



No es errado resaltar que la salud tiene una alta importancia en los medios de comunicación por su importante incidencia dentro de la comunidad.

COMPONENTE COMUNICACIONAL

EL PROCESO DE COMUNICACIÓN EN LA SALA SITUACIONAL

La comunicación social y la salud son aliados permanentes que han contribuido a mejorar la calidad de vida de la población. La versatilidad de los medios de comunicación y su proactividad se convierten en un mecanismo que genera la formulación, evaluación y retroalimentación para estandarizar procesos o programas que involucran a la comunidad en general.

No es errado resaltar que la salud tiene una alta importancia dentro de los medios de comunicación por su importante incidencia dentro de la comunidad. A su vez, la comunidad busca información sobre lo que se debe hacer para mantener, mejorar, recobrar y modificar estilos de vida saludables, individuales y colectivos.

La Sala Situacional Distrital se ha convertido en una instancia articuladora entre la gestión institucional intersectorial y comunitaria en la que participan todos los actores institucionales con el apoyo y liderazgo de la Oficina de Planeación, el equipo de vigilancia en salud pública y el equipo de salud pública en territorios locales. Visto así, podemos tener claridad sobre la importancia de divulgar todos los procesos que se adelantan en esta estrategia de salud tan importante para el Distrito Capital.

Las políticas de comunicación y la operatividad de la Sala Situacional de salud pueden aportar favorablemente a la creación de oportunidades relacionadas con la inequidad, la pobreza y la exclusión social en temas de salud, para lo cual el Gobierno Distrital debe responder de una manera articulada a las necesidades de las personas y a los requerimientos del desarrollo humano que contribuyan a su bienestar.



ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

La estrategia de comunicación diseñada e implementada por la Sala Situacional, está orientada hacia un modelo de comunicación abierta, participativa, analítica y decisoria. Desde este modelo se pretende establecer necesidades de situación de salud, calidad de vida, monitoreo crítico, desarrollo de políticas y toma de decisiones para cada una de las localidades que intervienen en el proceso; no se trata de estandarizar mecanismos comunicacionales basados en experiencias diferentes a cada localidad, cada una debe ser estudiada desde su punto de vista social, económico y político enmarcado en un entorno de toma de decisiones favorables para su desarrollo y condicionamiento.

El trabajo articulado para el desarrollo de la estrategia de comunicación con las 14 salas locales iniciado en el año 2008, parte de la necesidad de divulgar todo el conocimiento aprehendido por los hospitales en torno de su comunidad. La estrategia abarcó cuatro etapas de intervención: diagnóstico, implementación y producción, producción y seguimiento.



La estrategia de comunicación diseñada e implementada por la Sala Situacional, está orientada hacia un modelo de comunicación abierta, participativa, analítica y decisoria.



GLOSARIO

El Territorio: es la ubicación en las Zonas de Calidad de Vida y Salud (ZCVYS), en los micro-territorios, en lo local y su problematización. Al respecto, cabe resaltar que esto implica un ejercicio dinámico en tanto es dinámico el territorio y los determinantes.

La Población: es el reconocimiento de las personas con sus características de género, etnia, grupo étnico, clase social para dar cuenta del ciclo vital.

Los Ámbitos: se refieren a los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana y se tejen interacciones. Son: familiar, los espacios productivos (laboral), escolar, los espacios públicos (barrial/comunitario), institucional (espacios de protección y rehabilitación); Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

La Gestión de la salud pública en ámbitos de vida cotidiana: son acciones que identifican las necesidades y articulan las respuestas en los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las personas, con el fin de promover el ejercicio del poder por parte de los sujetos para transformar las prácticas de vida y potenciar el desarrollo de autonomía que conduzca al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos.

La Gestión de la salud pública en lo local: son las acciones que se realizan desde lo local para afectar los determinantes estructurales que deterioran la calidad de vida.

La Gestión de la salud pública en el Distrito: son las acciones que se realizan desde el plano distrital y se caracterizan porque sus intervenciones apuntan a afectar los determinantes estructurales que deterioran la calidad de vida. En tal sentido, requieren del trabajo transectorial para alcanzar la potencia necesaria que necesitan las transformaciones de este tipo.

Raza/etnicidad y racismo²²: La raza/etnicidad es una categoría social, no biológica, referida a grupos sociales, a menudo con ascendencia y herencia cultural compartidas, que se forman como consecuencia de sistemas opresores de las relaciones entre las razas, justificados por la ideología, en los que un grupo se beneficia del dominio que ejerce sobre otros grupos, y se define a sí mismo y a los otros a través de esa dominación y de la posesión de características físicas selectivas y arbitrarias (por ejemplo, el color de la piel).

Sexualidades y heterosexismo²³: El término sexualidad se refiere a las convenciones, roles y comportamientos ligados a la cultura que suponen expresiones del deseo sexual, el poder y diversas emociones, mediadas por el género y otros aspectos de la posición social (por ejemplo, clase, raza/grupo étnico, entre otros). Los distintos componentes de la sexualidad

²² J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

²³ J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

son la identidad sexual, el comportamiento sexual y el deseo sexual. Las actuales categorías “occidentales” mediante las cuales las personas se identifican a sí mismas o son identificadas por los demás son: heterosexual, homosexual, lesbiana, gay, bisexual, “transgénero, transexual y asexual. El heterosexismo, la discriminación vinculada con la sexualidad, constituye una forma de conculcación de los derechos sexuales y se refiere a las prácticas institucionales e interpersonales por las cuales los heterosexuales acumulan privilegios (por ejemplo, el derecho legal a casarse y tener compañeros sexuales del “otro” sexo) y discriminar contra las personas que tienen o desean a compañeros sexuales del mismo sexo, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad, diferencia o desviación innatas. En consecuencia, las experiencias vividas de la sexualidad pueden afectar a la salud por vías que incluyen no sólo el contacto sexual (la propagación de enfermedades de transmisión sexual) sino también la discriminación y las condiciones materiales de la vida familiar y en el hogar.

Sociedad, social, societal y cultura²⁴: El término sociedad, que originalmente significaba “compañía o fraternidad”, hoy es “el término más general que tenemos para designar el cuerpo de instituciones y relaciones en cuyo seno vive un grupo relativamente grande de personas; además, es el término más abstracto para referirse a las condiciones en que se forman dichas instituciones y relaciones”. Por otra parte, el adjetivo social tiene también significados complejos: “es un término descriptivo para referirse a la sociedad en el sentido que predomina en la actualidad un sistema de vida en común”; así mismo, es un “término enfático y distintivo que contrasta explícitamente con el adjetivo individual y, especialmente, con las teorías individualistas de la sociedad”. A su vez, el adjetivo societal sirve para “referirse de una manera más neutra a las formaciones e instituciones sociales en general”¹⁹. De manera análoga, la epidemiología social y sus teorías sobre la distribución de las enfermedades contrastan con la epidemiología individualista, que se apoya en teorías individualistas de la causa de las enfermedades.

Cultura²⁵: En la epidemiología social predomina el significado que generalmente se relaciona, teórica y prácticamente, con las creencias y costumbres que tienen que ver con la salud, especialmente las prácticas alimentarias. En consonancia con ello, la “aculturación” (o, quizás más exactamente, la “desculturación” designa la adopción, por una “cultura”, de las creencias y prácticas de otra “cultura” (por lo general, dominante). En la bibliografía epidemiológica abundan ejemplos²³⁻²² en los que el concepto de “cultura” se combina con el de “grupo étnico” (y “raza”) y esta combinación se invoca indebidamente para explicar características socioeconómicas y sanitarias de diversos grupos de población sobre la base de cualidades “innatas” y no como consecuencia de relaciones sociales inequitativas entre grupos.

Clase social y posición socioeconómica²⁶

El término clase social se refiere a los grupos sociales que se forman por las relaciones económicas recíprocas establecidas entre personas. Estas relaciones están determinadas por las formas de propiedad y trabajo de una sociedad, y sus relaciones por medio de la producción, distribución y consumo de bienes, servicios de información. Así, el concepto de clase social se apoya en la premisa de la ubicación estructural de las personas dentro de la economía como patronos, empleados, trabajadores por cuenta propia y desempleados (tanto en el sector formal como en el informal), y como propietarios o no de capital, tierras y otras formas de inversión socioeconómica. Para decirlo en pocas palabras, las clases -como la clase obrera, los empresarios y sus administradores- sólo existen en relación mutua y se definen por referencia recíproca. Por ejemplo, no se puede ser empleado si no se tiene un patrono, y esta distinción entre empleado y patrono no indica que uno tenga más o menos

24 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

25 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

26 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700



El término clase social se refiere a los grupos sociales que se forman por las relaciones económicas recíprocas establecidas entre personas.

de cierto atributo, sino que tiene que ver con la relación de un individuo con el trabajo y con otros individuos por conducto de la estructura económica de una sociedad.

En tal virtud, la clase no es una propiedad a priori de cada ser humano, sino una relación social creada por las sociedades. Así, la clase social precede lógicamente y materialmente a su manifestación en la distribución de las ocupaciones, el ingreso, la riqueza, la educación y la situación social. Otro componente esencial de las relaciones de clase entraña una asimetría de la explotación económica, según la cual los dueños de los recursos (por ejemplo, el capital) obtienen ganancias económicas del trabajo o de los esfuerzos de los que trabajan para ellos.

La posición socioeconómica, es un concepto combinado que incluye medidas basadas tanto en los recursos como en el prestigio, vinculadas con la posición de clase social en la niñez y en la adultez. Las medidas basadas en los recursos se refieren a los recursos y bienes materiales y sociales, incluidos ingreso, riqueza y credenciales educativos; los términos que se emplean para designar la insuficiencia o carencia de recursos son “pobreza” y “privación” (véase “pobreza”). Las medidas que se basan en el prestigio se refieren al nivel o condición (status) de un individuo dentro de una jerarquía social, que generalmente se evalúa en relación con el acceso y consumo de bienes, servicios y conocimientos, a su vez vinculados con el prestigio ocupacional, el ingreso y el nivel de instrucción.

Habida cuenta de las distinciones entre los aspectos relativos a los recursos y lo que tienen que ver con el prestigio, así como las diversas vías por las cuales influyen en la salud, los estudios epidemiológicos deberían enunciar claramente cómo se conceptualizan las medidas de posición socioeconómica. Hay que evitar el término “situación socioeconómica” porque de manera arbitraria (cuando no intencional) destaca la “situación (status)” con respecto de los recursos materiales como el factor determinante fundamental de la posición socioeconómica.

Determinantes sociales de la salud²⁷

Este término se refiere tanto a las características específicas como a las vías por las cuales las condiciones sociales influyen en la salud, y que se pueden modificar mediante la actuación fundamentada. En su calidad de determinantes, estos procesos y condiciones sociales se conceptualizan como “factores esenciales” que “fijan ciertos límites o ejercen presiones”, sin que forzosamente sean “deterministas” en el sentido del “determinismo fatalista”. Los factores sociales determinantes de la salud dependen de la historia y se pueden definir en un sentido amplio como sigue:

- a.) Los sistemas económico, político y jurídico, pasados y presentes de una sociedad; sus recursos materiales / tecnológicos, su adherencia a normas y prácticas compatibles con las normas y patrones internacionales sobre derechos humanos.
- b.) Sus relaciones políticas y económicas con otros países, puestas en práctica mediante interacciones entre gobiernos, organizaciones internacionales de carácter político y económico (por ejemplo, las Naciones Unidas, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional), y organizaciones no gubernamentales.

Un término que aparece en la bibliografía sobre epidemiología social para resumir los factores sociales determinantes de la salud es “ambiente social”

Con esta metáfora se hace referencia a ideas de “ambiente”, término que literalmente se refiere a “lo que nos rodea” y que en un principio se usó para designar el ambiente físico, incluidas la parte “natural” y la “edificada”. Tanto la expresión “ambiente social” como la metáfora afín “ecología social” plantean problemas porque pueden ocultar el papel de la intervención humana en la creación de las condiciones sociales que constituyen factores sociales determinantes de la salud.



La posición socioeconómica, a su vez, es un concepto combinado que incluye medidas basadas tanto en los recursos como en el prestigio, vinculadas con la posición de clase social en la niñez y en la adultez.

27 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

Desigualdad o inequidad sociales en salud y equidad social en salud²⁸

La expresión desigualdades (o inequidades) en materia de salud se refiere a las disparidades sanitarias de un país determinado y entre países que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias (es decir: que no son ni inevitables ni irremediables) y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen. De este modo, las desigualdades (o inequidades) sociales en materia de salud no son sinónimo de las “desigualdades sanitarias”, término que se puede referir a cualquier diferencia y no específicamente a las desigualdades injustas. Por ejemplo, las medidas recientemente propuestas de “desigualdades sanitarias” cuantifican deliberadamente las distribuciones de salud en las poblaciones sin hacer referencia a grupos sociales ni a desigualdades sociales en materia de salud

La expresión equidad social en materia de salud, por su parte, se refiere a la ausencia de disparidades sanitarias injustas entre los grupos sociales, tanto dentro de un país como entre distintos países. Promover la equidad y disminuir la inequidad exige no sólo un “proceso de igualación constante” sino también un “proceso de abolición o disminución de privilegios”. De manera, pues, que la búsqueda de la igualdad social en el ámbito de la salud entraña la reducción de la carga excesiva que la mala salud impone a los grupos más dañados por las inequidades sociales en materia de salud, con lo cual se reducen al mínimo las desigualdades sociales en materia de salud y se mejoran los niveles promedio de la salud en general.

Producción social de la enfermedad y economía política de la salud²⁹

Estos términos se refieren a marcos teóricos afines (si no es que idénticos) que abordan explícitamente determinantes económicos y políticos de la salud y de la distribución de las enfermedades en una sociedad en particular y entre distintas sociedades, con inclusión de las barreras estructurales que impiden que la gente lleve una vida sana²⁹⁻³⁴⁻³⁵. En consecuencia, estas teorías se concentran en las instituciones y las decisiones económicas y políticas que crean, imponen y perpetúan los privilegios económicos y sociales y las desigualdades, que conceptualizan como las causas básicas (o “fundamentales”³⁶) de las desigualdades sociales en materia de salud. Aunque son compatibles con la teoría ecosocial de la distribución de las enfermedades, difieren en el sentido de que no buscan integrar sistemáticamente los conceptos biológicos en las explicaciones de las modalidades sociales de la salud²⁹⁻³⁷.

Producción social del conocimiento científico³⁰

Se refiere a las formas en que las instituciones y las creencias sociales influyen en la captación, formación, ejercicio profesional y financiamiento de los hombres y mujeres de ciencia, con lo cual se configuran las preguntas que nosotros, como científicos, formulamos o dejamos de formular, los estudios que hacemos o dejamos de hacer, y las formas en que analizamos e interpretamos los datos, consideramos sus probables deficiencias y difundimos los resultados

Está comprobado que las ideas de los científicos son moldeadas, en parte, por las creencias sociales prevalecientes en su época. En relación con la Epidemiología social, hay un acervo considerable de bibliografía que demuestra el modo en que el conocimiento científico y, lo que es más importante aún, las propias personas han sido dañados por el racismo científico, el sexismo y otras ideologías semejantes, entre ellas la eugenesia, que justifica la discriminación y niega la importancia de entender y mejorar las desigualdades sociales en materia de salud.

28 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

29 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

30 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700



Las medidas recientemente propuestas de “desigualdades sanitarias” cuantifican deliberadamente las distribuciones de salud en las poblaciones sin hacer referencia a grupos sociales ni a desigualdades sociales en materia de salud.

Estrés³¹

Es este un término que se usa ampliamente en las ciencias biológicas, físicas y sociales; corresponde a un concepto cuyo significado en la investigación sanitaria se define de diversas maneras en relación con “acontecimientos estresantes, respuestas y valoraciones individuales de situaciones”. Es común a estas definiciones “un interés en el proceso por el cual las demandas ambientales abruma a un organismo o sobrepasan su capacidad de adaptación, lo que da por resultado cambios psicológicos o biológicos que pueden poner a la persona en riesgo de contraer enfermedades”.

La “perspectiva del estrés ambiental” se centra en “las demandas, los factores o los acontecimientos del ambiente estresante”; la “perspectiva del estrés psicológico”, en “la percepción y evaluación por parte de un organismo del daño potencial que plantean las exposiciones ambientales objetivas”; y la “perspectiva del estrés biológico”, en “la activación de los sistemas fisiológicos que reaccionan en particular a las demandas físicas y psicológicas”.

El hecho de que en la investigación de epidemiología social el estrés se conceptualice en relación con parámetros estructurales interpersonales, cognitivos o biológicos, y de que se utilice “ambiente” como un término o una metáfora que revela u oculta el papel de la intervención y la responsabilización humanas en la determinación de las distribuciones del “estrés”, depende de las teorías subyacentes acerca sobre distribución de enfermedades que guíen la investigación.

Teorías de la distribución de las enfermedades³²

Estas teorías pretenden explicar las modalidades actuales y en transición de las enfermedades en la población a lo largo del tiempo y el espacio y, en el caso de la Epidemiología social, entre los grupos sociales (en un país determinado o entre distintos países a lo largo del tiempo). Valiéndose, como cualquier teoría de conjuntos de ideas afines cuya verosimilitud se puede poner a prueba mediante el pensamiento y la acción humanos, las teorías de la distribución de las enfermedades presumen que hay teorías de la causa de las enfermedades orientadas por mecanismos, aunque no se pueden reducir a dichas teorías. La atención explícita a la teoría etiológica es esencial porque las observaciones comunes de desigualdades sociales en materia de salud no se traducen necesariamente en una comprensión idéntica de las causas. Por ejemplo, el exceso de riesgo de contraer la infección por el VIH/Sida de las mujeres negras se atribuye a la inequidad social según las teorías ecosocial y de la producción social de las enfermedades, pero las teorías biomédicas del modo de vida lo atribuyen a “comportamientos malos”.

Análisis multinivel

Se refiere a los métodos estadísticos, surgidos de las ciencias sociales, que analizan los resultados relacionándolos simultáneamente con los factores determinantes medidos en diferentes niveles (por ejemplo, individual, del lugar de trabajo, del barrio, de la nación o de la región geográfica dentro de los límites geopolíticos o a través de ellos). Si están guiados por modelos conceptuales bien elaborados que especifican claramente cuáles variables se habrán de estudiar y a qué nivel estos análisis potencialmente permiten evaluar si la salud del individuo está determinada no sólo por características “individuales” o “familiares” (por ejemplo, el ingreso personal o familiar) sino también por características “de la población” o “de la zona”; estas últimas pueden ser “de composición” (personas que viven en la pobreza) o “contextuales” (irreducibles a nivel individual, por ejemplo., distribución del ingreso, densidad de la población o carencia de establecimientos, como supermercados, bibliotecas o centros de salud).



La “perspectiva del estrés ambiental” se centra en “las demandas, los factores o los acontecimientos del ambiente estresante”.

31 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

32 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700



El concepto de derechos humanos presupone que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” y ofrece un marco de referencia universal para decidir sobre cuestiones de equidad y justicia social.

Derechos humanos y justicia social³³

El concepto de derechos humanos presupone que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”³⁴ y ofrece un marco de referencia universal para decidir sobre cuestiones de equidad y justicia social.

En la Práctica, trasladado al campo de la responsabilización política y jurídica, “la legislación sobre derechos humanos se propone definir lo que los gobiernos nos pueden hacer, lo que no pueden hacernos y lo que deben hacer por nosotros”³⁵ para, así, respetar, proteger y cumplir sus obligaciones en el ámbito de los derechos humanos. Las normas de derechos humanos tienen como premisa, en primera instancia, la Declaración Universal de Derechos Humanos³⁶, de 1948, y su reconocimiento de la indivisibilidad y dependencia recíproca de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales³⁷.

Por tanto, un marco de “salud y derechos humanos” no sólo estimula el Reconocimiento de la manera en que la realización de los derechos humanos promueve la salud, sino que también ayuda a manifestar las inquietudes con respecto de la forma en que la violación de esos derechos puede dañar la salud en forma de quejas concretas y enjuiciables que los gobiernos y la comunidad internacional están legal y políticamente obligados a afrontar. A su vez, entender lo que propicia la violación de los derechos humanos y lo que ayuda a respetarlos, protegerlos y darles cumplimiento se ve favorecido por los marcos de justicia social que analizan explícitamente quién se beneficia y a quién perjudican la explotación económica, la opresión, la discriminación, la igualdad y la degradación de los “recursos naturales”. La unión de estos marcos permite formular conceptos pertinentes para analizar los factores sociales determinantes de la salud y guiar las acciones que permitirán crear sociedades justas y sostenibles.

Expresiones biológicas de la inequidad social³⁸

Este término se refiere a la manera como las personas literalmente encarnan y expresan biológicamente las experiencias de las desigualdades económicas y sociales, desde el periodo intrauterino hasta la muerte, con lo cual se producen desigualdades sociales relacionadas con la salud y que se reflejan en una amplia variedad de resultados. El concepto



33 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

34 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

35 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

36 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

37 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

38 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

de expresiones biológicas de las desigualdades sociales ocupa un lugar central en la epidemiología social y ha estado presente en el pensamiento epidemiológico -aunque no siempre de manera explícita- desde el surgimiento de esta disciplina a comienzos del siglo XIX, como lo ejemplifican las investigaciones pioneras (como las realizadas por Louis René Villermé [1782-1863]) sobre los gradientes socioeconómicos en la mortalidad, la morbilidad y la talla, y los efectos de la pobreza sobre aquéllos.

Entre los ejemplos figuran las expresiones biológicas de la pobreza y de diversos tipos de discriminación, como la que depende de la raza/grupo étnico, el concepto de género, la sexualidad, la clase social, la discapacidad o la edad. El hecho de que estas expresiones biológicas de las desigualdades sociales se interpreten como manifestaciones de características innatas y no impuestas, o individuales y no sociales, está determinado en parte por las propias desigualdades sociales que moldean la salud de la población. Así, el concepto de “expresiones biológicas de las desigualdades sociales” contrasta con las formulaciones biológicamente deterministas que presentan procesos y características biológicas invocados de manera tautológica para definir la pertenencia a los grupos subordinados o a los dominantes (por ejemplo, determinadas por el color de la piel o el sexo) como explicaciones de las desigualdades sociales en la salud.

Perspectiva del curso de vida³⁹

Se refiere a la manera en que el estado de salud a cualquier edad, para una cohorte de nacimiento determinado, reflejó no sólo las condiciones contemporáneas sino la encarnación de las circunstancias vitales anteriores, desde la etapa intrauterina en adelante. Lo que importa es la trayectoria que ha seguido el desarrollo (tanto biológico como social) de las personas a lo largo del tiempo, conformado por el período histórico en que vive y en relación con el marco social, económico, político, tecnológico y ecológico de la sociedad a la que pertenece. Un componente puede implicar lo que se ha denominado “programación biológica” para referirse al “proceso por el cual un estímulo o un insulto que opera en un período crítico del desarrollo tiene una importancia perdurable o incluso para toda la vida”. Cuál de estos procesos es reversible, y en qué circunstancias, constituye una importante pregunta empírica y de salud pública.

Pobreza, deprivación (material y social) y exclusión social⁴⁰

Estar empobrecido significa carecer o que se le nieguen los recursos suficientes a una persona para participar de manera significativa en la sociedad. La pobreza, un concepto complejo, es intrínsecamente un concepto normativo que se puede definir -en términos absolutos y relativos- en relación con: la “necesidad”, el “nivel de vida”, la “limitación de recursos”, la “carencia de seguridad básica”, la “falta de reconocimiento de los derechos propios”, las “privaciones múltiples”, la “exclusión”, la “desigualdad”, la “clase social”, la “dependencia” y las “penurias inadmisibles”, véase “Posición socioeconómica”. También es pertinente determinar si la experiencia de la pobreza es pasajera o crónica.

Según las Naciones Unidas, en el Informe del PNUD sobre la pobreza 2000

Superar la pobreza humana, se pueden distinguir dos formas de pobreza: la “pobreza humana” y la “pobreza de ingreso⁴¹”. La pobreza humana es definida como el empobrecimiento de múltiples dimensiones y tiene un carácter multidimensional y se refiere a la privación en cuanto a la capacidad más esencial de la vida, incluso vivir una vida larga y saludable, tener conocimientos, tener aprovisionamiento económico suficiente y participar plenamente en la vida de la comunidad”. Por contraposición, la pobreza de ingreso se define como la privación en una dimensión única: el ingreso⁴².

39 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

40 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

41 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

42 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700



La pobreza humana es definida como el empobrecimiento de múltiples dimensiones y tiene un carácter multidimensional y se refiere a la privación en cuanto a la capacidad más esencial de la vida.



Desde este punto de vista, la pobreza de ingreso constituye un determinante crítico (pero no exclusivo) de la pobreza humana, incluyendo en esta última el compromiso del estado de salud.

La deprivación se puede conceptualizar y medir, en el nivel individual y colectivo, en relación con la privación material, que abarca “las carencias alimentarias, de ropa, de alojamiento, de servicios domésticos, ambientales, de ubicación y de trabajo (remunerado o no)”, y la deprivación social, que se refiere a los derechos con respecto de “empleo, actividades familiares, integración a la comunidad, participación formal en las instituciones sociales, recreación y educación”. En conformidad con lo anterior, se pueden establecer umbrales de pobreza, a saber:

- a) un nivel de ingreso (por ejemplo, la línea de pobreza) que se considera insuficiente para satisfacer las necesidades de subsistencia; o bien.
- b) “el punto en que los recursos están tan gravemente por debajo de los que percibe el individuo o la familia promedio que los pobres quedan, de hecho, excluidos de las formas de vida, costumbres y actividades”, de tal manera que la línea de pobreza es igual “al punto en que la privación aumenta intensa y desproporcionadamente en relación con los recursos que van disminuyendo”.

La exclusión social, otro término que abarca varios aspectos de la pobreza, concentra a su vez la atención no solo en las repercusiones sino en el proceso de la marginación. Las vías por las cuales los grupos sociales y las personas pueden quedar excluidos de la plena participación en la vida social y comunitaria son:

- a) La exclusión jurídica (por ejemplo, la discriminación de derecho).
- b) La exclusión económica (debida a privaciones económicas).
- c) La exclusión debida a la carencia de servicios sociales (cuando no se facilitan servicios de traducción o medios para ayudar a las personas discapacitadas).
- d) Exclusión derivada del estigma (como las personas que padecen Sida o infección por el VIH) y la discriminación de hecho.

Así, pues, la teoría ecosocial invita a considerar la manera en que la salud de la población es el producto de las condiciones sociales.



Teoría ecosocial de distribución de enfermedades⁴³

El marco ecosocial y otros marcos epidemiológicos de niveles múltiples que están surgiendo pretenden integrar la teoría sociológica y biológica y una perspectiva dinámica, histórica y ecológica para obtener nuevos conocimientos acerca de los factores determinantes de la distribución de las enfermedades en la población y del efecto de las desigualdades sociales sobre la salud. La pregunta central de la teoría ecosocial es: “¿quién y qué es responsable por los patrones poblacionales de salud, enfermedad y bienestar, tal como se manifiestan en las desigualdades sociales en salud actuales, pasadas y en transición?”. En consonancia con lo anterior, las explicaciones epidemiológicas apropiadas deben explicar las distribuciones de las enfermedades, tanto persistentes como en transición, especialmente las desigualdades sociales en materia de salud, a lo largo del tiempo y del espacio. Para ayudar a la conceptualización, la teoría ecosocial se vale de una metáfora de los fractales visuales en la cual un árbol de la vida se entrelaza con el entramado social que diferentes grupos fundamentales de la sociedad a diario refuerzan o tratan de modificar. Se eligió esta metáfora porque los fractales son estructuras recurrentes, que se repiten y son idénticas en cada nivel, desde el micro hasta el macro.

Así, pues, la teoría ecosocial invita a considerar la manera en que la salud de la población es el producto de las condiciones sociales que necesariamente se entrelazan con los procesos biológicos en cada nivel espacio-temporal, ya sea del subcelular al mundial, o de los nanosegundos a los milenios. Por consiguiente, los conceptos medulares de la teoría ecosocial se describen a continuación.

Desigualdad o inequidad sociales en salud y equidad social en salud⁴⁴

La expresión desigualdades (o inequidades) en materia de salud se refiere a las disparidades sanitarias de un país determinado y entre países que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias (es decir: que no son ni inevitables ni irremediables) y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen. De este modo, las desigualdades (o inequidades) sociales en materia de salud no son sinónimo de las “desigualdades sanitarias”, término que se puede referir a cualquier diferencia y no específicamente a las desigualdades injustas. Por ejemplo, las medidas recientemente propuestas de “desigualdades sanitarias” cuantifican deliberadamente las distribuciones de salud en las poblaciones sin hacer referencia a grupos sociales ni a desigualdades sociales en materia de salud.

43 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

44 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700

La expresión equidad social en materia de salud, por su parte, se refiere a la ausencia de disparidades sanitarias injustas entre los grupos sociales, tanto dentro de un país como entre distintos países. Promover la equidad y disminuir la inequidad exige no sólo un “proceso de igualación constante” sino también un “proceso de abolición o disminución de privilegios”. De manera, pues, que la búsqueda de la igualdad social en el ámbito de la salud entraña la reducción de la carga excesiva que la mala salud impone a los grupos más dañados por las inequidades sociales en materia de salud, con lo cual se reducen al mínimo las desigualdades sociales en materia de salud y se mejoran los niveles promedio de la salud en general.

Producción social de la enfermedad y economía política de la salud⁴⁵

Estos términos se refieren a marcos teóricos afines (si no es que idénticos) que abordan explícitamente determinantes económicos y políticos de la salud y de la distribución de las enfermedades en una sociedad en particular y entre distintas sociedades, con inclusión de las barreras estructurales que impiden que la gente lleve una vida sana. En consecuencia, estas teorías se concentran en las instituciones y las decisiones económicas y políticas que crean, imponen y perpetúan los privilegios económicos y sociales y las desigualdades, que conceptualizan como las causas básicas (o “fundamentales” de las desigualdades sociales en materia de salud. Aunque son compatibles con la teoría ecosocial de la distribución de las enfermedades, difieren en el sentido de que no buscan integrar sistemáticamente los conceptos biológicos en las explicaciones de las modalidades sociales de la salud

En la consolidación de la estrategia de Sala Situacional se han generado y fortalecido el componente de Investigación cualitativa, sistema de información geográfica en salud, el componente comunicacional y el componente organizacional; a continuación se describe brevemente cada uno de ellos.

45 45 J Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CCPR. Proyecciones de población del Distrito Capital y su distribución espacial al año 2010.
2. Encuesta de Calidad de vida Bogotá. 2007. Resultados Preliminares. DANE. Secretaría de Planeación.
3. Lineamientos PAB. 2006. Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud.
4. Breilh, et. Al., 1987; 94.
5. Robinsón, Mary. Universalidad y Prioridades. En: Informe de Desarrollo Humano, 2000. PNUD.2001.pp113.
6. La Carta de Otawa 1986 y la de Bogotá 1992 la definen como “proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, esto requiere transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo”
7. De Currea- Lugo, Víctor. El derecho a la salud en Colombia: Diez años de frustraciones. Textos de Aquí y Ahora. Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, ILSA. Bogotá - Colombia. 2003. Pág. 26.
8. Plan estratégico social el desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud. Hacia la universalidad de los derechos sociales con equidad, dentro de una estrategia de promoción de la calidad de vida y salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas, septiembre 2003.
9. De Negri A. Conferencia: la participación y el enfoque promocional de calidad de vida y salud. Agosto 28 del 2004.
10. De Negri A. Conferencia: la participación desde el enfoque promocional de calidad de vida. Agosto 28 del 2004.
11. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. Yolanda D’Elia, Armando De Negri, Magally Huggins, Castañeda Mauricio, Veja Manuel Bazó.
12. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Plan Estratégico Social, Caracas, Sep. 2003.
13. Bonilla. Documento de sala situacional.
14. Bonilla, Luis y Haiman El Troudi (2004). Colección de documentos sobre inteligencia social y sala situacional. Caracas: Edición mimeografiada.
15. Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman L, Kawachi I, eds. Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 2000:36–75.
16. Krieger N. Refiguring “race”: epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. *Int J Health Services* 2000;30:211–16.
17. Parker RG, Gagnon JH, eds. Conceiving sexuality: approaches to sex research in a post-modern world. New York: Routledge, 1995.
18. *Journal of Epidemiology and Community Health* (*J Epidemiology Community Health* 2001; 55:693-700). Se tradujo y reprodujo con permiso del British Medical Journal Publishing Group. La primera parte fue publicada en el *Boletín epidemiológico* 2002; 23(1):7-11.

capítulo II

INFANCIA





TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	69
Contexto normativo sobre la infancia	71
Recomendaciones para el cumplimiento de la meta de mortalidad infantil de los objetivos del milenio: (OPS - CEPAL 2.004)	72
MARCO LEGAL	73
OBJETIVO	75
MARCO CONCEPTUAL	75
Situación actual de la mortalidad infantil	75
Factores asociados a la mortalidad infantil	78
Vinculación al Régimen de Seguridad Social	78
Edad de la madre	79
Malformaciones congénitas	79
Bajo peso al nacer	80
Prematurez y condiciones al nacimiento	80
Causas nosológicas de mortalidad infantil	80
Situación de las estrategias AIEPI, IAMI, IAFI, y del programa de crecimiento y desarrollo	82
Aspectos nutricionales y alimentación al seno	83
Programa ampliado de Inmunización (PAI) y PAI plus	84
Resultados de los análisis de caso de mortalidad infantil	84
Causas de mortalidad infantil según criterios de reducibilidad relacionados con la atención en salud	86
Atención de la mujer gestante en su relación con la calidad de vida del recién nacido	87
METODOLOGÍA	89
ACTORES	90
PROBLEMÁTICA	92
Modulación y regulación del sistema	93
Calidad de la atención en salud	93
Situación social y comunitaria	97
RESPUESTA DEL SECTOR SALUD PARA EVITAR LA MORTALIDAD INFANTIL	99

RESPUESTA SOCIAL.....	101
Metas del comité intersectorial de la política de infancia la disminución de la mortalidad infantil	102
CONCLUSIONES	107
LOGROS	109
GLOSARIO.....	111
BIBLIOGRAFIA	113





Pensar en la infancia, así como en todos los significados que culturalmente se le han atribuido a la niñez, nos conduce necesariamente a repensar el rol que históricamente se ha atribuido a los niños y niñas en la sociedad.

INTRODUCCIÓN

El proceso salud-enfermedad, se materializa en los territorios sociales como escenarios de interacciones sociales y económicas permanentes que se expresan en condiciones de vida de los grupos humanos, lo que involucra la creación o generación de ciertos imaginarios o representaciones sobre espacios considerados como sanos, insanos, peligrosos o deseables y que explican parte de las prácticas sociales. De ahí la necesidad de diferenciar los determinantes de la salud de acuerdo con los territorios sociales, ya que allí se condensan las diferentes maneras de vivir, enfermar y morir¹.

Pensar en la infancia, así como en todos los significados que culturalmente se le han atribuido a la niñez, nos conduce necesariamente a repensar el rol que históricamente se ha atribuido a los niños y niñas en la sociedad, en una posición de agentes pasivos sin opinión ni participación, determinados directamente por la decisión y voluntad de los adultos que imparten pautas de crianza posiblemente de acuerdo con su historia de vida y su misma formación, siendo entonces pocas veces reconocido como sujetos de derechos capaces de participar, expresar su pensamiento y sentir, así como incidir en la toma de decisiones.

Este supuesto resignifica de la misma forma el papel de la familia y la escuela como agentes formadores de una red social primaria y socializadores de una secundaria, que además de cumplir con esta característica, se eleva a una posición en donde no sólo tienen la gran tarea de proveer ambientes sanos y adecuados para el desarrollo, sino que también deben asumir la responsabilidad de estimular la participación, la reflexión, la convivencia y la construcción de ciudadanía en los niños y niñas como elemento fundamental del desarrollo infantil, similar al desarrollo cognitivo, motor, personal-social o sensorial.

En agosto de 2006, por iniciativa del Secretario de Despacho, doctor Héctor Zambrano, se dio vida a la Sala Situacional Central (SSC) de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) abordando diferentes temáticas, entre ellas la de infancia. La estructura de esta sala situacional estuvo dirigida al análisis de la situación Distrital y a su vez local, con el propósito de tomar decisiones que consoliden, fortalezcan, generen y mantengan acciones en el marco de procesos en beneficio de la infancia, y contribuyan a cerrar las brechas de inequidad identificadas.

El proceso realizado en las localidades ha sido de construcción y participación activa de los equipos de vigilancia en salud pública, ámbitos de vida cotidiana, instituciones tanto del sector como fuera de éste que desarrollan acciones con la infancia y la comunidad, como actores clave e indispensables para evidenciar las problemáticas, respuesta social y posibles alternativas de solución.

¹Documento Marco SDS

Como principal problemática a ser analizada se seleccionó la mortalidad infantil, dada su importancia como meta del plan de gobierno 2004 - 2008 “Bogotá sin indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión”. Se consideró, igualmente, la responsabilidad del sector salud en el desarrollo de la política de infancia: “Quiéreme bien, quiéreme hoy” en el eje “Protección a la vida” donde es responsable directo del componente “inicio de una vida digna”; sin dejar de lado la consideración de la reducción de la mortalidad infantil como uno de los objetivos de desarrollo del milenio.

Dentro de la política de infancia, en el eje, inicio de una vida digna es un momento particularmente crucial para la vida futura y el desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes. En tal sentido, la ciudad se comprometió con tres líneas de acción relacionadas con el nacimiento, antes del nacimiento y el primer año de vida.

La problemática resultante de este análisis se agrupó en tres ejes fundamentales:

- Modulación y regulación del sistema de salud, referida al ejercicio de la rectoría, las formas de contratación, la articulación entre los diferentes actores y las limitaciones administrativas.
- Calidad de la atención que incluye la dinámica del recurso humano, infraestructura, intervenciones, barreras de acceso, coberturas e integralidad de la atención.
- Situación social y comunitaria como determinantes esenciales de esta problemática.

Durante dos meses se hicieron esfuerzos por consolidar información relacionada con esta problemática -mediante una amplia convocatoria- en la que participaron cerca de 2 mil personas entre las que se encontraban grupos de expertos, miembros de instituciones de salud pública y privada: ESE, IPS, EPS y ARS, grupos comunitarios, profesionales de otros sectores sociales como el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y dentro de la SDS con los aportes de las tres Direcciones Misionales y la Oficina de Planeación.

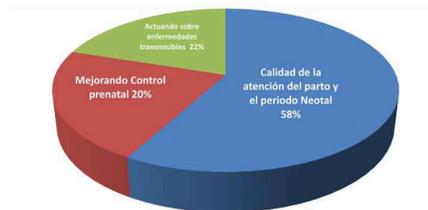
Parte del ejercicio concluye que de las 1653 muertes en menores de un año ocurridas en 2005, el 53 por ciento (809/1653) son potencialmente reducibles, de éstas, el 57,6 por ciento (N=466) de las muertes se reduciría si se mejora la calidad de la atención del parto y del periodo neonatal, el 20,1 por ciento (N=163) mejorando el control prenatal, el 22,3 por ciento (N=180) especialmente actuando sobre las enfermedades transmisibles (Gráficas 1 y 2).

Como resultado final, se plantean intervenciones que puedan impactar positivamente la mortalidad infantil y paralelamente la etapa de ciclo vital de infancia.

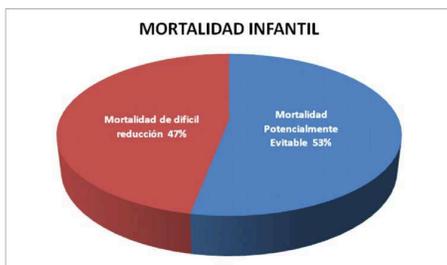


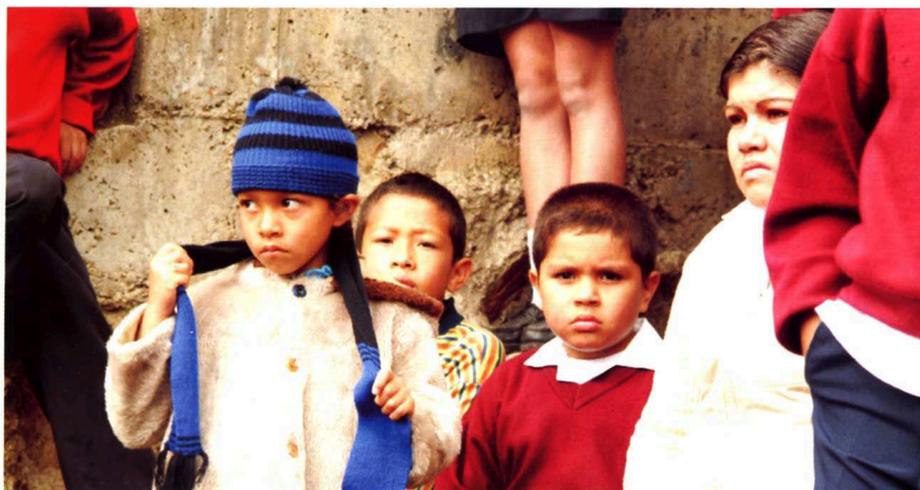
Se consideró, igualmente, la responsabilidad del sector salud en el desarrollo de la política de infancia: “Quiéreme bien, quiéreme hoy” en el eje “Protección a la vida”

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE



MORTALIDAD INFANTIL





Contexto normativo sobre la infancia

El mundo, como tal, reconoce la problemática de la infancia y de la mortalidad infantil y es así como en 1919 se le da reconocimiento jurídico internacional a los derechos de la niñez, a raíz de los momentos de la postguerra donde las condiciones de miseria hacen de los niños y las niñas seres vulnerables.

Posteriormente, en Ginebra, se aprueba la Declaración de los Derechos del Niño que establece: “el niño tiene derecho al desarrollo material, moral y espiritual; a recibir ayuda especial cuando esté hambriento, enfermo, discapacitado o huérfano; a que se le socorra en primer lugar en situaciones graves; a estar protegido contra cualquier explotación económica y a recibir una educación que le inculque un cierto sentido de responsabilidad social”. Hacia 1959, se le reconoce, además, el derecho a tener un nombre y una nacionalidad.

En 1979, las Naciones Unidas declaran el Año Internacional del Niño, siendo el mayor logro, el poner en marcha un proceso de mayor significación a largo plazo. La firma de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, así como un Plan de Acción con metas a lograr en el año 2000, fue firmada en Nueva York, en 1990, por los jefes de Estado de 71 países.

Los objetivos de desarrollo del milenio, planteados en el año 2000, incorporan metas específicas relacionadas con la infancia, entre ellas la reducción de la mortalidad mundial de niños y niñas menores de 5 años en dos terceras partes, y el logro de la educación básica universal a lo largo del período comprendido entre 1990 y 2015. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba dos Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño: uno sobre la participación de los niños y las niñas en conflictos armados, y otro sobre la venta de niños y niñas, la prostitución infantil y la utilización de niños y niñas en la pornografía.

El objetivo cuarto de las metas del milenio contempla: reducir la mortalidad infantil, y como meta: aminorar en dos terceras partes la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años, entre 1990 y 2015, tomando como indicadores tasa de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años, tasa de mortalidad infantil y porcentaje de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión².

Colombia, como uno de los países que firma este compromiso, planteó en su plan de Gobierno: “Plan País por la Infancia 2004 - 2015, metas a favor de la infancia”.

“En el Distrito, enmarcado dentro del plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Bogotá D.C. 2004-2008 'Bogotá sin Indiferencia: un compromiso social contra

² Los Objetivos del desarrollo del milenio. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (PNUD). WWW.undp.org/spanish/mdgsp/

El objetivo cuarto de las metas del milenio contempla: reducir la mortalidad infantil, y como meta: aminorar en dos terceras partes la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años.



la pobreza y la exclusión³ se propuso, dentro de las metas para este periodo, reducir la tasa de mortalidad infantil a 12 por mil nacidos vivos, partiendo de una línea de base de 15 por mil nacidos vivos del año 2003. Igualmente, se elaboró la política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes Bogotá 2004 - 2008: 'Quiéreme bien, quiéreme hoy'³, basada en los derechos de los niños y las niñas, donde el primer punto es la protección de la vida y dentro de este punto el comienzo de una vida digna que incluye acciones desde el momento de la gestación hasta el primer año de vida”.

Los ejes de la política para niños, niñas y adolescentes de la ciudad se centra en la garantía de los derechos para mejorar su calidad de vida. Con tal propósito, los ejes estratégicos de la política serán:

- ☒ Protección de la vida.
- ☒ Generación de escenarios adecuados para el desarrollo.
- ☒ Condiciones para el ejercicio de la ciudadanía por parte de los niños, las niñas, y adolescentes.

Recomendaciones para el cumplimiento de la meta de Mortalidad Infantil de los Objetivos del Milenio: (OPS - CEPAL 2004).

Se plantearon las siguientes recomendaciones, que hay que tener presentes al definir nuestras propuestas de intervención:

Fortalecer el compromiso político con los objetivos a todos los niveles y elaborar y ejecutar planes nacionales de acción para el cumplimiento de los objetivos.

Promover la intersectorialidad e interinstitucionalidad.

Incrementar y hacer más progresivo el gasto corriente y de inversión en salud.

Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.

Acrecentar la calidad y oportunidad de la provisión de servicios de salud.

Fortalecer una red de servicios que garantice el derecho universal a la salud, incluidos los derechos reproductivos individuales.

Reorientar el modelo de atención bajo criterios de promoción y prevención para fortalecer la estrategia de atención primaria.

Dar prioridad a las tácticas orientadas a ampliar el acceso a los servicios de salud.

Velar por la continuidad de la atención entre los distintos niveles y subsistemas del sector salud.

Respaldar la demanda de servicios de los grupos con mayor riesgo de exclusión (pobres, indígenas y afrodescendientes, entre otros).

Fortalecer la capacidad de los usuarios para reconocer y ejercer sus derechos a la atención de la salud.

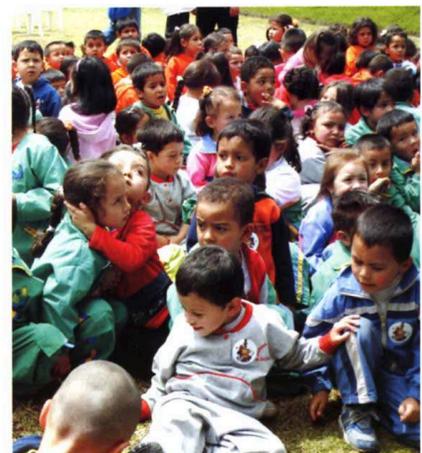
Mejorar el desempeño profesional y la capacitación continuada.

Acelerar el desarrollo de capacidades institucionales que permitan perfeccionar la atención prestada por los servicios de salud a la población materna - infantil.

Fortalecer y cualificar los sistemas de vigilancia en salud.

Para el desarrollo de este ejercicio se toma en cuenta como marco legal, política social, política de familia, política Distrital de Infancia y la normatividad de Vigilancia en Salud Pública.

Se propuso, dentro de las metas para este periodo, reducir la tasa de mortalidad infantil a 12 por mil nacidos vivos, partiendo de una línea de base de 15 por mil nacidos vivos del año 2003.



³ Alcaldía Mayor de Bogotá. Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes. Bogotá 2004-2008. "Quiéreme bien, quiéreme hoy". Bogotá. Diciembre de 2004.



MARCO LEGAL

La Política de Familia orienta la acción de los diferentes sectores de la sociedad hacia el reconocimiento y la garantía de los derechos familiares, tal como lo contempla la Declaración Universal de los Derechos Humanos, al establecer la obligación para el Estado y la Sociedad, de dar a la familia la más amplia protección y asistencia posibles. Toma como concepto de familia construcciones sociales y culturales de la filiación y el afecto, determinadas históricamente. La familia, como una de las formas de organización social, es el ámbito primordial de humanización y socialización; unidad portadora, creadora, reproductora y realizadora de valores; con capacidad para transformarse y transformar su entorno y la sociedad de la que hace parte.

Las familias, en sus redes comunitarias de apoyo, son fundamentales para la construcción democrática de ciudad, a partir de la gestión social, política, económica, cultural y ambiental de los territorios que habitan. Las familias reciben, asimilan, resisten y dan respuesta al impacto de los cambios de los contextos y momentos históricos en que se inscriben.

La Política de Infancia “Quiéreme bien, quiéreme hoy”, parte de la evidencia que en términos de magnitud y la severidad de ciertos problemas cotidianos de los niños, las niñas y los(as) adolescentes en Bogotá, resultan algunos, a todas luces, intolerables. Muchos de ellos son percibidos por los niños y las niñas con especial importancia, cuando



se les da la oportunidad de hablar de sus problemas. Otros, ni siquiera son percibidos por ellos, porque es lo único que conocen en su corta vida. Y otros, se han convertido en un asunto “natural” para un amplio sector de la sociedad, bien sea por la idea que se tiene de la infancia o bien porque no parecen superables y terminan haciendo parte del paisaje.

Para una ciudad que pretende ser moderna y humana, resulta intolerable que sus niños, niñas y adolescentes:

- Sufran o mueran por causas evitables (perinatales, infecciosas y accidentes).
- Padezcan hambre.
- Los maltraten, los castiguen o los abusen sexualmente.
- Trabajen en vez de estar en la escuela.
- Estén solos.
- Se les esconda, cuando tienen alguna discapacidad.

Los componentes y líneas de esta política son los siguientes:

- La protección de la vida.
- Inicio de una vida digna: antes de nacer, primer año de vida.
- Ciudad segura para niños, niñas y adolescentes.
- Seguridad alimentaria.
- La generación de escenarios adecuados para el desarrollo:
- Relaciones propicias para el desarrollo.
- Ambientes amigos.
- Niños y niñas a la escuela, adultos al trabajo.
- La generación de condiciones para el ejercicio de la ciudadanía.
- Actores de su propio derecho.

Se evidencian problemas en la infancia que se han convertido en un asunto “natural” para un amplio sector de la sociedad, bien sea por la idea que se tiene de la infancia o bien porque no parecen superables y terminan haciendo parte del paisaje.





En Colombia, la evolución de la mortalidad infantil indica que desde la mitad de la década de los 30, el país ha experimentado un descenso en este indicador.

OBJETIVO

Visibilizar las inequidades y desigualdades en la situación de Mortalidad Infantil en Bogotá, revisar e identificar los diferentes aspectos que participan en el comportamiento de la mortalidad infantil en la ciudad, así como contribuir a elevar la capacidad de respuesta, en términos de tomar las decisiones pertinentes, oportunas y eficaces que se requieren, reconociendo la realidad de la ciudad y garantizando contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas menores de 1 año.

MARCO CONCEPTUAL

Situación Actual de la Mortalidad Infantil

En el mundo, todos los años nacen muertos cerca de 3,3 millones de niños, y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Las muertes de lactantes durante el periodo neonatal son tan numerosas como las que se producen en los 11 meses siguientes o las registradas en los niños y niñas de 1 a 4 años⁴.

Mundialmente, la tasa de mortalidad infantil es de 55 por 1.000 nacidos vivos (n.v.), estimando para los países desarrollados una tasa de mortalidad infantil de 8 por 1.000 n.v., para países en vías de desarrollo de 60 por 1.000 n.v. y para los subdesarrollados con un 94 por 1.000 n.v.⁵

Para América Latina y el Caribe, se estima una tasa de mortalidad infantil de 24 por 1.000 n.v. siendo más alta en esta última (32 por 1.000 n.v.). Si bien la tasa para nuestra región está por debajo de la tasa mundial, no deja de ser preocupante y más aún cuando se comparan las tasas entre estos países con la existencia de diferencias entre uno y otro, como, por ejemplo, la tasa en Cuba que es de 5 por 1.000 n.v., mientras que en Haití es de 51 por 1.000 n.v.

En Colombia, la evolución de la mortalidad infantil indica que desde la mitad de la década de los 30, el país ha experimentado un descenso en este indicador. Mientras en los primeros treinta años se tuvo una mortalidad de 186 por mil nacidos vivos, hacia finales del siglo pasado se reduce en 80 por ciento, a niveles cercanos a 35 por mil⁶, esta reducción en las últimas décadas ha sido resultado de mejoras notables en los niveles de vacunación, de uso de las sales de rehidratación oral, del control de distintas enfermedades, descensos en las tasas de fecundidad y mayor espaciamiento de los nacimientos. Además de estas mejoras, también

⁴ Informe sobre la Salud en el mundo 2005, Cada madre y cada niño contarán. Organización Mundial de la Salud.

⁵ The promise of Equality, State of world population 2005, UNFPA.

⁶ FLOREZ, Carmen E. Las transformaciones sociodemográficas en Colombia. Colombia: Tercer Mundo, 2000 p. 17. ISBN 958-601-872-5.

han influido otras medidas de higiene y salud públicas que han disminuido significativamente la incidencia de las enfermedades infecciosas.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2005, la tasa de mortalidad infantil disminuyó a más de la mitad en los últimos 20 a 24 años, desde 41 por 1.000 n.v. en el quinquenio 1980-1985; la tasa de mortalidad neonatal pasó de 23 por 1.000 n.v. en el mismo período, a 12 por 1.000 en el año 2005 y la tasa de mortalidad postneonatal disminuyó una tercera parte, pasando de 18 a 6 por 1.000 n.v.

La mortalidad infantil para Bogotá, según las diferentes encuestas/estudios ha presentado un descenso sostenido en los últimos años. La estimación realizada a partir de la encuesta de Demografía⁷ y Salud presenta para el año 1986 una tasa de mortalidad infantil de 35 por 1.000 n.v. estimación que se encuentra por encima de la Encuesta CAPS, una tasa de mortalidad infantil para el periodo 1986-1989 una tasa de 21 por 1.000 n.v. , con un intervalo de confianza entre 11 y 30 por 1.000 n.v.⁸

Para los otros años la Encuesta de Demografía y Salud estima unos niveles más bajos; para el decenio 1980-1990 una tasa de mortalidad infantil de 22,6 por mil⁹, para el periodo 1985-1995 el valor estimado fue de 26 por 1.000 n.v, con intervalo de confianza entre 16,1 y 36,3, para el quinquenio 1995-2000 se estimó una tasa de mortalidad infantil de 17 por 1.000 nacidos vivos¹⁰⁻¹¹, con un intervalo de confianza entre 8,3 y 25,7.

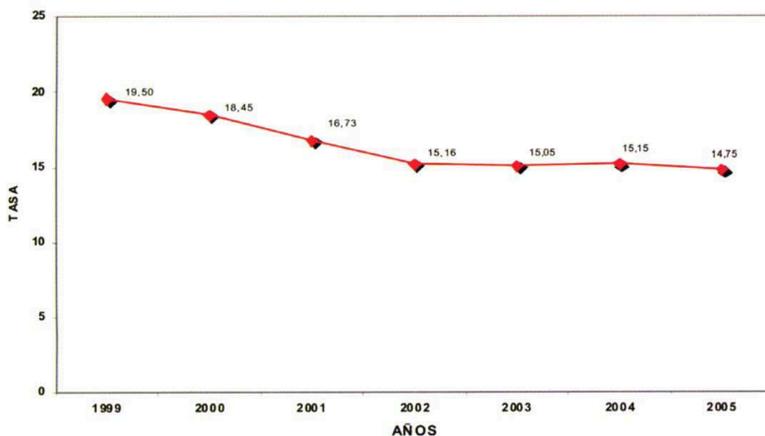
Con la información de las estadísticas vitales de la S.D.S., para Bogotá, en el periodo 1999 a 2005 se certificaron 13.537 muertes de menores de un año, hijos de madres residentes habituales en Bogotá, el número de nacidos vivos de madres con la misma residencia para este periodo fue de 822.293 (incluye nacimientos y defunciones ocurridos fuera de Bogotá pero con residencia habitual de la madre Bogotá), para una tasa media de 16,4 por mil nacidos vivos¹².

Durante este periodo se ha presentado un descenso sostenido en la mortalidad infantil pasando de una tasa de 19,5 por 1.000 nacidos vivos en el año 1999 a 14,75 por 1.000 nacidos vivos en el 2005, lo que representa una reducción del 24,3 por ciento; sin embargo, a partir del año 2002 la tasa de mortalidad infantil se ha mantenido alrededor de 15 por 1.000 n.v. (Gráfica 1).



La mortalidad infantil para Bogotá, según las diferentes encuestas/estudios ha presentado un descenso sostenido en los últimos años.

Gráfica 1. Mortalidad Infantil. Bogotá. 1999 - 2005



⁷ Ministerio de Salud, Corporación Centro Regional de Población. Encuesta de prevalencia Demografía y salud, 1986.

⁸ RUIZ SALGUERO, Magda. Fecundidad y Mortalidad. Encuesta Nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud: Instituto Nacional de Salud, 1986-1989

⁹ Profamilia. Encuesta de prevalencia Demografía y salud, 1990.

¹⁰ Profamilia. Encuesta nacional de Demografía y salud, 2000.

¹¹ El dato se estima a partir de la historia de nacimientos de cada una de las mujeres entrevistadas en las que se averiguó el sexo, fecha de nacimiento, edad actual y la condición de sobrevivencia de cada hijo nacido vivo; en el caso de los que fallecieron, se registraron las edades a en las que había ocurrido el deceso, con tres variantes; en días para niños que murieron en el primer mes, en meses para los que murieron entre uno y 23 meses y años después de los dos años. La tasa se calcula con el método directo de estimación para la construcción de tablas de mortalidad a partir de la historia de los nacimientos y defunciones obtenidas en las entrevistas a las mujeres en edad reproductiva.

¹² La metodología del análisis sigue el planteamiento propuesto en el proyecto de Tesis de Grado de Maestría en Estudios Demográficos de la doctora Patricia Arce.

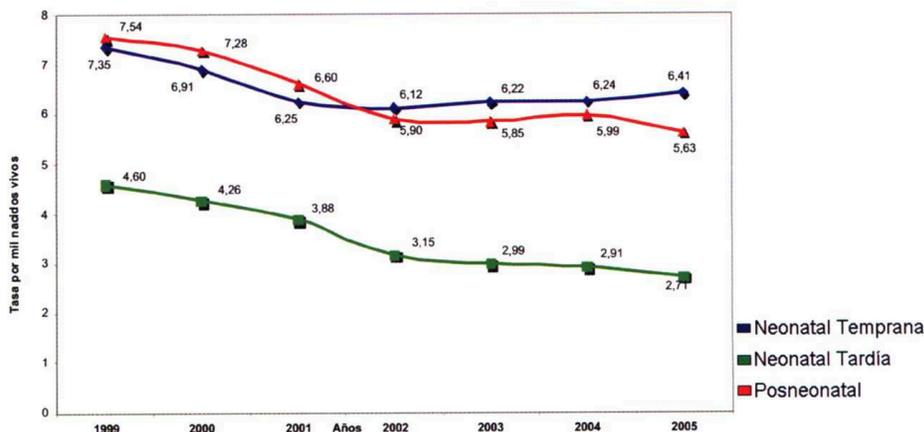


Las localidades de Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda, Candelaria, Rafael Uribe, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Santa Fe, son las que presentan los niveles más altos de mortalidad.



El componente de mortalidad neonatal temprana entre los años 1999 y 2006 se redujo en 12,78 por ciento, el tardío en 35 por ciento y el postneonatal en un 25,33 por ciento, sin embargo, los tres componentes de la mortalidad perinatal han presentado una tendencia a estancarse en los últimos tres años. (Gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de Mortalidad Neonatal Temprana, Tardía y Postneonatal. Bogotá. 1999-2005.



Fuente: Base de datos defunciones y nacido vivo, DANE. 1999-2005 preliminar

Al revisar el comportamiento de la mortalidad infantil por localidades en Bogotá, se evidencian diferencias de una localidad a otra, siendo la de Rafael Uribe la que presenta un aumento en la tasa de mortalidad. Las localidades de Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda, Candelaria, Rafael Uribe, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Santa Fe, son las que presentan los niveles más altos de mortalidad y sus tasas oscilan entre 20,01 a 25,5 por 1.000 n.v.

Tabla 1. Casos y Tasa de Mortalidad Infantil por Localidad. Bogotá. 2005 - 2007

LOCALIDADES	Número Muertes	Nacidos Vivos	Tasa por 1000 NV	Número Muertes	Nacidos Vivos	Tasa por 1000 NV	Número Muertes	Nacidos Vivos	Tasa por 1000 NV
1.Usaquén	62	5619	11.0	64	5629	11.4	68	5908	11.5
2.Chapinero	16	1768	9.0	22	1776	12.4	18	1801	10.0
3.Santafe	50	2372	21.1	32	2441	13.1	45	2215	20.3
4.San Cristóbal	143	7718	18.5	134	7743	17.3	120	7967	15.1
5.Usme	81	5928	13.7	77	6123	12.6	94	6249	15.0
6.Tunjuelito	47	4168	11.3	37	4001	9.2	31	3719	8.3
7.Bosa	108	9368	11.5	122	9611	12.7	134	9999	13.4
8.Kennedy	197	14022	14.0	179	14216	12.6	194	15049	12.9
9.Fontibón	60	5240	11.5	61	5264	11.6	64	5329	12.0
10.Engativa	157	12183	12.9	148	12121	12.2	154	11976	12.9
11.Suba	185	14691	12.6	196	14902	13.2	208	15494	13.4
12.Barríos Unidos	20	1483	13.5	16	1776	9.0	25	1817	13.8
13.Teusaquillo	24	1205	19.9	19	1180	16.1	21	1212	17.3
14.Mártires	27	1593	16.9	20	1550	12.9	19	1471	12.9
15.Antonio Nariño	18	1095	16.4	18	1064	16.9	15	1175	12.8
16.Puente Aranda	60	3815	15.7	55	4039	13.6	49	4006	12.2
17. Candelaria	2	163	12.3	3	160	18.8	6	228	26.3
18.Rafael Uribe	142	6913	20.5	117	6691	17.5	107	6784	15.8
19.Ciudad Bolívar	225	10783	20.9	169	10731	15.7	169	11500	14.7

FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo



La población que ha sido encuestada a través del sistema de información de selección de beneficiarios (SISBEN) y queda clasificada en los niveles 1, 2 y 3 se denomina participante.

Factores Asociados a la Mortalidad Infantil

La vida requiere de un buen comienzo mucho antes de nacer, pero es justo antes del parto, durante él y en las primeras horas de vida cuando se corre mayor peligro. Dentro de los factores de riesgo contemplados en el análisis se consideran relevantes la accesibilidad al servicio de salud, desde el tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social que actualmente opera, las condiciones de la madre, semanas de gestación, condiciones de niños y niñas al nacer incluyendo el bajo peso, entre otros, inciden en gran medida en la mortalidad infantil.

Vinculación al Régimen de Seguridad Social

El Sistema General de Seguridad Social, establecido a partir de 1993, creó un esquema de aseguramiento en salud, donde la población que aporta al sistema ya sea por ser trabajador dependiente o independiente es afiliada al régimen contributivo. La población que no tiene capacidad de pago para cotizar al sistema recibe un subsidio y pertenece al régimen subsidiado de salud, en estos dos regímenes se accede a un plan obligatorio de beneficios el cual es diferente de acuerdo con la condición del usuario.¹³

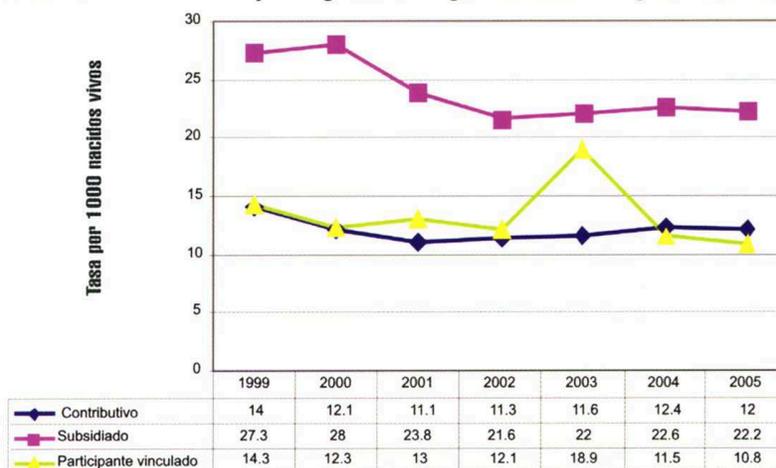
La población que ha sido encuestada a través del sistema de información de selección de beneficiarios (SISBEN) y queda clasificada en los niveles 1, 2 y 3 se denomina participante vinculado, que no es un régimen en sí sino una condición transitoria en el sistema. Estos son atendidos por cuenta del Estado bajo un esquema de subsidio a la demanda.

Por tanto, el régimen de seguridad social no se consideraría un factor de riesgo para la mortalidad infantil como tal, sin embargo, analizar la mortalidad infantil por el tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social (SGSS) de la usuaria o usuario, permite una aproximación al acceso a los servicios y de alguna manera a la calidad de atención brindada por las administradoras encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud.

Según se muestra en la Gráfica 3, la tasa de mortalidad infantil en el régimen subsidiado, a pesar de su disminución, la proporción es mayor y representa el doble de la tasa del contributivo y participante vinculado. Sin embargo, por ser esta variable una de las más inestables dentro de los registros, dada las políticas del SGSS, quien la define y su deficiencia en la calidad del registro, se debe revisar de una manera más juiciosa.

Gráfica 3.

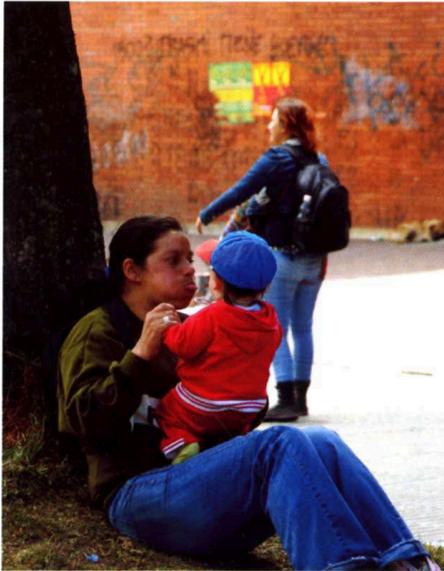
Tasa de Mortalidad Infantil por Régimen de Seguridad Social. Bogotá. 1999 - 2005



Fuente: Base de datos defunciones y nacido vivo, DANE. 1999-2005 preliminar



¹³ Proyecto de Tesis de Grado, Maestría en estudios Poblacionalespoblacionales, Dra. Patricia Arce.



En el estudio “Equidad en salud, un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento en Bogotá 2001”, se evidenció que para los menores de un año existen diferencias aún mayores en el nivel de mortalidad entre aseguradores, las tasas de mortalidad en, el régimen subsidiado para este grupo de edad fueron más de cinco veces las encontradas para el régimen contributivo¹⁴.

Edad de la madre

Las edades extremas de la madre están relacionadas con alta mortalidad infantil, es decir, la probabilidad que niño o niña de madre adolescente o mayor de 35 años muera es mayor que en otros grupos de edad.

La edad joven de la maternidad (menores de 20 años) se asocia con inmadurez reproductiva, prácticas inadecuadas de salud, baja utilización de servicios; la edad avanzada de la madre (mayores de 35 años) el riesgo está más asociado al desgaste uterino, mayor sensibilidad de la madre a patologías como diabetes, hipertensión, neuropatías y en los niños y niñas a malformaciones congénitas.

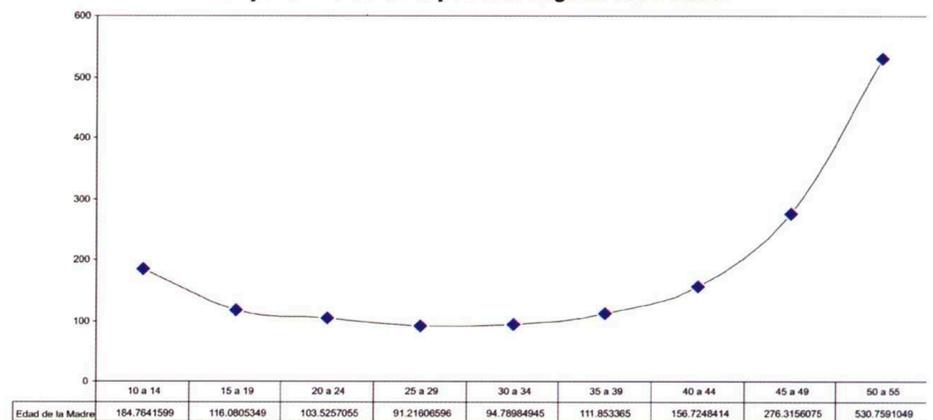
Las tasas de mortalidad infantil por edad de la madre presentan tasas mayores en los extremos de la vida como se puede apreciar en la gráfica 5. La tasa de mortalidad infantil es mayor cuando la madre es menor de 20 años y mayor de 35 años.

En el grupo de mujeres mayores de 35 años se ha encontrado elevada incidencia de preclampsia, ruptura prematura de membranas, diabetes gestacional, macrosomía fetal, bajo peso al nacer, mayor número de cesáreas, asfixia neonatal, malformaciones congénitas, óbitos y abortos.

En el grupo de malformaciones congénitas, hay asociación con gestaciones en mujeres mayores de 35 años con déficit de ácido fólico en edad fértil, relevante para la incidencia de defectos del tubo neural.



Gráfica 5
Tasas de Mortalidad Infantil por grupos quinquenales de edad materna y su comportamiento en el periodo. Bogotá. 1999-2005.



Fuente: Base de datos defunciones y nacido vivo, DANE. 1999-2005 preliminar.

Malformaciones congénitas

En el grupo de malformaciones congénitas, como se mencionó, hay asociación con gestaciones en mujeres mayores de 35 años con déficit de ácido fólico en edad fértil, relevante para la incidencia de defectos del tubo neural; las fallas en la detección oportuna de estas deficiencias en el periodo prenatal por ecografías con equipos inadecuados y con recurso humano sin la capacitación y experticia requerida, se convierte en factor de riesgo adicional ante entidades que podrían, con manejo oportuno, incidir significativamente en la mortalidad y los costos de atención.

¹⁴ MARTINEZ BEJARANO, Rubby M. Equidad en salud un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento en Bogotá 2001. Bogotá, 2003, 122 p. trabajo de grado (Maestría Estudios de Población). Universidad Externado de Colombia. Facultad Ciencias Sociales y Humanas Centro de Investigaciones en Dinámica Social – CIDS. p.77.

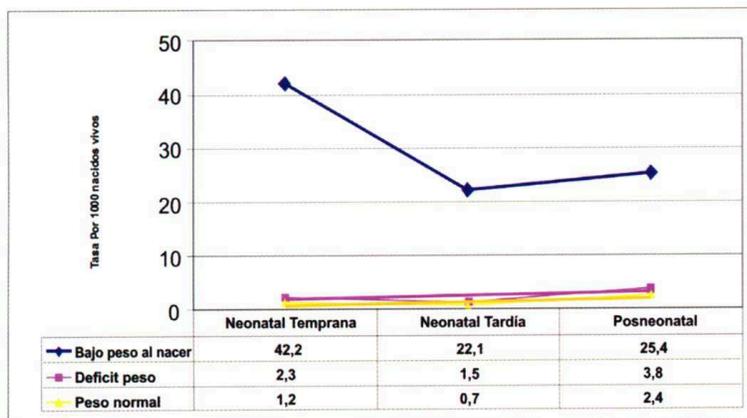
Bajo peso al nacer

Se define como el peso que se encuentra por debajo de los 2500 gr, por tanto, es considerado como un factor de riesgo para la mortalidad infantil. Durante el período analizado de 1999-2005 se observa una reducción de la tasa de mortalidad infantil por bajo peso al nacer de 43,9 por ciento; la tasa de mortalidad infantil por déficit de peso al nacer (entre 2500 y 2999 grs.) presenta una reducción del 45,14 por ciento, y el peso normal al nacer, una disminución del 35,43 por ciento. Es importante resaltar que a partir del 2002 se observa un estancamiento de la mortalidad infantil relacionada con bajo peso al nacer.



La combinación prematuridad y bajo peso al nacer, aumenta el riesgo de hemorragias cerebrales, retinopatía del recién nacido, enterocolitis necrosante, facilidad en la pérdida de calor corporal por déficit de masa grasa.

Gráfica 4
Tasa de Mortalidad Infantil por clasificación de peso al nacer. Bogotá. 1999- 2005



Fuente: Base de datos defunciones y nacido vivo, DANE. 1999-2005 preliminar.

Prematuridad y condiciones al nacimiento

Se efectuó un análisis de tipo casos y controles para mortalidad infantil¹⁵, a partir de los menores de un año que nacieron y/o murieron entre el primero de enero y 31 de diciembre de 2005 en Bogotá por Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), definiendo como casos aquellos identificados con certificados de defunción y como controles los certificados de nacido vivo, en el año 2005; se identificó como principal factor asociado a mortalidad infantil, haber nacido antes de las 36 semanas de gestación OR: 54,68 con una $p < 0,05$, seguidos de tener peso menor de 2500 gramos, OR: 17,15, con una $p < 0,05$, tener Apgar al minuto de vida, y a los 5 minutos menor de 7, OR:15,17, con una $p < 0,05$), y el ser hijo de madre mayor de 35 años OR:15,17, con una $p < 0,05$.

En la literatura se muestra que la combinación prematuridad y bajo peso al nacer, aumenta el riesgo de hemorragias cerebrales, retinopatía del recién nacido, enterocolitis necrosante, facilidad en la pérdida de calor corporal por déficit de masa grasa, de carbohidratos y sales que llevan a un desequilibrio a nivel metabólico; el tener un Apgar menor de 7 al minuto de vida indica necesidad de reanimación neonatal y a los 5 minutos el pronóstico neurológico.

Causas Nosológicas de Mortalidad Infantil

Para obtener un panorama completo de la mortalidad es importante revisar la causa básica de defunción. Toda defunción tiene un origen, entendiéndose este como la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal¹⁶.

¹⁵ Ejercicio realizado por el área de Vigilancia en Salud Pública de la SDS de Bogotá, octubre 2006

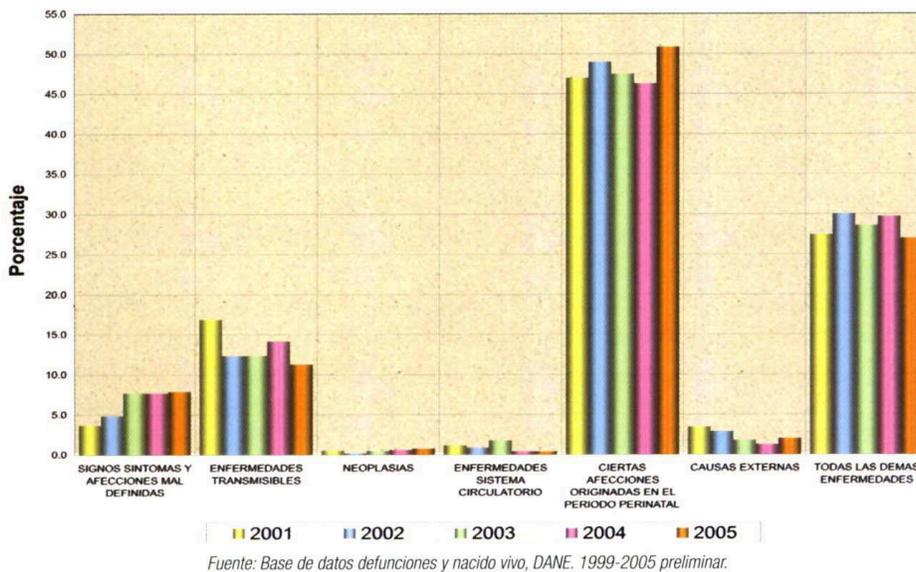
¹⁶ Proyecto de Tesis de Grado. Dra. Patricia Arce, Maestría en Estudios Poblacionales.

La mortalidad infantil posee dos grandes grupos de causas componentes, las enfermedades transmisibles y las afecciones perinatales, el primero asociado a las condiciones del medio o exógenas y se presenta con mayor énfasis en el periodo postneonatal y el segundo relacionado a la constitución genética del individuo, a las malformaciones congénitas, y a traumatismos del nacimiento que se presenta más en el periodo neonatal temprano y tardío.

La mortalidad infantil puede ser reducida en forma importante por medio de intervenciones que afecten su componente transmisible, posteriormente, el descenso es más lento debido a que se requiere de mayor tecnología y acceso a los servicios de salud lo que la hace más costosa.

Durante el periodo de 2001 a 2005 se observa una disminución en el grupo de causas de enfermedades transmisibles que pasaron del 17 al 12 por ciento (Gráfica 6).

Gráfica 6. Causas de Mortalidad Infantil, Bogotá, 2001-2005



En el grupo de causas transmisibles, de acuerdo con los registros de certificados de defunción, predominan las infecciones respiratorias agudas, las meningitis y las infecciones intestinales; siendo la vacunación una de las estrategias de prevención más efectiva. Las muertes por enfermedades inmunoprevenibles tienen un peso del 0,2 por ciento en el periodo.

Las causas del grupo de afecciones originadas en el periodo perinatal se constituyen en la primera causa de muerte y están asociadas a las afecciones maternas, atención del control prenatal, atención del parto y complicaciones del mismo. En este periodo predominan los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, sin existir reducción de esta causa en el periodo estudiado.

En el resto de enfermedades, las malformaciones congénitas son las que presentan el mayor peso a lo largo de los componentes de la mortalidad infantil y se constituye en la segunda causa de muerte. Dentro de estas, las alteraciones por defecto del tubo neural general, representan el 30 por ciento de los casos.

Las tasas de mortalidad por causas externas, neoplasias y afecciones del sistema circulatorio se mantuvieron constantes durante el periodo.

La mortalidad neonatal temprana constituye aproximadamente el 40 por ciento resaltando que es en este periodo donde mayor incidencia tienen las malformaciones congénitas y una gran proporción podría ser prevenibles.

Las causas del grupo de afecciones originadas en el periodo perinatal se constituyen en la primera causa de muerte y están asociadas a las afecciones maternas.





El 44,4 por ciento de los médicos no realiza valoración del desarrollo o al menos no aparece registro de esta actividad. En la consulta de enfermería un 77 por ciento hace un registro inadecuado de la valoración del desarrollo.

Situación de las estrategias AIEPI, IAMI, IAFI, y del programa de crecimiento y desarrollo

Las estrategias AIEPI, IAMI e IAFI implican capacitación, promoción y protección de la lactancia materna, promoción de la suplementación con micronutrientes, vigilancia de la condición nutricional de la mujer gestante y del niño y la niña, prevención del bajo peso al nacer, calidad servicios, calidez en la atención, integralidad en la atención de las enfermedades prevalentes en la infancia, promoción del buen trato, promoción de vacunación, entre otras. Estas estrategias han mostrado impacto importante en mortalidad infantil en los países en donde se ha implementado, mucho más mientras más altas sean las tasas de mortalidad.

A pesar de que son política del Distrito Capital y que se les ha asignado presupuesto y capacitación a los hospitales de la red pública, no han sido asumidas como parte importante de su desempeño, además, se han presentado dificultades en su implementación como:

Los tiempos reducidos de consulta que limita en forma importante el proceso inicial de ajuste y adherencia por parte de los profesionales

No se visibilizan dentro de los planes estratégicos de los hospitales las rutas de prestación de servicios integrales dirigidas a la población materna e infantil.

Las universidades no forman a los profesionales de la salud acorde con las prioridades y políticas del país. La Secretaría asume la capacitación en los programas y estrategias de salud pública, cumpliendo una función que no le corresponde, y los programas y actividades de salud pública no tienen el reconocimiento debido en los procesos de formación.

No se generan capacidades o habilidades comunicativas para que el personal de salud logre una interacción efectiva con el usuario del servicio y con la comunidad

Los comités de infancia y familia en las localidades no cuentan con la fuerza y la organización necesarias para definir planes de acción que sean transversales a las organizaciones que los integran para el abordaje de los temas de infancia.

Falta mayor compromiso de las instituciones que trabajan con niños y niñas, para cualificar a los cuidadores.

Escasean estrategias de información y comunicación eficientes sobre los temas prioritarios de infancia.

Al revisar el diagnóstico de las condiciones de prestación de consulta de crecimiento y desarrollo en 142 IPS públicas y privadas que se llevó a cabo por parte de la SDS en Bogotá en el 2004, justifica resaltar los siguientes hallazgos: el tiempo asignado para esta consulta es de 20 minutos, en un 60,7 por ciento, quince minutos en un 35,7 por ciento y 10 minutos en el 3,6 por ciento.

En el 23 por ciento de las IPS la oportunidad de consulta está a más de cinco días, Solo hay un 39,1 por ciento de consultorios aptos para realizar consulta de crecimiento y desarrollo.

El 47 por ciento de las instituciones no utiliza la Escala Abreviada del Desarrollo, y el 32 por ciento no emplea la rejilla para peso y talla.

El 81 por ciento de los médicos registran peso, talla, pero no se encuentra rejilla dentro de la historia clínica, ni se registran los percentiles, y en un grupo importante de las historias revisadas se clasifica peso y talla normal, cuando el paciente queda ubicado en el percentil cinco que corresponde a una desnutrición crónica.

El 44,4 por ciento de los médicos no realiza valoración del desarrollo o al menos no aparece registro de esta actividad. En la consulta de enfermería un 77 por ciento hace un registro inadecuado de la valoración del desarrollo.

El 93,7 por ciento de los médicos describen en historia clínica el esquema de vacunación de los menores como al día y esto se interpretó como verificación,

pero no registra si la madre o cuidador trajo o no el carné y solo el 7 por ciento de los médicos transcribe el esquema de vacunación y aparece en los registros de historia clínica.

En la red privada se encontró que el sulfato ferroso no se formula en el 73 por ciento de IPS.

Aspectos Nutricionales y Alimentación al Seno

Al revisar este aspecto vital en la prevención de la mortalidad infantil, se encuentra que en las localidades más pobres de Bogotá, cerca del 15 por ciento de los hogares no pudieron consumir tres comidas diarias por falta de dinero, como lo presenta la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de junio de 2003¹⁷.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de 2005 (ENSIN) muestran que el consumo de frutas y verduras en la ciudad es relativamente bajo, el 37,5 por ciento de las personas no consumieron el día anterior frutas y el 25,4 por ciento no consumió verduras; además, la proporción de personas que tienen deficiencia en la ingesta de proteínas es de 23,8 por ciento y el 80,7 por ciento presenta deficiencia en la ingesta de calcio. A la pregunta si faltó dinero en el hogar en el último mes para comprar alimentos, la tercera parte de los hogares bogotanos (33,1 por ciento) contestó afirmativamente, lo cual los clasifica en el grupo de los hogares en inseguridad alimentaria.

Respecto de la situación de estado nutricional, este mismo estudio muestra que el 13,4 por ciento de los niños y niñas menores de 5 años presenta desnutrición crónica, cifra que ha prevalecido en los últimos cinco años y que concuerda con los datos reportados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional Distrital (SISVAN) (sistema de vigilancia de la Secretaría Distrital de Salud).

Al analizar la situación del peso al nacer de los niños y niñas en Bogotá, los datos de la Secretaría Distrital de Salud muestran que en los últimos cinco años el 11 por ciento presentó bajo peso al nacer (peso menor a los 2.500 gr.) y el 33 por ciento déficit de peso al nacer, lo que significa que 44 de cada 100 recién nacidos tienen un peso inferior a los 3000 gramos.

La ENSIN 2005 reporta que el 20,7 por ciento de las mujeres gestantes presentan bajo peso, el 25 por ciento sobrepeso y el 8,4 por ciento obesidad; para Bogotá la muestra no alcanzó a ser representativa, pero según la información arrojada por el SISVAN de la Secretaría Distrital de Salud el 32 por ciento de las mujeres en periodo de gestación presentan bajo peso y el 28,1 por ciento sobrepeso y obesidad, es decir, que el 60,1 por ciento de las mujeres exhiben malnutrición siendo esto un factor de riesgo de morbimortalidad para la población materno infantil.

La insuficiencia de micronutrientes reportada para Bogotá indica que el 36,3 por ciento de los niños y niñas de 1 a 4 años tiene anemia siendo más alta que la prevalencia nacional; Bogotá es la segunda región más afectada después de la Atlántica, con respecto de otros países Colombia ocupa el segundo lugar, después de Perú, en anemia al alcanzar una cifra del 33,2 por ciento.

La deficiencia de vitamina A se presenta en el 2,2 por ciento de los niños y niñas en Bogotá

El análisis de ingesta dietética de la población de 0 a 64 años de edad reporta un déficit en el consumo de vitamina A del 21,2 por ciento, vitamina C del 24,3, calcio 80,7 y zinc del 52,7 por ciento (ENSIN 2005).



La insuficiencia de micronutrientes reportada para Bogotá indica que el 36,3 por ciento de los niños y niñas de 1 a 4 años tiene anemia siendo más alta que la prevalencia nacional; Bogotá es la segunda región más afectada después de la Atlántica.

¹⁷ Según cálculos realizados por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia con base en la ECV-2003 del DANE.



Con respecto de la situación de la alimentación del niño y niña lactante, la ENSIN para Bogotá mostró que para el 2005 tan sólo el 45,5 por ciento de las mujeres iniciaron la lactancia en la primera hora de nacido, la duración de la lactancia materna exclusiva es de 2,5 meses (3,6 meses en información de la ENSIN 2005, y 2,2 meses para nivel nacional) y la duración total de la lactancia es de 16 meses (18,6 meses en la ENSIN y la nacional fue de 14,9), mayor que la nacional y una de las más altas del país; se destaca que Bogotá pasó de 9,4 meses a 18,6 meses en cinco años.

Según la información de SISVAN en Bogotá, donde se realiza seguimiento a la lactancia materna, del total de niños y niñas menores de 6 meses, el 71,2 por ciento en el momento de la consulta estaba con lactancia exclusiva. Sin embargo, por meses, a los seis meses solo el 51,8 por ciento de los niños y niñas lactaban exclusivamente. La mayor prevalencia es durante el primer mes de vida, en donde el 90,7 por ciento de los niños y niñas lactan exclusivamente, porcentaje que se disminuye a medida que se incrementa la edad.

Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y PAI plus

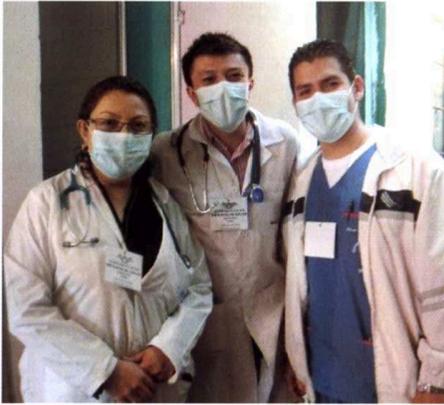
La vacunación es una de las intervenciones probadas a nivel sanitario como intervención individual y colectiva, su mayor importancia radica en la prevención de la mortalidad y morbilidad infantil; a través de ella se han alcanzado logros importantes como la erradicación de la viruela en el mundo y de la poliomielitis en América Latina.

Para el año 2006 el país alcanzó una cobertura en menores de 1 año de 89,3 por ciento para polio, 89,34 para DPT y en niños y niñas de 1 año 93,31 por ciento para triple viral. Bogotá alcanzó para ese mismo año una cobertura de 77,8 por ciento para polio y de 80,7 para triple viral. A pesar de los esfuerzos realizados no se logró alcanzar el 95 por ciento requerido para realizar el control y la eliminación de las enfermedades inmunoprevenibles. Por tanto, se requiere realizar esfuerzos adicionales que permitan consolidar las coberturas de vacunación en la población menor de 2 años, para lograr impactar la morbilidad y mortalidad por estos eventos.

Resultados de los Análisis de Caso de Mortalidad Infantil

Hoy se realizan análisis de caso de mortalidad perinatal y mortalidad por ERA y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años, como parte del ejercicio de la vigilancia epidemiológica que tiene como objetivo la identificación de la causa de muerte y los factores de protectores y deteriorantes asociados.

Hoy se realizan análisis de caso de mortalidad perinatal y mortalidad por ERA y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años, como parte del ejercicio de la vigilancia epidemiológica que tiene como objetivo la identificación de la causa de muerte y los factores de protectores y deteriorantes asociados.



El 72,7 por ciento de los casos analizados presentó fallas en el proceso de atención, registros incompletos en la Historia Clínica, diagnósticos tardíos y tratamientos inadecuados.

El modelo que se utiliza para el análisis es el camino para la supervivencia que consiste en la evaluación de los programas de control prenatal planteado por Deborah Maine, y que permite la identificación de tres momentos:

El primero explora el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma, el apoyo familiar y de su entorno, y se traduce para el equipo de salud como parte de la evaluación de su actividad educativa en promoción de la salud.

El segundo momento (segunda demora) es cuando decide buscar ayuda y tiene dificultades para acceder al servicio de salud o a la atención, influyendo en esta las distancias geográficas y las barreras de tipo administrativo.

Tercer momento (tercera demora) ocurre durante el proceso de atención y hace inferencia a la calidad de la atención.

Como resultados de los análisis de la mortalidad perinatal se encontró que un 54,5 por ciento de los casos analizados tienen fallas en la primera demora, como por ejemplo, el no reconocimiento de los signos y síntomas de alarma para acudir tempranamente a la consulta, débil apoyo familiar, frágil demanda de métodos de planificación familiar, inicio tardío del control prenatal y el desconocimiento de los derechos en salud, entre otros.

En relación con la accesibilidad el 46,3 por ciento de los casos analizados presentaron obstáculos en el acceso, como dificultades en el proceso de remisión, no disponibilidad de ambulancia, no afiliación al SGSSS, sitio de atención distante al de residencia, dificultades económicas para acceder a la consulta, entre otros.

Así mismo, el 72,7 por ciento de los casos analizados presentó fallas en el proceso de atención como la no detección de los riesgos maternofetal en la consulta prenatal, registros incompletos en la Historia Clínica, diagnósticos tardíos y tratamientos inadecuados y no disponibilidad de recurso humano especializado y tecnológico para valoración de urgencias y control prenatal.

En los análisis de la mortalidad por ERA, de 63 casos analizados en los comités de mortalidad en el año 2005, en las causas relacionadas con la primera demora, la no detección oportuna de signos de alarma por parte de los cuidadores se identificó en el 23,8 por ciento. En la segunda demora, dilatación en la atención inicial, se presentó en el 39,6 por ciento; fallas en el seguimiento por parte del personal de salud a niños y niñas con riesgo, en el 33,3 por ciento, y atenciones sin enfoque integral del niño, en el 28,6 por ciento.

En la tercera demora se observaron fallas en precisión diagnóstica, posible deterioro de los casos por manejos hospitalarios discutibles en el 36,5 por ciento, y fallas en traslado de ambulancias en el 26,9 por ciento.

Estos resultados plantean un panorama difícil de afrontar para la disminución de la mortalidad infantil, pues si bien es claro que es el resultado de múltiples interacciones y causas, como aspectos biológicos, sociales, económicos y ambientales, la atención en salud no da respuesta a las necesidades de la población, siendo algunas veces un factor de riesgo que se suma a las condiciones de riesgo de la población.



Causas de Mortalidad Infantil según criterios de reducibilidad relacionados con la atención en Salud

Tabla 2. Causas de Mortalidad Infantil según criterios de reducibilidad

CAUSAS REDUCIBLES POR DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO		2001	2002	2003	2004	2005
1.01	Enfermedades infecciosas intestinales	42	41	31	28	16
1.04	Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	7	2	3	4	5
1.05	Meningitis	23	13	13	13	17
1.06	Septicemia, excepto neonatal	32	10	10	9	11
1.07	Enfermedad por VIH (SIDA)	2	1	7	3	1
1.08	Infecciones respiratorias agudas	217	141	138	174	130
TOTAL		323	208	202	231	180
CAUSAS REDUCIBLES POR CALIDAD DE ATENCION DEL PARTO Y PERIODO NEONATAL						
4.02	Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	67	57	56	56	58
4.04	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	512	478	417	418	408
TOTAL		579	535	473	474	466
CAUSAS REDUCIBLES POR BUEN CONTROL PRENATAL						
4.01	Feto o recién nacido afectado por ciertas afecciones maternas	13	20	23	26	16
4.05	Sepsis bacteriana del recién nacido	132	100	97	91	126
4.03	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación y bajo peso al nacer	16	19	32	27	21
TOTAL		161	139	152	144	163
CAUSAS DIFICILMENTE REDUCIBLES, CON EL CONOCIMIENTO ACTUAL						
6.13	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	409	392	388	401	372
TOTAL		409	392	388	401	372

Fuente: Base de datos Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Con el mejoramiento de la calidad del control prenatal, el 30 por ciento de las complicaciones del recién nacido, asociadas a deficiencias en el control prenatal, la tasa disminuiría 0,5 puntos (44 casos).



De las 1.653 muertes en menores de un año ocurridas en 2005, el 53 por ciento (809/1653) son potencialmente reducibles y es así como el 57,6 por ciento (N=466) de las muertes se reduciría si se mejora la calidad de la atención del parto y del periodo neonatal, el 20,1 por ciento (N=163) mejorando el control prenatal, y el 22,3 por ciento (N=180) actuando sobre las enfermedades transmisibles.

Las propuestas planteadas para disminuir la mortalidad infantil permite estimar que la tasa de esta problemática bajaría 0,5 puntos que corresponde a la disminución de 45 casos, si se realiza la prevención del 25 por ciento de las complicaciones por enfermedades transmisibles.

Con la mejora en la calidad de la atención del parto, para prevenir el 30 por ciento de los casos asociados a esta causa, la tasa disminuiría 0,4 puntos (37 casos).

Con el mejoramiento de la calidad del control prenatal para prevenir el 30 por ciento de las complicaciones del recién nacido, asociadas a deficiencias en el control prenatal, la tasa disminuiría 0,5 puntos (44 casos).

En suma, con la implementación de las propuestas se estima que el número de muertes que se reducen en un año es de 126, que equivale a una disminución de 1,4 puntos para una tasa de 13,4 por mil nacidos vivos. El equivalente para lograr la meta propuesta en el Plan de Gobierno de bajar a 12 por mil nacidos vivos, sería con la reducción de 320 casos de muerte hasta diciembre de 2007.

Atención de la mujer gestante en su relación con la calidad de vida del recién nacido

“La mayoría de las mujeres embarazadas esperan dar a luz a su bebé, en condiciones seguras, que esté vivo, sano y verlo crecer gozando de buena salud”, esta finalidad se logrará con accesibilidad a la atención en salud, brindada en las condiciones que se requieran y que garanticen una adecuada atención durante la gestación, parto y puerperio.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2005, el 92,2 por ciento de los controles prenatales en Bogotá fue realizado por médicos, el 5,8 por ciento por enfermera y solo el 2 por ciento no asistió a ningún control prenatal. A las asistentes al control prenatal el 72,8 por ciento de las encuestadas manifestó que fue informada de las complicaciones del embarazo, le solicitaron prueba de SIDA al 34,3 por ciento y el 79,9 por ciento recibió hierro en algún momento del embarazo.

En lo relacionado con la atención del trabajo de parto, parto y puerperio, según la ENDS el 99,3 por ciento de los partos en Bogotá, son cuidados en Instituciones de Salud, el 97 por ciento de estos atendidos por médicos y el 30,3 por ciento de los nacimientos es por cesárea, la cual incrementa el riesgo para la salud de la madre y del niño. El índice esperado es 15 por ciento, por lo que esta tasa es considerada por la OMS como “muy alta” y con una gran correlación con la mortalidad materna y las complicaciones del RN.

Del total de cesáreas que se realizan en el país, el 47,7 por ciento corresponde a mujeres con alto índice de riqueza y va en disminución hasta llegar a un 13,9 por ciento en el nivel más bajo del índice. Así mismo, el porcentaje de cesáreas en madres con educación superior es más alto (49,4 por ciento) que en aquellas con solo primaria (17 por ciento).

Precisamente, los hallazgos del estudio multicéntrico antes mencionado, refiere que no se utiliza el sulfato de magnesio como parte del tratamiento en mujeres con preclampsia y eclampsia en el 10 y 70 por ciento, respectivamente. En el 17,1 por ciento de las amenazas de parto prematuro no se formuló la utilización de corticoides para maduración pulmonar, el cual incrementa el riesgo de presentar membrana hialina y muerte en los recién nacidos pre-términos. Los anteriores hallazgos hacen plantear nuevas políticas de salud o intervenciones orientadas a garantizar la adecuada atención de la madre y del recién nacido.

Varias publicaciones científicas asocian la cesárea con las siguientes complicaciones, comparadas con los partos vaginales en condiciones normales: menor fertilidad posterior, mayor porcentaje de bajo peso al nacer y prematuridad, mayor número de complicaciones del recién nacido, predisposición a placenta previa, problemas pulmonares en el recién nacido, mayor morbilidad febril en la madre, alteraciones en la interacción madre - hijo, mayor costo de la asistencia, molestias psicósomáticas.

Al revisar el informe de visitas de asesoría y acompañamiento al programa de control prenatal en la red adscrita, realizado por el área de Análisis y Políticas de la Dirección de Desarrollo de Servicios, en el que se empleó un instrumento de evaluación que fue socializado con el grupo técnico de cada hospital, al comienzo de la visita y concluyendo con el porcentaje de evaluación, en el que se calificó como ÓPTIMO 91 por ciento a 100 por ciento (si la institución cumple y requiere de mantenimiento en la calidad del programa); SATISFACTORIO 81 por ciento a 90 por ciento (si la institución necesita mejorar y consolidar intervenciones en los aspectos deficientes identificados en el programa); ACEPTABLE 61 por ciento a 80 por ciento (si la institución requiere intensificar el mejoramiento de los aspectos deficientes identificados en el programa); CRÍTICO MENOS DEL 60 por ciento (si la institución no cumple y requiere de manera urgente estructurar el programa de control prenatal, necesita asesoría técnica). Se encontró que el 38,5 por ciento de los hospitales hasta ahora evaluados obtenían calificaciones en el nivel CRÍTICO, 46,15 por ciento lo-graban el nivel de ACEPTABLE y solamente un hospital, que corresponde al 8 por ciento, obtuvo el nivel de satisfactorio.



“La mayoría de las mujeres embarazadas esperan dar a luz a su bebé, en condiciones seguras, que esté vivo, sano y verlo crecer gozando de buena salud”

Este sistema de calificación se llevó a cabo bajo la siguiente escala:

GRADO 1:

No tiene contemplado el criterio, proceso o actividad. No existe evidencia de haber previsto acciones para implementar el criterio.

GRADO 2:

Grado incipiente de implementación del criterio, proceso o actividad o con fallas en su implementación o su enfoque es confuso.

GRADO 3:

Mejorable, el criterio, proceso o actividad se encuentra bien definido e implementado, pero se debe considerar un plan de mejora que elimine riesgos.

GRADO 4:

Grado óptimo de desarrollo del criterio, proceso o actividad evaluada, cumple con todos los criterios de calidad y se encuentra plenamente documentado.

GRADO 5:

Durante la visita se realiza acompañamiento directo a los médicos y enfermeras en la consulta de control prenatal y después se revisan tres historias clínicas al azar por punto de atención.

El mismo grupo del área de Análisis y Políticas de la Dirección de Desarrollo de Servicios, en las visitas de asesoría y acompañamiento de los puntos de atención del parto en la red adscrita, aplicando un instrumento estandarizado, con una escala de ponderación de óptimo cuando cumple entre el 90 a 100 por ciento, de satisfactorio de 80 a 90 por ciento, de aceptable de 70 a 80 por ciento y de crítico por debajo de 70 por ciento; encuentran como óptimo 2 hospitales de tercer nivel (7,4 por ciento), satisfactorio 1 de tercer nivel, 4 de nivel 2, y 3 de nivel 1 para un total de 8 (29,6 por ciento), aceptable 1 de tercer nivel, 3 de segundo nivel y 7 de primer nivel para un total de 11 (40,7 por ciento), y crítico en 1 de segundo nivel y 5 de primer nivel para un total de 6 (22,2 por ciento).





Inicialmente se consolidó información acerca del comportamiento de la mortalidad infantil en el ámbito internacional, nacional y distrital. Se desarrolló una reunión con expertos en el tema clínico, administrativo y de salud pública en niños y niñas; producto de esa reunión se comenzó a trabajar con el grupo funcional de infancia y de la red materno - perinatal.

METODOLOGÍA

Inicialmente se consolidó información acerca del comportamiento de la mortalidad infantil en el ámbito internacional, nacional y distrital. Posterior a realizar una discusión con el grupo funcional de infancia, se desarrolló una reunión con expertos en el tema clínico, administrativo y de salud pública en niños y niñas; producto de esa reunión se comenzó a trabajar con el grupo funcional de infancia y de la red materno - perinatal.

Paralelamente con las Empresas Sociales del Estado (ESE) de I nivel se desarrollaron grupos focales, conversatorios y árbol de problemas en torno de la indagación frente a factores que determinan la calidad de vida de las niñas y los niños y la organización del SGSSS como garante de una vida digna para la infancia.

Las anteriores metodologías permitieron poner en circulación diferentes discursos sociales en torno de una temática específica que, para el interés de este documento, se relaciona con la situación de la infancia en las localidades de Bogotá.



ACTORES

A continuación presentamos los actores tanto institucionales (refiriéndose a los actores de las ESE) como sociales (entidades diferentes a la ESE) que participaron en la sala situacional de infancia de las diferentes localidades.



Actores Institucionales

Gerente de la ESE		Subgerente Servicios de Salud		Coordinación de Salud Pública		Coordinación PIC		Dependencia	Equipo de Trabajo	Actividades	
								Equipo Vigilancia en Salud Pública	Coordinación de Vigilancia en Salud Pública, Sistema de Vigilancia de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Delitos Sexuales, SIVIGILA, Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, vacunación.	Notificación institucional y comunitaria de casos de maltrato, abandono y abuso sexual en niños, niñas y madres gestantes. Vigilancia de la seguridad alimentaria en niños y madres gestantes, vacunación.	
								Gestión Local	PDA Salud Mental, Referente Ciclo Infancia y Adulto Mayor, Red del Buen Trato, Ref. Discapacidad, Ref. Desplazados	Referente Discapacidad Referente Desplazados	Trabajo interdisciplinario con los ámbitos, instituciones y entidades locales.
								Ámbito Familiar	Referente de ámbito y profesionales de apoyo.		Caracterización de las familias en los microterritorios, acciones a través de los planes de cuidado familiar.
								Ámbito Escolar	Referente de ámbito y profesionales de apoyo.		Suplementación con micronutrientes, seguimiento a gestantes escolarizadas, promoción de patrones de consumo saludables.
								Ámbito Laboral	Referente de ámbito y profesionales de apoyo.		Menor trabajador y promoción de entornos saludables en los lugares de trabajo
								Ámbito Comunitario	Equipo de gestión del ámbito, grupo de apoyo social red materna e infantil		Visitas domiciliarias y seguimiento a eventos de interés en la comunidad
								Ámbito IPS	Referente Salas ERA, Referente AIEPI, IAMI, AIFI, Salud Oral, Referente de Salud sexual y Reproductiva.		Actividades de promoción y prevención, fortalecimiento de servicios de salud
								PDA Salud Mental	Referente		Diagnóstico de la situación de salud mental y propuestas de solución a problemas identificados
								Participación	Referente	Atención al usuario	
								Saneamiento	Referente, técnico y profesionales de apoyo	Inspección, vigilancia y control de establecimientos	
								Proyectos UEL	Referente y profesionales de apoyo	Escuela promotora de calidad de vida, Ayudas técnicas para población con discapacidad, Relaciones humanas y orientación sexual, Atención integral a adolescentes gestantes y/o lactantes.	
								Programa Ampliado de Inmunizaciones	Referente, Profesionales y Auxiliares de Enfermería de los equipos de vacunación extramural e institucional	Incrementar las coberturas de vacunación institucional y extramural, barridos casa a casa.	



Actores Interinstitucionales

ENTIDAD O INSTITUCION	REPRESENTANTE	ACTIVIDAD
Alcaldía Local	Alcaldesa, Planeación y Consultoría Local Bogotá Sin Hambre	Apoyo financiero a proyectos locales, Apoyo a proyectos para el fortalecimiento de la seguridad alimentaria.
Subcomité Seguridad Alimentaria y Nutricional	Nutricionistas ICBF, DABS, ESE.	Coordinación de acciones interinstitucionales enfocadas al fortalecimiento de la seguridad alimentaria.
DABS (Actualmente Secretaria de Integración Social)	Trabajadoras sociales, psicólogos, nutricionistas.	Coordinación y ejecución de proyectos de ayuda alimentaria.
ICBF	Trabajadoras sociales, psicólogos, nutricionistas.	Coordinación y ejecución de proyectos de ayuda alimentaria. Protección de niños en condición de maltrato y abandono.
CADEL	Representante local	Asignación de cupos escolares a niños y niñas.
Universidad Minuto de Dios	Estudiantes	Apoyo comunitario.
Club de Leones	Representante local	Apoyo actividades civiles.
Medicina Universidad Nacional	Estudiantes	Prácticas estudiantiles acerca de la adecuada atención de los grupos poblacionales (especialmente grupos vulnerables) y la notificación de eventos de importancia en salud pública.
COOMEVA EPS SALUDCOOP EPS COLSUBSIDIO EPS	Coordinador IPS Local	Atención integral a los infantes y madres gestantes afiliados.

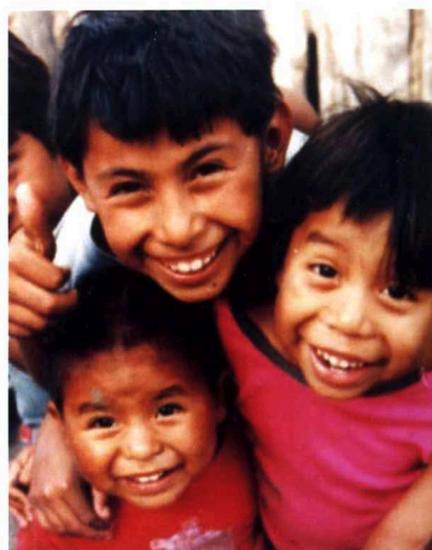
PROBLEMÁTICA

En la problemática evidenciada se mencionan aquellos elementos relevantes que dan cuenta de la dinámica de salud y calidad de vida en el Distrito, apuntando a describir desde diferentes miradas, las necesidades más sentidas de la población infantil, así mismo, el comportamiento diferencial de cada localidad.

Para la categorización de dicha información se tuvieron en cuenta los determinantes sociales que favorecen la aparición de la mortalidad infantil, a saber:

- ☒ Económicos: el modelo económico que favorece la concentración de riqueza e ingreso en pocos grupos poblacionales. El desempleo y subempleo como factores de barrera al mejoramiento de la calidad de vida. La deficiente distribución de la riqueza y el ingreso 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.
- ☒ Sociales: bajo nivel educativo de padres y cuidadores, viviendas inadecuadas, hacinamiento, cercanía a contaminación del aire, tabaquismo pasivo. Las pobres redes de apoyo, la violencia Intrafamiliar (la mortalidad infantil es frecuentemente asociada a maltrato por negligencia). Las familias en condición de desplazamiento, y los problemas en la disponibilidad y acceso a alimentos.
- ☒ El rezago en las políticas sociales: el no respeto por los derechos fundamentales, incluidos los de los niños/as; la falta de apoyo estatal a instituciones que trabajan por los niños/as; las políticas en salud centradas en atención y una promoción de la salud muy débil.
- ☒ Culturales: el no reconocimiento del niño como ser integral en desarrollo; la desintegración familiar: Desarticulación del núcleo familiar, el abandono de las madres, falta de figura paterna, mujer cabeza de hogar, inversión de roles entre la madre y las hijas. La baja formación de padres y cuidadores en puericultura.
- ☒ Ambientales: la insalubridad de los ambientes; la contaminación del agua, y del aire extramural e intramural por sustancias como el material particulado.

La problemática resultante del análisis realizado con los actores sociales se agrupó en tres ejes fundamentales: modulación y regulación del sistema de salud, referida al ejercicio de la rectoría, las formas de contratación, la articulación entre los diferentes actores y las limitaciones administrativas; Calidad de la atención que incluye la dinámica del recurso humano, infraestructura, intervenciones, barreras de acceso, coberturas e integralidad de la atención; y, por último, la situación social y comunitaria como determinantes esenciales de esta problemática.



La problemática resultante del análisis realizado con los actores sociales se agrupó en tres ejes fundamentales: modulación y regulación del sistema de salud, referida al ejercicio de la rectoría, las formas de contratación, la articulación entre los diferentes actores y las limitaciones administrativas.

MODULACIÓN Y REGULACIÓN DEL SISTEMA

Determinantes Estructurales

Se identificaron principalmente determinantes estructurales en esta temática: por un lado, el sistema de salud privilegia y promueve la rentabilidad económica sobre la rentabilidad social, lo que se suma a que las políticas laborales estatales no permiten garantizar la lactancia materna exclusiva, dado que, por un lado, las licencias de maternidad tienen una duración inferior al tiempo ideal de lactancia y por otro, algunas modalidades de contratación no son consecuentes con los planteamientos de las políticas que promueven la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. En la contratación con las EPS prevalece la lógica financiera más que el perfil específico de morbi - mortalidad que presentan los usuarios. Esto indica que las personas están regidas por un modelo capitalista que genera una sociedad de consumo donde el bienestar depende de la capacidad adquisitiva de los sujetos.

A lo anterior se suman las barreras de acceso que se generan por: falta de registro civil, terceras generaciones, problemas con la afiliación al SGSSS, fragmentación de la contratación para la prestación de servicios, entre otras.

Determinantes Intermedios

Se evidenció, dentro de este tipo de determinantes, que la contratación de servicios por capitación de gestantes, niños y niñas menores de un año favorecen las barreras de acceso en términos geográficos, oportunidad y calidad de la atención. Esto se agrava si se tiene en cuenta la desarticulación de todos los actores del sistema, en particular entre Ente Territorial, Aseguradores y Prestadores de Servicios.

Además, existen inadecuadas condiciones económicas para cubrir necesidades básicas, como los servicios de salud, en las localidades de Usaqué, Bosa, Ciudad Bolívar, Kennedy, San Cristóbal y una alta contaminación atmosférica, especialmente, en las localidades de Tunjuelito, Puente Aranda, Usaqué y Ciudad Bolívar.

Determinantes Proximales

Existen niños y niñas desescolarizados debido al incremento del trabajo infantil, en donde se incluye la labor doméstica, específicamente, en Ciudad Bolívar y Nazareth por lo que se genera un bajo nivel de escolaridad.

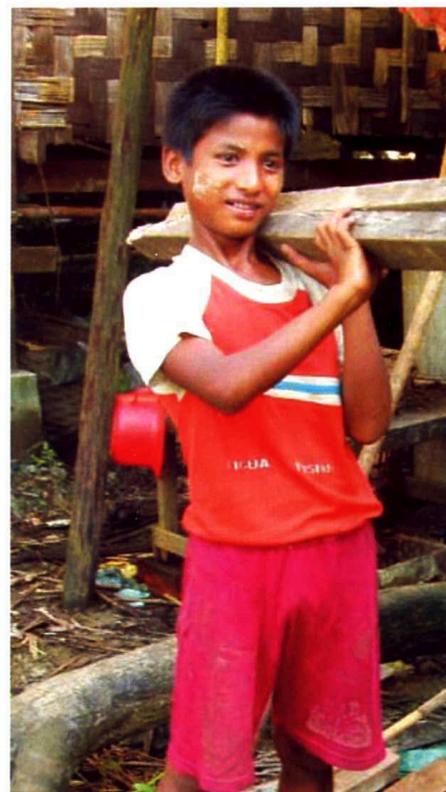
Alternativas de Solución

Una de las alternativas de solución propuestas es fortalecer la rectoría del Sistema por parte de la SDS, en lo relacionado con asesoría, seguimiento y sanción. También se sugiere eliminar la contratación de servicios por capitación para la atención de mujeres gestantes, niños y niñas menores de un año y que los procedimientos clínicos y de traslados, no estén mediados por técnicos sino más bien deben estar bajo la responsabilidad del médico tratante, verificable en auditorías posteriores para confirmar la pertinencia de la atención y la remisión.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Determinantes Estructurales

Dentro de los problemas estructurales relacionados con la calidad de la atención en salud se encuentran frecuentes fallas por parte del recurso humano en lo que respecta a la relación con el paciente, también se halla recurso no calificado, rotación, insumos para la atención y cortos tiempos de consulta, entre otros. Se hace necesario definir unas políticas claras de talento humano, así como unos criterios técnicos estandarizados para la práctica de cesáreas. También se les debe hacer seguimiento a las políticas de atención en los diferentes centros para acabar con el triage en urgencias para los niños y las madres gestantes. Así mismo, es necesario lograr la estandarización de las guías de manejo para atención de niños y niñas menores de 1 año y lograr la adherencia a ellas por todas las instituciones.



Existen niños y niñas desescolarizados debido al incremento del trabajo infantil, en donde se incluye la labor doméstica, específicamente, en Ciudad Bolívar y Nazareth por lo que se genera un bajo nivel de escolaridad.

El personal de control prenatal, postnatal y de crecimiento y desarrollo no realiza clasificación del riesgo y detección temprana de problemas del desarrollo o discapacidad. En los hospitales de primer nivel se atienden partos sin capacidad resolutive para un parto complicado o un recién nacido con complicaciones.



Se mencionó la incidencia de las multinacionales que logran manipular el comportamiento de los profesionales de la salud y de los usuarios del SGSSS, por lo que se hace necesario un mayor control por parte de las entidades gubernamentales.

Se encontraron debilidades en las intervenciones de prevención y promoción en los servicios de salud, especialmente en el régimen subsidiado. Se hace necesaria la inclusión de otros biológicos en el Plan Ampliado de Inmunización (PAI).

Determinantes Intermedios

Dentro de las problemáticas identificadas en este nivel se encuentra la capitación tardía y consecuentemente las dificultades en la canalización de la población con riesgos. Esto está relacionado con algunas fallas detectadas en el sistema de referencia y contrarreferencia y en la creación y manejo de las historias clínicas, así como debilidades en el sistema de información. Así mismo, se debe trabajar en la promoción, ya que la información sobre prevención, cuidados e identificación de signos de alarma no llega a toda la población.

En algunos sectores son preocupantes las barreras físicas de acceso ya que la distribución de la oferta no responde a las necesidades reales de los habitantes.

Determinantes Proximales

Dentro de este nivel se agrupa un listado de problemáticas diversas. El proceso de autorizaciones de procedimientos clínicos y de traslados, está en manos de personal no cualificado que privilegia los recursos económicos frente a la vida y salud de una persona, lo que se suma a fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia local y mala calidad del servicio de ambulancias. Retraso por negligencia o trabas administrativas no justificables en el traslado a hospitales de segundo o tercer niveles de recién nacidos o gestantes con complicaciones y traslados definidos por personal médico, mediados por personal administrativo. Lo anterior se agrava porque no en todos los casos hay valoración directa por el especialista pediatra o gineco-obstetra y en otros la atención de niños y niñas, menores de 6 meses, por personal que no tiene ninguna capacitación especializada para tratar esta población.

El personal de control prenatal, postnatal y de crecimiento y desarrollo no realiza (por desconocimiento o por negligencia) clasificación del riesgo y detección temprana de problemas del desarrollo o discapacidad. En los hospitales de primer nivel se atienden partos sin capacidad resolutive para un parto complicado o un recién nacido con complicaciones.

En casos graves es inadecuada la atención en las prácticas de reanimación a recién nacidos: el personal de las IPS públicas y privadas y de ambulancias no tiene capacitación especializada en reanimación de niños y niñas graves, presentándose este caso inclusive en salas de partos, además, falta de evaluación y aplicación de criterios clínicos para el ingreso y egreso a UCI Neonatal.

Se han identificado otros problemas como el aumento de niños con bajo peso al nacer, algo que puede estar relacionado, en algunos casos, con el alto número de embarazos y el corto intervalo entre las gestaciones. También aparecen con cierta frecuencia casos de enfermedad respiratoria aguda debida, posiblemente, a la presencia de canteras y de la zona industrial, especialmente en la localidad de Tunjuelito.

Por último, una barrera más para la afiliación y la atención es que no hay registro civil inmediato en todas las IPS que atienden partos, y la afiliación al Registro Nacional debe ser tramitada por los padres.

Al indagar con la comunidad se menciona que la calidad de la atención depende a veces del médico que trata al niño y con frecuencia, para varias enfermedades, preciben el mismo medicamento. Así mismo, se percibe que los servicios de salud están más adecuados para los niños, sin embargo, a veces hay mucha tramitología para la atención.

Alternativas de Solución

Como alternativa de solución a los problemas encontrados se propone exigir y verificar la calidad de la prestación de los servicios orientados a la población materno infantil y proponer estrategias de mejoramiento como: control prenatal, control de crecimiento y desarrollo, consulta médica del niño y niñas enfermos, atención del parto, referencia y contrarreferencia, vacunación, estrategias AIEPI, IAMI y IAFI, programa de prevención y tratamiento de ERA, lactancia materna, entre otros. Esta estrategia involucra a todas las Áreas misionales de la Secretaría Distrital de Salud, para dar respuesta al compromiso como ente rector en el Distrito Capital y a todos los actores del SGSS. Esta estrategia amerita:



La implementación en la red adscrita del paquete de atención para mujeres gestantes, desarrollado y definido por el Grupo Funcional Materno-Perinatal, con sus diferentes intervenciones según nivel de complejidad, y con la participación de los profesionales definidos para cada una de las intervenciones.

La conformación de un equipo (desde el Comité Directivo) que haga seguimiento al plan de trabajo teniendo en cuenta la información relevante de la situación de mortalidad infantil en la ciudad.

Lograr el compromiso de las EPS del régimen contributivo y subsidiado, como responsables directos de la salud de sus afiliados.

La definición de las sanciones para las IPS públicas y privadas que no cumplan con el tiempo de envío e implementación a los planes de mejoramiento para la intervención de atención en salud de la población menor de un año, o en los aspectos relacionados con la calidad de los servicios. Implementación que estaría a cargo de la Dirección de Desarrollo de Servicios.

La emisión de una circular del Secretario de Salud para IPS públicas y privadas que atienden población materno infantil que aún no se han acreditado como IAMI o IAFI requiriendo que inicien el proceso de acreditación, solicitando que se maneje la consulta de niños y niñas enfermos con la metodología AIEPI y exigiendo que todos los niños y niñas menores de un año y las mujeres gestantes sean admitidos en la consulta de urgencias sin que medie el triage. Definir, si es el caso, incentivos o sanciones de acuerdo con los desarrollos.

El fortalecimiento del programa de Prevención y Atención en Enfermedad Respiratoria Aguda con sus diferentes componentes y dentro de ellos la atención oportuna y adecuada en Salas ERA.

La implementación en la red adscrita del paquete de atención para mujeres gestantes, desarrollado y definido por el Grupo Funcional Materno-Perinatal, con sus diferentes intervenciones según nivel de complejidad, y con la participación de los profesionales definidos para cada una de las intervenciones.

Inclusión de la duración de la consulta del control prenatal y de crecimiento y desarrollo para niños y niñas que como mínimo sea de 40 minutos en la contratación del vinculado y del subsidiado.

La implementación de la historia clínica Materna-Perinatal del Sistema Informático Perinatal y del Sistema de Información Infantil en red para la atención de mujeres gestantes, niños y niñas.

La implementación del carné infantil con clasificación de riesgo desde el nacimiento, incluyendo riesgo biológico y social, así como su seguimiento según clasificación.

La ampliación de la contratación, por parte de la Dirección de Aseguramiento del programa canguro (otros), una vez se logre aumentar la oferta de este servicio.

Incrementar el recurso humano en la Dirección de Desarrollo de Servicios para dar cuenta de la evaluación de los servicios en términos de calidad y el seguimiento a los planes de trabajo.

Mejoramiento en la oportunidad de la llegada y del traslado de emergencias de las mujeres gestantes y de población infantil, se debe manejar como emergencias APH. La responsabilidad de la implementación estaría a cargo del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE).

El desarrollo e implementación, por parte de la Oficina de Talento Humano, de un programa de capacitación para cualificar el recurso humano a cargo de la atención de mujeres gestantes, y de los niños y niñas menores de un año. Así mismo, in-

centivar la permanencia de médicos pediatras en los sitios de atención y capacitar de manera permanente este recurso en el manejo e implementación del programa canguro.

Implementar estrategias recomendadas internacionalmente, como es la estrategia de lactancia materna.

El desarrollo del PAI PLUSS que involucra la introducción de nuevas vacunas, especialmente para Rotavirus y Neumococo.

Suplementación de vitamina A para los niños y niñas menores de 5 años.

Garantizar el acceso a los servicios de salud.

Toda vez que la mujer gestante o el recién nacido soliciten atención en una IPS que no tenga contrato con la ARS debe tener atención integral hasta la resolución y egreso, si la IPS cuenta con la capacidad resolutoria necesaria. Esta atención, en el caso de los subsidiados, será reconocida como evento no POS. Complementariamente, se debe gestionar esta medida en el régimen contributivo. Esta estrategia debe ser incluida en la contratación para el régimen Subsidiado y el participante Vinculado.

En el marco del trabajo en red que operan los hospitales públicos, constituir una red de apoyo telefónico por 24 horas de pediatras y ginecólogos para consultas relacionadas con emergencias de gestantes, niños y niñas para el nivel I de atención, vinculado para los II y III niveles el apoyo telefónico por 24 horas de pediatras y ginecólogos para consultas relacionadas con emergencias de gestantes, niños y niñas para el nivel I de atención.

Identificar en la red pública y privada los puntos críticos en términos de infraestructura de recursos técnicos y humanos para la atención del niño o niña y la gestante en situación crítica, con el fin de determinar los mecanismos a corto, mediano y largo plazos que permitan su resolución. Lograr la infraestructura de recursos técnicos y humanos para la atención del niño o niña y la gestante en situación crítica.

En urgencias debe haber valoración directa por el especialista pediatra o gineco-obstetra o un profesional entrenado en su defecto.

Implementación de la evaluación interna y externa de adherencia a las guías de atención infantil y a la mujer gestante, así como de las de atención al recién nacido una vez se difundan.

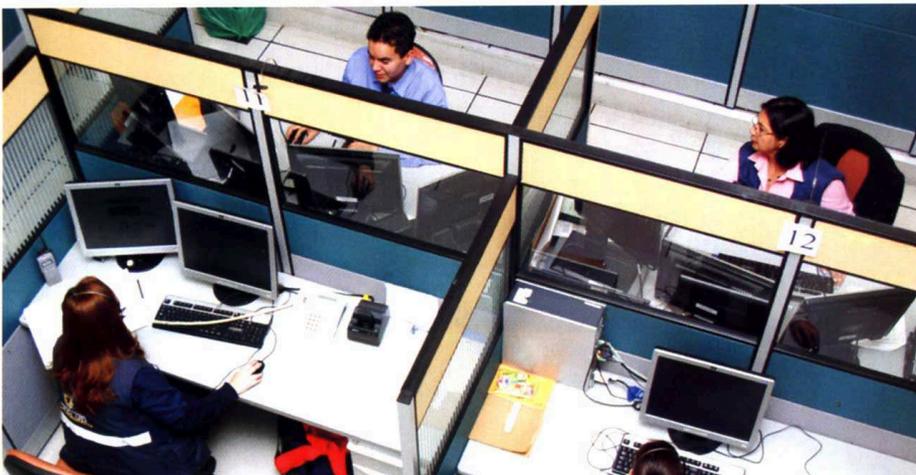
Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la mortalidad perinatal y neonatal tardía.

Garantizar la atención del parto en instituciones con infraestructura e insumos adecuados y suficientes, así como de profesionales que hayan rotado en segundo o tercer niveles para la atención de parto y cuya capacitación no haya sido más de tres años anteriores.

Supervisión de la pertinencia del parto por cesárea.

Evaluación y aplicación de criterios clínicos para el ingreso y egreso a UCI Neonatal.

En el marco del trabajo en red que operan los hospitales públicos, constituir una red de apoyo telefónico por 24 horas de pediatras y ginecólogos para consultas.



SITUACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

Determinantes Estructurales

Dentro del conjunto de determinantes estructurales, se encontró que el sistema educativo no responde a las necesidades del sistema de salud, por lo que persisten prácticas culturales contrarias y riesgosas para la salud. Además, se reconoce que falta integralidad en los programas distritales.

No hay suficientes cupos escolares para responder a la demanda social, que se suma al bajo nivel educativo de los adultos y pocas oportunidades de formación y capacitación para ellos. Además, se observa poca divulgación y baja cobertura de programas para el adecuado uso del tiempo libre de los menores, por tanto, esto desencadena ejercicios irresponsables de la sexualidad en los adolescentes, generando padres adolescentes con debilidad en pautas de crianza, donde sus hijos quedan a cargo de los abuelos en el mejor de los casos y donde a veces esto tiene implicaciones en la salud mental de estos niños; algunos otros, solos, al cuidado de los vecinos o en jardines y guarderías de secretaría de integración social.

A lo anterior se suman problemas como la debilidad en los espacios de participación y discusión que propicien el ejercicio de la ciudadanía y la protección de los derechos de la población infantil y la ausencia de programas para desarrollo del tiempo libre en adolescentes.

Determinantes Intermedios

Dentro de este conjunto encontramos problemáticas como el desconocimiento de los derechos en salud por parte de la población y la falta de reconocimiento de la diversidad cultural en la atención, así como algunas fallas en la orientación y educación brindada a los padres y cuidadores, por lo que los jóvenes y la comunidad en general no percibe los riesgos de las relaciones sexuales.

No se tiene en cuenta que los estilos de vida de los adultos influyen en las condiciones de vida de los niños. Los procesos de participación social responden más a la institucionalidad que a procesos propiamente comunitarios.

En varios sectores de la ciudad se menciona la contaminación del medio ambiente a nivel intra y extradomiciliario. Con respecto de temáticas problemáticas en localidades específicas se encontraron:

Violencia intrafamiliar como problemática más sentida en localidades como Kennedy, Teusaquillo, Engativá, San Cristobal, Ciudad Bolívar, Santafé, Candelaria, Mártires, Suba y Nazareth.

Se percibe una carencia de redes sociales de apoyo en las localidades de Kennedy y San Cristóbal.

Población flotante debido a su situación de desplazamiento que afecta directamente el bienestar de los niños y niñas en las localidades de Bosa, Rafael Uribe, Antonio Nariño y Ciudad Bolívar.

Los requisitos de inclusión para programas sociales conllevan a que la atención se realice de manera focalizada y no llegue a toda la población que realmente la necesita, específicamente en Puente Aranda.

Comportamiento pasivo de la familia en las pautas de crianza y formación de los niños y niñas en Kennedy, Puente Aranda, Ciudad Bolívar y Chapinero.

La disfunción familiar y dificultad de comunicación incrementa la violencia intrafamiliar, especialmente en las localidades de Engativá, Kennedy, Chapinero, Barrios Unidos, Bosa y Teusaquillo.

Respecto de otras problemáticas, en Ciudad Bolívar se identificó la alta frecuencia de mujeres cabeza de hogar y de personas (especialmente niños y niñas) en condición de discapacidad; esta última problemática se evidenció también en Kennedy.



No hay suficientes cupos escolares para responder a la demanda social, que se suma al bajo nivel educativo de los adultos y pocas oportunidades de formación y capacitación para ellos.



Como determinantes proximales dentro de esta temática, se encuentran la mala situación económica que genera desnutrición, no acceso a la educación.

Determinantes Proximales

Como determinantes proximales dentro de esta temática se encuentran la mala situación económica que genera desnutrición, no acceso a la educación o a servicios básicos y es una barrera de acceso por condición socioeconómica, llegando inclusive a presentar hacinamiento y condiciones físicas no adecuadas de la vivienda como la falta de iluminación y ventilación lo que favorece la aparición de enfermedades que, sumado a los problemas económicos, generan enfermedades transmisibles como la varicela, enfermedades diarreicas agudas y respiratorias agudas y hasta desnutrición en los menores.

También se encontró que persisten algunas prácticas culturales contrarias y riesgosas para la salud que se traducen, por ejemplo, en inadecuados hábitos alimentarios y prácticas de autocuidado de los niños y niñas; poca práctica de lactancia materna por trabajo, falta de conocimiento, vanidad, miedo a que se les dañe el cuerpo, o la caída de los senos. Algunos casos extremos de negligencia por parte de padres y cuidadores puede conllevar a consultas tardías en los servicios de salud para enfermedades y problemas que podrían haber sido solucionados si se detectan y tratan a tiempo.

En ciertos sectores es evidente la desarticulación del núcleo familiar, el abandono de las madres, la falta de figura paterna, mujeres cabeza de hogar y la inversión de roles entre la madre y las hijas.

En algunas localidades de la ciudad el expendio y consumo de sustancias psicoactivas se convierte en un serio problema de salud pública y de seguridad.

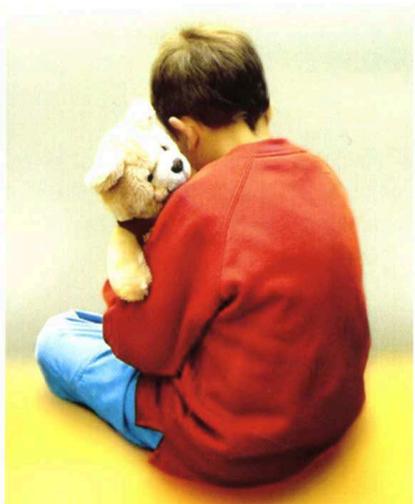
Alternativas de Solución

Se sugiere buscar mecanismos de coordinación nacionales para lograr que la fortificación de harina de trigo con ácido fólico exija los niveles necesarios para la prevención de defectos genéticos del tubo neural, así como desarrollar el sistema de vigilancia de enfermedades congénitas y un programa para la prevención y la respuesta a estas patologías.

Dentro de este conjunto de soluciones alternativas se propone incluir en el Contrato del plan de intervenciones básicas, acciones en el ámbito familiar como la visita domiciliaria integral por profesional de enfermería para la mujer gestante y para niños y niñas de alto riesgo. Para eventos de interés en salud pública, donde se amerita investigaciones epidemiológicas de campo de niños, niñas y mujeres gestantes, se siga llevando a cabo por enfermeras y tengan igualmente enfoque integral.

También se plantean estrategias de difusión de los derechos en salud para su exigencia y ejercicio por parte de la población y otras de prácticas de autocuidado y de identificación de signos y síntomas de alarma. Para ello es necesario el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo y del núcleo familiar como red natural de apoyo de la infancia y de las mujeres gestantes.





Por otro lado, el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) realiza el seguimiento a los casos de bajo peso al nacer y bajo peso en niños y niñas menores de 10 años, en escolares y en gestantes, y de ser necesario, se canalizan a programas de apoyo alimentario.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD PARA EVITAR LA MORTALIDAD INFANTIL

En las localidades del Distrito se han desarrollado e implementado planes de mejoramiento encaminados a fortalecer el acceso oportuno y de alta calidad a los servicios de atención materna, perinatal e infantil. Así mismo, se implementan las estrategias IAMI-IAFI-AIEPI para la atención de madres, niños y niñas.

Se desarrollaron las salas ERA para la atención de los infantes y se fortalecieron las actividades de Promoción y Prevención.

Se realizó suplementación con ácido fólico y sulfato ferroso con el fin de prevenir y corregir deficiencias nutricionales, así mismo, se vigila a niños con desnutrición aguda menores de 10 años y gestantes, también se realizó investigación epidemiológica de campo en las 20 localidades.

Respecto de la problemática de violencia intrafamiliar se hace intervención acerca de los casos identificados y notificados al Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Delitos Sexuales (SIVIM). De igual manera, se cuenta con la línea 106 en el ámbito escolar para atención de eventos en salud mental.

El sistema de vigilancia SIVIGILA capta los eventos de importancia en salud pública que son notificados, entre ellos se encuentran los de mortalidad materna y perinatal, casos de sarampión, rubéola, varicela, meningitis, ERA, EDA, y demás enfermedades frecuentes en la infancia, todo esto con el propósito de conocer la situación de salud de la población y realizar actividades de seguimiento y control de dichas enfermedades.

Por otro lado, el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) realiza el seguimiento a los casos de bajo peso al nacer y bajo peso en niños y niñas menores de 10 años, en escolares y en gestantes, y de ser necesario, se canalizan a programas de apoyo alimentario.



Desde la gestión de la salud pública en territorios sociales se cuenta con la Red Social Materna Infantil, el plan de prevención contra las violencias del Subcomité de Infancia y Familia y la promoción del derecho a la alimentación desde la transversalidad de seguridad alimentaria.

En el ámbito comunitario existen los circuitos de reconocimiento de la oferta institucional, circuitos con niños y niñas, circuito de cuidadoras, gestantes y lactantes. En el ámbito laboral se realiza la caracterización de trabajo infantil y sensibilización acerca de esta temática en las instituciones educativas.

Desde el ámbito institucional se establecen líneas de abordaje en salud sexual y reproductiva, enfermedades transmisibles, salud mental y enfermedades crónicas.

Por su parte, el ámbito escolar realiza detección de necesidades educativas especiales, aplicación de prueba tamiz para detección de niños y niñas que presentan necesidades educativas transitorias; desparasitación y suplementación con sulfato ferroso; tamizaje de bajo peso en escolares; convivencia, democracia y aprovechamiento del tiempo libre. Programas de salud mental, salud oral desde el ámbito IPS.

Existe, además, el Programa materno para atención de las gestantes, así como las estrategias de vacunación extramural y se llevan a cabo jornadas de fortalecimiento del talento humano de la transversalidad de discapacidad a los funcionarios de la ESE y se detecta esta condición desde las consultas de crecimiento y desarrollo.



En el ámbito comunitario existen los circuitos de reconocimiento de la oferta institucional, circuitos con niños y niñas, circuito de cuidadoras, gestantes y lactantes. En el ámbito laboral se realiza la caracterización de trabajo infantil y sensibilización acerca de esta temática en las instituciones educativas.

