



GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
PLAN DE CONTINGENCIA COVID 19

Clara Luz Roldan González
Gobernadora del Valle del Cauca

María Cristina Lesmes Duque
Secretaria de Salud Departamental

Elaboración del documento

Vigilancia en salud pública
Centro regulador de urgencias y Emergencias
Laboratorio de salud pública departamental
Prestación de servicios

Octubre 2020



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Salud (OMS) informó la ocurrencia de casos de IRA grave causada por un nuevo coronavirus (COVID 19) en Wuhan (China), la última semana de diciembre de 2019. Los primeros casos se presentaron en personas que estuvieron en un mercado de pescado y animales silvestres de Wuhan.

El 30 enero del 2020 la OMS declara emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

A 29 de febrero de 2020 se han confirmado casos en personas que estuvieron en esta y otras zonas de China y en más de 60 países de los 5 continentes.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) reconoce la importancia de tomar todas las medidas necesarias para garantizar la prevención de casos, la detección oportuna y el control del evento ante el riesgo de introducción de este nuevo virus al país.

El coronavirus, COVID 19, nuevo virus, tiene un comportamiento similar a los virus Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) y al Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS), en los que se ha identificado como mecanismos de transmisión:

- 1) gotas respiratorias al toser y estornudar
- 2) contacto indirecto: por superficies inanimadas
- 3) aerosoles por microgotas.

De acuerdo con la OMS, existe suficiente evidencia para indicar que el COVID 19 se transmite de persona a persona y puede traspasar fronteras geográficas a través de las personas contagiadas por el virus, asintomáticas o enfermas, en las que se hace evidente nexo epidemiológico con países y regiones donde se ha detectado la presencia de Covid 19.

La sintomatología de la enfermedad causada por coronavirus Covid 19 es inespecífica. Puede cursar asintomática o con síntomas de gripa como fiebre, escalofríos, odinofagia, rinorrea, estornudos, tos, malestar general, algunos pueden mostrar dificultad para respirar.

Puede desencadenar neumonía grave e incluso la muerte.

Por lo anterior, se emite el plan de contingencia departamental que responda a los tres momentos esperados para la atención de un evento ESPII:

- 1.Fase de preparación
2. Fase de contención
3. Fase de mitigación



JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, en ejercicio de las facultades señaladas en los Decretos 4107 y 4109 de 2011, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional 2005, y ante la situación epidemiológica por el nuevo COVID 19, declarada como ESPII por la OMS el día 30 de enero del año en curso: imparten instrucciones sobre las acciones para la vigilancia activa, preparación y toma de medidas de contención para una eventual introducción del virus en el territorio nacional, las cuales deben ser adoptadas por los territorios.

Conforme a la circular conjunta 0005 del 2020, donde se dan las directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (COVID19) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo y según lo dispuesto en la circular 023 de Julio de 2017 y la circular conjunta externa 031 de agosto de 2018, el departamento del Valle organiza el siguiente plan de contingencia que pretende fortalecer las actividades de promoción de la salud, prevención y control de la enfermedad, y hacer seguimiento a evento de interés en salud pública, diseñar y ejecutar respuesta organizada que contemple las medidas, acciones, recursos y procedimientos necesarias para atender situaciones de emergencias, y favorecer una intervención efectiva y oportuna.

OBJETIVO

Diseñar las acciones integrales en salud pública y prestación de servicios de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y protección social y el Instituto Nacional de Salud para la detección, contención, atención y manejo de casos probables de infección causada por el nuevo Coronavirus (COVID19).

ANTECEDENTES

Un artículo publicado en el Chinese Journal of Epidemiology examino 72.314 casos confirmados, sospechosos, diagnosticados clínicamente y asintomáticos de enfermedad COVID-19 en toda China hasta el 11 de febrero. El centro para control de enfermedades chino por sus siglas (CCDC) realizo un estudio sobre pacientes desde que comenzó el brote, se encontró que el 80,9% de las infecciones se clasifican como leves; el 13,8% como graves y solo el 4,7% como críticas. El artículo comenta que la tasa de mortalidad más alta corresponde a personas mayores de 80 años con un 14,8%.

Los pacientes cardiovasculares son los más propensos a morir por complicaciones del nuevo coronavirus, seguido por pacientes con diabetes, enfermedad respiratoria, crónica e hipertensión. De acuerdo al artículo no hubo muertes entre los niños de hasta 9 años de



edad, a pesar de que se conoce al menos dos casos de recién nacidos infectados por sus madres. Hasta los 39 años la mortalidad es baja (0,2%), para las personas con cuarenta años es del 0,4%, en los cincuenta es de 1,3%, en los setenta de 8%. Los hombres tienen la mayor probabilidad de morir (2,8%) que las mujeres (1,7%).

La identificación del nuevo coronavirus fue confirmada por las autoridades chinas el día 7 de enero de 2020.

La información actualizada sobre el número de casos en Colombia puede encontrarse en <http://www.ins.gov.co/Paginas/Inicio.aspx> del Instituto Nacional de Salud.

1. DIAGNOSTICO INTERNO

Para fines de este documento, el diagnóstico interno se refiere a los aspectos de la Secretaría de Salud Departamental y el externo al resto de aspectos contenidos dentro del departamento del Valle del Cauca.

Localización

El Valle del Cauca, está localizado en el suroccidente del país, en el centro de la región pacífico, entre el flanco occidental de la cordillera central y el océano pacífico, ubicado geográficamente en latitud 4° 35' 56.57" y longitud 74° 4' 51.30". Su población para el año 2019, de acuerdo con la proyección censo DANE de 2005, es de 4.758.950 habitantes. Tiene una superficie total de 21.195 km², que representa el 1.9% del territorio nacional, se encuentra dividido en 40 municipios y 2 distritos. Su capital, Santiago de Cali, acoge al 51% de su población total. En su división político-administrativa el Departamento del Valle del Cauca, está constituido por 40 municipios y 2 distritos, (Santiago de Cali y Buenaventura).

Organización administrativa departamental de la red de servicios de salud

La organización de la red departamental de prestadores públicos de servicios de salud vigente se conforma por 54 ESE, de las cuales son 43 de nivel I, 10 de segundo nivel y 1 de Nivel III.

El diseño de la red vigente del Valle del Cauca establece 5 áreas geográficas, determinadas por las características geográficas, vías de acceso, características culturales y el flujo natural de uso de los servicios de los pobladores, aprobadas por el Ministerio de Salud y la Protección Social en el concepto favorable de Red emitido el 18 de octubre de 2016, el cual se establecen las áreas así:

- Área Geográfica Norte



- Área Geográfica Centro-Tuluá
- Área Geográfica Centro-Buga
- Área Geográfica Suroriente
- Área Geográfica Suroccidente

Organización de la Red de Prestadores Públicos de Servicios de Salud



Fuente: Documento de Red de Servicios de Salud – SDSV 2016

Demografía

Según las proyecciones dadas por el DANE basadas en el censo 2018, para el año 2020 la población total del Valle del Cauca estuvo alrededor de 4.370.651 habitantes, de los cuales 2.148.418 (50,9%) son hombres y 2.222.233 (49,1%) mujeres. En cuanto a la pertenencia étnica se puede decir que la cuarta parte de la población afrodescendiente del país está radicada en el Valle del Cauca (1.090.943 de 4.273.722). Los municipios con mayor representación de este grupo étnico son: Cali, Buenaventura y Jamundí. La población indígena, aunque tiene representación en todo el departamento, se concentra principalmente en cuatro municipios: Cali, Buenaventura, Florida y Bolívar. En el año 2018, el departamento tuvo una población rural de 589.024(12,3%) habitantes y una población urbana de 4.215.465 (87,7%) habitantes.

Respecto al análisis poblacional por ciclo vital, para el año 2019 se pudo observar una disminución de la proporción de población de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud y un incremento en la proporción de adultos y adultos mayores (ver tabla 1)



Tabla 1 Proporción de la Población por Ciclo Vital, Departamento del Valle del Cauca, proyectada 2005, 2019 y 2020

Ciclo vital	2005		2019		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	443715	10,7%	441034	9,2%	443061	9,1%
Infancia (6 a 11 años)	481315	11,6%	434845	9,1%	435241	9,0%
Adolescencia (12 a 18 años)	564598	13,6%	521928	10,9%	523962	10,8%
Juventud (14 a 26 años)	976664	23,5%	1006761	21,0%	1004528	20,7%
Adultez (17 a 59 años)	2420908	58,2%	2903450	60,4%	2923481	60,2%
Persona mayor (60 y más)	407366	9,8%	655345	13,6%	680508	14,0%
Total	4.161.470		4.804.489		4.853.327	

Fuente: ASIS Valle del Cauca 2019

Aseguramiento y afiliación al SGSS

Aseguramiento y Afiliación al sistema: la población del Valle del Cauca hasta enero de 2020 tenía una cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de 94.92%, (4.301.859 hab.) con un total de afiliados al régimen contributivo es del 54.69% (2.478.467 hab.), el 41,33% (1.764.589 hab.) en el subsidiado; en el régimen de excepción el 1,3% (58.830 hab.). El 5.08% (230.293 hab.) corresponden a población sin aseguramiento.

Escenarios de riesgo

A continuación, se describe el escenario de riesgo para el Valle del Cauca tomando como base datos reportados en Europa durante la epidemia, esto teniendo en cuenta que en otros países no se implementó inicialmente fase de preparación ni contención, y las condiciones sociales y culturales no son las mismas.

Las condiciones elegidas son:

- Es un virus nuevo por lo que el 100% de la población del Valle del Cauca es susceptible
- La población es altamente estable, se calcula por cifras DANE



- Población afectada en otros países esta alrededor del 0.06%
- Se usaron datos de modelacion basados en datos reportados por el imperial college

Tabla 2. Escenario de riesgo inicial para el Valle del Cauca.

Casos esperados Valle del Cauca con base en tasa de incidencia (0,00494) y comportamiento de los casos confirmados de COVID 19 a la fecha

Grupos de edad	Total Casos esperados Valle del Cauca	Casos esperados Valle del Cauca (Sintomáticos con Dx)	Casos esperados que NO requieren hospitalización (Valle) (78%)	Casos esperados que SI requieren hospitalización (Valle) (24%)	Casos esperados de Hospitalizados que requieren cuidado critico (Valle) % College	No. De Muertes esperadas (Colombia)
0-4	257	229	208	21	5	5
5-9	293	262	240	22	6	6
10-14	208	185	164	22	2	3
15-19	649	578	501	76	9	8
20-24	1.677	1.493	1.341	153	10	8
25-29	3.037	2.703	2.333	371	20	14
30-34	3.245	2.889	2.442	447	42	31
35-39	2.498	2.224	1.929	294	31	24
40-44	2.106	1.875	1.515	360	38	21
45-49	2.265	2.017	1.461	556	49	23
50-54	2.204	1.962	1.461	501	74	39
55-59	2.106	1.875	1.330	545	75	37
60-64	1.592	1.417	992	425	139	73
65-69	1.016	905	469	436	114	47
70-74	955	850	392	458	221	100
75-79	391	349	142	207	95	41
80-84	367	327	131	196	112	59
85-89	171	153	55	98	54	28
90-94	73	65	11	55	39	22
95-99	36	33	-	33	21	11
100 AÑOS Y MÁS	-	-	-	-	-	-
Total esperados Valle a julio	25.155	22.389	17.113	5.276	1.156	600
%		100%	76%	24%	5%	3%

Fuente: Cálculos Propios SDSV- febrero 2020

Los escenarios de riesgo se han ajustado según la dinamica de la infección y la cantidad de casos confirmados y sospechosos, estos se analizan cada semana en la sala de proyecciones del departamento.

2. DEFINICIONES DE CASO

Estas definiciones de caso se han ajustado según los lineamientos del INS. Los actuales estan acorde la version 12 del 24 de julio de 2020

- **Definición 1:** Caso probable de Infección Respiratoria Aguda Grave o Enfermedad por Coronavirus - COVID grave (código 346) Persona con al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia que requiera hospitalización, y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:
 - Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria* en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
 - Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor.
 - Antecedentes de contacto estrecho** en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.



- Miembro de población especial tales como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes.
- Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral. ***
- Adulto mayor de 60 años.
- Persona con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o
- inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores.
- Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema.
- Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.

Estos casos NO serán notificados en el evento Cód. 345 o Cód. 348. La vigilancia con estos códigos se reactivará para la IRAG inusitada. Por ese evento se podrían captar casos dado que el algoritmo diagnóstico incluye al SARS-CoV-2.

- **Definición 2** caso probable (código 346) Caso probable de Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario Persona con al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia que no requiera hospitalización y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:
- Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria* en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor
- Antecedentes de contacto estrecho** en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.
- Miembro de población especial tal como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes.
- Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral ***
- Adulto mayor de 60 años
- Personas con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y, fumadores.
- Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema.
- Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.



- **Definición 3:** Muerte probable por COVID-19 (código 346) Todas las muertes por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida durante la consulta, la admisión, la observación, la hospitalización o en el domicilio y que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:
- Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria* en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor
- Antecedentes de contacto estrecho** en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.
- Miembro de población especial tal como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes. • Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral ***
- Adulto mayor de 60 años
- Persona con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y, fumadores.
- Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema.
- Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.

Todas las muertes deben ser evaluadas para establecer el agente etiológico, incluyendo SARS-CoV-2 (COVID-19). Esto incluye una evaluación de los contactos para COVID-19

- **Definición 5** Caso asintomático
- Contacto estrecho** de caso confirmado de COVID-19 que no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la última exposición no protegida †.
- Personas asintomáticas para COVID-19 que en los últimos treinta (30) días haya sido sometido a un tamizaje previo por un procedimiento quirúrgico (por ejemplo, trasplante), para el ingreso o el retorno al trabajo, para el monitoreo de riesgo en una población cerrada o por iniciativa propia. Los contactos estrechos de caso confirmado son registrados inicialmente en el formato “Seguimiento a contactos de casos positivos COVID-19” (Apéndice 2 a la notificación de los casos 346) e ingresados a Sivigila (o CoronApp médico) mediante el Cód. 346 cuando sean contactados uno a uno para la evaluación de síntomas sea por rastreo manual (IEC) o digital (llamada o contact center). A las personas asintomáticas que no sean contactos estrechos de caso confirmado se les debe diligenciar ficha Cod-346 pero se ingresan en el sistema sólo si fueron positivas.



Definiciones de contactos

- **Contacto estrecho comunitario:** Cualquier persona, con exposición no protegida, que haya compartido en un espacio menor a dos metros y por más de 15 minutos con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19, sin importar que tenga o no síntomas. Esto puede incluir las personas que conviven, trabajan, visitantes a lugar de residencia; también haber estado en contacto sin protección adecuada con secreciones infecciosas (por ejemplo: secreciones o fluidos respiratorios o la manipulación de los pañuelos utilizados). Puede considerarse que cuando dos personas (uno, es un caso confirmado) comparten el mismo lugar por más de 120 minutos son contactos estrechos.
- **Contacto estrecho en el transporte:** En los aviones u otros medios de transporte, se consideran contacto estrecho a la tripulación/conductor que tuvo contacto o exposición no protegida † con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19 y a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de dicho caso confirmado por más de 15 minutos.
- **Contacto estrecho del personal de la salud:** Cualquier trabajador en triaje, consulta, central de muestras, laboratorio, salas de procedimientos, observación, hospitalización o vigilancia en salud pública con exposición no protegida †,: Trabajador de la salud que no utilizó respirador de alta eficiencia N95 o superior durante la atención del caso confirmado de COVID-19 en procedimientos que generan aerosoles (por ejemplo: reanimación cardiopulmonar, intubación, extubación, broncoscopia, endoscopia, terapia con nebulizador, inducción de esputo, procedimientos que estimulan el reflejo de la tos). Trabajador de salud del ámbito hospitalario o domiciliario que realizó atención clínica (examen físico, obtención de muestras, aspirado de secreciones, etc.) o atención al usuario (personal administrativo) a pacientes confirmados de COVID-19 y no utilizó los elementos de protección personal completos y adecuadamente.
- Las exposiciones del personal sanitario también incluyen contacto a menos de dos metros por más de 15 minutos con un caso de COVID-19 o contacto con material potencialmente infeccioso de COVID-19 y no usó de los elementos de protección personal completos y adecuadamente.

3. FASES DEL PLAN DE CONTINGENCIA

El presente plan de contingencia contara con tres fases: Fases de preparación Fase de contención y atención y fase de mitigación.



3.1 Fase de preparación

El departamento del Valle del Cauca, ante la expectativa de riesgo alto de ingresos al país de personas migrantes de países afectados por Covid 19, hizo una revisión y ajuste a su capacidad de respuesta en el que involucra todas las dependencias de la Secretaría Departamental de Salud y verifica capacidad instalada de la red de prestadores público y privados

Implementa las siguientes estrategias:

Comunicación u promoción de la salud (estrategia IEC)

Informar y educar a la comunidad sobre la amenaza de un evento provocado por virus respiratorios con potencial riesgo de pandemia.

Dar inicio al proceso de IEC, por las diversos medios, radio, prensa, televisión y redes sociales de contenidos de educación a la comunidad, información asertiva y de medidas de preservación para la transmisión de enfermedades diversas.

Se usarán métodos y diseños del Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social y propios para mantener la difusión del mensaje respetando los niveles de alerta que determine el Ministerio de salud y protección social, según comunicación suministrada por la Organización Mundial de la Salud - OMS. Lo anterior para coordinar la comunicación con los diferentes sectores

- Vocera: Dra. María Cristina Lesmes Duque, Secretaria Departamental de Salud a nivel del Valle del Cauca.
- Boletines informativos: Oficina de comunicaciones Gobernación Valle del Cauca.
- Canales de comunicación: Página web Gobernación del Valle del Cauca. www.valledelcauca.gov.co y programa institucional Gobernación del Valle medios interesados.

Se informará y actualizará a la comunidad en general la terminología básica de la enfermedad qué es, qué significa, medidas de prevención, condiciones de riesgo, y cómo se prepara la entidad territorial para la mitigación y control del evento.

Se realizará difusión diaria de contenidos informativos y piezas comunicacionales por redes sociales y grupos de whatsapp institucionales (Facebook, Instagram, Twitter), basándonos en el ABC del COVID-19, suministrado por el Ministerio de Salud.

Determinación de la capacidad de respuesta

El Departamento del Valle del Cauca, cuenta con la siguiente organización y los medios para la respuesta de la atención y vigilancia en salud pública de casos.



- **Equipo de respuesta rápida departamental**

El Equipo interdisciplinario de Respuesta Inmediata (ERI) de eventos y emergencias de interés de Salud Pública está conformado por los siguientes miembros:

1. Grupo de Salud Pública (Incluye especialistas en epidemiología, personal médico y personal de apoyo)
2. Grupo de Prestación de servicios
3. Grupo Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
4. Unidad Ejecutora de Saneamiento UES Valle
5. Laboratorio Departamental de Salud Pública
6. Grupo de comunicaciones
7. Grupo SAT (Sistema de Alerta Temprana)
11. Grupo apoyo general Subsecretaría administrativa y financiera

- **Laboratorio de salud pública departamental - LSPD VALLE**

El LSP cuenta 92 profesionales entre bacteriólogos, auxiliares, técnicos, ingenieros de sistemas que son los encargados de recibir, transportar y procesar las muestras de manera adecuada.

- **CRUE (Centro Regulador de Urgencias y Coordinación de Emergencias en Salud):**

Centro operativo de la Secretaría Departamental de Salud, encargado del manejo del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como la coordinación de las emergencias y desastres en salud. Además, administra el centro de reservas que cuenta con un stock de equipos de emergencia, banco de antídotos, medicamentos y demás elementos para la atención de emergencias en salud.

- **UES (Unidad Ejecutora de Saneamiento Ambiental):**

Entidad adscrita a la Secretaría Departamental de Salud, responsable del manejo de actividades de saneamiento en el departamento.

Infraestructura de servicios y prestación de servicios de salud

Prestadores de salud con servicio habilitado - Valle del Cauca - 2019:

Según el registro especial de prestadores de servicios de salud –REPS-, en agosto de 2019 el Valle del Cauca cuenta con 5536 prestadores habilitados de los cuales el 95,2% se



encuentran en zona urbana y el 4,7% en rural. El 98% son de naturaleza privada, 1,1% pública y 0,03% mixta. El 25% de los prestadores son profesionales independientes, 71% Instituciones prestadoras de servicios de salud y 0,36% transporte especial de pacientes y el 31 % al Objeto social diferente a la prestación social en salud.

La distribución de prestadores por municipio se concentra en mayor proporción en Cali con el 68%.

Dentro de la red pública de prestación de servicios de salud del departamento, se cuenta con instituciones de baja, mediana y alta complejidad, en las siguientes tablas, se presentan el resumen la información sobre el número y tipo de IPS, así como lo concerniente a la red de traslado.

Tabla 3. IPS públicas en Cali

IPS DE LA RED PUBLICA EN CALI
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "Evaristo García"
HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO
HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
FUNDACION HOSPITAL INFANTIL CLUB NOEL
ESE's RED DE SALUD DE NIVEL I (5)

Fuente. REPS MINSALUD, enero 2020.

Tabla 3. IPS publica de segundo y tercer nivel fuera de Cali

MUNICIPIO	PRINCIPALES IPS RESTO DEL DEPARTAMENTO	CARÁCTER
TULUA	HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE	Pública
	HOSP. RUBEN CRUZ VELEZ y RED DE PS Y CS	Pública
	CLINICA SAN FRANCISCO	Privada
	CLINICA MARIANGEL	Privada
PALMIRA	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO y RED DE PS Y CS	Pública
	CLINICA PALMA REAL	Privada
CARTAGO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Sede 2	Privada
	IPS MUNICIPAL DE CARTAGO	Pública
	CLINICA NUEVA DE CARTAGO	Privada
BUGA	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE	Privada
	CLINICA DE URGENCIAS MEDICAS	Privada
ROLDANILLO	HOSP. SAN ANTONIO	Pública
ZARZAL	HOSP. SAN RAFAEL	Pública
SEVILLA	HOSPITAL CENTENARIO	Pública
BUENAVENTURA	HOSP. LUIS ABLANQUE DE LA PLATA	Pública
	CLINICA SANTA SOFIA	Privada
RESTO DE MUNICIPIOS	CADA HOSPITAL CABECERA DEL MUNICIPIO	Públicos



Fuente. REPS MINSALUD, enero 2020.

Capacidad instalada de la red de servicios de salud del valle:

Se anexa tabla con capacidad instalada actual y posibilidad de expansión en el Valle del Cauca.

Tabla 6. Capacidad instalada marzo 2020

RESUMEN CAMAS UCI	No. CAMAS	PUBLICOS	PRIVADA
NUMERO DE IPS EN COTINGENCIA	40	6	34
CAMAS OFERTADAS UCI	808	72	736
CAMAS DISPONIBLES PARA ATENCION COVID-19	464	37	427
CAMAS A EXPANDIR PARA COVID-19	424	82	342
TOTAL DE CAMAS UCU PARA ATENCION COVID-19	888	119	769
DOTACION REQUERIDA (VENTILADORES - MONITORES)	424	82	342

Disponibilidad a marzo 2020

- **Camas Hospitalarias Ofertadas y Disponibles en el Departamento**

Según el reporte del Registro Especial de Prestadores REPS, como fuente oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento del Valle del Cauca cuenta con 4.676 camas totales para la hospitalización general de adultos y pediátricos (sin incluir UCI), discriminadas del 26% en entidades públicas y 74% en IPS privadas.

En cuanto a la disponibilidad de camas para la atención de pacientes infectados por el coronavirus Covid-19, corresponde a 1743 camas, dedicadas con exclusividad para la atención hospitalaria; de estas el 39% (680 camas) se encuentran en la red de instituciones públicas y el 61% (1063 camas) restantes son privadas.

El número de camas de expansión propuestas por las diferentes IPS del departamento ascienden a 1945 camas más. Con las cuales se contaría con un total de 3688 camas de hospitalización general para Covid-19 en el Departamento del Valle del Cauca.

La siguiente tabla describe los detalles de las camas de hospitalización en el Departamento del Valle del Cauca:

Tabla 10. Camas de hospitalización general y posibilidad de expansión.



CUADRO RESUMEN DE HOSPITALIZACION	No.	PUBLICAS	%	PRIVADAS	%
NUMERO DE IPS	98	54	55%	44	45%
CAMAS OFERTADAS DE HOSPITALIZACION	4676	1206	26%	3470	74%
CAMAS DISPONIBLES PARA HOSPITALIZACION	1743	680	39%	1063	61%
CAMAS PARA EXPANSION	1945	1803	93%	142	7%
TOTAL CAMAS DISPONIB + EXPANSION PARA COVID19	3688	2483		1205	
REQUERIMIENTOS DE CAMAS	427	361	85%	66	15%
REQUERIMIENTOS DE MONITORES	128	88	69%	40	31%

En cuanto a los requerimientos de camas propuestas son 427, con la priorización en las IPS públicas, con 361; y 66 camas en las IPS privadas. Las necesidades de monitores de signos vitales para la dotación en las IPS de la red hospitalaria se ha estimado en 128 unidades.

Tabla. 11 . Camas según complejidad de la atención

CAMAS SEGÚN COMPLEJIDAD	BAJA	MEDIANA	ALTA
CAMAS OFERTADAS DE HOSPITALIZACION	519	1603	2554
CAMAS DISPONIBLES PARA HOSPITALIZACION	448	529	766
CAMAS PARA EXPANSION	1328	375	242
TOTAL CAMAS DISPONIB + EXPANSION PARA COVID19	1776	904	1008

Según el grado de complejidad de las camas que se ofertan para la atención de los casos afectados, se encuentran 519 son de baja complejidad, 1603 se ubican en las IPS de mediana complejidad y las 2554 camas restantes en las IPS de alta complejidad.

Finalmente, del total de camas disponibles más las de expansión planeadas para Covid-19, se destinarán 1776 camas en las entidades de baja complejidad (48%), 904 en la mediana complejidad (25%) y 1008 camas en las IPS de alta complejidad (27%).

- **Camas en Unidades de Cuidados Intensivos**

En cuanto a la oferta y disponibilidad de Camas para Unidad de Cuidados Intensivos – UCI para adultos y pediátricos, el Departamento cuenta con 808 camas inscritas en el REPS, encontrando que el 80% se ubican en Cali y tan solo el 20% en el resto del Departamento. Al revisar la disponibilidad se destinan 430 camas exclusivas para los casos infectados o sospechosos con Covid-19, eso representa el 53% de la oferta de camas. Hasta la fecha se ha determinado realizar una expansión con 844 camas de UCI, para un total de 1274 camas para Covid-19, las cuales se dotarían en diferentes fases y poder cubrir las necesidades de atención de los pacientes críticos afectados.



Tabla 12. Camas UCI disponibles y posibilidad de expansion

RESUMEN CAMAS UCI	TOTAL	PUBLICOS	%	PRIVADOS	%
NUMERO DE IPS EN CONTINGENCIA	46	9	20%	37	80%
CAMAS OFERTADAS UCI	808	72	9%	736	91%
CAMAS DISPONIBLES PARA ATENCION COVID-19	430	34	8%	406	94%
CAMAS A EXPANDIR PARA COVID-19	844	410	49%	446	53%
TOTAL DE CAMAS UCI PARA ATENCION COVID-19	1274	444		852	
DOTACION REQUERIDA (VENTILADORES)	780	366	47%	426	55%
DOTACION MONITORES	982	372	38%	632	64%
DOTACION CAMAS HOSPI	545	208	38%	349	64%

La gran mayoría de la oferta de camas de UCI son de naturaleza privada, porque este sector se ha caracterizado por monopolizar este tipo de servicios de alta complejidad, en razón a que los altos costos de montaje y mantenimiento en recurso humano especializado, además del equipo biomédico de diagnóstico y seguimiento de alta tecnología necesarios para el montaje de una UCI, requieren contar con una alta inversión financiera por parte los prestadores, recursos que pueden ser aportados por el capital privado.

El resultado es entonces, que se dispone de 430 camas de UCI para la atención inmediata de los casos que resultaran agravados con diagnóstico con Covid-19, de ellas el 92% son de naturaleza privada y solo el 8% de ESE públicas.

3.2 Fase de contención y mitigación

Una vez encontrado el primer caso en el departamento del Valle del Cauca, hizo necesario garantizar la atención integral de los enfermos y las búsqueda de contactos a fin de contener la diseminación. Dado que ya hay municipios con circulación activa del virus y otros con control del mismo se fusionaron ambas bases para atender las necesidades individuales. Las acciones a desarrollar son:

- Información permanente a la comunidad
- Atención adecuada y oportuna a casos
- Seguimiento apropiado a los contactos a fin de garantizar la cuarentena domiciliaria, las medidas de higiene respiratoria, seguimiento a casos estrechos, la atención de sintomáticos respiratorios en las IPS destinadas para esto y con la posibilidad de implementar la puerta alterna.
- Verificación permanente por parte de las IPS la disponibilidad de insumos para la adecuada atención con medios de bioseguridad
- Cohorte de casos por parte de las EPS para seguimiento de los casos hasta la finalización del periodo de incubación o la finalización de la enfermedad.



- Activar el plan de contingencia hospitalario
- Fortalecer las medidas de Precauciones Estándar en el manejo de todos los pacientes, establecidas en el Manual de Medidas Básicas para Control de Infecciones en prestador servicios de salud <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/manual-prevencion-iaas.pdf>
- Todas las personas deben usar mascarilla clínica, todo el personal en contacto debe seguir estrictamente las normas de bioseguridad establecidas.

Actividades de mitigación generales:

- Por el decreto 1-3-0691 del 18 de marzo de 2002 y 1-3.0704 se restringe de manera temporal la circulación de personas y vehículos con algunas excepciones hasta el 24 de marzo de 2020
- Por el decreto presidencial 457 del 22 de marzo de 2020 se restringe de manera temporal la circulación de personas y vehículos con algunas excepciones hasta el 12 de abril de 2020
- Por el decreto 1-30666 de 12 de marzo de 2020 en el departamento quedan suspendidos todas las actividades masivas
- Se impulsará el teletrabajo en todas los estamentos gubernamentales y no gubernamentales
- Queda por decreto presidencial prohibido el ingreso de todos los extranjeros al país, los colombianos residentes fuera de Colombia deben permanecer en aislamiento en casa por 14 días si son asintomáticos o en caso de tener síntomas remitirse a la línea de atención o a la IPS centinela más cercana según la gravedad de los mismos
- Los extranjeros o colombianos procedentes del exterior que estén en nuestro país y no cumplan con el aislamiento social pueden ser expulsados del país o judicializados basados en la circular interna 005 del 11 de febrero de 2020 y la circular conjunta número 11 expedida por el ministerio de Salud y el boletín 058 del 13 de marzo de 2020
- Por lineamiento presidencial se suspenden todas las modalidades de atención del instituto Colombiano de Bienestar familiar, todas las clases en instituciones de educación primaria, media y superior y se recomienda desarrollar estrategias flexibles para estudio virtual y/o distancia
- Estar atentos a lineamientos diarios dados por el presidente de la república o la gobernadora del departamento.

Categorización de municipios

Características generales:

- Actualización semanal
- Semana anterior a la reportada
- Semanas de lunes a domingo
- Según fecha de notificación



Criterios

- Criterios 0: Municipios con 0 casos confirmados desde el inicio de la pandemia o Municipios que no ha presentado casos confirmados de covid19 en las últimas 3 semanas
- Criterio 1: Mayor o igual a 1.000 casos por millón de habitantes en las últimas 4 semanas
- Criterio 2: Mayor a 20% de la positividad reportada durante toda la pandemia
- Criterio 3: Mayor al 10% de incremento de casos entre la semana 1 y la semana 2
- Criterio 4: mayor del 10% del crecimiento de las defunciones registradas en las semanas semana 1 y la semana 2

Clasificación

- Municipios no covid: Municipios con 0 casos durante toda la pandemia
- Afectación baja: Municipios que no hayan presentado casos en estas 4 semanas
- Afectación media: Municipios con uno de los criterios 1, 2, 3 o 4
- Municipios con 2 o más de los criterios 1, 2, 3 o 4,

Toma de muestra respiratoria

Estudio de virus respiratorios en sitio de origen (antigénico o molecular), según criterio medico y siempre en caso de IRA grave (definición de caso 1) + envió de muestra al laboratorio de instituto nacional de salud. La muestra a usar puede ser aspirado traqueal, lavado broncoalveolar o lavado bronquial. En el caso que la tecnología sea transferida al LSPD y se deban enviar las muestras a dicho laboratorio se avisará previamente. En el caso que el prestador que inicialmente recibe al paciente no tenga capacidad para realizar la toma de muestra para el diagnóstico etiológico viral/bacteriano y hospitalización del paciente, debe realizar el proceso de referencia y contrarreferencia del paciente ante la EAPB o la Entidad Territorial según sea el caso, para definir el prestador de servicios de salud al que se debe remitir para continuar con el manejo. Asegurar que durante el traslado del paciente se continúe con el aislamiento (gotas y contacto).

Responsable de la toma de muestra la terapeuta respiratoria o quien esté capacitado para hacerlo

Tipos de muestra:

- Aspirado nasofaríngeo, traqueal: Se puede tomar con sonda o con trampa de moco, siempre enviar en mínimo 3 ml de solución salina
- Lavado nasal y garganta, broncoalveolar o lavado bronquial
- Hisopado combinado, oro y nasofaríngeo: usar hisopos de fibras sintéticas (rayón o poliéster), no hisopos de alginato de calcio o algodón, ni hisopos con mangos de madera porque pueden inhibir pruebas de laboratorio, enviar el hisopo en medio de transporte viral



- En caso de fallecidos, obligatoriamente se deben tomar
- Tejidos: del tracto respiratorio alto y bajo principalmente de los pulmones, bronquios y tráquea

Para tener en cuenta:

La muestra debe ser detectada dentro de los 10 primeros días, ya que entre el 4-5 día la carga viral se encuentra aumentada y se garantiza una mejor detección del virus. Debe ser tomada por personal capacitado teniendo en cuenta todas las medidas de bioseguridad, utilizando de forma adecuada los EPP que corresponden para virus respiratorios.

Rotule cada muestra con los siguientes datos:

- Nombre del paciente
- ID del paciente
- Tipo de muestra

Envío de la muestra en triple embalaje:



La muestra debe enviarse al los laboratorios designados por la EAPB, en caso de población pobre no asegurada deben enviarse al laboratorio departamental de salud pública.

Rutas de atención

Con la fase actual de la pandemia y las disposiciones dadas por el gobierno nacional se definieron 2 rutas para la captación de pacientes con COVID 19.

- Persona sintomática con consulta espontánea
- Contacto estrecho con persona con diagnóstico de COVID 19.

Persona sintomática con consulta espontánea

- Consulta a IPS o consulta mediante canales electrónicos
 - Verificar si cumple definición de caso
 - Diligenciar ficha 346 IRA por virus nuevo



- Se debe minimizar el traslado de estos pacientes entre áreas dentro de la misma IPS y entre otras IPS hacerlo solo si es necesario, cada prestador debe Definir dentro de su plan de contingencia la ruta de desplazamiento más segura al área de aislamiento
- Si se trata de población asegurada los sitios de consulta dependen de cada EAPB y deben ser difundidos e informados previamente a sus afiliados.
- Si se trata de población pobre no asegurada los sitios de consulta se definen por area geografia los cuales se relacionan a continuación:
 - El Área Geográfica Norte (Municipios de El águila, El Cairo, Ansermanuevo, Argelia, Versalles. Toro, La Unión, Obando, Ulloa, Alcalá, La Victoria, Zarzal y Cartago) tendrá como IPS Referente a la IPS Hospital San Juan De Dios de Cartago
 - El Área Geográfica Centro Tuluá (Municipio de El Dovio, Roldanillo, Bolívar, Trujillo, Bugalagrande, Sevilla, Caicedonia, Riofrio, Andalucía, San Pedro y Tuluá tendrán como IPS receptora el Hospital Tomas Uribe Uribe de Tuluá.
 - El área Geográfica Centro Buga (Municipios de Calima Darién, Yotoco, Restrepo, Guacarí, Ginebra y Buga) tendrá como IPS receptora el Hospital San José de Buga.
 - El área geográfica Occidente (Vijes, La Cumbre, Jamundí o Yumbo) tendrán como IPS Hospital La Buena esperanza de Yumbo
 - Pradera, Palmira y Florida consultarán al Hospital Raul Orejuela Bueno de Jamundí
 - Para Cali y Dagua se asigna el Hospital Universitario del Valle en Cali

Tener en cuenta:

- Todos los pacientes hospitalizados en unidad de cuidados intensivos con ira grave se les debe tomar muestra de aspirado traqueal para estudio de virus respiratorios incluyendo COVID-19
- Todos los pacientes hospitalizados fuera de unidad de cuidados intensivos con ira grave se les debe tomar muestra para procesamiento de COVID-19

Dado que se reactivaron los medios de transporte terrestre y aéreo para el ingreso al departamento hay que tener en cuenta:

- Se deben captar todas las personas sintomáticas por cualquiera de los puertos de entrada al departamento
- El personal de sanidad portuaria debe diligenciar la ficha investigación epidemiológica de campo: Infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) disponible en: [https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Apendice%201.%20Ficha IEC COVID%20.pdf](https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Apendice%201.%20Ficha%20IEC%20COVID%20.pdf), para el caso de las personas que vayan a ser trasladadas a aislamiento en casa se deben omitir los datos de laboratorio. El traslado se hará vía ambulancia a IPS designada.
- A las personas que no cumplan definición de caso el personal de sanidad portuaria debe diligenciar todos los datos personales y de identificación para poder continuar

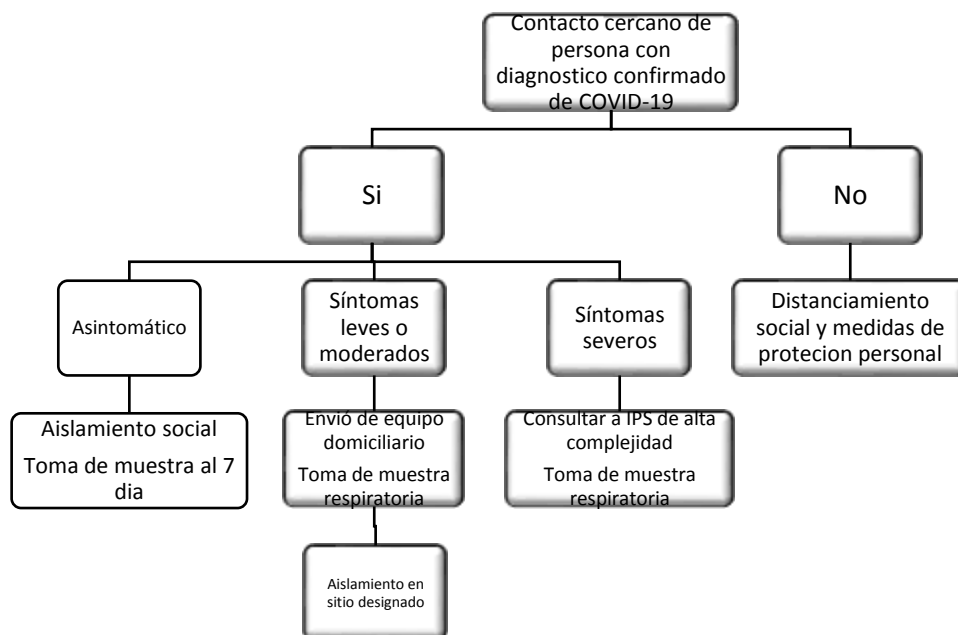


- el seguimiento por parte de las direcciones locales de salud.
- Todas las personas provenientes del extranjero deben tener prueba para SARS CoV2 negativa hasta 96 horas antes del ingreso
 - La IPS designada como centro centinela para la recepción de personas que cumplan definición de caso de COVID 19 y que hayan sido captadas en el Aeropuerto Alfonso Bonilla Aragón, es la Clínica Palma Real, Palmira. La IPS designada para el puerto marítimo de Buenaventura es el Hospital Luis Ablanque de la Plata, en su defecto HUV en Cali. La IPS designada para la terminal de trasportes de Cali es el HUV en Cali.
 - Se debe diligenciar la ficha 346 IRA por virus nuevo y se deben completar los datos de laboratorio de la ficha Infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19).
 - El centro centinela debe garantizar la toma de muestras, el aislamiento y el tratamiento del paciente de acuerdo a las guías y normatividad establecida a nivel departamental.
 - Si la persona va a ser enviada a casa se le debe enviar con mascarilla de uso clínico que debe ser provista por el personal de sanidad aeroportuaria, se debe garantizar un medio de transporte adecuado para evitar la exposición de otras personas
 - Todas las personas que realicen labores de aseo en las áreas donde estuvieron los pacientes con sospecha de COVID 19 deben usar todos los elementos de protección personal propuestos.

Persona con contacto estrecho con paciente positivo

- Todos los pacientes sintomáticos con contacto estrecho deben tener una muestra respiratoria tomada lo más pronto posible para diagnóstico específico del virus, todos los pacientes asintomáticos con contacto estrecho deben tener muestra para diagnóstico específico del virus entre el día 7 y 10 posterior a la última exposición.
- Si el paciente es positivo debe permanecer aislado según las recomendaciones de aislamiento para pacientes positivos, si es negativo debe permanecer aislado por 14 días y repetir la prueba en caso de aparición de síntomas.

Figura 1. Contacto estrecho con persona con diagnóstico de COVID 19



Puntos generales:

Clasificación de síntomas

- Síntomas leves: rinoreya, tos leve y cefalea sin fiebre
- Síntomas moderados: Síntomas respiratorios + fiebre (38,3°C en medición única o 38°C dos mediciones separadas)
- Síntomas severos: Signos o síntomas de dificultad respiratoria: Saturación < 90%, tiraje, retracciones, taquipnea, convulsiones, cianosis
- Todas las EAPB deben garantizar al menos 1 IPS de alta complejidad entrenada en el manejo de pacientes con sospecha de COVID 19 y equipada con todos los requerimientos técnicos para el manejo de estos pacientes. Estas IPS deben ser difundidas de forma masiva para el conocimiento de todos sus usuarios

Tabla 8. IPS asignadas por EAPB

EAPB	IPS CENTINELA
MEDIMAS	Hospital Universitario del Valle
ASMETSALUD	Hospital Universitario del Valle
SOS	Centro Médico Imbanaco



COOMEVA EPS	Clínica Palma Real – Hospital Universitario del Valle
SALUD TOTAL	Centro Médico Imbanaco – Clínica Nuestra Señora de los Remedios – Clínica Virrey Solís
AIC EPS	Clínica Nuestra Señora de los Remedios
SANIDAD POLICIA NACIONAL	Clínica Nuestra Señora de los Remedios
EPS SANITAS	Clínica Sebastián de Belalcazar – Clínica Versalles
EPS SURA	Clínica de Occidente – Clínica Farallones

- Los pacientes con COVID-19 pueden permanecer en el mismo ambiente pero separados al menos 2 metros de distancia entre ellos
- Solo los pacientes pediátricos, adultos mayores o pacientes con alguna discapacidad se les debe permitir tener acompañante los cuales deben tener restricción de movimientos, idealmente el mismo acompañante durante todo el proceso asistencial y debe usar bata impermeable manga larga, mascarilla y guantes.

Plan de manejo ambulatorio

Cerca del 80% de los pacientes requieren manejo en casa, por lo que se desarrollaron lineamientos sobre el manejo de estos pacientes y los signos de alarma para consultar de manera temprana y así impactar de manera significativa en la mortalidad y morbilidad severa que trae consigo esta patología.

Esto incluye

- Quienes pueden quedarse en casa
- Clasificación de pacientes
- Uso de pulsooxímetros ambulatorios y termómetros
- Teleconsulta

En caso de requerir más información sobre el tema se sugiere consultar el protocolo departamental de manejo ambulatorio



Medidas de protección del personal medico, paramedico y de aseo hospitalario:

- Actualmente, con la evidencia disponible, se cree que la transmisión de la infección se produce habitualmente por gotas y por contacto con material contaminado por ellas con mucosas (oral, ocular y nasal fundamentalmente). Por ello, el equipo para prevenir la infección debe incluir bata desechable resistente a líquidos de manga larga, mascarilla, guantes y protección ocular anti salpicaduras.
- Las batas y guantes son de uso exclusivo, las mascarillas se deben reemplazar cada vez que tengan signos de daño y en caso de mascarillas quirúrgicas no deben usarse por mas de 24 horas, las mascarillas de alta eficiencia se usan hasta que estén dañadas o por máximo 1 mes
- Higiene de manos estricta antes y después del contacto con el paciente y después de la retirada del equipo de protección personal
- Limpiar todos los elementos usados entre pacientes con alcohol al 70%
- Cada paciente debe tener su propio termómetro y en lo posible sus propios elementos para realizar el examen clínico
- El personal de limpieza tiene que utilizar el equipo de protección personal igual que los profesionales sanitarios
- En situaciones de generación de aerosoles incluyendo ventilación mecánica invasiva y no invasiva y reanimación cardiopulmonar se recomienda usar una habitación de presión negativa y mascarilla de alta eficiencia FFP2 o N95
- Debe existir un registro de todas las personas que tengan contacto con los pacientes infectados con nombre, fecha y horas.

Busqueda de pacientes de alto riesgo

- Caracterización de pacientes crónicos, mayores de 65 años y con patologías catastróficas de los municipios
- Caracterización de pacientes crónicos, mayores de 65 años y con patologías catastróficas con las EAPB
- Cruces con cuenta de alto costo
- Seguimiento a pacientes de alto riesgo.

Actividades de los diferentes actores del sistema de seguridad social en salud

Instituciones prestadoras de servicios de salud

Los Prestadores de Servicios de Salud deberán activar los planes hospitalarios de emergencia y los planes de contingencia para la prevención, detección, atención, educación y comunicación en salud, por un incremento de casos de IRA, incluyendo inventarios de insumos necesarios para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud a la población, ante un posible escenario de introducción del nuevo coronavirus.

Los Prestadores de Servicios de Salud dentro de su plan de contingencia deberán realizar la capacitación y designación del talento humano necesario para la atención y el



direccionamiento de las personas con sintomatología presuntiva de Infección Respiratoria Aguda. Además, deben:

- Intensificar actividades de capacitación y monitorear el cumplimiento de los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos para la detección, diagnóstico y manejo de IRA establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud - INS.
- Promover la adherencia a los protocolos y guías para la atención de IRA y documentar, implementar y evaluar acciones de mejoramiento según los hallazgos.
- Cumplir con las medidas de aislamiento respiratorio e higiénico-sanitario para reducir el riesgo de transmisión entre personas.
- Fortalecer las acciones de limpieza, desinfección y recolección de residuos en las diferentes áreas.
- Intensificar las medidas de bioseguridad y garantizar los suministros requeridos para disminuir riesgo de transmisión de IRA: insumos para lavado de manos (alcohol glicerinado, agua, jabón, toallas desechables), guantes, mascarillas quirúrgicas y máscaras de alta eficiencia (FFP2 o N95), batas manga larga desechables, gafas o caretas
- Proporcionar a los sintomáticos respiratorios mascarilla quirúrgica estándar (tapabocas) y los insumos necesarios para la higienización de manos, dando las indicaciones sobre su uso, tan pronto ingresen a la institución.
- Cumplir con la notificación de los casos de interés en salud pública, de acuerdo con los lineamientos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA.
- Garantizar la comunicación con el CRUE de su jurisdicción y las EAPB con las que tienen acuerdos para facilitar la operación del sistema de referencia y contra referencia.
- Garantizar los insumos necesarios para la toma, envío y transporte de muestras de acuerdo a las directrices impartidas por el Laboratorio Nacional de Referencia del INS.
- Estudiar y resolver solicitudes de insumos o reforzamiento de personal en las áreas críticas
- Notificar de manera inmediata todos los casos sospechosos en la ficha 348 IRAG inusitado o 346 IRA por virus nuevo según el caso
- Enviar historia clínica al correo apendice2@valledelcauca.gov.co

Ente territorial departamental

En cumplimiento de las actividades contempladas en la Ley 715 de 2001 artículo 43, la Secretaría Departamental realizará seguimiento a la implementación de las acciones contenidas en el plan de contingencia de las Direcciones Locales de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud al igual que la actualización a los planes hospitalarios de emergencia acorde al nuevo riesgo biológico



Disponer de un Equipo de respuesta rápida: Equipo multidisciplinario organizado para la respuesta en situaciones de alerta en salud con enfoque integral que articula las acciones de ambiente, vigilancia en salud pública, prestación de servicios, laboratorio de salud pública departamental, mediante el desarrollo de intervenciones directas a la comunidad e instituciones de salud de manera coordinada con las direcciones locales de salud.

Fortalecer la Vigilancia en salud pública: Este equipo provisionará en forma sistemática y con oportunidad, información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública.

Fortalecer el CRUE (Centro Regulador de Urgencias y Coordinación de Emergencias en Salud): El Centro Operativo de la Secretaría Departamental de Salud, estará encargado del manejo del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como la coordinación de las emergencias y desastres en salud. Sus funciones dentro de la emergencia del COVID 19 será:

- Cooperación y seguimiento a ruta de atención de pacientes con sospecha de COVID 19
- Administrar el centro de reservas que cuenta con un stock de equipos de emergencia
- Coordinar actividades con organismos de socorro

Otras funciones de la Secretaría de Salud Departamental

- Coordinar las acciones en salud con los consejos departamentales, distritales o municipales para la gestión del riesgo
- Notificación al Ministerio de Salud y Protección Social de presencia de casos sospechosos o probables del evento
- Verificación de cumplimiento de requisitos de manejo y toma de muestras a pacientes con COVID 19 por parte de IPS y EAPB
- Divulgar los protocolos e instructivos que se emitan para la vigilancia intensificada de la introducción del COVID19.
- Establecer con las EAPB de su territorio, las rutas de atención y acceso a las pruebas diagnósticas requeridas para el estudio
- Asesorar la remisión al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del INS, las muestras recibidas de las IPS que obtuvieron resultados negativos al aplicar el panel viral y bacteriano
- Verificar que los prestadores garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud de los casos de pacientes con IRA.
- Comunicar con veracidad y oportunidad a la población en general, al personal de salud y a otros sectores involucrados, los mensajes que permitan orientar acciones sobre prevención, preparación y manejo frente a una posible emergencia por la introducción del coronavirus (COVID19).
- Capacitar a la red de laboratorios en la toma, diagnóstico, interpretación de las pruebas y envío de muestras.



- Verificar las acciones de sanidad portuaria
- Gestionar la comunicación del riesgo

Tabla 9. Cadena de llamado Secretaria de Salud Departamental de Valle del Cauca

Funcionario	Área	No. Celular	Correo electrónico
Maria Cristina Lesmes Duque	Secretaria Departamental de Salud	3103612296	mclesmes@valledelcauca.gov.co
Luisa Fernanda Reina González	Subsecretaría de Salud Pública	3147938366	lfreina@valledelcauca.gov.co
Nora Elena Muñoz	Subsecretaría de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios	318 4015708	nmunoz@valledelcauca.gov.co
Hector Andres Betancur Cano	Vigilancia en Salud Pública	30127564567	hbetancur@valledelcauca.gov.co
Natalia Espinosa	Laboratorio Departamental de Salud Pública	3003127164	coordinacionlspd@valledelcauca.gov.co
Ricardo Restrepo	Salud Ambiental	3187978800	rrestrepo@valledelcauca.gov.co
Jimmy Caicedo	Centro Regulador de Urgencias	3155085950	jimmycaicedo@hotmail.com
Esther Liliana Cuevas	Micobacterias	3177650370	elcuevas@valledelcauca.gov.co
Doris Revelo Molano	Inmunoprevenibles	3012737770	revelodoris@hotmail.com
Flor Nayda Cuadros	Salud Mental	3012737767	flornayda@gmail.com
Juan Fernando Millan	Salud en Emergencias y Desastres	3176770166	juanfermil@gmail.com
Rodrigo Arce	Apoyo logístico	3153658906	rarce@valledelcauca.gov.co

Fuente: Plan Departamental de Emergencias en Salud Pública. Actualización 2020



Ente territorial municipal

- Coordinar el evento con la Secretaría Departamental de Salud
- Garantizar recurso humano y logístico al sitio del evento
- Identificar riesgos potenciales para la salud por medio de la realización de la investigación epidemiológica de campo, diligenciamiento de ficha de seguimiento a contactos disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
- Establecer contacto y coordinación con IPS, EAPB y SDS valle para coordinar manejo y seguimiento a casos/contactos con COVID 19
- Coordinar la red de prestación de servicios y vigilancia la actualización de los planes de emergencia hospitalaria con este riesgo biológico y garantizar la respuesta frente al aumento de casos de IRA por IRA o covid este ultimo relacionado con el nexo epidemiológico existente
- Diligenciar todos los casos en base de datos única que encuentra en línea por el personal del municipio donde se capte el caso sospechoso
- Investigación epidemiológica de campo obligatoria para casos confirmados, para casos sospechosos cada municipio acorde a la carga de notificación decidirá si se realiza la investigación de campo
- Realizar acciones de vigilancia comunitaria principalmente en el sector hotelero y de esparcimiento
- El equipo de VSP de los municipios deberá articularse con el área de aseguramiento a fin de realizar la recepción, revisión y solicitud de ajuste en caso de ser necesario.

Entidades administradoras de planes de beneficios

- Seguir los lineamientos dados por los entes territoriales nacional, departamental y municipal según corresponda
- Capacitar a las redes de prestación de servicios en medidas de prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IMS) y adherencia a protocolos y guías de manejo en IRA-IRAG-IRAGI.
- Implementar acciones de información, educación y comunicación dirigida a sus afiliados, para el autocuidado de la salud, el manejo inicial de la IRA en casa, los signos de alarma para consultar y sitios claves que dispongan para la atención, de acuerdo con la información que permanentemente suministre el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Disponer y difundir información entre los afiliados, sobre las redes de servicios para la atención de la infección respiratoria aguda.
- Disponer y difundir información entre los afiliados y prestadores de servicios de salud sobre las redes de diagnóstico y manejo de pacientes con sospecha de COVID 19

Administradoras de riesgos laborales

- Fomentar entre los empleadores y contratantes, el fortalecimiento de las acciones destinadas a proteger a los trabajadores, a través de los programas de salud



ocupacional e higiene industrial.

- Fomentar entre los empleadores y contratantes, el suministro de protectores respiratorios para los trabajadores que participan en la prestación de servicios al público, incluidos los de salud, de acuerdo con el tipo de exposición.
- Capacitar a los trabajadores del sector salud con base en las directrices técnicas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, dispuestas en su página web www.minsalud.gov.co en el sitio para coronavirus
- Difundir la información sobre prevención con base en los protocolos adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social y que pueden ser igualmente consultados en su página web
- Brindar capacitación y asistencia técnica para la protección de trabajadores de aerolíneas, transporte de carga y pasajeros, trabajadores de puertos, bomberos, fuerza pública y defensa civil.
- Capacitar y dar asistencia técnica a las empresas afiliadas para la protección de trabajadores que deben atender público en general.
- Capacitar y asesorar a las empresas y trabajadores afiliados en las actividades preventivas establecidas en la presente circular y en las disposiciones generales definidas por las autoridades sanitarias.

Plan de expansión departamental

Expansión inicial

Estimación de camas de UCI y costos de expansión

Para el cálculo de **expansión** de camas de UCI, se tuvo en cuenta las respuestas presentadas por las IPS y ESE según los múltiples requerimientos de la Secretaría de Salud Departamental, encontrando a la fecha que se pueden expandir 844 camas para la atención de UCI, distribuida en las IPS privadas 446 camas (52%) y en las ESE 410 camas (48%), aunque es importante anotar que muchas de las camas ofertadas de expansión, requieren la complementación de los ventiladores, monitores y camas hospitalarias para ser totalmente funcionales.

Para el cálculo de los costos de la expansión en camas hospitalarias, se priorizaron las 7 ESE y Hospitales de la red pública del departamento, así:



MUNICIPIO	INSTITUCION	CAMAS UCI EN EXPANSION	COSTO ESTIMADO TALENTO HUMANO- MES	COSTO ESTIMADO TALENTO HUMANO-3 MESES	COSTO ESTIMADO EQUIPOS
BUENAVENTURA	HOSPITAL DISTRITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA	25	421.800.000	1.265.400.000	3.663.894.000
CALI	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García	60	982.200.000	2.946.600.000	3.663.894.000
CALI	HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS - CALI	25	439.800.000	1.233.000.000	1.515.792.000
CALI	HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO	10	279.000.000	707.400.000	1.517.934.000
CARTAGO	HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS- CARTAGO	20	383.400.000	977.400.000	2.946.432.000
BUGA	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	19	380.040.000	950.040.000	2.088.048.000
TULUA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA	22	403.320.000	1.071.020.000	2.946.432.000
TOTAL	TOTAL	181	3.289.560.000	9.150.860.000	18.342.426.000
PRIMER MES - Montaje y operación					21.631.986.000

Tabla 13. Calculo de costos de expansión

Se proyectaron 181 camas de UCI para la **expansión** y cubrir todo el Departamento de Valle del Cauca, distribuidas en el área norte en Cartago, el área centro del departamento en Tuluá y Buga, el área pacífica en Buenaventura y el área sur en Cali con varias ESE.

Se estimaron los costos de recurso humano necesario para la apertura y funcionamiento, así como los costos en equipos biomédicos requeridos para el montaje de cada cama de UCI.

Se cuenta con la antigua Clínica ESIMED CALI NORTE, que en calidad de comodato fue recibida por la Gobernación del Valle del Cauca y entregada al HUV como entidad operadora de la IPS, entidad que ya está en funcionamiento desde el pasado 20 de abril, como una sede dos del Hospital.



Se ha denominado CLINICA VALLE SOLIDARIO HSOPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE SEDE NORTE – y en esta fase se destinará para desescalonar pacientes del HUV, que cumplen criterios de diagnósticos de patologías crónicas definidos, que serán trasladados paulatinamente desde el HUV y que se intenta descongestionar y alistar la sede principal del hospital, para disponer de un mayor número de camas UCI y de hospitalización con exclusividad para Covid-19.

Equipos de clinicaas de cirugía plastica: El Departamento revisó y analizó las IPS tipo Clínicas donde se realizan procedimientos quirúrgicos de cirugía plástica y reconstructiva, en las cuales se cuenta con una infraestructura y dotación para posible uso en expansión de pacientes con Covid-19. Estas áreas de cirugía cuentan con 23 máquinas de anestesia de presión positiva, equipos importantes y que pueden ser usados para suplir la necesidad urgente de equipos de ventilación mecánica, los cuales se solicitan en calidad de préstamo mediante comodato, para ser ubicados en las camas de expansión del Hospital Universitario del Valle.

Hoy se puede contar con el prestado de los siguientes elementos:

MAQUINA DE ANESTESIA EN CALIDAD DE PRESTAMO	MONITORES DE SIGNOS VITALES EN CALIDAD DE PRESTAMO	BOMBAS DE INFUSION EN CALIDAD DE PRESTAMO
23	72	13

Tabla 14. Maquinas en prestamo cirugía plastica.

Plan C: Expansion en hoteles.

Se tiene prevista una TERCERA intervención de expansión (que se habilitará solo si es necesario), que incluye inicialmente la adecuación de 992 habitaciones de hoteles para la



atención de los pacientes que requieran atención. Y la adecuación de la Villa Olímpica de INDERVALLE con 52 camas de expansión externa.

3.3 Actividades exclusivas de la fase de mitigación

En esta etapa de la epidemia se busca disminuir efectos sociales y economicos en todas las escalas para el evento de importancia en salud publica logrando un menor impacto en la población

Se realizaran las siguientes actividades:

- Medición de los efectos sociales y economicos en todos los niveles
- Evaluacion de las acciones realizadas
- Documentacion del proceso
- Fortalecimiento continuo del recurso humano
- Identificación de puntos de aglomeraciones y busquedas activas comunitarias
- Restricción de eventos superdispesores
- Aislamientos sectorizados
- Evaluación de seroprevalencia sectorizada y dirigida
- Medición y seguimiento de indicadores municipales
- Establecimiento de estrategia PRASS
- Reuniones periodicas de seguimiento con EAPB

Se continuarán realizando procesos de diagnostico y atencion descritos en la fase de contención.

Las IPS deben enviar diariamente al CRUE la disponibilidad de camas de UCI, quien definira donde ubicar a los pacientes, inicialmente se ubicaran a sus pacientes en la red de servicios, y en caso de escases en las mismas, se hará asignación donde se encuentre el cupo disponible, el objetivo es garantizar con oportunidad la atención de nuestros pacientes y la disposición de las camas a los vallecaucanos que la necesite.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. An update on the epidemiological characteristics of novel coronavirus pneumonia (COVID-19) Special Expert Group for Control of the Epidemic of Novel Coronavirus Pneumonia of the Chinese Preventive Medicine Association. 2020 Vol.41(2):139-144
2. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento. Infección Respiratoria Aguda en Colombia 2017. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Informe%20IRA%20Final%202017.pdf>
3. Guía para la preparación de planes de contingencia. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2016.
4. circularexterna005de2020.DirectricesdetencióntempranaControlCoronavirus(20189-nCov)<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/circular-externa-005-de-2020.pdf>
5. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/2018>
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE. 2018



7. Guía de campo Equipo Regional de respuesta a Desastres de la OPS/OMS. Panamá. Agosto 2009.
8. Circular 0023 14 de Julio de 2017. Acciones en salud pública para la prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda-IRA.
9. IRA-Circular No. 31 de 2018 Intensificación de las acciones prevención y control de IRA.pdf. <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/IRA-Circular%20No.%2031%20de%202018%20Intensificacion%20de%20las%20acciones%20prevencion%20y%20control%20de%20IRA.pdf>
10. Lineamiento para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza de junio de 2018” MSPS
11. Plan de contingencia del sector salud ante la temporada, invernal en Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social 2016
12. Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá 2018.
13. Vega Luis, Abarca K, Sánchez I. Vacuna anti-influenza en niños: Estado del arte. Rev. chil. infectol. [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2014 Feb 15]; 23(2): 164- 169. Disponible en:(http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182006000200011&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182006000200011>)
14. Informe del evento de vigilancia IRA-INS a periodo epidemiológico VIII 2018.<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/IRA%20PE%20VIII%202018.pdf>
15. Protocolo de vigilancia en salud pública de IRA- 2018
16. Montealegre Bocanegra, José Edgar. Estudio de la variabilidad climática de la precipitación en Colombia asociada a procesos oceánicos y atmosféricos de meso y gran escala. Año 2009. IDEAM <<http://www.ideam.gov.co/documents/21021/21789/Estudio+de+la+variabilidad+clim%C3%A1tica+de+la.pdf/643c4c0e-83d7-414f-b2b4-6953f64078d3>>
17. Montealegre Bocanegra, Jose Edgar. Modelo institucional del IDEAM sobre el efecto climático de los fenómenos El Niño y La Niña en Colombia. Año 2007. IDEAM <<http://www.ideam.gov.co/documents/21021/440517/Modelo+Institucional+El+Ni%C3%B1o+-+La+Ni%C3%B1a.pdf/232c8740-c6ee-4a73-a8f7-17e49c5edda0>>
18. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Nuevo-Coronavirus-nCoV.aspx>
19. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>