 4. Componentes y estrategias para la implementación del Programa de Prevención Manejo y Control de la IRA

Estrategia Componente	Comunitaria- Participación social	Institucional- servicios de salud	Intersectorial- Afectación de determinantes
Gestión y planeación	Articulación al sistema de salud y a la estructura del estado		
			Gestión y cabildeo
	Sostenibilidad: Recursos y apoyo financiero		
	Estructura de coordinación y recurso humano		
Atención para la Salud	Prestación de servicios y Redes Integradas de Servicios de Salud		
	Intervenciones colectivas: Promoción de la salud, prevención de la IRA, atención colectiva de la IRA		
Gestión del conocimiento	Educación a trabajadores de salud		
	Comunicación		
	Movilización Social		
	Investigación		
Sistemas de información y seguimiento	Vigilancia en salud Pública		
	Monitoreo y Evaluación		

Fuente: Grupo IRA. Ministerio de Salud y Protección Social

Sistema de salud y el Programa de Prevención, manejo y control de la IRA

El sistema de salud colombiano, actualmente sustentado en la ley 1438 del 2011, independiente de tener como planteamiento de base, la implementación de atención primaria en salud, el desarrollo, implementación y fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud, funciona con grandes limitaciones, tanto en las intervenciones de tipo colectivo como en las individuales, con un problema estructural, en lo referente al papel de las aseguradoras y en el cumplimiento de sus responsabilidades y con inequidad para el acceso a los servicios de salud.

Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) deben asumir el papel de gestoras de salud no tomando como eje central de su quehacer el componente financiero, porque esto hace que muchas de ellas generen políticas, procesos y procedimientos que conducen a que se identifique la atención de los niños y niñas bajo el criterio estrictamente financiero inmediato y como tal, condicionan situaciones que tienden más a cerrar servicios de atención pediátrica, que a buscar alternativas adecuadas de atención en los diferentes niveles de complejidad.

Es muy importante que las EAPB se involucren como parte fundamental del sistema de salud, para hacer posible la implementación y la consolidación de este programa, entre otras cosas por cuanto tienen bajo su responsabilidad la salud de un porcentaje importante de la población y tienen responsabilidades sobre su red de prestadores que son también actores trascendentales. Lo propuesto en este programa pretende además de impactar en la salud de la población a la cual va dirigido, lograr un uso más racional de los recursos empleados en la salud de la población.

El Ministerio de Salud y Protección Social y algunos entes territoriales de salud, han desarrollado como entes rectores de la salud en el país, diferentes propuestas que buscan implementar actividades de promoción de la salud y de prevención de la IRA, ante todo a través de las acciones colectivas y en estrategias que propenden por lograr una atención, oportuna y pertinente de los casos con algunos resultados, pero no los requeridos para dar respuesta de fondo a la problemática.

En este momento se espera que a través de la implementación del Plan Decenal de Salud Pública, la estrategia de APS, con sus tres componentes de: participación social y comunitaria, trabajo inter y transectoriales para la modificación de los determinantes sociales de la salud y los servicios de salud dentro del enfoque de RISS, se puedan lograr mejores resultados y mayor impacto en morbilidad grave y en mortalidad por IRA. En todo lo anterior la política de primera infancia, la estrategia de cero a siempre y la estrategia AIEPI, deben cumplir un papel de especial trascendencia. (33,34, 35)

Acciones del Sector Salud en el desarrollo del Programa

Desde la organización del Ministerio de Salud y Protección Social

Esta propuesta tiene su origen en la Subdirección de Enfermedades Transmisibles, (SET) en la línea estratégica denominada “*Estrategia de gestión integrada (EGI), para la prevención y control de las infecciones de transmisión aérea y de contacto directo*”, en la cual se debe articular al programa de prevención y control de la Tuberculosis, pero en forma especial con las acciones de salud pública relacionadas con la prevención de la resistencia antimicrobiana, y la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), en la medida que un grupo importante de complicaciones y de muertes por IRA están asociadas a IAAS.

En el interior de la SET, requiere articulación cercana con el Plan Ampliado de Inmunizaciones y el trabajo orientado a las Enfermedades Inmuno prevenibles.

Dentro de la Dirección de Promoción y Prevención se articula con la Subdirección funcional de Poblaciones y Desarrollo Humano, en el componente de Ciclo de vida, en forma particular con el grupo de Infancia, con la Subdirección de Salud Ambiental, y la de Salud Nutricional Alimentos y Bebidas

Implica la interrelación con otras direcciones o subdirecciones del MSPS buscando procesos integrados en el marco de un sistema que apunte en una sola dirección, es decir, hacia metas comunes relacionadas con la disminución de la morbilidad, la mortalidad, el control de las enfermedades transmisibles de acuerdo con las metas definidas en el Plan Decenal de Salud

Es importante la interrelación con otras instituciones como el Instituto Nacional de Salud, el INVIMA, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Entidades Territoriales y la cooperación técnica que en materia de salud pública con Instituciones de Educación Superior, Sociedades Científicas, las oficinas regionales de la OPS/OMS, la Organización Internacional para las Migraciones y la UNFPA, entre otros.

La vigilancia en salud pública de la IRA, debe ser un insumo trascendental dada la necesidad de tener una verdadera “inteligencia epidemiológica”, que permita los datos suficientemente sólidos para orientar las prioridades de las intervenciones requeridas. Debe incluir procesos muy claros de cómo se da el flujo de información desde las UPGD, el nivel de depuración de la información, el nivel de análisis logrado, con las unidades de análisis desarrolladas, con las acciones correctivas definidas y los respectivos planes de mejoramiento y su seguimiento.

La gestión del conocimiento, debe buscar la generación de capacidades en los diferentes agentes de cambio, en especial a los actores sociales claves, se requiere fortalecer los canales de comunicación entre la comunidad educativa (SENA, Instituciones de Educación Superior, Colciencias, entre otros,).

Dada la alta posibilidad, de asumir contingencias especiales, incluyendo la de atender eventos biológicos de tipo inusitado tipo pandemias de Influenza, se debe tener estrategias para el control y manejo de contingencias, precisando planes de respuesta y contingencia en los diferentes niveles, incluyendo los requerimientos del recurso humano operativo del terreno, en las instalaciones físicas los equipos e insumos , todo lo anterior con su consiguiente proceso de seguimiento evaluación y ajustes y referenciando que tanto la estructura organizacional favorece la transmisión de conocimientos y la adopción de nuevas prácticas para el manejo del problema.

En la atención integral de pacientes, es prioritario tener claro, como está la articulación de los responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un requerimiento para la prestación de servicios, así como la red prestadora de servicios de salud en sí, en el nivel nacional y territorial en el sector público y privado, el nivel de articulación de las EAPB entre ellas y con las IPS y las estrategias para desarrollar y fortalecer las RISS.

Se requiere tener como elemento de máxima articulación, todo el trabajo que se adelante en el marco de respuesta a la infancia, con su enfoque de desarrollo Integral en la Primera Infancia, lo cual implica niños y niñas acogidos, saludables, nutridos adecuadamente, en ambientes favorables a su desarrollo, escuchados y tenidos en cuenta, que construyen su identidad, con sus derechos promocionados o restablecidos.

En los espacios intersectoriales ya existentes están: los diferentes mecanismos de asociación ciudadana, mesas de trabajo, comités y otros formalmente constituidos, o no. Espacios de trabajo con la Academia y Centros de Investigación, con los cuales se adelanta la revisión de guías de atención integral; un espacio importante es el de Alianza de Universidades por la Salud Pública.

Dentro del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), como ya se mencionó el abordaje de las enfermedades transmisibles, se hará en el marco de la dimensión “Vida saludable y enfermedades transmisibles”; la cual se define como: “Espacio de acción trans-sectorial que busca garantizar y materializar el derecho de la población colombiana a vivir sin enfermedades transmisibles, en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y equidad, mediante la transformación positiva de determinantes y de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes y reemergentes para favorecer el desarrollo humano social y sostenible.

Para facilitar la participación de la comunidad en la formulación del PDSP y para la gestión a nivel territorial de la dimensión “Vida saludable y enfermedades

transmisibles” esta línea se agrupo dentro de la categoría “ Situaciones y condiciones endémicos-epidémicas”, que es una de las tres categorías en que se organizan los procesos de la SET. (42)

Objetivos y Alcance del Programa de Prevención y Control de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia

Objetivo general

Orientar las acciones de prevención, atención y control de la Infección Respiratoria Aguda en la población infantil colombiana, fundamentadas en la atención primaria en salud, para reducir la mortalidad, morbilidad grave y la demanda de los servicios de urgencias, hospitalización y cuidados intensivos pediátricos.

Objetivos específicos

- Presentar un modelo de atención primaria para la prevención, manejo y control de la IRA en menores de 5 años, basado en los principios de accesibilidad, integralidad, participación social, transectorialidad, continuidad, vínculo y sustentabilidad.
- Proponer intervenciones de prevención primaria, protección específica y de atención en el contexto de un modelo de atención primaria renovada.
- Favorecer estrategias de monitoreo crítico y de vigilancia tipo centinela y de segunda generación para el seguimiento de los niños y niña con IRA.
- Visibilizar y gestionar la modificación de los determinantes sociales de la salud , que favorezcan la salud de la infancia.
- Implementar un proyecto demostrativo que integre los componentes de atención, investigación y desarrollo de capacidades institucionales y comunitarias de prevención y atención primaria para la salud.

Desarrollo del Programa de Prevención y Control de la Infección Respiratoria en Colombia.

El programa se desarrolla en sus cuatro componente y sus 12 subcomponentes, teniendo como orientador básico la estrategia de APS con los 3 aspectos centrales mencionados anteriormente y teniendo como punto de partida el árbol de problemas y el árbol de objetivos con posibles soluciones ya descrito en el documento y teniendo de nuevo claro que las responsabilidades directas del programa serán:

- Lograr capacidades suficientes en cuidadores, familias y comunidad para las acciones para la prevención y cuidado de los niños con IRA

- Fortalecer las capacidades de los agentes comunitarios y el personal de salud, para generar cambios que favorezcan la salud infantil en los territorios
- Hacer efectivas las intervenciones de información y educación en familias y cuidadores.
- Lograr que servicios básicos para la atención de la IRA sean suficientes y articulados a la Red de servicios de salud.
- Lograr que la integración de los servicios básicos con la red de apoyo sea eficiente.
- Lograr que las entidades territoriales implementen los servicios básicos de atención teniendo como aspecto principal la modalidad de atención en Salas ERA.

Los otros aspectos analizados en el árbol de problemas y de objetivos, serán actividades de gestión y cabildeo, en busca de:

- Capacidades adecuadas en las políticas de infancia de los gobernantes, EAPB y demás agentes.
- Integración inter programática adecuada y operante.
- Hacer suficiente la capacidad de integración intersectorial en territorios para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud que afectan a la IRA

Estrategias Centrales

Al precisar la forma de operar el Programa, se concentra en tres tipos de estrategias, en sus dos primeros aspectos, se busca priorizar un trabajo fuerte con la comunidad, los agentes de cambio en especial actores sociales claves, buscando fortalecer y consolidar los diferentes sistemas de participación social que llegue a empoderar dicha comunidad de los problemas y de las soluciones, de tal manera que genere bases para un programa sostenible y sustentable; complementado con estrategias de comunicación, en un proceso de trabajo articulado con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), con la participación inter y transsectorial para generación de capacidades que permita cambios en conocimientos actitudes y prácticas en la comunidad con respecto a estilos de vida saludable, a acciones de prevención a la infección respiratoria aguda, manejo oportuno y adecuado de los casos desde el entorno familiar y comunitario.

En su tercer componente de tipo institucional, busca mejorar la atención individual de los casos, con oportunidad y calidad, priorizando la atención en niveles de baja complejidad y logrando una adecuada articulación de niveles de mayor complejidad, de acuerdo a la necesidad de cada caso en particular.

Los tres componentes de las estrategias centrales, está enmarcado en la implementación de la estrategia de APS, tanto en los aspectos comunitarios y colectivos, como en los aspectos de atención individual, y en el desarrollo y fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud; conlleva una estrecha articulación con la política de primera infancia, con la estrategia de cero a siempre y con la estrategia AIEPI en sus componentes comunitario, clínico y de gestión institucional.

Tabla 3. Cuadro resumen de las Estrategias centrales del programa

Estrategia uno	Estrategia dos	Estrategia tres
<i>Puntos principales para “evitar” enfermar y transmitir a otras personas</i>	<i>Puntos principales para cuidado adecuado de los casos de IRA leve en casa. No acudir al trabajo, al jardín infantil y a las instituciones educativas con signos de IRA, reconocimiento de los signos y síntomas que orientan a una consulta oportuna a instituciones de salud.. (46),</i>	<i>Puntos principales para la atención en instituciones de salud, con énfasis en instituciones de baja complejidad, pero adecuadamente articulados con el manejo en el hogar y con la posibilidad de requerir atención en niveles de mayor complejidad.</i>
Nutrición adecuada, en especial lactancia materna exclusiva por 6 meses (47,48,49,50)	Aplicar medidas básicas de soporte en casa. Manejo de la fiebre. Alimentos y líquidos. Manejo de la tos. Higiene nasal.	Manejo oportuno y adecuado en instituciones de baja complejidad según guía. (3,4,5,6)
Higiene personal en especial lavado de manos en el cuidador y en el niño. (.52,53,54)	Identificar oportunamente signos o síntomas que indiquen consulta a institución de salud.	Sistemas de apoyo telefónico y telemedicina a profesionales de la salud. (3,4,6,8)
Evitar acudir al trabajo, al jardín infantil y a las instituciones educativas con signos de IRA. (54,55,56,57,58)	Sistemas de apoyo telefónico a actores sociales clave y cuidadores. (6,8)	Salas ERA, consulta prioritaria y atención domiciliaria. (3,4,6,8,)
Si requiere acudir al trabajo, al jardín infantil y a las instituciones educativas con signos de IRA utilice tapabocas o medidas de protección. (53,54,55,56,57,58)	Consultar oportunamente	Redes integradas de servicios de salud. Referencia y contrarreferencia funcionando adecuadamente. (9,33, ,60,61)

Estrategias complementarias

Articulación de los diferentes esfuerzos que se realizan desde varios frentes:

- Lineamientos de la ley 1438 del 2011, en especial lo referente a Atención primaria en salud y redes integradas de servicios de salud.
- Plan Decenal de Salud Pública.
- Política de infancia
- Estrategia de cero a siempre
- Estrategia AIEPI.
- PAI e inmunoprevenibles
- Articulación con las direcciones y subdirecciones del MSPS, en especial desde :
 1. Promoción y Prevención.
 2. Vigilancia y Demografía.
 3. Prestación de servicios.
 4. Oficina de Promoción Social y Atención Primaria en Salud.
 5. Subdirección de Gestión de operaciones.
 6. Otras instituciones del sector salud como INS e INVIMA.

Estructuración del Programa de prevención y manejo de la IRA

Tendrá como punto inicial de trabajo el documento actual, el grupo de trabajo en IRA de la SET actuará como grupo gestor para conformar el grupo Institucional central con participación del grupo de Infancia, la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, así como la Dirección de Epidemiología y Demografía.

Con dicho grupo central se definirá el grupo institucional ampliado en el cual participarán:

- El grupo de infecciones asociadas a la atención en salud-IAAS.
- El grupo del Plan ampliado de Inmunización-PAI, y enfermedades inmunoprevenibles,
- La Subdirección de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)
- La Subdirección de Salud Ambiental
- La Dirección de Desarrollo del talento humano
- La Oficina de Promoción Social
- La Oficina de Calidad
- Representante de la Subdirección de Gestión de operaciones.
- El grupo de Emergencias y desastres, y Gestión territorial.
- El INS
- Representantes de las EAPB

En un periodo máximo de 3 meses se debe tener un plan de acción, concertado

con los diferentes grupos participantes, que tenga como unos de sus orientadores el trabajar por lograr salud respiratoria para el país, incluyendo en dicho plan, las fases de planeación, ejecución, seguimiento y ajuste, para lo cual deben tener definidos los indicadores de seguimiento.

El plan de acción que se defina debe prever mecanismos que incluyan, la existencia de procesos de atención integrada, estrategias de referencia y contra-referencia, sistemas de comunicaciones y un sistema integrado de información, articulado con las instituciones de salud en sus diferentes niveles, para un respectivo territorio; debe incluir también, los mecanismos para la integración comunitaria e intersectorial y la forma de coordinación interinstitucional.

Se requiere establecer alianzas claves, con los responsables de las intervenciones colectivas en los diferentes entes territoriales, para desarrollar un trabajo fuerte en promoción de la salud y prevención de la IRA, con base en un trabajo comunitario y procesos variados de participación social, en los que es de gran importancia lograr empoderamiento de la comunidad y de sus actores sociales claves, para un adecuado desarrollo del programa, pero ante todo para lograr sustentabilidad del programa en dicha comunidad.

Así mismo se debe trabajar con las sociedades y asociaciones científicas, con los sectores educativos, ambientales, el de Bienestar Social, de vivienda y el de servicios públicos, buscando modificar los determinantes sociales asociados al proceso salud enfermedad

Recomendaciones para lograr la adecuada articulación en el trabajo a nivel de las entidades territoriales:

- Convocar a la acción a las organizaciones comunitarias de salud, e instituciones estatales y no estatales.
- Organizar territorialmente la distribución de responsabilidades, de los equipos de atención articulados a los centros de salud y el hospital de referencia.
- Aprovechar la presencia de organizaciones en la comunidad (de promotores de la salud, iglesias, educadores y voluntarios) organizándolos para actividades de cuidado a sus vecinos y promoción de la salud.
- Establecer mecanismos de coordinación de estas organizaciones con los equipos y centros de salud que tienen responsabilidad geográfico-poblacional.
- Organizar Centros de Llamada o líneas telefónicas de consulta, con guías y protocolos claros, de manera tal que quienes reciben la llamada sepan a donde direccionar al ciudadano que llama, de acuerdo a necesidades, o bien, activar al equipo de atención domiciliaria, para que acuda a la dirección indicada.
- Capacitación rápida de los equipos de atención del primer nivel para la

vigilancia epidemiológica intensificada, investigación de casos y medidas iniciales de contención, las acciones de salud pública, el triage, diagnóstico adecuado y manejo de casos.

- Garantizar la articulación/comunicación de los equipos de atención y los establecimientos del primer nivel, con los demás establecimientos de la red de atención, de acuerdo a las características que sean definidas en cada territorio.
- Establecer, mediante protocolos y acuerdos institucionales, los mecanismos de coordinación y articulación entre centros de salud, hospitales, servicios de ambulancias, entre otros.

Dentro de los aspectos generales para la implementación del programa a nivel territorial se encuentra

- Lograr un compromiso de las autoridades ejecutivas y de salud, de cada entidad territorial, para los ajustes y la implementación del Programa de Prevención y manejo de la IRA en dicho territorio, articulado con los líderes académicos y asistenciales del territorio.
- Dentro del grupo de infancia, definir un referente, con el perfil requerido, que se responsabilice de las gestiones necesarias para la organización de un grupo técnico de apoyo central, que lidere la implementación del programa en dicho territorio.
- Implementar un mecanismo de articulación, apoyo y acompañamiento desde el grupo técnico del MSPS y el grupo técnico de la entidad territorial, para la implementación del programa, con estrategias claras de seguimiento evaluación y ajuste de acuerdo al desarrollo logrado.

Estrategias Comunitarias.

El trabajo con la comunidad, con agentes de cambio y actores sociales claves, es prioritario dentro del enfoque de APS, tal como se mencionó anteriormente conlleva un énfasis en lograr una activa participación de la comunidad, para lograr los cambios necesarios en conocimientos actitudes y prácticas, pero ante todo en el empoderamiento de la comunidad para hacer sostenible un programa de estas características, conllevando a que un grupo importante de casos, sea adecuadamente manejado desde la comunidad, o sistemas de atención en comunidad, tipo unidades móviles de apoyo a territorios específicos o unidades de atención en IRA por la comunidad, apoyados por un centro de llamadas o “Call Center”.

Se debe desarrollar e implementar un sistema oportuno y adecuado de vigilancia de tipo comunitario, con participación de las organizaciones comunitarias los actores sociales claves, adecuadamente articulados con el primer nivel de atención, el cual tendrá un papel relevante ante eventos biológicos inusitados de IRA. Es muy importante el desarrollo de sistemas de información y fortalecimiento

de todas las estrategias informáticas disponibles hoy día para lograr una óptima VSP.

Cada entidad territorial de salud debe generar acciones para trabajar en torno a “Cómo evitar” enfermar y transmitir a otras personas, y Como “cuidar” en forma adecuada de los casos de IRA leve en casa, como disminuir el contagio a través de los casos con signos de IRA, y cuando se requiere una consulta a una IPS. Para esto es necesario que gestione, defina e implemente los procesos requeridos para articular los diferentes agentes de cambio y actores con responsabilidades en trabajo con comunidad, para lograr que apoyen el fortalecimiento de la participación social y el empoderamiento de la comunidad, con énfasis en los actores sociales claves, partiendo de conocer como dicha comunidad ve el problema de la IRA y de las alternativas que ella plantee como posibles respuestas las que una vez priorizadas deben implementar.

Lo anterior implica:

- Identificar y definir las zonas o áreas de mayor vulnerabilidad, mediante georreferenciación de casos
- Identificar los sectores, que tienen responsabilidades de trabajo con comunidad y el referente de dicho sector, con el cual se debe trabajar para lograr la articulación.
- Realizar acercamientos con la comunidad e Identificar los actores sociales claves de la misma.
- Realizar actividades con los actores sociales claves y precisar con ellos como ven el problema de la IRA, y que tipo de intervenciones consideran prioritarias para su manejo.
- Mostrarles la propuesta que se tiene y recibir la retroalimentación de ellos al respecto, buscando concertar con ellos las actividades priorizadas.
- Lograr el compromiso de los actores sociales claves y de la comunidad como tal en la implementación de la propuesta.
- Diseñar estrategias de información y comunicación a la población vulnerable con especial énfasis en los grupos étnicos, teniendo en cuenta barreras de ubicación geográfica, el acceso oportuno a la información y las singularidades lingüísticas, entre otras.

Estrategia Institucional.

Dados los problemas que existen en accesibilidad y calidad de la atención, este programa tiene un fuerte componente en prestación de servicios con énfasis en alternativas de atención de baja complejidad teniendo como punto central la atención en la modalidad de Salas ERA, todo ello con un contexto de desarrollo y fortalecimiento del modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Desde las diferentes instancias de acción se debe trabajar en definir e implementar medidas que permitan corregir los problemas de acceso a los servicios de salud, buscando que la atención individual de casos, tenga un enfoque de salud Pública y articulado con el Plan de intervenciones colectivas PIC. Se dará énfasis a implementar acciones que logren salud respiratoria, y prevención de los casos, dentro de lo cual se debe desarrollar un trabajo, para generar una cultura de bioseguridad a nivel de la comunidad y de los diferentes puntos de atención en salud.

Es relevante, lograr apoyo desde el PIC, en los diferentes aspectos de promoción, prevención y atención colectiva de los casos y en los diferentes aspectos y temáticas que les competen, con gran potencial en los ámbitos o entornos en que se mueven los menores de 5 años, como pueden ser la familia, los centros educativos, las instituciones de Salud, los espacios públicos incluyendo en forma especial los sitios de recreación, el desarrollo de estrategias innovadoras de intervención, y atención de los casos desde la familia y la comunidad con el apoyo de redes sociales comunitarias. Estas redes de apoyo comunitario deben trabajar también en aspectos de gestión del riesgo y en la vigilancia en salud pública de la IRA.

En forma general se busca que un grupo de usuarios sea atendido en la familia, en la comunidad o en instituciones de primer nivel, con estrategia de consulta prioritaria, modalidad de atención en salas ERA, observación en Urgencias, o programas de manejo domiciliario, articulados con niveles básicos de atención y otro grupo en hospital de segundo o tercer nivel apoyado por “Hospital día” o estrategias equivalentes

A pesar de los avances que se han dado en la Vigilancia en Salud Pública de la IRA, producto de estrategias y actividades desarrolladas por el grupo de epidemiología y demografía del MSPS y el de vigilancia en IRA que lidera el INS, es de vital importancia fortalecerla, vigilancia epidemiológica de la IRA, en lo referente a la vigilancia de la circulación viral, a la morbilidad y la mortalidad por IRA, para lo cual se requiere, lograr un mayor compromiso de las instituciones de salud de la red pública y privada, con sensibilización y participación de los profesionales de nivel asistencial, ya que este tipo de información trascendental para lograr un adecuado seguimiento y evaluación de las estrategias y actividades que se definan, para según ello generar los ajustes requeridos.

Deben priorizarse acciones para lograr cultura de hábitos higiénicos, en especial lavado de manos, y uso de alcohol glicerinado, hábitos nutricionales en especial nutrición de la embarazada, lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y alimentación segura y saludable del menor de 5 años.

Así mismo, priorizar acciones para lograr óptima cobertura en esquemas de vacunación en la mujer en edad fértil, en la embarazada y en el menor de 5 años,

e implementar sistemas de apoyo telefónico a actores sociales clave y cuidadores de dicho ente territorial sobre los mensajes 2 y 3.

Otros aspectos claves a tener en cuenta en el componente institucional son:

- Establecer mecanismos normativos y administrativos para lograr en los territorios redes integradas de servicios de salud, con sistemas adecuados y oportunos de referencia y contrarreferencia
- Con la participación activa de las entidades territoriales Implementar estrategias de capacitación presencial y virtual para los profesionales asistenciales, en el manejo oportuno y adecuado de la IRA y de eventos biológicos inusitados en instituciones de baja complejidad según la guía definida por el MSPS.
- Implementar estrategias de seguimiento y acompañamiento, presencial y virtual para los profesionales asistenciales, en el manejo oportuno y adecuado de la IRA, en instituciones de baja complejidad según la guía definida por el MSPS.
- Estructurar y montar sistemas de apoyo telefónico y virtual a profesionales de la salud, con especial énfasis a las zonas de mayor vulnerabilidad.
- Definir e implementar las acciones necesarias para lograr el funcionamiento adecuado de la modalidad de atención en Salas ERA, la consulta prioritaria y estrategias de atención domiciliaria.
- Implementar procesos requeridos para una atención de los casos según enfoque de riesgo.
- Implementar los procesos requeridos para que un grupo de pediatras actúen como gestores de atención, con énfasis en zonas de mayor vulnerabilidad.
- Implementar una red de apoyo telefónico o virtual, por subespecialistas en pediatría en especial neumólogo pediatra e infectólogo pediatra, que en articulación con los pediatras que actúen como gestores de atención logren apoyar la atención oportuna y adecuada de los niños menores de 5 años.
- Implementar un mecanismo de estrategias de seguimiento, evaluación y ajuste a la calidad de la atención, de acuerdo al desarrollo.
- Implementar estrategias de sensibilización en el conocimiento de las comunidades con enfoque diferencial como los grupos étnicos, para determinar alcances, implicaciones políticas y posibilidades de intervenciones articuladas.
- Identificar la población vulnerable en especial los grupos étnicos que deben ser atendidos según su prioridad, analizando la capacidad institucional de las comunidades étnicas.

Estrategia intersectorial.

Se debe lograr que los diferentes sectores, tomen conciencia en su responsabilidad para la modificación de los determinantes sociales que afectan la salud, y definan procesos para lograr modificaciones en los mismos.

Uno de los ejes prioritarios es la definición e implementación de una estrategia de comunicación masiva para la promoción de la salud respiratoria, la prevención y manejo de la IRA, ésta debería darse con una articulación de esfuerzos entre los diferentes aseguradores y prestadores de servicios, así como de todos los sectores que de una manera u otra tienen responsabilidad en la IRA, se debe lograr una adecuada planeación, con objetivos claros y grupos poblacionales priorizados según posibilidades de mayor impacto y es fundamental que esté acompañada de estrategias de evaluación y ajustes de acuerdo a los resultados.

Se debe lograr que las diferentes entidades territoriales, los diferentes sectores con responsabilidades en trabajo con comunidad, y los diferentes aseguradores de la población de dicha entidad territorial, incluyan en su POA, las acciones colectivas de salud pública, actividades de Información, educación y capacitación a la comunidad sobre los tres mensajes básicos en IRA:

1. Como evito que mi hija, hijo o adulto mayor se enferme.
2. Si se enferma como lo debo cuidar en casa y cómo puedo evitar que contagie a otras personas.
3. Cuáles son los signos y síntomas que me hacen necesario consultar a una institución de salud.

Talento humano como eje en el desarrollo de la propuesta

Para lograr un adecuado proceso, la red de apoyo a través del talento humano que cumple funciones en esta propuesta, debe lograr un alto nivel de compromiso eficiencia y eficacia; se debe contar en cada entidad territorial y de acuerdo a las características de la población en los municipios, al menos con un referente que haciendo parte del grupo de infancia asuma la responsabilidad de gestionar los procesos requeridos a dicho nivel; desde nivel central se contará con un grupo de profesionales de la salud, capacitados en los aspectos técnicos que esta propuesta conlleva, quienes estarán haciendo un acompañamiento en terreno a los referentes que lideraran el proceso en los respectivos entes territoriales. En cada entidad territorial se gestionara el apoyo de líderes académicos en pediatría, neumología pediátrica e Infectología pediátrica.

Todas estas actividades, estarán articulada con el plan de cooperación técnica y acompañamiento para todos los procesos de salud priorizados, que se está implementando desde el Ministerio de Salud y Protección Social como tal.

Definición e implementación de estrategias adecuadas de capacitación para identificación temprana, atención oportuna y seguimiento a los casos.

Es importante desarrollar e implementar a través de las entidades territoriales estrategias de sensibilización a grupos definidos, y estrategias de capacitación seguimiento y acompañamiento, con grupos de menor número de participantes, priorizando metodologías participativas, focalizando a los profesionales de nivel asistencial, de la red pública y privada.

Se requiere combinar estrategias virtuales y presenciales, buscando mecanismos de participación activa de los grupos en capacitación, que permitan adecuado nivel de conceptualización y logro de las competencias requeridas, para los procesos de promoción de la salud, la prevención de la IRA, el manejo oportuno y adecuado de los casos, según nivel de complejidad.

Así mismo, es trascendental contar con una estrategia continuada de capacitación, mediante cursos virtuales, complementados con talleres presenciales, que en su conjunto otorguen una certificación, que sea requerimiento para trabajar en las diferentes opciones laborales, en las que se cumple algún papel en la promoción de la salud respiratoria, en la prevención y en el manejo directo de casos de IRA

Implementación en territorios de las estrategias complementarias

Se debe buscar una articulación plena, con cada una de estas instancias y con las acciones que se generen para su implementación, buscando que a través de ellas se fortalezcan las diferentes acciones, que de una u otra forma tengan relación con las actividades de promoción de la salud, la prevención de la IRA y el manejo oportuno y adecuado de los casos, es este componente se propone que:

- Las actividades y esfuerzos que se den en la implementación de la atención primaria en salud, y del modelo de redes integradas de servicios de salud, deben tener en la temática de la IRA un elemento de especial atención, en los diferentes territorios y en forma especial las localidades definidas para las áreas demostrativas
- Los procesos de implementación del plan decenal en los diferentes prioridades temáticas que tocan a la IRA y en especial en la prioridad de “Salud libre de enfermedades transmisibles: Situaciones y condiciones endémico – epidémicas, Situaciones y condiciones emergentes y reemergentes”, se deben dar en forma clara los desarrollos que le aportan al problema de la IRA.
- La implantación de la Política de infancia, la de la Estrategia de cero a siempre y la de la Estrategia AIEPI, en sus tres componente comunitario, clínico y de gestión institucional , teniendo la IRA como un problema central, generen desarrollos que aporten en forma significativa a los

objetivos del programa, y sea una oportunidad especial de optimizar los esfuerzos en pro de la salud de los niños y niñas colombianos; para ello desde el grupo técnico del Programa a nivel del MSPS, y desde los diferentes territorios, definirá en el POA, estrategias y actividades, que permitan la potenciación para el desarrollo y consolidación tanto de estas estrategias, como del programa de prevención y manejo de la IRA.

- Las actividades del PAI e inmunoprevenibles, enfatizan en lograr las mejores coberturas y oportunidades para apoyar las medidas de prevención y de control del grupo de entidades de IRA, que tienen opción de mitigarse a través de la vacunación, como son la vacuna para *Haemophilus influenza*, *Neumococo*, *Bordetella pertussis*, BCG, virus de la Influenza, virus del Sarampión
- Lograr que las actividades que se desarrollan desde las diferentes direcciones y subdirecciones del MSPS, y de las autoridades de salud de los diferentes entes territoriales, tengan articulación y se potencien mutuamente, con las que se realizan desde el programa de prevención y manejo de la IRA.

Implementación de áreas demostrativas.

Con esta estrategia, el programa pretende buscar evidencias de costo efectividad de los modelos, contenidos y actividades presentadas en el proceso de implementación de la APS que reduzcan la mortalidad y morbilidad grave por infección respiratoria aguda en una comunidad seleccionada, optimizando el modelo de atención mediante la articulación del POS (acciones individuales del plan obligatorio de salud del SGSSS) con las actividades del Plan de intervenciones colectivas (IEC, AIEPI, IAMI, atención materno-fetal, Salas ERA, Vacunación.) de una forma coordinada, efectiva y sustentable en el tiempo, que permita dar al modelo de atención y prevención, dinamismo en la forma de afrontar y resolver los problemas y necesidades de salud de la ciudad en este tipo de mortalidad prevenible.

Estrategias que apoyan al Programa.

Estrategia de 0 a siempre para la atención integral a la primera infancia

El Plan Nacional de Desarrollo Prosperidad para Todos, definió la estrategia para la Atención Integral a la Primera Infancia, como un reconocimiento de lo que en Colombia debe significar este momento de la vida, en el desarrollo de las personas, teniendo claro que para avanzar en la erradicación de la pobreza y de la pobreza extrema, se requieren acciones que garanticen la igualdad y la generación de condiciones de equidad desde antes del nacimiento.

La estrategia en sí, es un conjunto de acciones de carácter nacional y territorial, que buscan promover y lograr el desarrollo infantil de las niñas y los niños, con un

enfoque intersectorial, desde la perspectiva de derechos, con enfoque diferencial. Como tal articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral de los niños y las niñas. (34)

Se entiende como primera infancia, el periodo de vida que va desde la gestación hasta antes de los 6 años de edad, con un grupo poblacional de 5.132.000 niños y niñas del país., priorizando en su primera fase 1.200.000 niños y niñas.

El programa de Prevención, Manejo y Control de la IRA en esta fase de desarrollo e implementación está circunscrito a los menores de 5 años, dada la necesidad de tener como elementos centrales de evaluación, la vigilancia epidemiológica de la IRA, tanto en morbilidad y mortalidad, que tanto en el país como a nivel mundial, se hace teniendo como grupo de vigilancia y de análisis especial el menor de 5 años; pero sin duda terminará dando aportes no solo a los menores de 5 años, sino a los que cumplen el rango propuesto por la estrategia de cero a siempre que como se mencionó en este grupo va hasta los menores de 6 años.

Es cada vez más claro, que las bases sobre las cuales se van complejizando las capacidades, habilidades y potencialidades humanas, se sientan en los primeros años y al evaluar la relación costo beneficio, demuestran que la inversión en esta etapa de la vida tiene la mayor tasa de retorno social, al mejorar las condiciones de salud, educación, nutrición, habitabilidad y ejercicio de la ciudadanía, entre otras dimensiones.

La estrategia se desarrolla a través de la *Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia*, la cual traza el camino de acciones estratégicas y su entramado de relaciones, a través del cual se asegura el logro de las realizaciones para cada niña y niño, que deben aplicarse dentro de los entornos o espacios físicos, sociales y culturales de construcción de la vida subjetiva y cotidiana de los niños y las niñas como son : El hogar, las instituciones de Salud, los espacios educativos y los espacios públicos.

Los niños y niñas están presentes en el mapa de la Ruta Integral de Atención según las siguientes edades:

- Preconcepción
- Gestación al parto
- Nacimiento al primer mes
- 2 a 5 meses
- 6 a 11 meses
- 1 año
- 2 años
- 3 a 5 años 11 meses

Para cada uno de estos periodos de la vida, se identifica en la Ruta, el conjunto de atenciones que se encuentran pertinentes y oportunas, así como las

derivaciones que son necesarias en caso de encontrarse situaciones que requieren activar la ruta de atenciones especiales.

Tanto las atenciones, como las derivaciones cuentan con una relación de sus contenidos y así como del actor o actores responsable de su prestación.

Las atenciones contempladas, contribuyen en asegurar el conjunto de condiciones familiares, sociales y comunitarias que favorecen el desarrollo integral de las niñas y los niños durante la primera infancia.

Se cuenta con unos lineamientos técnicos que ofrecen criterios unificados conceptuales y operativos, que servirán de referencia para el desarrollo de las atenciones dirigidas a la primera infancia, en función de garantizar el cumplimiento de las realizaciones. Es necesario armonizar todos los aspectos que tienen que ver con promoción de la Salud Respiratoria, con la prevención y con el manejo de las IRA, con dichos lineamientos.

Los lineamientos tienen componentes desde:

El Ministerio de Cultura: Perspectiva diferenciales, Participación y construcción de la ciudadanía

MSPS: Entornos adecuados, seguros e incluyentes, Alimentación y Nutrición en Primera Infancia,

Valoración del desarrollo Infantil en Primera Infancia, Atención en salud para la Primera Infancia

ICBF: Formación y acompañamiento a familias de niños y niñas en primera infancia, Prevención de vulneración y restablecimiento de los derechos de protección en Primera Infancia

Ministerio de Educación: Lineamiento Pedagógico para la Educación Inicial, Formación del talento humano para la atención integral de la Primera Infancia.

Conlleva un sistema de Aseguramiento de la Calidad y seguridad del paciente, con criterios y estándares para la prestación de servicios en diferentes escenarios, que busquen garantizar la calidad de la atención a niños y niñas. Implica un monitoreo de los niños y niñas, que permita garantizar el conjunto de atenciones que requiere, para asegurar su desarrollo integral y el ejercicio de sus derechos, así como atención apropiada de las situaciones de riesgo o vulnerabilidad

Para su operación se requiere una articulación con los entes territoriales en sus diferentes niveles, con base en la Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia, la cual estableció la obligación a los responsables de los ámbitos nacional, departamental y municipal, de liderar el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas dirigidas a todos los niños, niñas y adolescentes. En materia de primera infancia, la misma Ley exige dar pleno alcance a lo establecido en el artículo 29, que define el derecho al desarrollo integral en quienes se encuentran en este ciclo vital.

El Documento CONPES 109 de 2007, constituye un importante paso en la definición de la Política Nacional de la Primera Infancia; en el 2011, es actualizada y proyectada a más largo plazo, consecuente con la apuesta propósitos y prioridad que tiene la Primera Infancia en Colombia. Esta debe desarrollarse en los territorios, de forma tal que sea desde estos escenarios, donde logren materializarse los propósitos y la prioridad que tiene la atención integral.

La Estrategia “De Cero a Siempre” se desarrolla ante la necesidad de fortalecer esta política y de acompañar a los departamentos y municipios en su labor de incluirla como aspecto fundamental de su desarrollo territorial y tiene como orientador para su implementación, el trabajar con los gobiernos locales, en establecer las condiciones institucionales y financieras que hagan posible sostener en el largo plazo, las acciones requeridas para hacer efectiva la garantía de los derechos de los niños y niñas durante sus primeros años. Implica un trabajo intersectorial, alrededor de criterios y herramientas comunes, que permita avanzar en el desarrollo pleno de la población infantil desde la gestación hasta los 5 años y 11 meses.

Cada departamento y cada municipio en su calidad de gobernante debe realizar las gestiones para lograr que su territorio:

- Tenga un diagnóstico claro de la situación de niñas y niños en la primera infancia.
- Conozca con detalle la propuesta técnica de la Estrategia
- Cuenten con un equipo de trabajo
- Identifique y caracterice su población en primera infancia
- Conozca la oferta de servicios existente
- Ponga en marcha la ruta de atención integral.
- Establezca la forma como va a monitorear su política de primera infancia

Como órgano coordinador y gestor, el decreto 4875 del 2011 crea la comisión intersectorial para la Atención integral de la primera infancia (AIPI), y la comisión especial de seguimiento para la Atención Integral de la Primera Infancia, inspirada en la ley 1098 del 2006 de infancia y adolescencia, en el respaldo que el gobierno nacional le da a dicha política, y en la necesidad de fortalecer la estructura y sinergias institucionales, para el ejercicio y garantía de los derechos de los niños y niñas entre los 0 a 5 años 11 meses

Esta comisión tiene por objeto coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones, requeridas, siendo ésta la instancia de concertación, entre los diferentes sectores involucrados.

Las entidades que hacen parte de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia con funciones específicas en la misma son:

- *Ministerio de Salud y Protección Social*
- *Ministerio de Educación Nacional.*
- *Ministerio de Cultura.*
- *Departamento Administrativo para la Prosperidad Social que incluye el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza extrema.*

Estrategia Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI

Es una estrategia que le debe dar un soporte especial, a la estrategia de cero a siempre, y consecuentemente a la política de primera infancia, y siendo la IRA una de las entidades de mayor prevalencia dentro de las patologías que incluye, es esencial, lograr una fuerte articulación de esta propuesta con la estrategia AIEPI, buscando que los dos procesos se apoyen y fortalezcan.

El esfuerzo para su consolidación ha sido grande, y la Inversión ha sido importante; para el 2009 se giraron recursos por un monto de \$1.500 millones y \$1.200 millones para el año 2010, buscando en ella un aporte importante, para disminuir la mortalidad y morbilidad en niños y niñas menores de 5 años y mejorar la calidad de la atención que ellos reciben en los servicios de salud y en el hogar.

Se realizó una actualización y validación del componente clínico con expertos en el 2009, con un lanzamiento oficial del manual clínico actualizado en el 2010.

En el 2011 se llevó a cabo la capacitación de 5.500 profesionales de la salud entre pediatras, médicos generales y enfermeras, y se llevó a cabo asistencia técnica para la construcción de los planes operativos de AIEPI en 25 departamentos, identificando la situación de cada componente. (35)

En la realidad a pesar de los esfuerzos realizados, hay dificultades importantes para consolidar su implementación, en gran parte producto de la forma como funciona nuestro sistema nacional de salud, por las dificultades en consolidar referentes que en los territorios logren el nivel de gestión requerido, y por la dificultad en lograr una real articulación y potenciación, entre los tres componentes básicos de la estrategia AIEPI como son el clínico, el comunitario y el de gestión institucional.

Programa Ampliado de Inmunizaciones y enfermedades inmunoprevenibles.

Es un elemento de especial importancia en IRA, en especial en lo que tiene que ver con la vacunación para Neumococo, Influenza y Tosferina y todo lo que tiene que ver con la vigilancia y seguimiento de la morbilidad grave y en especial mortalidad por infecciones generadas por cualquiera de estos agentes infecciosos.

Buscando lograr coberturas útiles, garantizar la disponibilidad de biológicos e insumos para la vacunación y favorecer la eliminación de barreras de acceso, se han asignado recursos del Presupuesto General de la Nación y se ha garantizado la disponibilidad de biológicos, asistencia técnica y capacitación permanente. Para el 2012 se apropiaron \$197.329 millones para financiar el PAI a nivel nacional, lo cual representa un incremento de 7,7% con respecto al año 2011 en el cual se destinaron \$190.013 millones.

A diciembre de 2011 a nivel Nacional, las coberturas administrativas de vacunación fueron inferiores a los reportados en años anteriores; es claro que para lograr las coberturas de vacunación se requiere un esfuerzo adicional que involucre el compromiso político de entidades territoriales y aseguradoras.

En el 2011, sólo los departamentos de Casanare, Cesar, Magdalena, Santander, Sucre, Valle, Córdoba, Meta y Norte de Santander y los Distritos de Bogotá, Cartagena y Barranquilla, obtuvieron coberturas de vacunación superiores al 90%; el 69% de los niños del país viven en municipios que tienen coberturas por encima de 80%. (43)

Los principales logros del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI - en el último año, son:

- Universalización completa de vacuna para Neumococo, beneficiando a cerca de 800.000 niños y niñas menores de un año, anualmente.
- Se puso en marcha el Sistema de Seguimiento Nominal de Vacunación, para monitorear si cada niño o niña tiene su esquema de vacunación completo para la edad.
- La realización de los estudios de costo efectividad para la inclusión de las vacunas contra la Hepatitis A y para el virus del papiloma humano VPH, los cuales aportaron la evidencia necesaria, para justificar su inclusión en el esquema nacional de vacunación; se inició el proceso de adquisición para estas vacunas en el segundo semestre de 2012. La inclusión de la vacuna contra la Hepatitis A en el esquema nacional de vacunas, permitirá reducir entre 76,5% y 91,6% las muertes asociadas a esta enfermedad.

Ante la identificación de un número importante de casos de tosferina, confirmados bien por identificación de la bacteria, mediante técnicas de PCR, como por nexo epidemiológico, y en especial de casos de muertes por dicha causa, principalmente en menores de 3 meses, se está trabajando para:

- Mejorar las estrategias de prevención general
- Lograr coberturas útiles, con DPT.
- Definir la vacunación a embarazadas, con vacuna acelular de tosferina, buscando proteger al menor de 3 meses.

- Sensibilizar y capacitar a la comunidad, a los cuidadores de niños y niñas menores y a profesionales de la salud para diagnóstico y manejo oportuno y adecuado de los casos y los contactos.

Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN

Es otra estrategia que aportan en forma importante, a disminuir la morbilidad grave y en especial la mortalidad por IRA.

En el 2009 se realizó la evaluación del Plan Decenal de Lactancia Materna 1998-2008, insumo básico, para la formulación de un nuevo Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, que fue validado y difundido en el 2010.

Para el 2011 los departamentos de Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, Amazonas, Caquetá, Huila, Cundinamarca, Atlántico, César, Bolívar, César y los Distritos de Cartagena, Barranquilla y Santa Marta, con el apoyo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, formularon y aprobaron sus propios Planes territoriales de SAN. Se construyó el Modelo Integral en Seguridad Alimentaria y Nutricional a partir del reconocimiento de los conocimientos ancestrales en los ejes de la SAN y la diversidad cultural de las comunidades (resguardos) indígenas etteennaka (Chimilas), ubicados en el municipio de San Ángel del departamento del Magdalena.

Se elaboraron los lineamientos técnicos, para proyectos de fortificación casera de Alimentos con Micronutrientes en Polvo para niños de 6 a 36 meses de edad y se adelantó el proyecto demostrativo del proceso operativo para la implementación casera con micronutrientes en polvo en los departamentos de Atlántico y la Guajira. Actualmente, se realiza asistencia técnica para la implementación de los proyectos de fortificación casera con micronutrientes en Cartagena, Montería, Monte Líbano y Tierra Alta.

Se realizó la “Encuesta de Análisis de Situación con Énfasis en las Condiciones de Seguridad Alimentaria y Nutricional de los Hogares Residentes en el Departamento del Tolima” y la “Investigación sobre Canasta básica de Alimentos (CBA) para familias con niños y niñas menores de dos años en los departamentos de Atlántico y Magdalena y el cálculo de su costo mínimo en función de los alimentos prioritarios”. Actualmente, se avanza en el diseño metodológico de la fase II del “diagnóstico de disponibilidad alimentaria dentro del proyecto del diagnóstico de autonomía alimentaria y marco conceptual desde la cultura de los cuatro pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta”.

Se elaboraron y socializaron los lineamientos para la implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral, los cuales se están implementando en los Ministerios de: Salud y Protección Social, Cultura, Transporte, Ambiente, Tecnología de la Información y Comunicación.

Se creó el sitio web que contiene el kit pedagógico interactivo del Método Madre Canguro (MMC), el cual agrupa, clarifica y sistematiza todos los componentes del mismo y posibilita a los profesionales de salud de todo el territorio nacional, el acceso a la información permanente, completa y actualizada acerca de este método.

En cumplimiento del Acuerdo 0414/ 2007 sobre Convenio de Cooperación Internacional para la implementación de Bancos de Leche Humana en el país, el Ministerio realizó entrenamiento en el funcionamiento de los Bancos de Leche Humana - BLH y procesamiento y control de calidad de la leche humana a 30 profesionales de la salud y entregó recursos para la compra e instalación de los equipos para el funcionamiento de los mismos 8 hospitales públicos. En el 2011 se inauguró el Banco de Leche Humana del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué.

Se realizó el diseño, implementación y difusión de la estrategia de comunicaciones “PLAN A” que busca promocionar los estilos de vida saludables a través de cuatro referencias: Alimentación Saludable, Amamantar, Actividad Física y Agua Saludable. En el marco de la misma, se diseñaron y divulgaron diez cuñas radiales de 10 segundos y diez Spots Comerciales con amplia difusión por televisión abierta nacional y regional.

Se diseñaron, reprodujeron y distribuyeron cuatro referencias de cartillas para promocionar los estilos de vida saludable, de manera específica en los temas: Alimentación Saludable, Amamantar, Actividad Física y Agua Saludable; en total se distribuyeron 981.097 cartillas a través de los periódicos del El Heraldo de Barranquilla; El Universal de Cartagena; Vanguardia Liberal de Bucaramanga; El Colombiano de Medellín; El País de Cali; La Patria de Manizales; La Crónica de Armenia; Diario del Otún en Pereira; La Nación (Huila) y de los diarios de El Tiempo y El Espectador que tienen cobertura nacional.

De otra parte, se validó y ajustó el Modelo del Sistema de Monitoreo, Seguimiento y evaluación de la política de seguridad alimentaria y nutricional - SAN.

Se diseñó y puso en marcha el curso multimedia para la capacitación del gestor social en política pública de seguridad alimentaria y nutricional y se realizó en Bogotá entre el 23 y el 24 de mayo de 2012, el Foro Nacional “Las Políticas Públicas en la realización del derecho a la alimentación”

En cumplimiento del mandato de la Ley 1355 de 2009 (Ley de Obesidad), se elaboraron los siguientes reglamentos técnicos:

Reglamento técnico de grasas saturadas y grasas Trans, el cual surtió el proceso de consulta pública nacional y actualmente está en consulta pública internacional ante la Organización Mundial de Comercio – OMC.

Reglamento técnico sobre el Etiquetado o Rotulado Nutricional aprobado y adoptado mediante Resolución 333 de 2011 previas consultas públicas nacional e internacional por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y se notificó ante la OMC para su conocimiento oficial.

Reglamento técnico de comercialización de productos de peso corporal; se realizó la consulta pública nacional la cual está en revisión, ajuste y concertación con los sectores involucrados para posterior consulta pública internacional ante la OMC.

De igual manera se expidió la Resolución 4254 de 2011, que establece las disposiciones relacionadas con el rotulado o etiquetado de alimentos derivados de Organismos Genéticamente Modificados – OGM para consumo humano y la identificación de materias primas para consumo humano que los contengan. Las disposiciones aplican a las actividades de fabricación, comercialización expendio e importación de alimentos y materias primas que contengan o sean Organismos Genéticamente Modificados – OGM. Así mismo durante el periodo de referencia, se expidieron 12 resoluciones de aprobación de OGM, para su uso en la industria de alimentos para consumo humano. Las resoluciones de autorización son el resultado del proceso de evaluación de las solicitudes hechas ante Comité Técnico Nacional de Bioseguridad para Organismos Vivos modificados de uso en salud o alimentación humana, siguiendo los lineamientos del Decreto 4525 de 2005. (44)

Resultados esperados

- Modelo sustentable que incluye las estrategias de atención primaria y protección específica útiles en la reducción de la mortalidad por IRA en menores de 5 años.
- Reducción de la demanda y uso de los servicios de urgencias, hospitalización y cuidado intensivo pediátrico por IRA.
- Reducción de los costos de la enfermedad por IRA en menores de 5 años
- Reducción de la morbilidad grave por IRA y la mortalidad por IRA en menores de 5 años
- Elaboración de agendas conjuntas de manera inter y transectorial para afectar los determinantes estructurales e intermedios de la IRA.

Seguimiento y evaluación

Indicadores más importantes para el seguimiento, de acuerdo a los diferentes tipos de indicadores, incluyendo los diferentes componentes del programa.

Tabla 4. Descripción de indicadores para seguimiento y evaluación de programa.

TIPO DE INDICADOR	FIN	META	INDICADOR	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	LINEA DE BASE	FUENTE
DISEÑO Y ESTRUCTURA	Precisar consistencia y correspondencia de actividades y componentes alineados con el propósito y el fin del programa.	Lograr adecuada consistencia y correspondencia de actividades y componentes alineados con el propósito y el fin del programa.	Nivel de consistencia y correspondencia (adecuada o deficiente) de actividades y componentes alineados con el propósito y el fin del programa.	Revisión crítica del documento por evaluador externo quien defina Nivel de consistencia y correspondencia (adecuada o deficiente) de actividades y componentes alineados con el propósito y el fin del programa.	Documento del Programa de Prevención, manejo y control de la IRA	Documento del Programa de Prevención, manejo y control de la IRA
	Precisar la consistencia y correspondencia del programa con lo planteado en cuanto a estrategias de atención baja complejidad incluyendo la modalidad de atención en salas ERA como parte central para el programa	Lograr adecuada consistencia y correspondencia del programa con lo planteado en cuanto a estrategias de atención baja complejidad incluyendo la modalidad de atención en salas ERA como parte central para el programa	Nivel de consistencia y correspondencia (adecuada o deficiente) del programa con lo planteado en cuanto a estrategias de atención baja complejidad incluyendo la modalidad de atención en salas ERA como parte central para el programa	Revisión crítica del documento por evaluador externo quien defina Nivel de consistencia y correspondencia (adecuada o deficiente) del programa con lo planteado a estrategias de atención baja complejidad incluyendo la modalidad de atención en salas ERA como parte central para el programa	Documento del Programa de Prevención, manejo y control de la IRA	Documento del Programa de Prevención, manejo y control de la IRA
	Precisar implementación de procesos y procedimientos de actividades de prevención de la IRA en la comunidad.	Tener implementados procesos y procedimientos de actividades de prevención de la IRA en la comunidad.	Nivel de implementación (excelente, buena, deficiente) procesos y procedimientos de actividades de prevención de la IRA en la comunidad.	Evaluación crítica de la estructura organizacional, realizada por el profesional de la salud responsable del área demostrativa, con base en un instrumento estandarizado de evaluación realizada cada 6 meses después de la intervención	Evaluación crítica de la estructura organizacional realizada por el profesional de la salud responsable del área demostrativa antes de la intervención con base en un instrumento estandarizado de evaluación	Instrumento estandarizado de evaluación, realizado antes de la intervención y cada 6 meses después de iniciada intervención

PROCESO	Precisar Implementación de procesos y procedimientos para generar capacidades requeridas en agentes de cambio y ASC	Lograr implementación de procesos y procedimientos para generar capacidades requeridas en agentes de cambio y ASC	Nivel de implementación (excelente, buena, deficiente) de procesos y procedimientos para generar capacidades requeridas en agentes de cambio y ASC	Evaluación crítica de la estructura organizacional , realizada por el profesional de la salud responsable del área demostrativa con base en un instrumento estandarizado de evaluación realizada cada 6 meses después de la intervención	Evaluación crítica de la estructura organizacional l realizada por el profesional de la salud responsable del área demostrativa antes de la intervención con base en un instrumento estandarizado de evaluación.	Instrumento estandarizado de evaluación , realizado antes de la intervención y cada 6 meses después de iniciada intervención
	Precisar el nivel la coordinación del programa y optimización de recurso humano.	Lograr excelente coordinación del programa y optimización de recurso humano.	Nivel de coordinación (excelente, buena, deficiente) del programa y optimización de recurso humano.	Evaluación crítica de la estructura organizacional , realizada cada 6 meses después de la intervención realizada por el profesional de la salud responsable del área demostrativa con base en un instrumento estandarizado de evaluación realizada cada 6 meses después de la intervención	Evaluación crítica de la estructura organizacional, realizada por el profesional de la salud responsable del área demostrativa antes de la intervención con base en un instrumento estandarizado de evaluación.	Instrumento estandarizado de evaluación , realizado antes de la intervención y cada 6 meses después de iniciada intervención
	Precisar la capacidad de los agentes de cambio, y cuidadores para prevenir y manejar la IRA en menores de cinco años.	Lograr adecuada capacidad de los agentes de cambio, y cuidadores para prevenir y manejar la IRA en menores de cinco años.	Capacidad (adecuada, deficiente) de los agentes de cambio, y cuidadores para prevenir y manejar la IRA en menores de cinco años.	Evaluación crítica de la estructura organizacional , realizada por el profesional de la salud responsable del área demostrativa con base en un instrumento estandarizado de evaluación realizada cada 6 meses después de la intervención	Evaluación crítica de la estructura organizacional , realizada por el profesional de la salud responsable del área demostrativa antes de la intervención, con base en un instrumento estandarizado de evaluación realizada cada 6 meses después de la intervención	Instrumento estandarizado de evaluación , realizado antes de la intervención y cada 6 meses después de iniciada intervención

RESULTADO	Precisar Tasa de Hospitalización y de uso de CI por IRA	Lograr tasa de Hospitalización por IRA menor del 30 % en < 5 a , y menor del 10 % del uso de CI por IRA, en < 5 años.	% de Hospitalización por IRA y % del uso de CI por IRA	Revisión de los registros de morbilidad que hacen parte de la vigilancia epidemiológico de la IRA, durante el último bimestre del programa en relación a % de Hospitalización por IRA y % del uso de CI por IRA, tomados cada 6 meses después de iniciado el programa	Registros de morbilidad que hacen parte de la vigilancia epidemiológico de la IRA, durante el último bimestre antes del inicio del del programa en relación a % de Hospitalización por IRA y % del uso de CI por IRA	Registros de morbilidad que hacen parte de la vigilancia epidemiológico de la IRA, en relación a % de Hospitalización por IRA y % del uso de CI por IRA
	Precisar nivel de Resolutividad en los servicios básicos de atención incluyendo el de modalidad de atención en Salas ERA.	Resolutividad mayor 80% en los servicios básicos de atención incluyendo el de modalidad de atención en Salas ERA.	% de Resolutividad en los servicios básicos de atención incluyendo el de modalidad de atención en Salas ERA.	Revisión de los registros de atención, durante el último bimestre del programa en relación a % de casos que resuelven la parte más aguda de su episodio de IRA, y pueden continuar su manejo a nivel ambulatorio.	Revisión de los registros de atención, durante el último bimestre antes del inicio del programa en relación a % de casos que resuelven la parte más aguda de su episodio de IRA, y pueden continuar su manejo a nivel ambulatorio	Registros de atención, durante el último bimestre antes del inicio del programa en relación a % de casos que resuelven la parte más aguda de su episodio de IRA, y pueden continuar su manejo a nivel ambulatorio
	Precisar nivel de la reducción en la demanda y uso de los servicios para atención de la IRA en < 5 años.	reducción de 50% en la demanda y uso de los servicios para atención de la IRA en < 5 años	% de reducción en la demanda y uso de los servicios para atención de la IRA en < 5a. En mediana y alta complejidad.	Revisión de registros de vigilancia epidemiológica de la IRA cada 6 meses después de iniciada la intervención	Revisión de registros de vigilancia epidemiológica de la IRA antes de iniciada la intervención	Registros de vigilancia epidemiológica de la IRA

IMPACTO	Precisar nivel de Reducción en la morbilidad grave y la mortalidad por IRA en < 5 años	Reducción del 20% en la morbilidad grave y la mortalidad por IRA en < 5 años	% de Reducción de la morbilidad grave por IRA en < 5 años	Revisión de registros de vigilancia epidemiológica de la IRA cada 6 meses después de iniciada la intervención	Revisión de registros de vigilancia epidemiológica de la IRA antes de iniciada la intervención	Registros de vigilancia epidemiológica de la IRA
	Precisar nivel de Reducción en la morbilidad grave y la mortalidad por IRA en < 5 años	Reducción del 20% en la morbilidad grave y la mortalidad por IRA en < 5 años	% de Reducción de la mortalidad por IRA en < 5 años	Revisión de registros de vigilancia epidemiológica de la IRA cada 6 meses después de iniciada la intervención	Revisión de registros de vigilancia epidemiológica de la IRA antes de iniciada la intervención	Registros de vigilancia epidemiológica de la IRA

Bibliografía.

1. Grupo de Vigilancia de la IRA. Subdirección de vigilancia y control en salud pública y Subdirección red nacional de laboratorios INS Datos a semana 52 del 2012.
2. Mortalidad por neumonía en niños y niñas en los EEUU, 1939 a 1996" New England Journal of Medicine (NEJM) Volumen 342 Mayo 11, 2000 Número 19.
3. Girardi G., Astudillo P, Zúñiga El programa IRA en Chile: hitos e historia. Rev. chil. pediatr. v.72 n.4 jul. 2001
4. Aristizábal G. Reflexiones del enfoque de trabajo en salud respiratoria Dirección de Salud Pública. SDS Bogotá Febrero 2012..
5. Fonseca A., Zamora G. y col Análisis de COVES de mortalidad en el 2010.
6. Informe y documentos reunión de trabajo con Grupo de Chile SDS Bogotá Diciembre 2012.
7. Grupo Técnico inter direcciones de trabajo en IRA Análisis DOFA manejo del primer pico respiratorio 2012. SDS Bogotá Julio 2012 .
8. Informe y resúmenes reunión visita técnica de OPS, Orientación de acciones programáticas en prevención, vigilancia y control de la infección respiratoria aguda Septiembre 13 a 17 2012.
9. Aristizabal G. Análisis y formulación de conjunto de Prestación de Atención para enfermedades respiratorias de carácter epidémico. Informe. Bogotá: OPS; 2007.
10. Kramer A. Conceptos, métodos, modelos y salud pública. In Alexander K. Epidemiología de las enfermedades infecciosas modernas.; 2010.
11. Evelio PJ. Humanitas Humanidades médicas. [Online].; 2006 [cited 2013 enero 4. Available from: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero2/papel.pdf.
12. Lopera J. Vanguardia.udea.edu.co/cursos/.anirword/14infecc.doc. [Online].; 2009 [cited 2009 agosto 10.
13. Michaud CM, Murray Cj, Bloom BR. Burden of disease implications for future research. JAMA 2001; 285(5) 535-9
14. Moreno L. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1622/4/Infecciones-Respiratorias-Agudas-en-ni%F1os-menores-de-5-a%F1os>. [Online].; 2009 [cited 2009 agosto 10.
15. Rudan, I., Tomaskovic, L., Boschi-Pinto, C., Campbell, H. 2004. Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age. Bull. WorldHealthOrgan. 82:895-903.
16. UNICEF. 2007. State of the World's Children. New York: United Nations Children's Fund.

17. Indicadores Básicos 2010, Situación de Salud en Colombia. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud y Ministerio de la Protección Social.
18. Carga Enfermedad Colombia 2008. resultados principales CNSSS, Bogotá, 13 de mayo e 2009.
19. OPS/Secretaria Distrital de Salud SDS. Informe convenio cooperación técnica. 2007.
20. Boletín ERA 67 Secretaría de Salud Distrital, Julio 2011.
21. Subdirección de vigilancia y control en salud pública y Subdirección red nacional de laboratorios INS Vigilancia de la Tosferina.
22. Tosferina comportamiento semanas epidemiológicas 1 a 48 del 2012. Presentación Comité estratégico de Salud MSPS.
23. Pineault R. Elements et étapes de l'élaboration d'un programme de santé communautaire. L'Union médicale du Canada. 1976; 105: p. 1208-1214.
24. Pneauult R. La planification des services de santé: une perspective épidémiologique. Administration hospitalière et sociale. 1979 mars-avril; p. 7.
25. Departamento Nacional de Estadísticas de Colombia. DANE. [Online].; 2012 [cited 2013 junio 25]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php>.
26. INS - Vigilancia y Control en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud de Colombia. [Online].; 2013 [cited 2013 abril 24]. from: <http://www.ins.gov.co/Paginas/inicio.aspx>.
27. Así vamos en salud. Seguimiento al sector salud en Colombia. [Online]. Bogotá; 2012 [cited 2013 10 21]. Available from: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15>.
28. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de Situación de Salud Nutricional, ENSIN. [Online].; 2010 [cited 2013 octubre 27]. Available from: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadGestion/ENSIN1>.
29. Benguiqui Y, López FJ, Schumunis G, Yunes J. Infecciones respiratorias en niños Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
30. Ministerio de protección Social de Colombia & Universidad de Antioquia - Facultad Nacional de Salud Pública. Análisis de situación de salud de Colombia 2002-2007 - ASIS Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, diciembre de 2011; 2010.
31. Hanlon J. Public Health Administration and Practice. 6th ed. St-Louis: C.V. Mosby Co; 1974.
32. Corvalan C, Nurminen M, Pastides H., (1996), Linkage Methods for Environmental and Health, Analysis. A report of the health and environment Analysis for Decision – Making Analysis. Geneva : WHO/UNEP p 153 .
33. Ministerio de Salud y Protección Social: Plan decenal de salud pública. Versión Final Marzo 2013.

34. Estrategia de 0 a siempre para la atención integral a la primera infancia 2011.
35. Datos Estrategia AIEPI MSPS 2012.
36. Pan American Health Organization. Atención Primaria de Salud en Las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo largo de 25 Años y los Retos Futuros Washington, DC: PAHO; 2003.
37. Organización Panamericana de la Salud. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas Washington DC: PAHO; 2005.
38. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C: OPS, © 2007
39. Documento orientador para la realización del proyecto piloto para implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia 2012.
40. Organización Panamericana de la Salud Oficina de la Sub-Directora Área de Sistemas y Servicios de Salud Documento Técnico. Enfoque estratégico de atención primaria de salud y la respuesta a la epidemia de influenza a (H1N1) junio del 2009,
41. Marmot M Social determinants of health inequalities Lancet v:365, marzo 19, 2005
42. Documento estratégico subdirección de enfermedades transmisibles versión 01 14 de agosto de 2012.
43. Datos Programa ampliado de Inmunizaciones MSPS 2012.
44. Datos Seguridad Alimentaria y Nutricional – SAN MSPS 2012.
45. Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las Políticas. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010. (34).
46. Acute Respiratory Infection in children: Case Management in small hospital in developing countries. A manual For Doctors and other senior health workers. Programme for the Control Acute Respiratory Infections. WHO/ARI/90.5
47. Victoria CG, Fuchs SC, Flores JA, et al. Risk factors for pneumonia among children. En: Pediatrics. 1994. p .977-985.
48. Banajeh SM, Sunbali NN, Sanahani SH. Clinical characteristics and outcome of children aged under 5 years hospitalized with severe pneumonia in Yemen. En: Ann Trop Paediatr. 1997. p. 321-326.
49. Arifeen S, Black RE, Antelman G, et al. Exclusive Breastfeeding Reduces Acute Respiratory Infection and Diarrhea Deaths Among Infants in Dhaka Slums. En: Pediatrics; 2001. p. 108; 67.
50. Victora CG, Kirkwood BR, Ashworth A, Black RE, et al. Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: improving nutrition. En: Am J Clin Nutr: 1999. p. 70:309-20.
51. Committee on Quality of Health Care in America. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000 [cited 2009 Jul]. Available from: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=R1.

52. Lopez-Quintero C, Freeman P, Neumark Y. Hand Washing Among School Children in Bogota, Colombia. *Am J Public Health*. 2009 January 1, 2009;99(1):94-101.
53. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2009 [cited 2009 Aug]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf.
54. Bridges CB, Kuehnert MJ, Hal CB. Transmission of Influenza: Implications for Control in Health Care Settings. *Clin Infect Dis* 2003;37:1094–1101..
55. Comité redactor de la reunión consultiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la gripe humana A/H5. Infección en seres humanos por el virus de la gripe aviar del tipo A(H5N1). *N Engl J Med* 2005; 353: 1374-85.
56. European centre for disease prevention and control. Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new Influenza A(H1N1) virus infection. Version 3, 19 May 2009.
57. CDC Questions and Answers about CDC's Interim Guidance on Infection Control Measures for 2009 H1N1 Influenza in Healthcare Settings, Including Protection of Healthcare Personnel October 14, 2009
58. MPS Colombia Protocolo de atención y manejo de casos de infección por virus pandémico AH1N1/09 y sus contactos Octubre 2009
59. Grupo de Trabajo Instituto Nacional de Salud y Ministerio de la Protección Social de Colombia. Plan de prevención y mitigación de la pandemia de Influenza aviar en Colombia. Julio 2007.
60. Ley 1438 del 2011.
61. Redes Integradas de Servicios de Salud OPS 2009.
62. Romieu I. Air pollution and absenteeism among children in México city. En: *American journal of Epidemiology*; 1992. p. Vol 136, 12: 1524 - 1531.
63. Schwartz J, Dockery DW, Neas LM, et al. Acute Effects of Summer Air Pollution on Respiratory Symptom Reporting in Children. En: *Am J Respir. Crit. Care Med*; 1994.
64. Aristizábal G, Suescún J y Patiño RI. Contaminación del Aire y Enfermedad Respiratoria en Población Infantil de Puente Aranda Santafé de Bogotá. Colombia: Bogotá; 1997.
65. Solarte I, Caicedo M y Restrepo S. Contaminación atmosférica y enfermedad respiratoria en niños menores de 14 años en Santafé de Bogotá. Colombia: Bogotá; 1999.

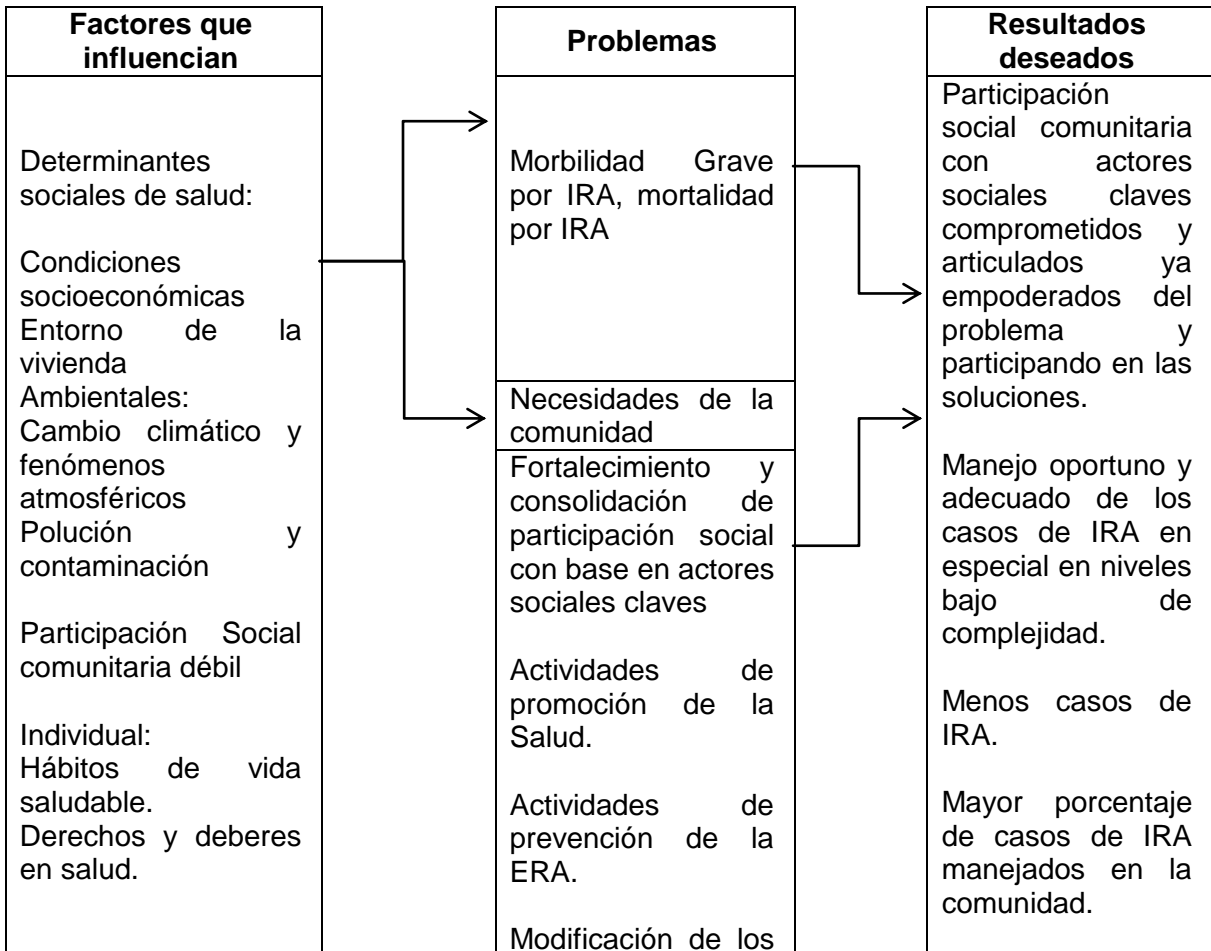
Anexos

Anexo 1. MARCO LÓGICO

- Planeación del programa.

Estrategia
<p>“Evitar” enfermar y transmitir a otras personas. No Acudir al trabajo, al jardín infantil y a las instituciones educativas con signos de IRA..</p> <p>Cuidado adecuado de los casos de IRA leve en casa.</p> <p>Atención oportuna y adecuada en instituciones de salud.</p>

Supuestos
<p>La morbilidad grave y mortalidad por IRA en la población expuesta a un modelo de APS para IRA es menor que la de la población no expuesta.</p> <p>Un modelo de APS para IRA es costo efectivo para los servicios de salud.</p>



<p>Estructura del sistema de salud</p>	<p>determinantes de salud.</p> <p>Abogacía, comunicación y movilización social a la comunidad, en especial para actores sociales claves y educadores.</p> <p>Accesibilidad adecuada a los servicios.</p> <p>Calidad en la atención</p> <p>Redes Integradas de servicios de salud.</p>	<p>Mayor resolutivead en estrategias de baja complejidad.</p> <p>Menos casos de IRA grave.</p> <p>Menos casos de hospitalización por IRA.</p> <p>Menos casos de IRA en UCI.</p> <p>Menor mortalidad.</p> <p>Uso racional de recursos en salud</p> <p>Disminución de costos.</p>
--	---	---

- Implementación del programa.

Recursos	Actividades	Productos	Resultados a corto plazo	Impacto
<p>Salud colectiva: Sistema General de Participaciones, Transferencias Nacionales y recursos propios de las entidades territoriales.</p> <p>Actores sociales claves</p> <p>Atención individual: atribuidos dentro del Plan Obligatorio de Salud para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.</p> <p>Recursos adicionales programados desde el nivel nacional para gestionar el programa.</p>	<p>Investigación.</p> <p>Atención.</p> <p>Generación de capacidades.</p>	<p>Documento: Guía de atención de la IRA (Normada)</p> <p>Documento: Establecimiento de áreas demostrativas.</p> <p>Política nacional divulgada del Programa nacional de Prevención y manejo de la IRA.</p>	<p>Establecimiento de áreas demostrativas</p> <p>Resultados a largo plazo</p> <p>Programa Nacional de Prevención y manejo de la IRA</p>	<p>Disminución de morbilidad</p> <p>Disminución de mortalidad</p> <p>Uso racional de recursos en salud</p> <p>Menor costo en la atención de la IRA</p>

- Evaluación del programa.

Áreas focalizadas	Preguntas	Indicadores	Necesidades de cooperación técnica
<p>“Evitar” enfermar y transmitir a otras personas.</p>	<p>¿Cómo enfermar? NO</p>	<p>% de muertes por IRA que presentan 1ª y 2ª demora en los comités de mortalidad por IRA.</p>	<p>Trabajo con actores sociales claves y estrategias de fortalecimiento en participación social. Estrategias para IFC a actores sociales claves, educadores, cuidadores, estrategias masivas de comunicación. Implementación de la estrategia AIEPI en sus 3 componentes, comunitario, clínico y de gestión institucional. Implementación de una cultura de lavado de manos.</p>
	<p>¿Cómo transmitir? NO</p>		
<p>Cuidado adecuado de los casos de IRA leve en casa. Acudir al trabajo, al jardín infantil y a las instituciones educativas con signos de IRA.</p>	<p>¿Qué medidas básicas se deben aplicar en casa?</p>	<p>% de muertes por IRA que presentan 1ª y 2ª demora en los comités de mortalidad por IRA.</p>	<p>Estrategias para IFC a actores sociales claves, educadores, cuidadores, estrategias masivas de comunicación. Implementación de la estrategia AIEPI en sus 3 componentes, comunitario, clínico y de gestión institucional, en lo referente al manejo en casa de los casos leves de IRA.</p>
<p>¿Cómo identificar oportunamente signos o síntomas que indiquen consulta a institución de salud?</p>			