

MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

Salud de los niños y niñas
Pasado, Presente y Futuro en Santiago de Cali

Grupo de Epidemiología y Salud Pública
Atención Integral al Niño
Diciembre de 2011



Salud de los niños y niñas Pasado, Presente y Futuro en Santiago de Cali

JORGE IVÁN OSPINA GÓMEZ
Alcalde

ALEJANDRO VARELA VILLEGAS
Secretario de Salud 2008-2011

ELIDIER GOMEZ
Secretario de Salud 2011

Santiago de Cali, Diciembre de 2011

Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y CIENFI-Universidad Icesi.
2011
ISBN 978-958-8357-59-1

Salud de los niños y niñas
Pasado, Presente y Futuro en Santiago de Cali

Editado por:
Marta Cecilia Jaramillo Mejía
Rocio Vera Llanos

Publicado por:
©Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. 2011.
Calle 4B # 36 - 00
Santiago de Cali. Colombia.
Diciembre de 2011

Libro editado por
Universidad Icesi.
Cll 18 # 122-135
E-mail: mcjara@icesi.edu.co
Cali - Colombia, 2011.

Impresión: Feriva

Alcalde Municipio de Santiago de Cali

Jorge Iván Ospina Gómez

Secretario de Salud Pública Municipal

Alejandro Varela Villegas (2008-2011)

Elidier Gomez (2011)

Responsable Grupo de Salud Pública y Epidemiología

Maritza Isaza Gómez

Atención Integral al Niño

Myriam Alicia Benavides Bastidas

Melba Franky De Borrero

José Gonzalo Guerra Quintero

Aura Teherán Maquilón

Jorge Arturo González

Luz Marina Melo Calero

Vigilancia Epidemiológica

Jorge A. Holguín Ruíz

Jorge Rojas Palacio

Jaime López Velasco

Nayibe Eliana Valencia Parada

Claudia Fernanda Cuadros Vela

Paola Andrea Filigrana Villegas

Angela Mayerly Cubides Munévar

Oscar Oliver Londoño Agudelo

Patricia Mera Rúa

Orfidia Carabalí

Juan Emilio Castillo Espinal

Programa Ampliado de Inmunizaciones

Liliana Alarcón Luna

Salud Oral

Luz Helena Palomino Londoño

Seguridad Alimentaria y Nutricional

Ana Beyba Ruíz López

Yalila Yoda Céspedes

Salud Mental

Maritza Isaza Gómez
Rubén Darío Figueroa Ortiz

Salud Sexual y Reproductiva

Nancy Landazábal García
Sonia Quebradas
María Tránsito Díaz Del Castillo

Estilos de Vida Saludable

Luz María Gómez Serna

Programa de Tuberculosis

Antonio José Triana Y.

Escuelas Saludables

Gabriela Cadavid Ramírez

Participación Social

Nelsy Patricia Villa Tombe

Salud Ambiental

María Eugenia Cuadros Palacios

Información y Estadística

Silvio Duque Rodríguez
Erquinovaldo Millán

Apoyo Administrativo

Francia Ayala Martínez
Ana Milena Espinosa

Apoyo Logístico

Tomás Enrique Ramírez
Humberto De La Cruz Carlosama
Alba Lucía Castro López

Oficina de Comunicaciones

Marcelo A. Carmona García

Diseño Gráfico

Andrés Carrero Ospina

Editores

Marta Cecilia Jaramillo Mejía
Rocio Vera Llanos.

Equipo de Trabajo Universidad Icesi

Marta Cecilia Jaramillo Mejía.
Rocio Vera Llanos
Mauricio Astudillo Rodas
Lina María Trejos Trejos
Héctor Fabio Perafán

Este estudio se realizó en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios y de Apoyo a la Gestión No. 4145.0.26.1.030 de 2011, entre el Municipio de Santiago de Cali - Secretaría de Salud Pública Municipal y la Universidad Icesi.

ÍNDICE GENERAL

1 LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI Y SU HISTORIA.	13
1.1 LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE CALI HOY.	13
1.2 HISTORIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE CALI.	14
2 MARCO CONCEPTUAL, POLÍTICO Y NORMATIVO.	25
2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL.	25
2.2 CONTEXTO NACIONAL.	30
2.3 CONTEXTO LOCAL- Municipio de Santiago de Cali.	36
3 LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA EN LA PRIMERA INFANCIA Y LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS EN SANTIAGO DE CALI.	45
3.1 DEFINICIÓN E IMPORTANCIA.	45
3.2 SITUACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN SANTIAGO DE CALI	48
4 PROGRAMAS DE SALUD DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS.	69
4.1 PROGRAMAS CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS .	69
4.2 PROGRAMA CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.	87
4.3 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)	98
4.4 LACTANCIA MATERNA - INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAMI).	106
5 ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA	117
5.1 ANTECEDENTES	117
5.2 OBJETIVOS	120
5.3 INTERVENCIONES	120
5.4 ESTRATEGIAS	120
5.5 CRONOLOGÍA DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN	120
5.6 DESARROLLO COMPONENTES AIEPI	123
5.7 COSTOS Y FUENTES DE FINANCIACIÓN.	133
5.8 RESULTADOS	133
5.9 RETOS	134
5.10 LIMITANTES	134
5.11 PUBLICACIONES	135
5.12 RECONOCIMIENTOS	135
5.13 OTROS TEMAS QUE APORTAN A LA ATENCIÓN INTEGRADA: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, SALUD ORAL Y MENTAL	135
6 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	143

6.1	ANTECEDENTES	143
6.2	RESULTADOS	145
6.3	RECONOCIMIENTOS	145
7	CONCLUSIONES	147
7.1	RETOS PARA EL FUTURO.	149

TABLA DE GRÁFICOS

1	Situación Nutricional Menores de Cinco (5) años. Cali Área Metropolitana, 1995, 2000, 2005 y 2010	39
2	Tasa de Mortalidad Infantil. Municipio de Cali, 1990-2010.	40
3	Tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1990-2010	41
4	Razón de Mortalidad Materna. Municipio de Cali, 1985-2009	42
5	Pirámide Poblacional Municipio de Cali, 1973 y 1990	49
6	Pirámide Poblacional Municipio de Cali, 2000 y 2011	50
7	Pirámide Poblacional Municipio de Cali, 2015	50
8	Población Censal y Tasa de Crecimiento Anual Promedio Municipio de Cali, 1973-2015.	51
9	Participación de Niños y Niñas Menores de 5 años en la Población Total. Municipio de Cali, 1973-2015.	52
10	Comunas con mayor población de niños y niñas menores de 5 años. Municipio de Cali, 2010.	52
11	Tasa Global de Fecundidad, 1995-2009. Tasa de Fecundidad General, 1991-2004. Municipio de Cali	54
12	Fecundidad según Edad de la Madre Municipio de Santiago de Cali, 1993 y 2008	54
13	Índice de Presión de desplazamiento, por 100,000 habitantes. Municipio de Cali y Valle del Cauca, 1999-2007.	56
14	Afiliación a régimen subsidiado de salud Municipio de Santiago de Cali, 2003-2010.	57
15	Producto Interno Bruto per cápita. Municipio de Cali y Colombia, 1990-2007	60
16	Tasa de Mortalidad Infantil por Componentes. Municipio de Cali, 1990-2010.	63
17	Cinco primeras causas de mortalidad infantil. Municipio de Cali, 1998 y 2009	63
18	Tasa Mortalidad en Menores de 5 Años y en Niños de 1 a 4 años. Municipio de Cali, 1990-2010	64
19	Diez principales causas de mortalidad en menores de 5 años por 1,000 NV. Municipio de Cali, 1998 y 2009.	65
20	Cinco principales causas de mortalidad en niños de uno (1) a cuatro (4) años por 100,000 NV. Municipio de Cali, 1998 y 2009.	65
21	Tasa de Mortalidad por Diarrea en menores de 5 años según grupos de edad. Municipio de Cali, 1970-1981.	72
22	Porcentaje de Mortalidad por EDA respecto a la población menor de (1) año y menor de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1970-1981.	72
23	Tasa de mortalidad por EDA por grupos de edad Municipio de Cali, 1977-1986	81
24	Tasa de Mortalidad por EDA en menores de cinco (5) años según grupos de edad. Municipio de Cali, 1990 -2010.	86
25	Casos de muerte por EDA y Neumonía en menores de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1995,2000 y 2005.	94

26	Tendencia de muertes evitables por EDA y Neumonía en menores de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1995-2006.	94
27	Casos de Muerte por IRA en menores de cinco años Municipio de Cali, 1983-2010.	96
28	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco (5) años según grupos de edad. Municipio de Cali, 1990 -2010	97
29	Coberturas de Vacunación en Menores de un año Municipio de Cali, 2000-2010 .	104
30	Cobertura de Vacunación según Biológico. Colombia y Ciudades Principales, 2008	105
31	Presupuesto Ejecutado, Atención Integral a Menores de cinco (5) años. Municipio de Cali, 2001-2011	133

ÍNDICE DE TABLAS

1	Hechos Importantes en la Historia de la Salud Pública y de la Infancia.	16
2	Funciones Esenciales de la Salud Pública.	29
3	Estructura del Programa Materno Infantil.	31
4	Conceptos Pilares del Programa Materno Infantil.	33
5	Índice de Intensidad de desplazamiento por 100,000 habitantes. Municipio de Santiago de Cali y Valle, 1999-2007	55
6	Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud por Regímenes Valle del Cauca, 2010.	58
7	Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud por Regímenes Municipio de Cali, 2010.	58
8	Porcentaje de Personas con al menos una NBI. 1993 y 2005	59
9	Porcentaje de la población bajo la línea de pobreza 1996 y 2008.	59
10	Porcentaje de la población bajo la línea de indigencia. 1996 y 2008	59
11	Índice de Desarrollo Humano. Municipio de Cali, Valle y Colombia, 2005.	61
12	Manejo de la enfermedad diarreica en el hogar.	85
13	Diez (10) pasos hacia una lactancia feliz.	107
14	Semana Mundial de Lactancia Materna a través del Tiempo.	108
15	Estudios realizados sobre Lactancia.	112
16	Duración de Lactancia Materna. Colombia, Valle del Cauca y Cali, 2005 y 2010	113
17	Temas en Salud Infantil.	122
18	Clasificación de la implementación del componente organizacional.	123
19	Personal de salud capacitado en el Componente Clínico. Municipio de Cali, 2000-2011	124
20	Clasificación de la implementación del componente clínico.	125
21	Personal de salud capacitado en el Componente Comunitario. Municipio de Cali, 2003-2011.	128
22	Clasificación de la implementación del componente comunitario.	129
23	Capacitación a otros actores en el Componente Comunitario. Municipio de Cali, 2003-2011	130

ACRÓNIMOS

Áreas Integradas de la Salud (AIS)	gatorio de Salud (POS)
Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP)	Plan Nacional para la Supervivencia y Desarrollo Infantil (SUPERVIVIR)
Atención Primaria en Salud (APS)	Plan Piloto de Servicios Integrados de Salud (PPSIS)
Control de Enfermedades Diarreicas (CED)	Plan Único de Centros Hospitalarios (PUCH)
Corporación de Programas Especiales de Salud (CORPES)	Plan de Salud Municipal (PSM)
Direcciones Locales del Sistema de Salud (DLS)	Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud (PRIMOPS)
Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)	Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	Régimen Subsidiado (RS)
Empresas Sociales del Estado (ESE)	Secretaría de Salud Pública Municipal (SSPM)
Empresas Solidarias de Salud (ESS)	Servicios Seccionales de Salud (SSS)
Entidad Promotora de Salud (EPS)	Sistema General de Seguridad Social de la Salud (SGSSS)
Fondo de Garantía para la Salud (FOGASA)	Sistemas Locales de Salud (SILOS)
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud (SMSS)
Índice de Calidad de Vida (ICV)	Sistema de Planeación Participante (SISPAR)
Institución Prestadora del Servicio de Salud (IPS)	Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN)
Ministerio de Salud Pública (MSP)	Sistema Nacional de Salud (SNS)
Nacidos Vivos (NV)	Terapia de Rehidratación Oral (TRO)
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)
Núcleos de Atención Primaria (NAP)	Unidad Regional de Salud (URS)
Plan de Atención Básica (PAB)	Unidades Primarias de Atención (UPA)
Plan de Desarrollo Municipal (PDM)	
Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN)	
Plan Nacional de Desarrollo (PND Plan Obligatorio de Salud (POS)	

PRESENTACIÓN

El equipo de trabajo del Grupo Atención Integrada a Niño, de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, se ha caracterizado por su compromiso e interés por la salud de los niños y las niñas. Este compromiso ha llevado a una serie de experiencias sobre salud infantil, lecciones aprendidas, reconocimientos y retos, que no habían sido documentadas en una publicación oficial.

Se parte de las políticas, normas y procesos internacionales, nacionales y locales para la implementación de programas dirigidos a los niños y niñas menores de 5 años. Se describen algunas experiencias iniciadas en Cali que sirvieron como modelo a nivel nacional y han contribuido a la construcción de políticas de salud infantil en Colombia.

Se pretende construir no solo una memoria histórica de la evolución de los programas y experiencias que se han vivido en el Municipio de Santiago de Cali, en las últimas tres décadas, sino también, describir el proceso, sus logros, limitantes y desafíos. Se espera que este documento sea un valioso aporte, al sector salud, la academia, otros sectores y actores sociales que trabajan a favor de los niños y las niñas.

Agradecemos a todas las instituciones y personas que han hecho posible que más niños y niñas en el Municipio de Santiago de Cali, tengan una infancia más saludable.

OBJETIVO

Documentar y sistematizar el proceso de atención en salud infantil realizado por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, en las últimas tres décadas, para difundir al sector público, privado y a la comunidad en general, esta experiencia con sus logros, limitantes y desafíos.

METODOLOGÍA

Se han recopilado, seleccionado, reconstruido y analizado documentos relacionados con el tema de salud infantil de diferentes fuentes.

Como fuente primaria se realizaron entrevistas a diferentes actores, historias de vida o relatos cortos; esta información constituye el elemento analítico y cualitativo de la investigación que permite ordenar sucesos de la experiencia, identificando los más importantes en cada período, para dar como resultado las lecciones aprendidas, conclusiones y recomendaciones.

Las fuentes secundarias fueron documentos y archivos existentes en la Secretaría de Salud del Municipio de Santiago de Cali, documentos históricos y trabajos de investigación disponibles en la biblioteca de la Universidad del Valle y la Escuela de Salud Pública.

Para el desarrollo de la investigación, se elaboró una guía con los contenidos, se conformó un equipo de trabajo para la búsqueda de información, organización, redacción y edición de cada uno de los capítulos. Se tuvo una estrecha comunicación con profesionales y técnicos expertos en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, a través de la coordinación del Grupo Atención Integral al Niño, con el fin de facilitar el acceso oportuno a la información y discutir los hallazgos y resultados.

Para el informe relacionado con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se tomaron las estadísticas presentadas en el documento de la Secretaría de Salud, “Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo en Santiago de Cali - Evaluación y Seguimiento” y se procedió a hacer la actualización pertinente. Para el análisis de la información se utilizaron hojas de Excel, Word y algunas estadísticas que fueron realizados con el programa R. Los textos se sometieron a revisión, con el equipo de trabajo.

Espacio para el capítulo 1

1. LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI Y SU HISTORIA.

1.1. LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE CALI HOY.

Lo que conocemos hoy en día, como la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Santiago de Cali (SSPM), ha sido el fruto de profundas transformaciones, que han logrado determinar y estructurar no sólo su visión y misión sino también, sus funciones como parte de sus responsabilidades, para cumplir con el compromiso de lograr la salud de los caleños y caleñas. Es así como, en la actual administración se han definido de la siguiente manera:

Misión.

La SSPM asume como Misión el compromiso de trabajar por una Cali visionaria, democrática, segura, saludable, educadora, deportiva, multicultural, verde, incluyente y productiva, con todos los actores y sectores en forma intersectorial e interinstitucional, para garantizar que los recursos públicos que se invierten en el municipio privilegien a los diferentes grupos poblacionales, especialmente los menos favorecidos, para que todos podamos “vivir la vida dignamente”.

Visión.

La Visión de la SSPM, la que construirá en el siglo XXI, es la de gente dispuesta a trabajar colectivamente, con amor y grandeza, por un futuro mejor. Una sociedad que comprende que en Cali debe haber respeto a la diversidad, al encuentro de identidades, al equilibrio ambiental, a la inclusión social; a la defensa del espacio público y a la naturaleza, a la disciplina urbanística, a la integración territorial y a la eficiencia administrativa; a los caminos de la democracia y la convivencia.

Funciones.

Es política de la SSPM, primero, fortalecer el rol de autoridad municipal en políticas públicas en salud, segundo, propender por el fortalecimiento de la capacidad de gestión del talento humano, generando compromiso social y tercero, propiciar el aseguramiento universal y el acceso equitativo de la población a los servicios de salud mediante el mejoramiento continuo, la eficacia, eficiencia, efectividad y cumplimiento de los requisitos y expectativas de los usuarios. La SSPM es una dependencia de la estructura administrativa del Municipio de Santiago de Cali con la responsabilidad de dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el municipio, para lo cual cumple con las siguientes funciones:

1. Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.
2. Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos de salud, en armonía con las políticas y disposiciones implementadas a nivel nacional y departamental.

3. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud, para su inclusión en los programas departamentales y nacionales.
4. Realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de salud de la población y la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores, en su territorio.
5. Coordinar y articular con los actores intra y extra sectoriales la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las metas del Plan de Salud Territorial.
6. Adoptar y adaptar el Plan Nacional de Salud Pública a su territorio y formular el Plan de Salud Territorial en consulta y concertación con los distintos actores, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
7. Tramitar ante el Consejo Territorial de Planeación, la inclusión del Plan de Salud Territorial en el Plan de Desarrollo Nacional.
8. Realizar la supervisión, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados del Plan de Salud Territorial.
9. Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos de destinación específica para salud del municipio. Así mismo, administrar los recursos del Fondo Local de Salud.
10. Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y bienestar de la población, formulando y ejecutando las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de riesgos en su jurisdicción.

1.2. HISTORIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE CALI.

Hace unas décadas, se hizo evidente para los países la necesidad de adquirir un compromiso serio con la salud, planteándose entonces soluciones que estuvieran alineadas con éste objetivo. En concordancia con esta realidad, el Municipio de Santiago de Cali a través de los mecanismos de Descentralización Administrativa, Política y Fiscal, se adecuó a ella, utilizando la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), para la prestación de servicios de salud de la ciudad. Posteriormente, desde finales de los años 80 e inicios de los 90, se llevó a cabo la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS), por medio del desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Las transformaciones económicas, demográficas y políticas de carácter nacional, departamental y municipal que se llevaron a cabo, dieron origen a una serie de fenómenos sociales, que permitieron la evolución no sólo de Colombia y sus Departamentos sino de cada uno de los organismos que los componen. Sectores como el de la salud, comenzaron un proceso de permanente exploración y experimentación en torno a los mecanismos y estrategias que permitieran ampliar su cobertura y controlar sus costos, incorporando recursos de la comunidad y a su vez, permitiendo la proyección hacia ella.

Al igual que muchas otras instituciones, la creación de la SSPM ha sido también el resultado de profundos procesos de adaptación a los diferentes contextos políticos, sociales y económicos, que ha vivido el país a lo largo de su historia. A continuación, se exponen los principales acontecimientos que han sido parte importante de la evolución de la SSPM, tanto en la constitución de su estructura, como en la adopción e implementación de políticas públicas que han originado los diversos programas de salud municipales.

1.2.1. Antecedentes y Políticas Públicas.

Según Molina y Cabrera[1], hay varios autores que coinciden en que la Política Pública, es una secuencia de decisiones y acciones puestas en marcha, con la intención de solucionar un problema en un contexto específico [...]. Es un proceso de construcción social, con la participación de varios actores: individuos, instituciones, partidos políticos, grupos comunitarios y el Estado, siendo éste un actor fundamental. Las políticas públicas transmiten los objetivos, medios, estrategias y reglas necesarias para la toma de decisiones.[2] En este apartado se muestra por un lado, el funcionamiento de la política pública en salud tanto a nivel nacional como a nivel local, para el Municipio de Santiago de Cali y por otro lado, las transformaciones en el tiempo de la estructura institucional de la SSPM, inherentes a estas políticas públicas. Por esta razón, se parte desde la organización del sistema de salud hasta la prestación del servicio y la tendencia de su gasto (financiación).

En el año 1925, mediante la Ley 25, se creó en Colombia, la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, con los niveles nacional, departamental y municipal del subsector oficial. En 1937 se inició un proceso de descentralización dentro del sector salud a nivel nacional, mediante la Ley 120, que autorizó a los Concejos Municipales a crear las Direcciones Municipales de Salud. En Cali se creó mediante el acuerdo No. 44 de 1938 el Departamento de Higiene y Asistencia Pública Municipal de Cali, al que pertenecieron el Asilo, la Clínica de Maternidad, la Inspección de Obras Públicas y Aseo y la Unidad Sanitaria.[3]

Como parte del proceso de desarrollo administrativo desencadenado en 1953, por el dinamismo de la Universidad del Valle, en el proceso de integración de los servicios preventivos y curativos, de la ciudad de Cali, se transformó en la Secretaría de Higiene Municipal.[4]

Un paso importante hacia la descentralización, en 1962, fue la creación de la Corporación Autónoma de Desarrollo de la Comunidad y los Centros Médicos Materno Infantil de Cali, que luego daría lugar a la Corporación de Programas Especiales de Salud (CORPES). [3] Por primera vez la Secretaría de Higiene Municipal y los Centros de Salud administran los recursos por la venta de servicios de salud recaudados en las instituciones de salud. [3] En 1967 se crea el Distrito de Salud de Cali[5], con los cinco (5) municipios vecinos; en 1972, el servicio de salud del Valle, firmó un contrato con el Municipio de Cali, para integrar los servicios de salud de toda el área.

En 1975 se conformó la Unidad Regional de Salud (URS) de Cali, mediante la resolución No. 5550, como componente fundamental del Sistema Nacional de Salud, creado en ese mismo año en Colombia, con la adscripción de los Municipios de Jamundí, la Cumbre, Vijes, Dagua y Yumbo.[6] Desde entonces, tiene como sede el edificio que ocupa actualmente la SSPM. Mediante el Decreto No. 1469 de 1979, se crearon seis (6) Áreas Integradas de Salud (AIS).[7] Estas áreas definieron los niveles de atención dentro de las instituciones dependientes de la SSPM y la URS y se organizaron en 1986 en grupos de habitantes con cierto grado de homogeneidad socioeconómica, Núcleos de Atención Primaria (NAP) y en los SILOS.¹

Esta reforma permitió mejorar el servicio a la comunidad caleña, pues cada una de las áreas tenía un sistema de salud por niveles de atención' constituido por un hospital básico como sede, del cual dependían los centros y puestos de salud, a este conjunto se le denominó 'el primer nivel de atención'. Además, se empezó a prestar servicios de medicina especializada de diferentes niveles y en algunos centros de salud se estableció un servicio de Atención Médica Permanente (AMP), que prestaba servicios de medicina general las 24 horas en el área urbana y donde la población que no tenía capacidad de pago, recibía subsidio para la salud. [3]

¹Éstos se describen ampliamente en el Apartado 2.2.3.1.

Tabla 1. Hechos Importantes en la Historia de la Salud Pública y de la Infancia.

1925	Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública.
1937	Direcciones Municipales de Salud
1938	Departamento de Higiene y Asistencia Pública Municipal de Cali
1953	Secretaría de Higiene Municipal
1962	Corporación Autónoma de Desarrollo de la Comunidad y Centros Médicos Materno Infantil Cali
1967	Distrito de Salud de Cali y Municipios Vecinos.
1972	Integración de los servicios de salud del Distrito de Salud de Cali.
1975	Sistema Nacional de Salud. Unidad Regional de Salud (URS) de Cali
1979	Creación de seis (6) áreas integradas de Salud, que definieron los niveles de atención.
1986	Agrupación geográfica y socioeconómica de los servicios de salud: Núcleos de Atención Primaria (NAP) y Sistemas Locales de Salud (SILOS). Inicia el Servicio de Atención Médica Permanente (AMP) las 24 horas.
1989	Sistema Municipal de Salud de Cali
1990	Sistema de Salud de Colombia (Ley 10 de 1990)
1990	Descentralización de los SILOS como unidades básicas de organización del Sistema Municipal de Salud.
1991	Certificación de Cali como Municipio Descentralizado en Salud
1993	Sistema General de Seguridad Social Integral
1994	Plan de Atención Básica (PAB); Sistema de Planeación Participante (SISPAR); Descentralización Administrativa de los Fondos de Medicamentos y Suministros (FEMS)
1995	El Municipio de Cali asumió el Régimen Subsidiado en Salud hasta 1996.
1996	Desarrollo del PAB en Cali. Creación de Centro Regulador de Urgencias (CRU) y el Sistema de Alerta Acción (SAA). Se consolida el Sistema Municipal de Planificación del Municipio.
1997	Creación de Calisalud EPS (primera EPS pública municipal)
2000	Iniciación del proceso de implementación de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, en Cali.
2003	Creación de cinco (5) Empresas Sociales del Estado. Lanzamiento del Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI a nivel nacional y local.
2006	Desarrollo de estrategias para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
2007	Iniciación de la vigilancia de la morbilidad materna extrema Sistematización de información epidemiológica y de inversión social y física. Cali, municipio limpio, cívico, armónico, educador y saludable: Desarrollo de estrategias intersectoriales de entornos saludables y seguros.
2011	Programa de modernización y reorganización de las ESE Lanzamiento de la política de atención integral a la primera infancia “De Cero a Siempre” Unificación del Plan Obligatorio de Salud - POS

Entre 1980 y 1990, el gobierno colombiano adoptó un conjunto de reformas políticas y sociales de primera generación, dirigidas a desarrollar y expandir el modelo económico de mercado de acuerdo con las tendencias económicas predominantes en la región y en el mundo, como

resultado de la llamada crisis del Estado de Bienestar² y de las propuestas de ‘ajuste estructural’ promulgadas por la banca multilateral para la reducción del déficit fiscal. ‘Las reformas incluyeron la descentralización político-administrativa del aparato estatal, la redistribución de competencias y recursos y el desmonte inicial de las instituciones desarrolladas en el marco del Estado del Bienestar, que habían predominado en el país desde la década de 1950’[8].

1.2.2. Legislación y Políticas Nacionales de Salud.

Para la década de los noventa, la historia de la SSPM, como lo menciona el libro “10 años de la Salud en Santiago de Cali 1990-2000”,[9] se identifican cuatro (4) periodos relevantes relacionados con la Legislación y las Políticas Nacionales de Salud, que se detallan en los apartados del 1.2.2.1 al 1.2.2.4, donde el gobierno local comenzó a tener influencia en las decisiones y proyectos del gobierno central, adoptando figuras como las contrapartidas, en las que el gobierno local ayuda a financiar las iniciativas del gobierno central. Posteriormente, se aborda la normatividad más reciente donde sobresale el establecimiento, la aplicación en los diferentes órdenes territoriales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y en el orden local, la creación de las Empresas Sociales del Estado (ESE).

1.2.2.1. La Legislación y las Políticas Nacionales, Periodo 1989 - 1991.

Con la aplicación de la Revolución Pacífica[10], se desarrollaron e implementaron políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con principios de equidad e igualdad social. El Municipio de Santiago de Cali se acogió a dichas políticas, según el acuerdo 025 de 1989, estructurando el Sistema Municipal de Salud y estableciendo que la dirección superior del sistema estaría a cargo de la SSPM.

La Ley 10 de 1990 le asignó a las Direcciones Locales del Sistema de Salud (DLS), funciones para “coordinar y programar la distribución de recursos, cumplir las políticas públicas, incentivar la participación comunitaria, entre otros [...] en concordancia con el Sistema Nacional de Salud”. [8] En este sentido, se llevó a cabo la descentralización en los SILOS, como unidades básicas de organización del sistema de salud municipal y se adoptó una red interinstitucional, que permitía un conocimiento más preciso de las condiciones sociales y económicas de las áreas definidas a nivel de SILOS, Comunas o NAP. En ellos se implementó la estrategia de atención primaria y se obtuvo el reconocimiento del Municipio de Santiago de Cali como un “Municipio Saludable”[8], por parte del Ministerio de Salud.

En 1991, el Ministerio de Salud expidió la Resolución No. 15419 otorgando a la SSPM, la certificación como Municipio descentralizado en salud, lo que le permitía recibir los recursos económicos para salud del orden nacional.³ Es importante mencionar que el Ministerio de Salud definió los servicios, la cobertura, los niveles de atención entre otros, señalando las entidades responsables financiera y administrativamente de cada uno de los niveles de atención acorde a la complejidad de los servicios que se prestaban en la Ley 10 de 1990.

Una característica de este periodo es el reconocimiento de dos (2) modelos de salud. Por un lado, un servicio público, que atendía la población que requería un servicio subsidiado y/o financiado con recursos provenientes de los fondos seccionales y locales de salud y por otro lado, un servicio privado, que atendía el resto de la población a través de la medicina privada, en un mercado con regulación y libre competencia. El Municipio de Santiago de Cali fue la primera ciudad del país en lograr la transferencia de los recursos al Fondo Local de Salud.

²Ver Apartado 2.1.1.

³Los recursos girados eran principalmente de dos fuentes: El Situado Fiscal y Ecosalud (recursos de la venta de loterías).

1.2.2.2. La Legislación y las Políticas Nacionales, periodo 1992- 1994.

En el ámbito nacional en la década de los 90 se aplicaron las reformas de segunda generación dirigidas a reducir la oferta estatal de servicios y promover la oferta privada. Esta etapa es muy importante analizar el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) y su implementación donde se contempló la seguridad social como un derecho de los ciudadanos en Colombia⁴ y se definió el concepto de la Seguridad Social Integral, como el “conjunto de instituciones, normas y procedimientos a disposición de las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida”. [11]

Dentro de las reglamentaciones conviene destacar, por un lado, la ley 60 de 1993, llamada la Ley de ‘Competencias y Recursos’, donde a los municipios les correspondió, dirigir y participar en la prestación de los servicios de salud, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad. Por otro lado, la ley 100 de 1993, en la cual se define que el SGSS estaría integrado en todos los niveles territoriales, por los organismos de dirección, promoción y prestación de servicios de salud, vigilancia y control,⁵ incorporando “elementos de la lógica del mercado de servicios como la competencia y la libre elección del usuario, al tiempo que desarrolló mecanismos de regulación [...], y redefinió las competencias y funciones de los organismos estatales”. [12] Cabe anotar que las direcciones de salud en los entes territoriales organizaron el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable.⁶

A nivel del Municipio de Santiago de Cali, como respuesta a la Ley 60 de 1993⁷ y la Ley 100 de 1993 se tomaron medidas dirigidas a fortalecer el proceso de municipalización. Entre estas medidas se destacan la adopción de la carrera administrativa para los funcionarios de la SSPM, el desarrollo del Sistema de Planeación Participante (SISPAR), la conformación del Comité Interinstitucional de Salud -con participación de instituciones públicas y privadas para normalizar e integrar los servicios de salud-, la creación de la red de urgencias, la reglamentación de los Fondos Especiales de Medicamentos y Suministros, y la implementación del Sistema Financiero Integrado para todas las dependencias de la SSPM.

Por su parte, la Ley 136 de 1994, responsabilizó a los municipios de la solución de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en salud, educación, vivienda, saneamiento ambiental y agua potable. En materia de salud, se fortalecieron las funciones de inspección, vigilancia y control del sistema y las acciones de salud colectiva, a través de la prestación del Plan de Atención Básica (PAB). En este período en el municipio se desarrolló el Sistema de Planeación Participante (SISPAR), se inició la implementación del sistema financiero integrado⁸ junto con el sistema de facturación -preparando a la SSPM para operar el SGSS[3] y se consolidó la descentralización administrativa de los Fondos Especiales de Medicamentos y Suministros (FEMS).⁹

⁴Ver Apartado 2.2.5

⁵En este esquema los distritos y municipios continuaron con las funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud.

⁶Las alcaldías, en colaboración con el Departamento Administrativo Nacional de Planeación (DNP), implementaron el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), con lo cual posteriormente contrataron para la afiliación de la población subsidiada a las Administradoras del Régimen subsidiado (ARS) y a las Empresas Solidarias de Salud (ESS), que aquí jugaron un papel muy importante.

⁷Ver apartado 2.2.5.

⁸El Plan Único de Cuentas Hospitalarias (PUCH).

⁹Esta descentralización permitió a los NAP manejar los recursos del recaudo, en las propias instituciones de salud y por ende su fortalecimiento y crecimiento tecnológico y administrativo para una mejor gestión.

1.2.2.3. La Legislación y las Políticas Nacionales, Periodo 1995- 1997.

Durante este periodo el gobierno nacional propuso, 'El Salto Social', donde uno de los objetivos fue avanzar en la universalización de las coberturas de los servicios sociales básicos y de la seguridad social, y en el mejoramiento de la calidad de vida de todos los colombianos. En salud, las políticas estuvieron orientadas al desarrollo de la Ley 100 de 1993, con una mayor concentración del gasto público en los más pobres. Se propuso la modernización de los sistemas de prestación de servicios, la ampliación de coberturas, el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, se fortaleció la autonomía de los municipios y se democratizó la gestión con mayor participación de otros sectores y la comunidad. Para el caso particular de Santiago de Cali, se orientaron los esfuerzos en tres aspectos: 1) definir si las instituciones de salud podían convertirse en Empresas Sociales del Estado (ESE) o IPS, 2) gestionar con el departamento y la nación, la construcción y dotación de la red de servicios de baja, mediana y alta complejidad y 3) fortalecer las zonas rurales y los programas específicos del Municipio.[3]

Según la SSPM[3], a partir de 1995, el municipio inició el aseguramiento al régimen subsidiado, el cual fue asumido transitoriamente hasta 1996. Con este proceso se comenzó en la ciudad la implementación del SGSSS, la entrega de subsidios a las personas identificadas en los niveles I y II del SISBEN, el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los SILOS y la asignación por parte del municipio del Situado Fiscal Territorial, mediante acciones de planeación local participativa, con liderazgo de la Juntas Administradoras Locales (JAL) en la ciudad de Cali. Más adelante, en 1996, inició acciones el Plan de Atención Básica (PAB), concentrándose en las comunas de mayor riesgo biosocial y en los grupos vulnerables.

Igualmente, se trabajó en la línea de acción de Promoción de la Salud, se consolidó la red de vigilancia epidemiológica, mediante el Sistema Alerta Acción (SAA), se creó el Centro Regulador de Urgencias del Municipio (CRU) y se desarrolló el sistema de transporte y comunicación para fortalecer el sistema de referencia y contra referencia. Adicionalmente, con la reforma administrativa del municipio de Cali, según el acuerdo 01 de 1996, se inició una etapa muy importante en la SSPM, pues se consolidó en el Municipio el Sistema Municipal de Planificación.¹⁰

Posteriormente, en 1997 se presentó por primera vez un proyecto de acuerdo municipal (el proyecto no fue aprobado y durante los siguientes años sufrió modificaciones) para reestructurar el Sistema Municipal de Salud, transformar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud en Empresas Sociales del Estado (ESE) y adoptar el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud, en el que se integran la SSPM, el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, El subsistema IPS (públicas y privadas), el subsistema de participación social (con representación de las ligas de usuarios) y el subsistema de EPS. El municipio crea la EPS pública Calisalud, primera de orden municipal en el país.[6]

Por decisión de la administración municipal, se incorporan los recursos humanos a las ESE, donde se respeta la estabilidad laboral y los derechos adquiridos previamente por los funcionarios, incluyendo el derecho a la carrera administrativa. Así mismo, es importante precisar que "las ESE funcionan como entidades independientes, tanto de la SSPM como de las otras ESE. Cali no ha logrado consolidar una red de prestación de servicios para la población pobre no asegurada del primer nivel de atención".[8] Finalmente, este período se caracterizó por la asignación de recursos del Presupuesto General de la Nación para el desarrollo y fortalecimiento

¹⁰En el Sistema Municipal de Planificación todos los planes, programas y proyectos debían responder a las líneas de acción del Plan de Desarrollo Municipal y se debían gestionar a través de proyectos de inversión, inscritos y aprobados en el Plan de Inversiones de la SSPM y del Municipio. Esto permitió a partir de este año (1996) iniciar la evaluación de la gestión de la SSPM, con base en las líneas del plan de desarrollo. El Informe de Gestión era coordinado por la Unidad de Planeación y Proyectos de Inversión, con la participación de todas las dependencias de la secretaría.

to de la salud Materno Infantil¹¹, con énfasis en el desarrollo de servicios para la atención del parto.

1.2.2.4. La Legislación y Las Políticas Nacionales, Periodo 1998 - 2000.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND), 'Cambio Para Construir la Paz', presentó como principal objetivo la búsqueda y conservación de la paz. En salud, se orientó a mejorar la cobertura, equidad, eficiencia y calidad; a la búsqueda de la viabilidad financiera del SGSSS y los hospitales públicos se transformaron en ESE.¹² El Gobierno Nacional y los entes territoriales debieron garantizar la cobertura de afiliación al régimen subsidiado del SGSSS y promover su ampliación.

La SSPM, después de realizar estudios de factibilidad de la transformación de los hospitales y red de servicios en ESE, presentó ante el Concejo Municipal, en el año 2000, un proyecto de reestructuración de la SSPM para asumir las nuevas funciones de inspección, vigilancia y control, como ente rector del SGSSS y de la Salud Pública. Después de varios debates en el Concejo de Cali, a finales de diciembre del mismo año, el Concejo decidió no aprobar la transformación de las ESE, ni la reestructuración de la SSPM. La primera sucedió años más tarde, pero la segunda no, con el agravante, que no se reestructura para cumplir con sus funciones, pero sí, pierde la estructura organizacional que tenía y había sido aprobada en el año 1996. La reforma administrativa del Municipio suprimió todas las unidades de las secretarías del municipio' y ésta era la única denominación del nivel directivo, que existía en la SSPM. A partir de esta reforma, la SSPM asigna funciones por resolución y no tiene cargos de dirección en su planta.

En esta nueva etapa de transformaciones, los entes territoriales asumieron la responsabilidad de autoridad sanitaria, desarrollando las competencias de entidad rectora de salud en el cumplimiento de las FESP, es así como la SSPM formula la Política de Promoción de la Salud para el Municipio, en el periodo 2000-2005, como un aporte para contribuir al mejoramiento de la salud de los caleños.¹³ En esta se propone la reorientación de los servicios, la generación de capital social, mediante la creación y fortalecimiento de las redes de soporte social y la creación y fortalecimiento del ambiente físico para la vida y la socialización. En ese sentido, la SSPM se propuso realizar acciones de vigilancia y control a las IPS y Aseguradoras del Régimen Subsidiado (ARS), enmarcadas en tres (3) líneas de acción. Primera, impulsar y fortalecer la estrategia de Municipio Saludable por la Paz. Segunda, desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica, el plan de promoción de la salud, la protección de riesgos sanitarios y el control de los mercados móviles. Tercera, garantizar el acceso a los servicios de saneamiento básico.

1.2.2.5. La Legislación y Las Políticas Nacionales, Periodo 2001 - 2003.

Los lineamientos del Plan Municipal de Desarrollo destacan la promoción de la salud, con programas de recuperación de la ciudad, para convertir a Santiago de Cali en un Municipio Saludable por la Paz, basado en la justicia social, aumento de cobertura en el régimen contributivo y una justa asignación del subsidio y el aseguramiento de la calidad del SGSSS, para los prestadores y aseguradores. Desde ese momento, el sistema de prestación de servicios de salud en Santiago de Cali está conformado por el ente de dirección (la SSPM), los administradores de los recursos (EPS), los prestadores de servicios (IPS) y los entes de vigilancia y control (la

¹¹ Ver apartado 2.2.5.1.

¹² A nivel nacional, sin embargo para el Municipio de Santiago de Cali los hospitales públicos se transformarán en ESE más adelante, alrededor de 2003.

¹³ Apartados 2.1.3.1 y 2.2.5.

Secretaría Departamental de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría y la Contraloría). El papel de dirección recae en la autoridad sanitaria, delegada en la SSPM, que desarrolla funciones de acuerdo con las competencias asignadas en la ley 715 de 2001; la Secretaría ha conformado grupos funcionales para el cumplimiento y desarrollo de estas competencias.

La Secretaría de Salud del Municipio de Santiago de Cali, cumplía con un doble rol (controlador y prestador de servicios), desde al año 2000 inició la transformación de las IPS del orden Municipal en ESE, como Redes de Prestación de Servicios de Salud, siendo creadas mediante el Acuerdo 106 de 2003, con el fin de prestar servicios de salud a la población pobre no asegurada.¹⁴ Las ESE funcionan como entidades independientes, tanto de la Secretaría Municipal como de las otras ESE, contratan la prestación de servicios para el régimen contributivo y subsidiado y la atención a población pobre no asegurada. El Municipio de Cali, no ha consolidado una red de servicios de primer nivel.[13]

Respecto al Plan de Desarrollo Municipal 2001-2003, dentro de la estrategia de fortalecimiento de las potencialidades del ser humano, en materia de salud sobresale la implementación del Sistema de Seguridad Social en Salud, la promoción de la afiliación y la cobertura del régimen subsidiado, implementación del Plan de Atención Básico (PAB), el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y las IPS. A pesar de tener asignado el 30.87% del presupuesto municipal, solo ejecutaron el 48.93% de los recursos, sin embargo, la población afiliada al régimen subsidiado se incrementó de 223,825 personas en el año 2000 a 285,610 en el 2003, logrando una cobertura de afiliación al SGSSS en junio de este año de 61.0%. En el 2003 la SSPM de Cali solicitó el “reconocimiento como municipio saludable”, pero a pesar que se desarrollaron acciones de fortalecimiento en las redes sociales de apoyo, promoción de espacios, hábitos y estilos de vida saludable, aumento de la cobertura en vacunación de menores de un año por encima del 95% y la cobertura de afiliación al SGSSS del 71%, no se logró la recertificación, debido a los altos índices de violencia.[14].

1.2.2.6. La Legislación y Las Políticas Nacionales, Periodo 2004 - 2007.

El Plan Municipal de Desarrollo 2002-2007, se adaptó al Plan Nacional de Desarrollo “Hacia un Estado Comunitario”. En este período se destaca la búsqueda de alianzas estratégicas público-privadas y la movilización social, basadas en el concepto de “salud como un derecho, un servicio público esencial y un imperativo ético”, para buscar universalización del aseguramiento y el acceso equitativo a los servicios de salud de la población, especialmente de los grupos más vulnerables. Este plan tuvo dificultades para la medición de la eficiencia y eficacia porque se definieron indicadores que en muchos casos no fue posible medir.[15]

Se desarrollaron acciones para modernizar y fortalecer institucionalmente la SSPM, con el fin de modificar determinantes y factores de riesgo de la población que habita en una “ciudad región” y promover los hábitos saludables para el mejoramiento de la calidad de vida.

A finales de 2007 la SSPM desarrolló un modelo de salud, que en calidad de política pública le permitiera la toma de decisiones y aplicación de los recursos públicos para salud en los años siguientes, dando respuesta al mejoramiento de las condiciones locales y a los principios técnicos, éticos y políticos de la salud pública, además que definía los lineamientos orientadores tanto de la gestión pública (Funciones Esenciales de Salud Pública -FESP-) como de la participación del sector privado y las comunidades.[5, p.4]

¹⁴Apartado 2.3.3.

1.2.2.7. La Legislación y Las Políticas Nacionales, Periodo 2008 - 2011: Estrategia Exitosa.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010: Estado Comunitario: Desarrollo para Todos', se incluyen las metas de los ODM, como la reducción de la tasa de mortalidad infantil, mortalidad de la niñez, mortalidad materna, desnutrición crónica y global en los menores de 5 años. A nivel local, el Plan de Desarrollo Municipal 2007-2011, fija las metas de reducción de la mortalidad por Enfermedad Diarreicas Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA), como estrategia para reducir la mortalidad infantil. Para reducir la mortalidad materna, desarrolla intervenciones de vigilancia de la salud pública en la morbilidad materna extrema.¹⁵ En este período se sistematiza la información estadística, epidemiológica, de inversión física y social, con el fin de tener insumos para el mejoramiento de la salud de la población; se ejecuta el plan de mejoramiento de agua en el área rural; se desarrollan estrategias intersectoriales para establecer espacios y entornos saludables y seguros, para recuperar a Cali como municipio limpio, cívico, armónico, educador y saludable. Igualmente, se implementa la estrategia denominada "Salud al Barrio", para contribuir a mejorar y reforzar las acciones de salud pública en cinco territorios priorizados (Manuela Beltrán, Montebello, Petecuy I, II y III, La Sultana y San Judas) y garantizar los derechos y deberes en salud de la población.

1.2.2.8. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014.

El Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Hacia la Prosperidad Democrática', destaca el desarrollo e implementación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el seguimiento al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y el diseño, implementación y priorización de una estrategia para la Atención Integral a la Primera Infancia (AIEPI). El Plan busca adelantar esfuerzos para la universalización y unificación del paquete básico de salud, para garantizar la igualdad de oportunidades a toda la población: "Consolidar sistemas de salud y educación con cobertura universal, sostenibles y de calidad".[16] Contiene un programa de modernización y reorganización de las ESE, para valorar la eficiencia, accesibilidad y sostenibilidad financiera, el cual puede ser parte fundamental en el saneamiento fiscal y financiero en cada ente territorial.

Las directrices estratégicas en la infancia, están relacionadas con el diseño e implementación de la estrategia nacional de atención integral a la primera infancia, llamada "De Cero a Siempre".¹⁶ Fue creada para aunar esfuerzos de los sectores público y privado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional, para promover y garantizar los derechos de la primera infancia, así como su atención integral. Para lograr sus objetivos, se estableció la Comisión Intersectorial de Primera Infancia, integrada por los Ministerios de Educación Nacional, de la Protección Social y de Cultura, las Altas Consejerías de Prosperidad Social y Programas Especiales, el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Departamento Administrativo de la Prosperidad Social, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Para el Valle del Cauca, este Plan incluye estrategias específicas como el reforzamiento estructural de las ESE públicas y el mejoramiento de la red de urgencias y la aldea saludable. En infancia se destaca la "prevención al maltrato infantil a través de semilleros infantiles en 42 municipios".[17]

¹⁵Esta estrategia por su éxito sirvió de base para la consolidación de la guía de intervención a nivel nacional, formulada por el Ministerio de la Protección Social.

¹⁶Esta estrategia se detalla en el apartado 3.1.1.

Espacio para el capítulo 2

2. MARCO CONCEPTUAL, POLÍTICO Y NORMATIVO.

Este capítulo inicia con el concepto de salud y la implementación de programas de salud Materno Infantil a nivel internacional (básicamente Las Américas), nacional y local, en el Municipio de Santiago de Cali.

2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL.

2.1.1. Concepto de Salud Pública, Estado de Bienestar y el Derecho a la Salud.

A principios de 1900, el concepto de salud pública se basó en las ideas del doctor Hibbert Winslow Hill[18], quien argumentó que se ocupaba del individuo y no del ambiente, es decir, que la fuente de la enfermedad del individuo no estaba en su entorno sino en él mismo. Los ingleses John Ashton y Howard Seymour, 68 años más tarde, argumentaron que la noción “va más allá de la comprensión de la biología humana y reconoce la importancia de los aspectos sociales de los problemas de salud, que son causados por los estilos de vida”. [18] Aunque estos dos sucesos marcaron la noción de salud pública, en la actualidad, Frenk[18] sugiere una visión más integral, donde “pública” significa un nivel de análisis, el poblacional. Se define una “fórmula para integrar lo biológico y lo social”, trascendiendo así el proceso de cambio de cada momento histórico. Por tanto, en este apartado, se analizará el proceso de cada una de las políticas y programas, a través del tiempo y los contextos.

En América Latina, desde mediados de la década de los 40, aparece como objetivo principal el “desarrollo económico y social”, influenciado por el surgimiento del “estado de bienestar” en Inglaterra, que nace como consecuencia del informe Beveridge. Según Jaramillo[19] el informe promulgaba, que “todas las personas tienen derecho al mejor tratamiento médico, sean cuales sean los medios económicos” con la finalidad de combatir “la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad”. [20] Es así como se consolidó el pensamiento del “derecho a la salud”, en el cual el Estado se hace cargo de la salud y la población, “adquiere derechos sociales”, por su condición de ciudadanos y no por su posición en el mercado de trabajo.

Aunque en América Latina no se conformó un “estado de bienestar” como el europeo, se llevaron a cabo negociaciones entre los diferentes actores, que institucionalizaron la forma en que se producía y distribuía el bienestar.[21] Su aplicación condujo a la idea conjunta de crecimiento industrial, distribución del ingreso y pleno empleo. Este período, fue enmarcado por el proceso de industrialización, en el cual se adoptó como estrategia de crecimiento económico la sustitución de importaciones, convirtiéndose en factor determinante de las decisiones de política pública de la época. Uno de los beneficios fue el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, pues se argumentaba, que dicho crecimiento, se convertiría en sí mismo, en un mecanismo para elevar el nivel de vida de la población.

Fundamentalmente el “estado de bienestar” condujo a la instauración del “derecho a la salud” en la Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada en la Asamblea General de Naciones (1948) y en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la IX Conferencia Internacional de Estados Americanos, celebrada el mismo año, en Santa Fe de Bogotá. La primera, además de reconocer el derecho a la salud, hizo evidente el

interés por “proteger la salud de las madres y de los niños y las niñas”.¹⁷ La segunda, reconoce “el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona” y declara, en el Capítulo I de Derechos -Artículo XI- que, “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica”. [22] A partir de ésta se empieza a reconocer no sólo la salud como un derecho social, que requería de la acción del Estado para garantizar el acceso a los servicios, la calidad de las prestaciones y las condiciones que aseguren un nivel básico de bienestar, sino que se dieron los primeros pasos de la salud materno infantil.

En este período y específicamente en la década del 50, se crearon y definieron las funciones de las agencias de cooperación internacional, importantes por el papel que desempeñaron en el proceso de transformación de la higiene y la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), creada en 1947, organización sanitaria unida a la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como organismo regional de la OMS, cuyo fin fue el apoyo técnico, la capacitación de personal sanitario y el control de las enfermedades transmisibles, como la erradicación de la viruela en América Latina. [23]

La característica de la década de los 60, fue la planeación del desarrollo, donde el objetivo era cerrar la brecha creciente entre los países ricos y pobres. En salud esta época se caracterizó por fortalecer las campañas de erradicación de enfermedades, de la década anterior, principalmente malaria, poliomielitis y el comienzo del proceso de integración de los servicios. Con respecto a este último, según el informe de la OPS/OMS [24], se podía inferir que había una fuerte inclinación por la coordinación administrativa entre los servicios de protección y promoción de la salud; bajo la responsabilidad de los ministerios o secretarías de salud, con los servicios de atención a enfermedades pertenecientes a las instituciones de seguridad social y a las beneficencias. Ésta era la mejor manera de hacer uso eficiente de los recursos disponibles y obtener un mayor rendimiento de éstos, objetivo central del proceso de integración.

Hacia finales de la década del 60, la situación de América Latina en materia de salud, estuvo enmarcada por tres (3) acontecimientos importantes: Primero, la expansión del “estado de bienestar”, que había sido fundamental en el proceso de desarrollo de las economías de América Latina, entró en crisis. Fracasó la ilusión del desarrollo y se comenzó a percibir que el modelo desarrollista tendía a excluir una parte importante de la población. Según Prebisch [25], se evidenció la creciente estratificación del sistema, mostrando claras diferencias de clase en la atención sanitaria, es decir, aparecieron los primeros síntomas de inequidad. Se discutió el contenido del modelo médico vigente, surgiendo aquí el reconocimiento del carácter social del proceso de salud y enfermedad, en contraposición al establecido, que argumentaba el proceso como un fenómeno biológico de los individuos.

Segundo, aunque América Latina se había incorporado formalmente con el proyecto de ampliación de los derechos ciudadanos, la realidad era otra, pues su ejecución era bastante limitada. Es así como en agosto de 1961, a raíz de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social de la Organización de Estados Americanos (OEA), celebrada en Punta del Este, Uruguay, se inició una articulación entre el área de la salud y el desarrollo económico. Este nuevo referente no sólo modificó los términos de las relaciones de cooperación internacional entre los diferentes países de América Latina y las Agencias Internacionales, sino que permitió la creación de sistemas de salud con un carácter legal. En el caso Colombiano, un claro ejemplo fue la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1975. [26]

¹⁷“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales”. Artículo 25-2. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).

2.1.2. Inicios del Programa de Salud Materno Infantil. Meta Salud para Todos en el año 2000 (SPT-2000) y la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

Como tercer acontecimiento, al final de la década del 60, apareció el programa que ayudaría a fortalecer y demostrar el aporte real de la atención médica en el desarrollo, la Salud Materno Infantil. El entorno económico, social y político de los países de América Latina, hizo cada vez más evidente la relación entre la explosión demográfica, la salud y la mortalidad materno infantil.

Los inicios del programa de salud materno infantil se remontan a 1968, cuando la OPS presenta los resultados de la “Investigación Interamericana de Mortalidad en Adultos”, en la que mostraba “las graves consecuencias de los embarazos frecuentes, para la salud de las madres y la supervivencia de sus hijos...”. La Reunión de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Punta del Este en 1968, recomendó la apertura de los Departamentos de Salud Materno Infantil en los ministerios de salud, para ampliar la tradicional atención de madres, con programas de planificación familiar.[27]

Durante la década del 70, la dinámica mundial presentó cambios importantes, debido a una fuerte inestabilidad económica, iniciada en los países desarrollados y reflejada en la mayoría de los países en vías de desarrollo, lo que a su vez tuvo repercusiones en la salud. Malher[28], afirma que esta crisis produjo un recorte drástico del gasto público, que amenazó los servicios sociales y de salud, por tal razón, surgieron una serie de estudios que llevaron a una estrategia global y a demostrar que la asistencia primaria podía ser un eje de política de desarrollo en los países. Se implementó una estrategia global denominada Atención Primaria de Salud (APS) y una meta a gran escala fue “Salud Para Todos en el Año 2000” (SPT-2000). Acorde con esta realidad Malher[28], propuso dar prioridad a las poblaciones vulnerables para desarrollar programas de “asistencia primaria” o de servicios básicos de salud”, con procedimientos sencillos, para sacarle “el máximo partido de los recursos escasos disponibles”. [28] UNICEF/OMS reportan que, a pesar de la situación económica “los recursos disponibles permiten atender ciertas necesidades sanitarias básicas de las poblaciones de los países en desarrollo, ofrecerles una asistencia sanitaria más general y completa y mejorar su estado de salud”. [29]

En 1977, los Comités Regionales de la OMS y la 30ª Asamblea Mundial de la Salud, decidieron que “la meta social más importante de los Estados Miembros y de la OMS en el sector salud, es conseguir que en el año 2000, todos los ciudadanos del mundo hayan alcanzado un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” [28], llamada Meta SPT-2000, que se traducía en indicadores de expectativa de vida, reducción de la mortalidad y accesibilidad a servicios y condiciones de vida favorables para toda la población mundial. Como medio para lograr esta meta se promulgó la APS en septiembre de 1978, en Alma-Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kasakstán.

La Declaración de Alma-Ata, ratifica conceptos, como la definición de salud de 1948, entendida como bienestar y no sólo como la ausencia de enfermedad, el alcance de la salud como “derecho fundamental humano” y las relaciones entre salud y desarrollo socio económico. [28] El punto sexto de la Declaración, define:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación [...] representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. [30]

En términos de cooperación internacional en salud, esta Declaración estableció que su esfuerzo debía estar “dirigido a mejorar las condiciones sanitarias en los países en desarrollo, dando prioridad a la prevención de las enfermedades, la malnutrición y a la prestación de servicios sanitarios primarios a las comunidades, incluso en materia de salud de la madre y del niño y de bienestar familiar”. [28]

A principios de la década del 80, comenzó a dar señales la crisis fiscal, que se predijo en la década anterior, ante la inestabilidad económica presentada por los países¹⁸ sin embargo, la estrategia APS continuó fortaleciéndose mediante programas de bajo costo, que implicaron la acción conjunta del sector público, privado y los organismos de cooperación internacional. De acuerdo a Hernández, Miranda y Obregón[26], esto ocasionó resultados relevantes, especialmente en la atención materno infantil y en el control de enfermedades prioritarias, con programas verticales como los de control de las enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas y enfermedades inmunoprevenibles.

2.1.3. SILOS, Políticas de Salud y Redefinición de la Salud Pública.

Durante la segunda mitad de la década de los 80, la OPS se dedicó a planear acciones para la instrumentación de estrategias regionales de la meta SPT-2000, haciendo evidente prioridades tales como: la ampliación de la cobertura desde el primer nivel de atención, la participación de la comunidad y el énfasis en atención materno-infantil, entre otras. La primera de estas, se convirtió en el foco de atención, pues hasta el momento los resultados no eran significativos, por lo que la OPS recomendó, en 1988, “que los países desarrollaran y fortalecieran sus SILOS”. [31, p.485] Con ellos se lograría la descentralización y uso más efectivo de la planificación y gestión desde el nivel local, relacionada con las necesidades de cada grupo de la población. Paralelamente, en 1987 aparecen las primeras formulaciones del Banco Mundial (BM), relativas a la política de financiamiento de los sistemas de salud.

En la década de los 90, el BM, introduce un nuevo modelo de financiamiento de los servicios de salud, se inició, según Hernández[32] un cambio de liderazgo con respecto a las políticas de salud y sus aspectos económicos, que implicó reestructuraciones a la reformas de los sistemas de salud y condujo al debilitamiento de algunos modelos que se implementaban desde la década anterior (ejemplo : SILOS) y determinó parte de las características de los sistemas de salud y programas que surgían.

En esta década surgió la epidemia del cólera en la Región Andina, que puso en evidencia no sólo los efectos de la crisis económica y las diferencias estratégicas entre los organismos internacionales, sino la ineficiencia de las políticas públicas internas, en la prevención de enfermedades[26], que determinó una “crisis de la salud pública”, dada por “la incapacidad de la mayoría de la sociedad de promover y proteger su salud, en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren”. [31]

2.1.3.1. Surgimiento de la Estrategia Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y Definición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).

Buscando estrategias que generaran impacto en la salud pública, en 1996, surge AIEPI¹⁹, desarrollada por la OMS y UNICEF, con el fin de mejorar la salud en la niñez, con un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. [33]

¹⁸Entre 1970 y 1980 América Latina incrementó su deuda externa de 27,000 millones de dólares a 231,000 millones (Skidmore y Smith, 1996).

¹⁹Esta estrategia se explica en detalle en el Apartado 4.2.

A finales de la década de los 90, como mecanismo para renovar la política SPT-2000, se definieron nueve (9) Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)²⁰ y once (11) funciones para la medición de éstas (Tabla 2)

Tabla 2. Funciones Esenciales de la Salud Pública.

FESP	Funciones para Medición de FESP
1. Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.	1. Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población
2. Monitoreo de la situación de salud.	2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de la salud.	3. Promoción de la salud.
4. Salud ocupacional.	4. Participación social y refuerzo del poder ("empowerment") de los ciudadanos en salud.
5. Protección del ambiente.	5. Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los refuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.
6. Legislación y regulación en salud pública	6. Regulación y fiscalización en salud pública.
7. Gestión en salud pública.	7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
8. Servicios específicos de salud pública.	8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Atención de salud para grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo.	9. Garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
	10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
	11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Fuente: Hernández, Obregón y Miranda[26]

En la década del 2000, nace una nueva noción del concepto de "Salud Pública":

"[...] intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas [...].¹⁹ Esta noción, no se refiere a la salud pública como una disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria", [34, p.4] que surge después del período de ajuste y de cambio, generados por el liderazgo de las organizaciones de cooperación internacional.

2.1.4. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): Meta Mundial.

Como respuesta final de la política SPT-2000, los 192 países miembros de la ONU, acordaron las metas para lograr ocho (8) objetivos de desarrollo humano, conocidos mundialmente como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que se plantearon para ser logrados en el año 2015.²¹ Los indicadores relacionados con la salud de la primera infancia (o a 5 años),

²⁰En enero de 1997 el Consejo Ejecutivo de la OMS propuso definir las FESP. Se realizó un estudio Delphi en el que participaron 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades que fueron consultados en tres rondas secuenciales.

²¹Por primera vez se pone una fecha a la obtención de objetivos en la agenda internacional de desarrollo.

infancia (6 a 11 años) y las madres²², son:

- **ODM 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.** Reducir a la mitad, entre 1995 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre.
- **ODM 4. Reducir la mortalidad infantil.** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.
- **ODM 5. Mejorar la salud materna.** Reducir entre 1990 y 2015, la tasa de Mortalidad Materna en tres cuartas partes.
- **ODM 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria, el dengue.** Detener y comenzar a reducir, para 2015, la propagación del VIH/SIDA.

Una vez examinado el contexto internacional de la salud y su desarrollo en América Latina, se analiza la implicación e influencia en el proceso de salud colombiano, haciendo un especial énfasis, en la salud Materno Infantil, a partir de 1975.

2.2. CONTEXTO NACIONAL.

2.2.1. Enfermedades Transmisibles, la Integración de los Servicios de Salud y el Sistema Nacional de Salud.

Durante el período comprendido entre 1951 y 1960, se sostuvieron las acciones para la erradicación de enfermedades transmisibles²³ y la idea de integrar este tipo de acciones a los servicios locales de salud. Sin embargo, en la realidad, las estrategias y asignación de recursos, se centraron en combatir la enfermedad, más que en la integración.

Como estrategia para solucionar los inconvenientes mencionados, en la década de los 60, se realizó el Plan Piloto de Servicios Integrados de Salud (PPSIS), que consistía en un nuevo enfoque de integración de los servicios, a través de la especialización y diferenciación de funciones, es decir, reformar las instituciones de salud con una visión moderna e integradora y no con programas creados de manera independiente, según la enfermedad. De esta manera, Colombia se unió al contexto internacional, de articulación entre la salud y el desarrollo económico, predominante en esta época.

La búsqueda de la integración, generó dos (2) resultados significativos en el área de la salud. Primero, una reorientación del concepto de atención médica en tres (3) niveles de atención: el nacional, intermedio y local, este último atendía a la mayoría de población en los centros de salud, en coordinación con hospitales y ancianatos, entre otros. Segundo, una reorganización del sector salud denominado Sistema Nacional de Salud (SNS) que se definió como “el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad” reconociendo de esta manera una autonomía de las instituciones. [26]

El SNS surgió como respuesta a las falencias en los servicios de atención y por la necesidad de reorientar la atención al usuario, bajo programas específicos que permitieran aumentar la cobertura. Sin embargo, las características particulares de este período hicieron que el proceso de integración fuera lento y presentara dificultades en su ejecución.

²²Específicamente, los ODM para el Municipio de Cali, se detallan en el Apartado 2.2.6.

²³Durante este período el país afrontó una situación crítica de violencia, la cual afectó el desarrollo de algunos proyectos de cooperación internacional, en particular la campaña de erradicación de la malaria.

2.2.2. Fortalecimiento de la Atención Médica a través del Programa de Salud Materno Infantil.

En los años 30 surgen las estadísticas vitales para el seguimiento a la mortalidad infantil, materna y perinatal, como indicadores de desarrollo de un país.

En 1931 se creó una Sección de Protección Infantil en el Departamento Nacional de Higiene, que se transformó en el Departamento de Protección Infantil y Materna del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en 1938, fue muy activo en la recolección de información y en el seguimiento de los indicadores demográficos y de morbi-mortalidad materna e infantil. [26]

Los primeros indicios del Programa de Salud Materno Infantil se remontan a finales de la década de los 60. En 1968 se crea Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), para la protección y bienestar del niño. En 1969, en coordinación con las metas internacionales y la política de salud pública nacional, el gobierno Colombiano estableció los parámetros para la cooperación internacional, con el Programa de Atención Materno Infantil²⁴ (PAMI), como solución a las altas tasas de mortalidad de la madre y el niño, derivadas en su mayor parte de causas reducibles; altas tasas de morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias; altas tasas de fecundidad, alta prevalencia de la desnutrición proteico-calórica, en especial del grupo de niños en edad pre-escolar. [35]

El propósito del PAMI, fue entonces reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil, a través de “acciones encaminadas a incrementar la demanda por morbilidad, para posteriormente implementar actividades de tipo preventivo”. [35] Se apoyó en una estrategia de delegación de funciones, al interior del equipo de salud, que en la práctica consistió en la reorientación de la atención materno infantil en el proceso del parto (de bajo riesgo) a cargo del personal auxiliar de enfermería.²⁵ [35]

Tabla 3. Estructura del Programa Materno Infantil.

Programa Materno Infantil	
Atención Integral del Niño Menor de 5 Años:	
	Control de la Enfermedad Diarreica Aguda
	Control de la Infección Respiratoria Aguda
	Atención Nutricional
	Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
	Deprivación socioafectiva
Atención Integral de la Mujer:	
	Planificación Familiar
	Detección de Cáncer Cérvico Uterino
	Atención Materna y Perinatal.

FUENTE: MSP (1987) “Programa Materno Infantil, Hechos y Proyecciones”.

La segunda mitad de la década del 60, la legislación validó el modelo de salud ejecutado en la década anterior, desde el nivel nacional hasta el nivel local. Se creó el SNS, mediante el Decreto Ley 350 de 1975, con la idea según Hernández[12] de articular e integrar “funcionalmente tres subsectores en todo independientes: el oficial, el de seguridad social y el privado” y se revisó la organización administrativa del Ministerio de Salud Pública (Decreto 121 de 1976). Mediante el Decreto Ley 056 de 1975, se creó la estructura y organización administrativa del

²⁴El 9 de enero de 1969 el gobierno nacional y la OPS establecieron los términos de referencia para la cooperación internacional con el PAMI, entre el período de enero de 1969 a junio de 1971. El convenio se prorrogó tres veces, en julio de 1970, julio de 1971 y noviembre de 1972, sin cambios en los compromisos de las partes.

²⁵Atención del parto bajo supervisión de una enfermera durante el día.

“Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de Colombia”, integrado los programas, pues considera a la madre y al niño como una unidad (Tabla 3).

2.2.3. Estrategia APS en Colombia: Unidades Primarias de Atención (UPA) y el Enfoque de Riesgo.

A finales de la década del 60, se creó el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), que estableció, las normas para proteger a los niños y niñas, promover la integración familiar y garantizar sus derechos. El ICBF, inició la propuesta para la atención de la infancia basada en la organización y participación ciudadana.[36] Colombia, de acuerdo con el acontecer internacional, de la reunión de Alma-Ata, adoptó esta estrategia de APS, mediante (2) acciones:

Primero, se implantó una estrategia que permitiría ampliar la cobertura de servicios de salud, con el fin de cubrir necesidades elementales de la comunidad. Las acciones se encaminaban hacia la “promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación[37]”. Para ello se instalaron 700 Unidades Primarias de Atención (UPA), con funciones delegadas al personal auxiliar y promotoras de salud, para la atención y manejo de patologías básicas y prevalentes como EDA e IRA, educación nutricional, vacunación, vigilancia epidemiológica, entre otros.

Segundo, se estableció un mecanismo denominado “enfoque de riesgo” de acuerdo a los lineamientos del Manual de la OPS (1986), con énfasis en la Atención Materno Infantil, que permitió medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos de la población, en favor de quienes presentarían una mayor necesidad, estableciendo un componente de equidad en la prestación del servicio.

2.2.3.1. Fortalecimiento de APS y SNS: Programa Materno Infantil, SUPERVIVIR y SISVAN.

A principios de la década del 80, tanto la estrategia de APS como el SNS fueron fortalecidos con programas como la Atención Materno Infantil²⁶, que significó un cambio en la manera de atender a las madres y a los niños, mediante la integración de los procesos de crecimiento y desarrollo y reproducción humana, adaptados a las características socioculturales de cada comunidad.²⁷ Se privilegiaron los grupos de riesgo, que causaban mayor mortalidad perinatal, materna e infantil.

En la Tabla 4, se muestran las estrategias para la operacionalización de los pilares del Programa Materno Infantil, dentro del marco de la APS y el SNS, implementados mediante tres (3) niveles de atención y de prevención (primaria, secundaria y terciaria) y en la organización de los servicios de salud, articulando los niveles entre sí.

²⁶Se destaca también el programa que se desarrolló en 1980, junto con el MS, UNICEF y el Instituto Nacional de Salud (INS), para menores de 5 años a través de la producción de sales de rehidratación oral.

²⁷“Erradicación de la Pobreza Absoluta”. Política Nacional de Salud (1986-1990).

Tabla 4. Conceptos Pilares del Programa Materno Infantil.

Estrategias:	1. Atención Primaria
	2. Coordinación Intersectorial
	3. Integración Docente Asistencial
	4. Participación Comunitaria
	5. Canalización Ampliada
	6. Atención Institucional y Domiciliaria bajo Enfoque de Riesgo
	7. Fortalecimiento de la Regionalización
	8. Utilización de la Tecnología Apropriada

FUENTE: MSP (1987) "Programa Materno Infantil, Hechos y Proyecciones".

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) se incluye el área de salud y sirve de insumo para la inclusión de dos programas: el Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil, creado en 1984 y conocido como SUPERVIVIR, primer programa focalizado en la salud de los niños menores de 5 años, orientado a actividades de preservación de la salud y atender sus principales problemas de salud.[36] Una de las estrategias para desempeñar este papel, fue la "canalización", consistente en una acción directa del trabajador de la salud para identificar en la comunidad y en el hogar, los riesgos de enfermar y morir y actuar sobre los mismos (diarrea, infección respiratoria, causas perinatales, entre otros). El segundo programa, se denominó Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN), consistente en la evaluación nutricional de los niños, acompañada de educación en nutrición y aporte de complemento (Bienestarina).

Estos programas surgen en el país, como estrategia de promoción del desarrollo integral del niño y con el objetivo de reducir la mortalidad evitable, que causaba anualmente, la muerte de 60 mil niños menores de cinco años, mejorar la cobertura del programa Materno Infantil, que era del 27% en 1984, y reducir la tasa de mortalidad infantil a 57 por mil nacidos vivos, en ese año. A pesar de lograr avances en la implementación de la APS, Hernández, Miranda y Obregón[26] afirman que fue adoptada a la realidad del país, más que adaptada, de acuerdo con los lineamientos internacionales, pues se "redujo al primer nivel de atención y a acciones desarrolladas por personal auxiliar y promotoras de salud".

2.2.4. Descentralización y SILOS.

En la segunda mitad de la década del 80, hubo cambios a nivel nacional fundamentales para la reforma del SNS. El proceso de descentralización municipal, con la elección popular de alcaldes (Ley 78 de 1986)²⁸ y la integración vertical de los servicios de salud, el fortalecimiento de la planeación local participativa, contribuyendo a la formación y estructuración de los SILOS (Ley 10 de 1990), apoyado por la OPS. Esta fue la primera Ley de descentralización de la salud, en un país donde la constitución era centralista, por lo que requirió la asignación de competencias y recursos, en la posterior reforma constitucional (1991).

En 1988 los SILOS se implementaron en las ciudades de Cali²⁹ y Medellín, particularmente en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (1990) constituyendo el programa "más ambicioso y articulador de la cooperación técnica de la OPS, para la puesta en práctica de la estrategia APS y la descentralización de la salud en Colombia", puesto que permitieron

²⁸Por la cual se desarrolla parcialmente, el Acto legislativo número 1 de 1986, sobre la elección popular de alcaldes y se dictan otras disposiciones.

²⁹Más adelante se explica en profundidad este tema para el Municipio de Cali.

logros a nivel nacional, como la integración del SNS, el mejoramiento de metas de SPT-2000 y la descentralización.

2.2.5. Desmonte del SNS, la Nueva Constitución Política y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La década del 90, en Colombia, se caracterizó por presentar tres (3) acontecimientos, fundamentales para la historia de la salud del país³⁰: primero, el desmonte del SNS, mediante la Ley 10 de 1990, segundo, la Nueva Constitución Política de Colombia de 1991, la cual elevó el rango de responsabilidad del Estado. La atención en salud se estableció, como un servicio de carácter público, es decir, un servicio con la propiedad de ser “no rival y no excluyente”³¹, que dejaría los servicios colectivos a su cargo y los servicios individuales a cargo del mercado con competencia regulada y tercero, el derecho a la seguridad social con carácter universal (Ley 100 de 1993), por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral.

El nuevo modelo de sistema de salud representó grandes cambios, basándose en el aseguramiento y surgió como respuesta a una nueva concepción de política social y a una clara transición, hacia un modelo de desarrollo neoclásico. Su objetivo principal fue el aseguramiento universal, para acceder a un paquete obligatorio de servicios “igualitario”, que resolvería dos problemas presentados por el SNS, la segmentación y la desigualdad en el acceso.³²

En 1993 se promulgó la Ley 60³³, (Ley de Competencias y Recursos) que en el artículo 21 establece la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación, para sectores sociales. En cuanto al sector salud, priorizó los programas dirigidos a la vacunación, promoción de la salud, control y vigilancia del saneamiento ambiental, financiación de programas nutricionales de alimentación complementaria para grupos vulnerables, bienestar materno-infantil, alimentación escolar, entre otros.

De manera análoga a los problemas desencadenados entre los organismos internacionales, fue evidente que el cambio del SNS al SGSSS en Colombia, presentó señales claras de distanciamiento, fomentando la aparición de nuevos actores y la estructuración de los antiguos. Sólo hasta 1995 comenzó el proceso de “recomposición y restitución de la cooperación” al nuevo sistema mediante el surgimiento del programa “Municipios Saludables por la Paz”³⁴, caracterizados por la implementación de acciones colectivas para mantener y mejorar las condiciones de salud y desarrollo, promover el bienestar colectivo y privilegiar a la población más vulnerable”. [38]

³⁰En el Capítulo 3 se analiza ampliamente el tema relacionado con los derechos de los niños y la formulación de política pública de la primera infancia.

³¹Un servicio no rival es una propiedad que implica que, el uso del servicio de salud por parte de los usuarios adicionales no supone una limitación para el uso de un usuario que ya utiliza el servicio. Por su parte, que sea no excluyente significa que no es posible discriminar qué usuarios disfrutarán del servicio y quiénes no, mediante los precios, cualquier usuario que lo desee puede acceder al uso y disfrute del mismo, con independencia de que éste contribuya o no a su protección.

³²La primera se refiere al sistema diferencial de servicios para los distintos grupos de población y la segunda aquellas que se deben principalmente a las barreras económicas.

³³Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 y se dictan otras disposiciones, en materia social.

³⁴En 1996, se expidió la Resolución 3467 del MS que creó y reglamentó el Premio de Municipio Saludable por la Paz, poco después modificada por la Resolución 4296 de noviembre 19 de 1997.

2.2.5.1. Salud Materno Infantil en el SGSSS y el Enfoque Integral. Iniciación de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Con respeto a la Salud Materno Infantil, el SGSSS determinó que el PAMI evaluaría la eficiencia en la atención ambulatoria y hospitalaria de todos sus pacientes, se replanteó la estrategia del enfoque de riesgo, y se comenzaron a analizar los aspectos psicosociales que afectan la salud de los niños y las niñas. Por esta razón, fue preciso un enfoque más integral, que permitiera generar sinergia entre los diversos sectores y disciplinas, ayudando a su vez a reducir costos e incrementar la eficiencia de los programas.

El enfoque integral, en la atención Materno Infantil, implicó la simbiosis entre las distintas instituciones, que propiciara la canalización de recursos fundamentados en la APS. Se estimó, que mediante la atención no fragmentada a la población materno infantil, se podría contribuir al desarrollo, yendo más allá de la simple supervivencia, esto implicó asumir una actitud proactiva, la cual representaría que los niños y niñas menores de cinco (5) años y sus madres, tuvieran la oportunidad de desarrollar sus potencialidades y fomentar así la formación de capital humano.[39] La estrategia AIEPI fue adoptada por el Ministerio de Salud en diciembre de 1998³⁵ (acorde con los lineamientos internacionales propuestos por la OMS, OPS y UNICEF), en la búsqueda de un enfoque integral eficaz, para la atención en salud de niños y las niñas, y la detección oportuna de las enfermedades. [39]

2.2.6. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Meta Colombia.

En armonía con el contexto internacional, los ODM son adoptados en Colombia en el año 2005, mediante el documento del Consejo de Política Económica y Social (CONPES 91), en el que se definen las metas a cumplir para el año 2015.[40] Los indicadores relacionados con la salud Materno Infantil y las metas trazadas para Colombia son:

ODM 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

- Reducir de 10 a 3 % los niños y las niñas menores de 5 años con peso inferior al normal.

ODM 4. Reducir la mortalidad infantil.

- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños y las niñas menores de 5 años.
- Reducir a 14 muertes por mil nacidos vivos, la mortalidad en menores de 1 año.
- Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en 95 %, con el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para los menores de 5 años, en todos los municipios y distritos del país.

ODM 5. Mejorar la salud sexual y reproductiva

- Reducir a la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos.
- Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado a 95 %.

³⁵Esta estrategia se discutirá ampliamente en el Apartado 5.

ODM 5. Mejorar la salud sexual y reproductiva (Continuación)

- Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa a 75 % y a 65 %, entre la población de 15 a 19 años.
- Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo del 15 %.

ODM 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria, el dengue y otras enfermedades.

- Establecer una línea de base en 2005-10 para reducir la mortalidad por VIH/SIDA en 20 % (2010-2015) y aminorar a 20 % la incidencia madre/hijo.

2.3. CONTEXTO LOCAL- Municipio de Santiago de Cali.

La salud materno infantil en Cali, está asociada a los acontecimientos del nivel nacional e internacional. Desde el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), se tomaron como punto de partida los sucesos de finales de la década de los sesenta, pues es a partir de este momento donde se evidencia la integración de la SSPM en el ámbito regional, nacional e internacional.

2.3.1. Integración de los Servicios de Salud.

En el Municipio de Santiago de Cali, en la década del setenta, por iniciativa propia y en respuesta a las estrategias establecidas desde el ámbito nacional, se firmó en 1972 el convenio interinstitucional entre la SSPM y la Universidad del Valle para el desarrollo del Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud (PRIMOPS). El objetivo de dicho convenio, según Aguirre[41] fue llevar a cabo la “implementación, operación, evaluación y documentación de un Modelo de Prestación de Servicios Integrales de Salud” de la academia con los servicios de salud, que posteriormente fue replicado a otras ciudades.

Esta iniciativa planteó la formación e incorporación de promotores de salud, diferentes a los profesionales en salud y el desarrollo de cinco niveles de atención que iban desde la atención en el hogar, hasta el Hospital Universitario del Valle. Importante el rol de los Centros de Salud, por ser los lugares donde se realizaba el 70 % de las acciones programadas, para atender a las madres, a los niños y a las niñas. El programa se inició en cuatro barrios marginales de Cali: Mariano Ramos, Unión de Vivienda Popular, Diamante y Antonio Nariño. El final de la década del 70, se caracterizó por la conformación de los NAP (1978), como desarrollo organizacional táctico de la estrategia de APS y las Áreas Integradas de Salud (AIS) en 1979.[42]

2.3.2. Salud Materno Infantil y Descentralización.

A principios de la década del 80, a pesar de la implementación de programas como SUPER-VIVIR y SISVAN, se observó con preocupación el aumento de la tasa de mortalidad perinatal. Para dar respuesta a esta situación, la Secretaría de Salud del Valle expidió las resoluciones 1613 y 1872 de 1987 en las que se crearon los Comités Regionales de Mortalidad Materna y Perinatal. En el Municipio de Santiago de Cali, fue evidente dicha situación, la tasa de mortalidad infantil que venía descendiendo desde la implementación del PAMI, se estabilizó hacia 1985 (tasa de 20 por mil nacidos vivos) y no mostraba señal alguna de mejorar. Como respuesta se desarrolló una estrategia de profesionalización de la atención del parto.

2.3.2.1. SILOS: Experiencia Exitosa en Cali y Modelo de Legislación.

En la segunda mitad de la década del ochenta, en concordancia con lo que ocurría a nivel nacional en materia de descentralización y los SILOS, en Cali ocurrieron dos hechos importantes: Primero, el Municipio de Santiago de Cali se dividió en comunas y se crearon los Centros de Atención Local Integrada (CALI) con la finalidad de fomentar el desarrollo intersectorial de la ciudad, que fortaleció la “descentralización territorial” de la salud y creó el Sistema Municipal de Salud de Cali.³⁶ Segundo, desde el escenario de la OPS se gestaba el desarrollo de la APS, en Colombia y consecuentemente en Cali y el Departamento del Valle del Cauca se iniciaron experiencias que se califican como pioneras, gracias a la articulación de los aportes de fundaciones privadas u organizaciones no gubernamentales (ONG) que cofinanciaron el proceso con aportes oficiales. El doctor Gabriel Carrasquilla, uno de los actores directos, afirma:

[...] aquí nació toda la experiencia de atención primaria y Cali y también el Valle del Cauca, tuvo una iniciativa importante en la aplicación de la atención primaria, tal como estaba definida por los organismos internacionales, OMS y OPS. Y en ese momento, con una experiencia muy importante con entidades no gubernamentales [como] FES, Fundación Carvajal, Fundación Sarmiento Palau.[43]

Desde la creación de los SILOS a nivel nacional, según los argumentos citados por Paganini[44], la experiencia más significativa fue la desarrollada en el Municipio de Cali, que bajo el liderazgo del doctor Luis Fernando Cruz, contribuyó a la construcción no sólo de los lineamientos del programa, sino que colaboró con la formulación de una política general para la región, que luego convertiría a Cali, como la primera ciudad del país en desarrollar una legislación sobre SILOS, mediante el Acuerdo Municipal N° 025 de 1989 [43], sirvió también, para aportar un “bagaje conceptual y empírico al proceso de formulación de la Ley 10 de 1990”.³⁷

Cali recibió asesoría y capacitación para integrar la estrategia de APS a los SILOS, en los aspectos de planeación estratégica y participativa, así como en el desarrollo administrativo.³⁸ Surgieron entonces nuevos programas de atención y prevención integrados como “Salud del Adulto”, relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles, generando un cambio en las prioridades políticas de los organismos de salud del país y de la OPS, basado en el reconocimiento de las variaciones que se producían en los patrones de morbilidad y mortalidad de la población. La formación de los epidemiólogos cosechó sus frutos, con su vinculación progresiva en los SSS y en los SILOS para el fortalecimiento del sistema de información epidemiológica de los programas, especialmente, el Materno Infantil y Perinatal.[42]

Los primeros años de la década del 90, mostraron el paso de la perspectiva administrativa de los SILOS a la visión estratégica de la promoción de la salud y los municipios saludables. En los SILOS comenzó a trabajarse con el concepto de “promoción de la salud”, con un enfoque que partía “más de las necesidades de la gente que de las iniciativas de los planificadores”. En este sentido se desarrollaron los programas de salud escolar, que significaron una transición del enfoque tradicional de la atención Materno Infantil hacia la promoción de la salud de los escolares. [45] Conjuntamente con estos programas también se hizo evidente que la organización de los SILOS permitía el “desarrollo de metodologías para poner en práctica acciones intersectoriales en el espacio local”.

³⁶ Acuerdo 025 de noviembre de 1989.

³⁷ El ministro de salud, José Granada -antecesor del ministro Eduardo Díaz, a quien correspondió el esfuerzo final que dio origen a la Ley 10, contó con la colaboración del doctor Oscar Rojas, como viceministro, quien tomó la experiencia que se venía realizando en Cali (Hernández, Miranda y Obregón, 2002).

³⁸ Por parte de varios funcionarios de la OPS, entre ellos, los doctores José María Paganini, Roberto Capote Mir, Antero Coelho Neto, Humberto Jaime Alarid y Eric Nicholls.

2.3.3. El SGSSS, sus Implicaciones y las Empresas Sociales del Estado.

A partir de 1995 se inició en Cali la implementación del SGSSS mediante el aseguramiento de personas al régimen subsidiado, identificadas en los niveles I y II del SISBEN, proceso asumido por el municipio transitoriamente hasta 1996. Se inició el PAB, focalizado en las comunidades que representaban mayor riesgo, se fortalecieron acciones de promoción de la salud y se logró la consolidación de la red de vigilancia epidemiológica.

La reforma a la salud, requería un proceso de autonomía de los centros y hospitales de la red pública, implementar procesos de contratación con las empresas aseguradoras, la transformación a Empresas Sociales del Estado (ESE), para que compitieran por los usuarios. CEDETES expresa en su informe : “La situación de Salud de Santiago de Cali - Una mirada desde la salud pública”:

“En 1997 se presentó por primera vez un proyecto de acuerdo municipal para reestructurar el Sistema Municipal de Salud, transformar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud en ESE, y adoptar el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud, en el que se integrarían: la Secretaría de Salud Pública Municipal, el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, el subsistema de EPS, para el cual el municipio creó la EPS pública Calisalud, primera de orden municipal en el país, el subsistema IPS y el subsistema de participación social, creando las ligas de usuarios.[4, p.80]

Cali propuso el proyecto de transformación de las IPS en ESE, sin embargo no fue aprobado por el Concejo de Cali y durante los siguientes años sufrió varias transformaciones. Mediante el Acuerdo 106 del 15 de enero de 2003³⁹, se crearon cinco (5) redes de salud -ESE-, distribuidas geográficamente: ladera, norte, centro, oriente y suroriente.[46] Su función básica es prestar los servicios de salud a la población vulnerable no asegurada. Pese a la autonomía administrativa con la que contaban, la efectividad en la prestación del servicio de primer nivel de atención, para la población marginada no asegurada, continuó siendo un problema en los años subsiguientes.

2.3.4. Estrategia AIEPI en el Municipio de Santiago de Cali y el Re-direccionamiento de la SSPM.

Paralelo con la política pública del Gobierno Nacional, el Municipio de Santiago de Cali inicia en el año 2000, el proceso de implementación de la estrategia AIEPI, que por su contribución en el mejoramiento de la salud de los niños y las niñas menores de 5 años, en esta investigación documental se destina el apartado (5) para describir en detalle sus características y desarrollo.

En el 2005 se realizó un proceso de redireccionamiento estratégico de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, mediante la formulación de una nueva misión y visión la cual le permitiría atender de manera más eficaz los diversos requerimientos en materia de salud.[4, p.86] Sin embargo, esta efectividad se vio obstaculizada por la discontinuidad en la gestión de los secretarios de salud, pues tan sólo en el periodo 2001 ? 2007, se contó con siete (7) secretarios[4, p.86], mostrando debilidad en el desempeño de la autoridad sanitaria, en la formulación de políticas y en la continuidad de las mismas, situación que se reflejó en los resultados de la evaluación de las FESP⁴⁰, realizado en el año 2006.

³⁹“por el cual se descentraliza la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención del municipio de Santiago de Cali, mediante la creación de las empresas sociales del estado del Municipio de Santiago de Cali” Acuerdo 106, enero 15 de 2003.

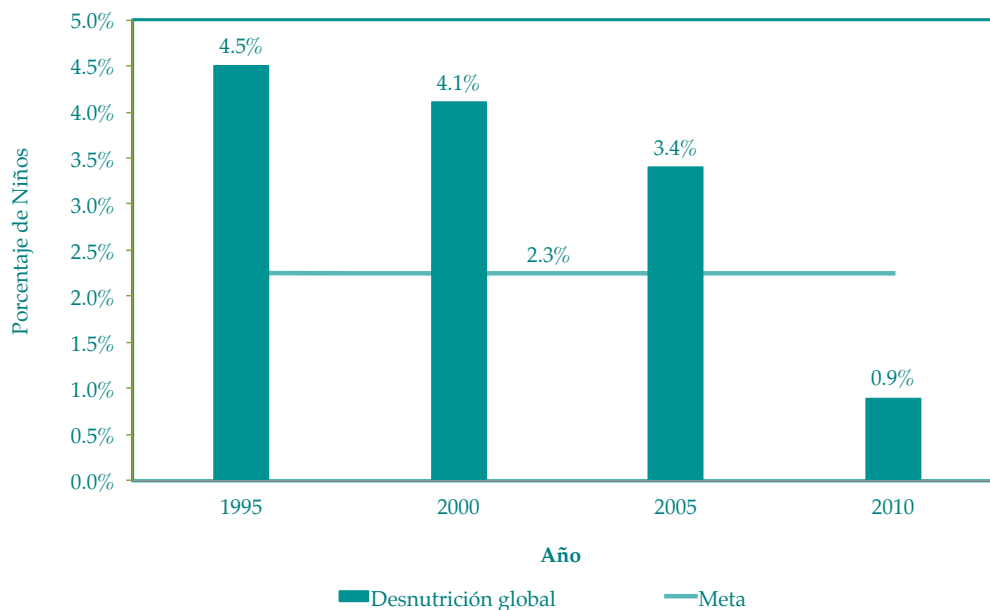
⁴⁰Para mayor información ver Tabla 2. Funciones Esenciales de la Salud Pública.

El informe ya citado de CEDETES, “puso en evidencia el pobre desempeño de las administraciones previas en las FESP” y adicionalmente, el débil desempeño de la autoridad sanitaria basado en: 1) desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; 2) fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y de inspección, vigilancia y control; 3) desarrollo de recurso humano y capacitación en salud pública e investigación en salud pública. Para el cumplimiento de las competencias del Municipio frente al desarrollo del SGSSS y su capacidad de gestión, con otras instituciones y organizaciones (logros obtenidos en el análisis de la situación de salud de la comunidad) los resultados fueron positivos. [4, p.88]

Según informe de la Secretaría Departamental de Salud del Valle, Área de Inspección, Vigilancia y Control, realizado en el año 2005, la Secretaría de Salud Municipal, mostró cambios en el desempeño de sus funciones rectoras (e.g. definición de competencias⁴¹, esquema organizativo, participación social, coordinación intersectorial, entre otros).[4, p.88]

2.3.5. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Metas del Municipio de Santiago de Cali.

**Gráfico 1. Situación Nutricional Menores de Cinco (5) años.
Cali Área Metropolitana, 1995, 2000, 2005 y 2010**



Fuente: ENDS 1995, 2000, 2005 y 2010.

En enero de 2008, en armonía con los lineamientos internacionales y nacionales, según el informe de investigación realizado por la Secretaría de Salud Municipal de Cali: “Evaluación y Seguimiento del Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Santiago de Cali” [40], se establecieron metas para Cali y se compararon con las metas del país, a las cuales se les hace

⁴¹El Municipio de Cali tiene competencias asignadas por la ley 715 de 2001, sobre vigilancia a la contratación de aseguramiento de régimen subsidiado, prestación de servicios de la baja complejidad, acciones en salud pública y saneamiento básico, con respecto al subsistema de vigilancia y control. Con base en estas competencias, la Secretaría de Salud Pública Municipal, ha organizado su estructura para cumplir con la norma.

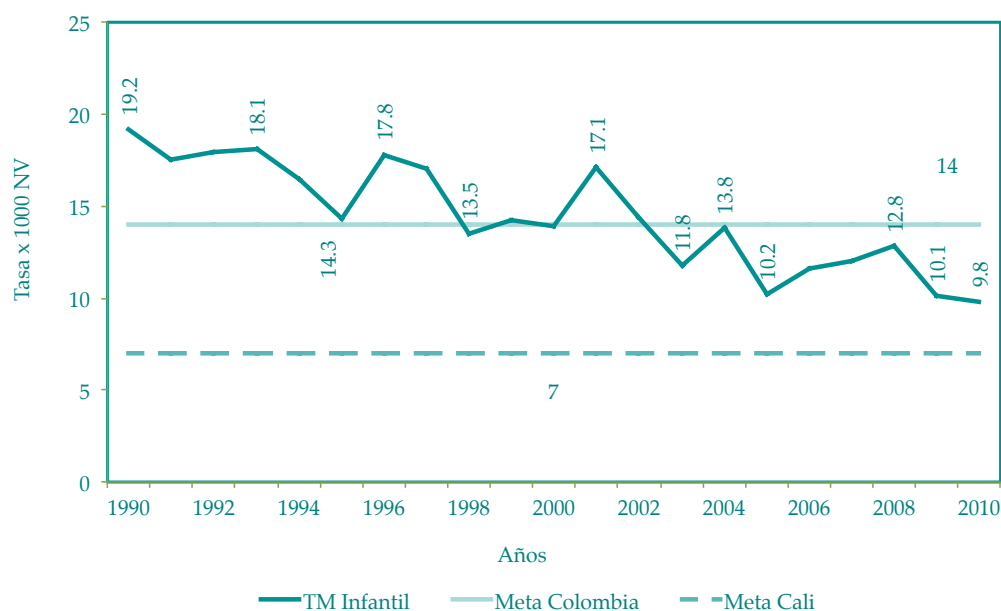
seguimiento. [40]

Con relación al cumplimiento de los ODM, se utilizan las conclusiones del documento “Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Santiago de Cali - Evaluación y Seguimiento” de la Secretaría de Salud Municipal, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 y la información de la SSPM.⁴²[40]⁴³

El Gráfico 1, muestra una de las metas de cumplimiento del ODM 1, entre 1995 y 2010. En el Municipio de Santiago de Cali la tasa de desnutrición global disminuyó en 3.6 puntos porcentuales, con una marcada aceleración entre el año 2005 y 2010. La tasa en el año 2005 se ubicó en 1.15 puntos porcentuales por encima de la meta y en el 2010 en 1.4 puntos porcentuales por debajo, logrando efectiva y ampliamente sobrepasar la meta esperada para el 2015.

En cuanto al ODM 4, el Municipio de Santiago de Cali ha logrado una reducción considerable de las Tasas de Mortalidad Infantil (TMI) y la de los niños y las niñas menores de cinco (5) años. En el Gráfico 2, se observa que desde el año 2001 se superó la meta nacional que es de 14.0 muertes en menores de un año por mil nacidos vivos. Para el año 2010 se registró una tasa de 9.8 por cada 1,000 Nacidos Vivos (NV), lo que indica que Cali está a 2.8 de la meta fijada para la ciudad en el 2015, que es de 7.0 muertes por 1,000 NV. Para cumplir esta meta en el 2015, se requiere una reducción anual de 0.56 muertes por 1,000 NV anualmente.

Gráfico 2. Tasa de Mortalidad Infantil. Municipio de Cali, 1990-2010.



Fuente: Nacidos vivos DANE/Área de información y Estadística SSPM.

Con relación a la tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años, se observa en el Gráfico 3, que desde el año 2002 se superó la meta nacional (17.0 muertes en menores de cinco años por 1,000 NV). Para el año 2010 se registró en Cali una tasa de 11.8 en niños y niñas en este grupo

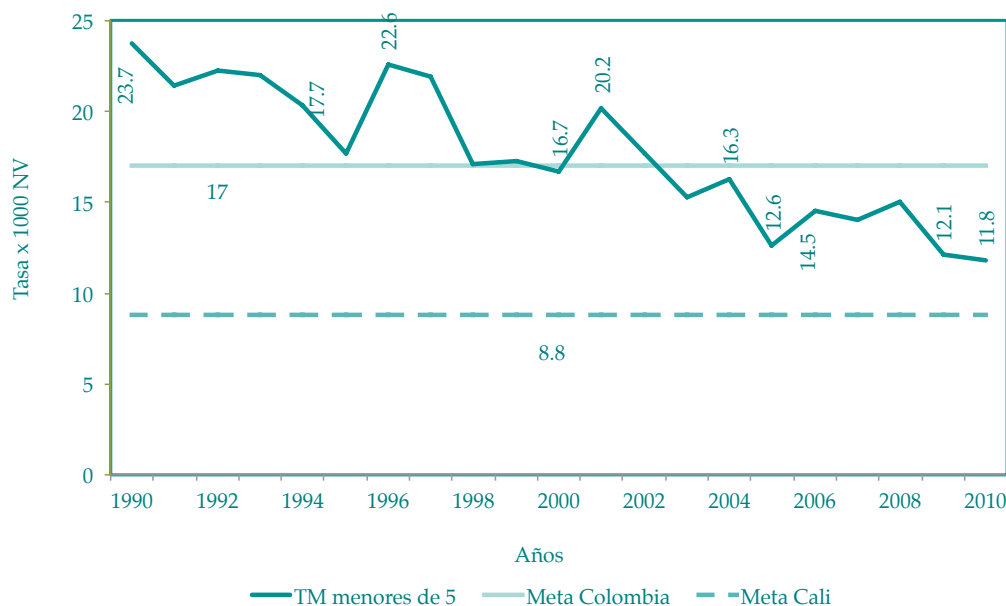
⁴²Se recomienda consultar directamente la fuente para obtener un panorama detallado y amplio en el cumplimiento de los ODM.

⁴³Es importante mencionar que cada uno de los temas expuestos en este apartado se amplía en detalle en los Capítulos 4 y 5.

de edad, es decir, que se encuentra a 3.0 muertes por 1,000 NV de la meta fijada para la ciudad en el 2015, que es de 8.8 por 1,000 NV.

Con relación a la meta de cobertura en inmunizaciones en el Municipio de Santiago de Cali, según el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), desde el año 2005 se han mantenido las coberturas de vacunación para todos los biológicos, por encima del 95 %, para los niños y las niñas menores de cinco (5) años.⁴⁴ Este tema es tratado con mayor detalle en el Apartado 4.3.

Gráfico 3. Tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1990-2010



Fuente: Nacidos vivos DANE/Área de información y Estadística SSPM.

Para el ODM 5 en Cali, se observa una tendencia a la reducción en la Razón de Mortalidad Materna (RMM).⁴⁵ Entre 1998 y 2009 hubo una reducción de 85 muertes por 100,000 NV, alcanzando una RMM de 26 muertes por cada 100,000 NV en el año 2009. Para lograr la meta fijada para el 2015 de 21.9 muertes maternas por 100,000 NV, se requiere una reducción anual de 0.7 muertes por 100,000 NV. El Valle del Cauca y Colombia presentaron un incremento de la RMM en el año 2009 (Gráfico 4), ubicando a Cali en una mejor posición, puesto que ha mantenido una reducción sostenida relacionada con la implementación de programas de vigilancia epidemiológica de la mortalidad y morbilidad materna extrema desde 2005, el incremento en la atención del parto por personal sanitario desde 1996, registrando en 2010 un 99.8 % de cobertura (el 90.9 % es atendido por médico)[47] y debido también a una mayor cobertura de atención médica en los controles prenatales, que según la ENDS 2010 es de 95 %.⁴⁶

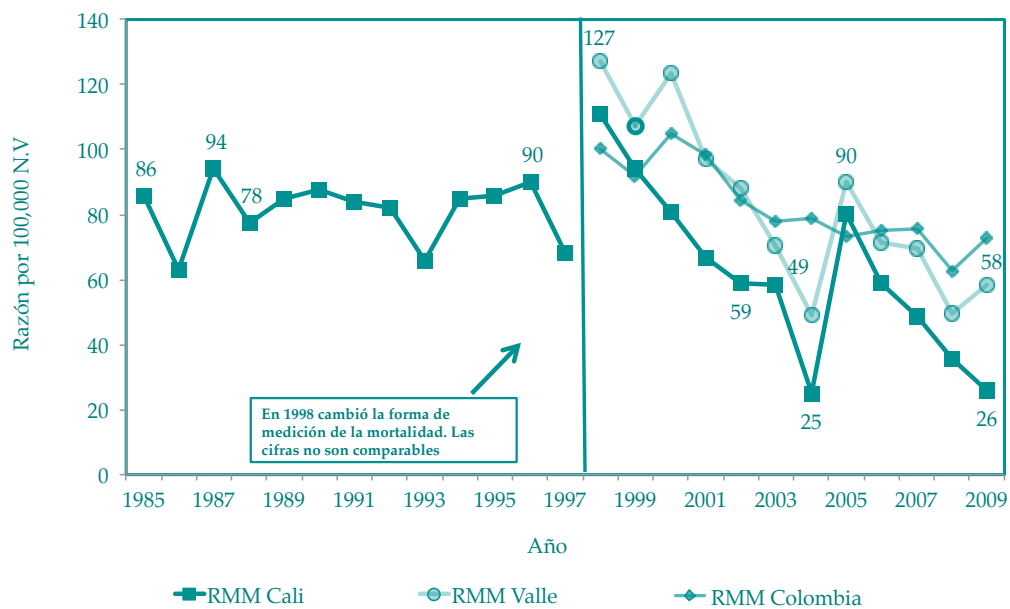
El ODM 6 en el Municipio de Santiago de Cali, evidencia que la tasa de niños y niñas menores de cinco (5) años diagnosticados con VIH/SIDA en 2008 fue 7.8 casos por cada 100 mil niños de esa edad (11 casos)[40]. Los datos disponibles no permiten establecer una tendencia.

⁴⁴ Las vacunas del PAI son: Antipolio, DPT, BCG, Antihepatitis B, HIB, Triple Viral y Fiebre Amarilla.

⁴⁵ En el Apartado 3.2.3.2 se muestra el comportamiento de esta tasa.

⁴⁶ Es preciso fortalecer el seguimiento a este indicador, que se encuentra desactualizado.

**Gráfico 4. Razón de Mortalidad Materna.
Municipio de Cali, 1985-2009**



Fuente: DANE. Gráfico autores.

Espacio para Capítulo 3

3. LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA EN LA PRIMERA INFANCIA Y LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS EN SANTIAGO DE CALI.

3.1. DEFINICIÓN E IMPORTANCIA.

La niñez o Primera Infancia, es considerada como la etapa del ciclo vital, que comprende el desarrollo del niño y la niña, desde su gestación hasta llegar a los 5 años, pero sin haber cumplido los 6 años de vida.[48]

Los resultados de investigaciones científicas, en diversas disciplinas en todo el mundo, revelan que es durante los primeros seis años de vida, cuando se construyen la mayoría de las conexiones fisiológicas y psicológicas, que determinan las condiciones físicas y emocionales del ser humano, durante toda su existencia.[49] Desde la neurociencia, Vera[50, p.11-12] afirma que, con respecto al cerebro humano el niño y la niña a la edad de 2.5 años alcanza el 85 % y a los 3 años, el 90 % del tamaño del cerebro de una persona adulta, aspecto importante porque provee a los niños y niñas de los fundamentos necesarios para las emociones y habilidades cognitivas y no cognitivas, cruciales para el desempeño futuro. [50] Otros factores como la interacción de los padres, educación, salud y nutrición, igualmente juegan un papel muy importante, dado que contribuyen a la formación de las conexiones entre las células y al desarrollo infantil.[51] Desde la sicología, los niños y las niñas alcanzan las bases más importantes en la primera infancia: apego emocional, habilidades motoras y desarrollo del lenguaje. [52]

En disciplinas como la educación y la economía, se afirma que los efectos positivos de las intervenciones en la primera infancia, se extienden a los dominios cognitivos y comportamentales, es así como Reynolds y Temple[53], afirman que se logran menores tasas de deserción y repetición escolar.[54][50] La evidencia sugiere que se cometerán menos crímenes y serán más productivos, con mejores ingresos[50][55][56], que genera también mayor ingreso público y una ruptura en la pobreza intergeneracional. [50]

Los primeros años de vida son cruciales para el futuro, ellos sientan las bases para las capacidades y oportunidades que se tendrán a lo largo de la vida[50][57], razón por la cual los países desarrollados han enfocado sus estrategias de largo plazo en la intervención en la primera infancia, en especial Estados Unidos. [50][58], Karoly et al[54] enfatiza en su estudio de 10 programas ⁴⁷, que el fin es “mejorar el desarrollo y la salud ofreciéndole a los niños socioeconómicamente vulnerables y sus familias, servicios durante parte o todo el período de su primera infancia”. Los organismos multilaterales, el BID y el BM, enfocan sus esfuerzos económicos en apoyar la atención a la infancia como medio para la transformación social, económica y cultural. .[49]

3.1.1. Colombia: Política Pública y Marco Normativo de la Primera Infancia.

La política pública de la primera infancia, implica una noción de desarrollo humano, que haga valer los derechos de las niñas y niños, ésta le da a los individuos las “opciones esenciales de poder tener una larga y saludable vida. . .”[59] y como consecuencia, un mejoramiento de sus condiciones de vida y la ampliación de sus oportunidades. Este argumento ha sido demos-

⁴⁷Para la finalidad de este libro, se destaca el Infant Health and Development Project (IHDP).

trado por los “metaderechos” propuestos por Sen.[60] Debe incluir, como eje fundamental, el reconocimiento de la familia, pues ésta genera vínculos y favorece la socialización[48], en un esfuerzo conjunto, entre organismos nacionales e internacionales, las instituciones públicas y privadas y la sociedad en general.

En Colombia, aunque antes de la década de los 90 se adoptó una política pública, basada en el reconocimiento y el respeto de los derechos de la primera infancia, estas políticas dejaron de lado la participación ciudadana. No hubo una interacción entre el Estado, la sociedad, la familia y la infancia. [48] Por tanto, es a partir de los noventa que se introduce un cambio en ese sentido y se presenta una visión desde la perspectiva de los derechos. El proceso de formulación de política pública de la primera infancia en Colombia está enmarcada, por la Constitución Política de 1991 y la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN), aprobada por el Congreso de la República de Colombia, mediante la Ley 12 del 22 de enero de 1991. La primera, establece en su artículo 44, que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de las demás personas. La segunda, introduce un cambio con respecto a la concepción social de la infancia.

Hasta la década de los 90, en Colombia los esfuerzos dirigidos a la primera infancia, estuvieron ligados a programas generales, que desde el punto de vista del gobierno no recibía los recursos necesarios, dadas sus implicaciones significativas en la sociedad. [49] El proceso de construcción de la política pública para la primera infancia, ha adquirido importancia recientemente en Colombia. Tuvo su origen en el año 2002⁴⁸, mediante un grupo de trabajo, en la Alianza por la Política Pública de Infancia y Adolescencia en Colombia.⁴⁹ Este grupo se amplió dos años después con la participación de diferentes instituciones tanto públicas como privadas, bajo la coordinación del ICBF. [48] Dado que hasta ese momento no existían lineamientos de política para la primera infancia claramente orientados, se realizó como acercamiento inicial en el año 2003⁵⁰ el primer Foro Internacional: “Primera infancia y desarrollo. El desafío de la década”.

El año 2005, se destacó por tres (3) acontecimientos, en torno al tema de primera infancia, se realizó el Segundo Foro Internacional, denominado “Movilización por la Primera Infancia”, se adoptaron los ODM para Colombia y se da inicio al Programa de Apoyo para la Formulación de Política de Primera Infancia en Colombia que surge con el propósito de “definir un marco institucional y un sistema de gestión local, regional y nacional, para garantizar los derechos de la primera infancia, ampliar coberturas, mejorar la calidad del programa y buscar estrategias, para empoderar a las familias y a la comunidad”. [45] Se conformaron siete (7) mesas de trabajo entre las que se destacan: el mapeo de investigaciones, la expedición por la primera infancia⁵¹ y la gestión y desarrollo local (diseño y desarrollo de estrategias en la protección integral).

Desde su origen en el 2002, la participación activa de los diferentes estamentos del gobierno y de la sociedad civil, le otorgaron el carácter de política pública. [45] A pesar de que es el Estado el responsable directo de garantizar las condiciones necesarias para respetar, promover, cumplir y proteger los derechos de la primera infancia[45], se enfatiza que la eficiencia de los

⁴⁸ Antes de este periodo, la Resolución 412 del 2000, estableció las normas técnicas y guías de atención para las acciones y detección temprana de enfermedades de interés en salud pública. Además, la Ley 715 de 2001, definió las competencias y recursos para la prestación de los servicios sociales (educación y salud), posibilitando entre otros, la asignación de recursos para la alimentación de los niños en edad preescolar.

⁴⁹ Grupo de Trabajo integrado por el ICBF, el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), el Centro Internacional de Educación y Desarrollo (CINDE), Save the Children y UNICEF.

⁵⁰ Igualmente, en este año se establece la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la cual promueve el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población.

⁵¹ Otorga “la perspectiva de los saberes, construidos a partir de la experiencia de los actores sociales de base, relacionados directamente con la primera infancia, con el fin de visibilizar los procesos locales y regionales de atención integral, formación, participación y movilización social”. [48]

resultados de la intervención estatal, dependen de la interacción conjunta del Estado, la familia y la comunidad.[50, p.12], [61]

Por su parte, en el año 2006⁵², el Congreso Colombiano armonizando la legislación con los postulados de la CDN, expide la Ley 1098 de 2006, mediante la cual se crea el Código de la Infancia y la Adolescencia.[48] El año 2007, se destaca por presentar cuatro (4) instrumentos de política pública, dirigida a la primera infancia: primero, el Plan Nacional de Salud Pública, de sus prioridades la Salud Infantil; segundo, la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, mediante el CONPES 113; tercero, la Ley 1146 de 2007, para la prevención de la violencia sexual y atención integral de niños y adolescentes abusados sexualmente y cuarto, la Política Nacional de Primera Infancia, mediante el CONPES 109.[48]

La Política Nacional se caracteriza por formular los objetivos y líneas estratégicas de la Primera Infancia.

El objetivo general establece “promover el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años; respondiendo a sus necesidades y características específicas y contribuyendo al logro de la equidad y la inclusión social en Colombia”.[48]

Entre las líneas estratégicas se encuentran ofrecer una atención integral a la primera infancia, con calidad y mejorar la supervivencia y la salud de los niños entre cero (0) a seis (6) años y de las madres gestantes y en periodo de lactancia. Para lograrlo, se propusieron, el incremento progresivo a la afiliación a la seguridad social en salud, promover la salud y estilos de vida saludables, mejorar las condiciones de salud y el entorno, y abordar de manera integral la implementación de las estrategias IAMI y AIEPI.[48]

En el año 2009 se expide la Ley 1295 donde se prioriza la niñez de sectores vulnerables de niveles 1 y 2 del SISBEN. Actualmente, el Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014, contiene una Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia, creada en el gobierno del Presidente Juan Manuel Santos y denominada Estrategia “De Cero a Siempre”, donde confluyen políticas, programas, proyectos, acciones y servicios dirigidos a la primera infancia, con el fin de brindar una verdadera Atención Integral, haciendo efectivo el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas entre cero y cinco años de edad.[62] La Ley 1438 de 2011, surge para fortalecer el SGSSS, a través de un modelo de APS, priorizando la protección y asistencia a grupos vulnerables.

3.1.2. Marco de la Política en el Municipio de Santiago de Cali.

En el año 2004, la Procuraduría General de la Nación[57], con el apoyo de UNICEF, realizó un estudio para determinar el grado de inclusión del tema de infancia, entre otros, en los planes de desarrollo departamentales y municipales⁵³, para el período 2004-2007. Se examinó y verificó cómo abordaron los temas referentes a la infancia, qué programas y proyectos se propusieron y la disponibilidad de recursos para implementar las políticas públicas para la primera infancia. [57]

En el período 2001 a 2011, solo el Plan de Desarrollo Municipal “Cali, un nuevo latir” (2007-2011)⁵⁴, incluye de manera implícita el objetivo de “promover la salud y contribuir a reducir las enfermedades prevalentes de la infancia”. La SSPM en su preocupación por la supervivencia y el desarrollo infantil, adelanta actividades para contribuir al logro de este objetivo y de las metas propuestas en este plan.

⁵²Se realizan modificaciones al sistema de SGSSS con la Ley 1122 de 2006.

⁵³Son herramientas fundamentales pues permiten direccionar y asignar los recursos públicos necesarios para propiciar el desarrollo social.

⁵⁴Una descripción detallada de cada plan municipal se encuentra en el Capítulo sobre la Historia de la Secretaría.

Con participación de entidades del gobierno y sociedad civil en Cali, para dar respuesta a las demandas gubernamentales, se inició un proceso de construcción de política pública de la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia, destacando el trabajo realizado por la Mesa Municipal de Primera Infancia, que quedó expresado en el Plan de Atención Integral para la Primera Infancia (PAIPI), en la orientación de que Cali sea hoy y siempre una Ciudad Responsable y Amiga con los Niños, Niñas y Adolescentes[49], consiguiendo mejores condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales, hacia el desarrollo integral y la generación de oportunidades para los niños, niñas y adolescentes, en su calidad de sujetos activos y titulares plenos de Derechos.

En el 2010, la Política se socializó en un foro con amplia asistencia de las instituciones participantes, públicas y privadas, fundaciones, ONG, organizaciones sociales de base y sociedad civil, quienes desarrollaron un arduo trabajo de investigación con responsabilidad y compromiso, articulando procesos de intervención, con el liderazgo de la Secretaría de Bienestar Social y la decisión política del Alcalde de Cali, congruente con su responsabilidad, avalado por un compromiso firmado por los participantes. Este documento se entregó al Concejo Municipal para su aprobación por esta Corporación.

3.2. SITUACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN SANTIAGO DE CALI

3.2.1. Aspectos Demográficos.

3.2.1.1. Estructura de la Población.

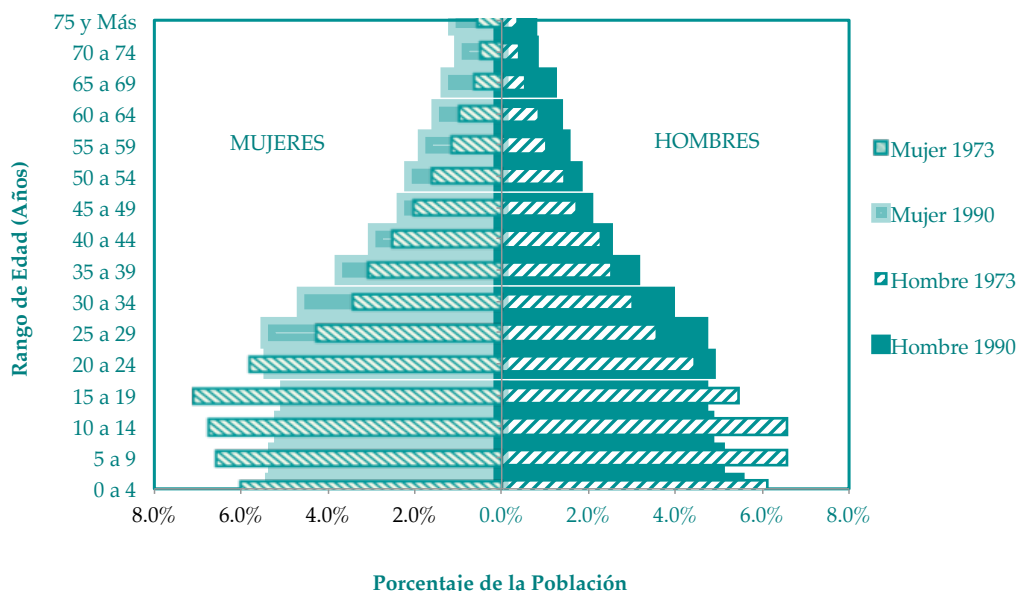
El crecimiento de la población caleña en los últimos años es más lento, de acuerdo a la información suministrada por las pirámides poblacionales del Municipio de Santiago de Cali para los años 1973, 1990, 2000, 2011 y 2015 (Gráfico 5, Gráfico 6, Gráfico 7).

Según lo indica el Gráfico 5, la población de Cali experimentó un crecimiento rápido en la década del 70. La pirámide mantiene su forma, ya que las cohortes más jóvenes (de 0 a 19 años de edad) representaban el 51.1 % de la población total, mientras que el resto de las cohortes (de 20 años en adelante) ocupaba un 48.9 % de la misma. Aproximadamente, veinte años más tarde, según lo indica la pirámide poblacional del año 1990, en el Municipio de Santiago de Cali las cohortes más jóvenes de la población y el resto de las cohortes, pasaron a representar el 40.2 % y el 59.8 % de la población caleña, respectivamente.

Lo anterior indica el inicio de una nueva transición, en donde los grupos más jóvenes de la población empezaron a perder participación en el total de la población caleña, al compararse con los demás grupos de edad. En el año 2000, la situación descrita al inicio de los setenta cambió significativamente. Se observa que las cohortes más jóvenes representaron el 37.7 % de la población caleña, mientras que las demás cohortes ocuparon el 62.3 %, que significa un decrecimiento del 26.2 %, de las cohortes más jóvenes, en el período 1973-2000.⁵⁵

⁵⁵ Además, una variación del 6.2 % entre 1990 y 2000.

**Gráfico 5. Pirámide Poblacional
Municipio de Cali, 1973 y 1990**



Fuente: datos DANE. Elaboración Propia.

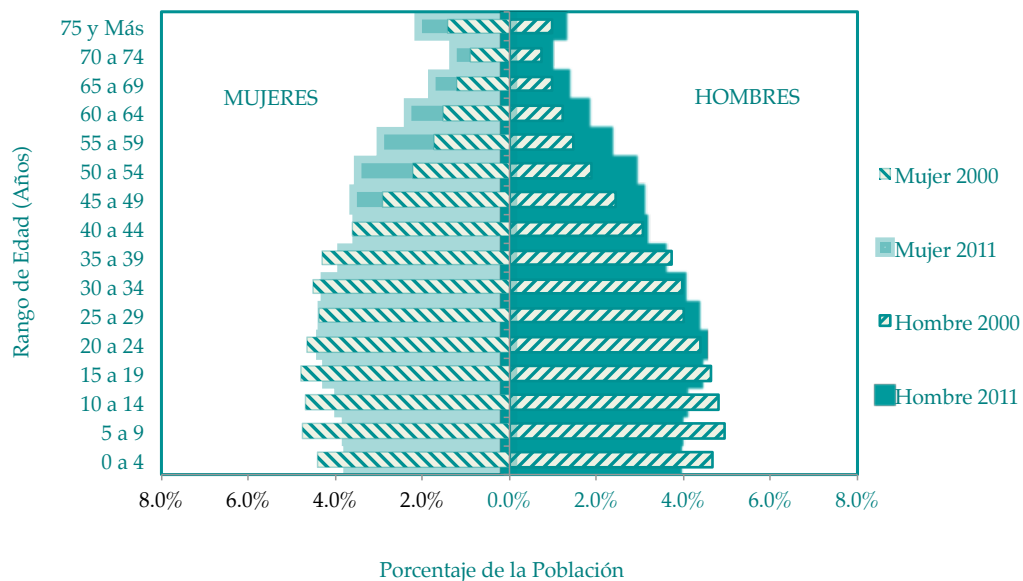
Según el Gráfico 6, las cohortes más jóvenes, en el año 2011, representaron un 31.2 % de la población caleña. El crecimiento, de este grupo de la población respecto del total, disminuyó en 22.5 %, en aproximadamente 20 años⁵⁶ confirmando la tendencia observada entre el inicio y el final de la década de los noventa.

Las proyecciones de población para el Municipio de Santiago de Cali, muestran que la tendencia expuesta se mantendrá, aunque con un leve crecimiento. Las estimaciones del DANE, revelan que para el año 2015, las cohortes más jóvenes representarán el 33.1 % de la población total, porcentaje muy similar al alcanzado en el 2011 (Gráfico 7).

En resumen, existe una clara tendencia decreciente de las cohortes más jóvenes de la población. Este hecho permite inferir, que la dinámica poblacional del Municipio de Santiago de Cali atraviesa por una etapa de transición demográfica, en la cual, la pirámide poblacional pasó de ser expansiva (mayor porcentaje de la población en su base) a constrictiva, es decir, cohortes jóvenes cada vez más pequeñas en relación a las demás.

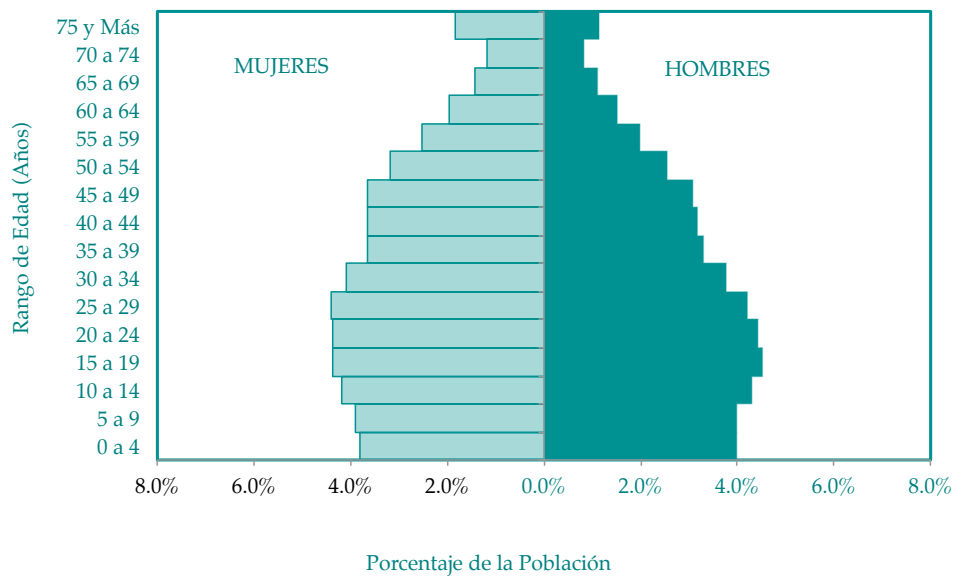
⁵⁶Al compararse las cifras del crecimiento de esas cohortes entre 1990 y 2011.

**Gráfico 6. Pirámide Poblacional
Municipio de Cali, 2000 y 2011**



Fuente: datos DANE. Elaboración Propia.

**Gráfico 7. Pirámide Poblacional
Municipio de Cali, 2015**

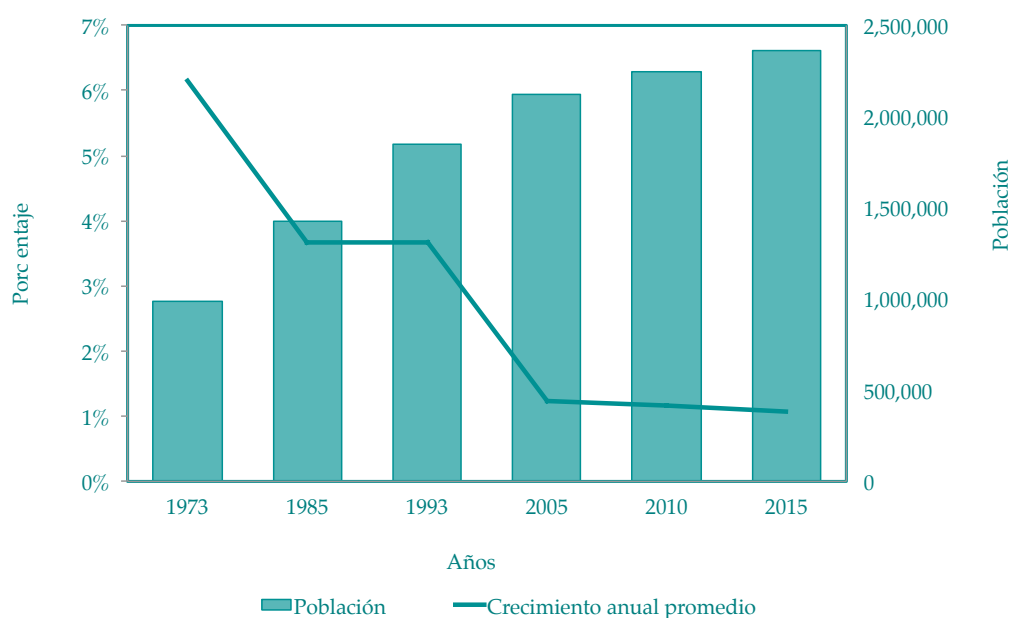


Fuente: datos DANE. Elaboración Propia.

3.2.1.2. Crecimiento de la Población.

Comparando las tasas de crecimiento intercensal (Gráfico 8), se observa que efectivamente el crecimiento de la población se ha desacelerado, para el periodo 1964-1973 fue de 6.16 %, para 1993-2005 fue del 1.2 %, mientras que el estimado para 2010-2015, es de 1.07 % anual. Para el año 2015, se estima que la población del Municipio de Santiago de Cali, alcance los 2,364,363 habitantes.

Gráfico 8. Población Censal y Tasa de Crecimiento Anual Promedio Municipio de Cali, 1973-2015.



Fuente: DANE^a-DAPM^b Municipio de Santiago de Cali. Elaboración propia.

^aDepartamento Administrativo Nacional de Estadística.

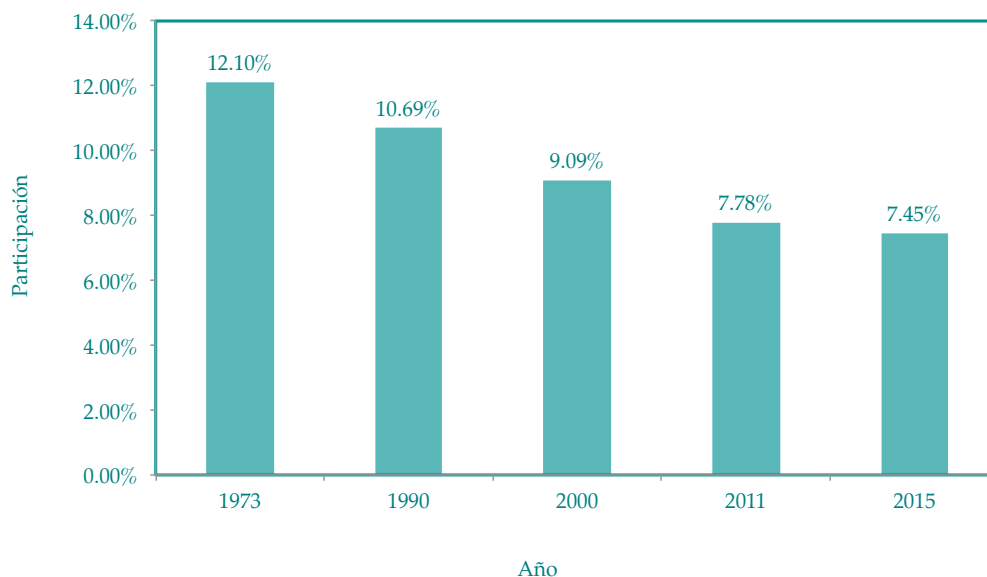
^bDepartamento Administrativo de Planeación Municipal.

3.2.1.3. Niños y niñas menores de 5 años.

De acuerdo a la descripción anterior y al analizar la cohorte de niños y niñas menores de 5 años, la tendencia es a la baja en el crecimiento de este grupo poblacional. En este sentido, la participación de esta cohorte en el total de la población, ha venido disminuyendo drásticamente (Gráfico 9). Entre 1973 y 2011, se registró una desaceleración del 38.4 %, pues la participación de esta cohorte pasó de 12.1 % en 1973 a 7.45 % en el 2011, confirmando la forma adoptada por las pirámides. Pese a que para el 2015, se proyecta una participación del 7.78 %⁵⁷ para esta cohorte, implicando un aumento de 0.33 puntos porcentuales en comparación al 2011, se observa que la tendencia global seguirá siendo a la baja.

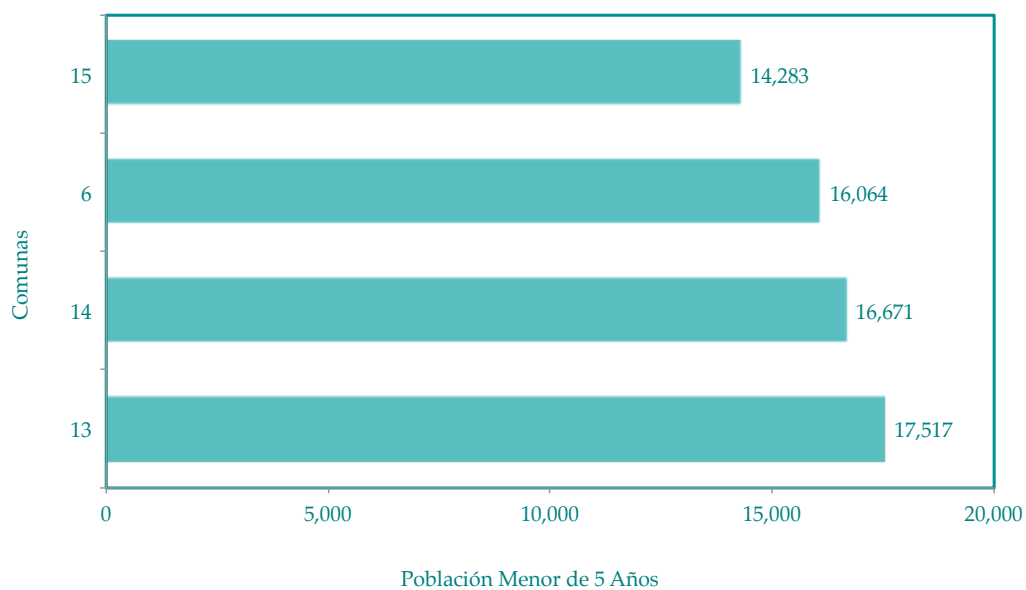
⁵⁷ Es decir, una reducción del 35.7 % en relación con la participación de esta cohorte en 1973 (12.15 %).

Gráfico 9. Participación de Niños y Niñas Menores de 5 años en la Población Total. Municipio de Cali, 1973-2015.



Fuente: DANE. Cálculos propios.

Gráfico 10. Comunas con mayor población de niños y niñas menores de 5 años. Municipio de Cali, 2010.



Fuente: DANE, Cálculos del Autor.

Paralelo al ritmo desacelerado del crecimiento de la población caleña, especialmente de los niños y niñas menores de 5 años, el índice de dependencia económica juvenil también ha disminuido. En 1993, este índice mostró que de 100 personas en edades económicamente productivas, 43 jóvenes (menores de 15 años) dependían de ellas, mientras que en el 2005 dependían 40 jóvenes. Estos resultados, unidos al aumento de la población adulta mayor, como efectivamente se observa en la punta de las pirámides poblacionales, implican un deterioro socioeconómico de la región.

3.2.1.3.1. Distribución de los niños y niñas menores de 5 años en las Comunas. La población de niños y niñas menores de 5 años se concentra en las comunas 13, 14, 6 y 15 con el 36.55 % de la población. Lo que implica que los recursos destinados a los menores de 5 años, se deben focalizar prioritariamente en los problemas de los niños, niñas y jóvenes de estas cuatro (4) comunas (Gráfico 10).

3.2.1.4. Tasa Global de Fecundidad, Tasa General de Fecundidad y Fecundidad según edad de la Madre.

El fenómeno de crecimiento lento de la población caleña, es explicado por el descenso general de la fecundidad. La tasa global de fecundidad evidencia un importante descenso, pues en 1970 era de 4.5 hijos por mujer, en 1995 de 1.97 y en 2009 es de 1.88 hijos por mujer, que representa una disminución del 58.2 %, en un período de 30 años.

La tasa general de fecundidad (TGF) experimentó un decrecimiento aproximado del 6 % entre 1995 y 2009, de 60.15 a 56.57 nacimientos por cada 1,000 Mujeres en Edad Fértil (MEF). El año 2004, registró la menor TGF, con 54.4 nacimientos por cada 1,000 MEF (Gráfico 11).

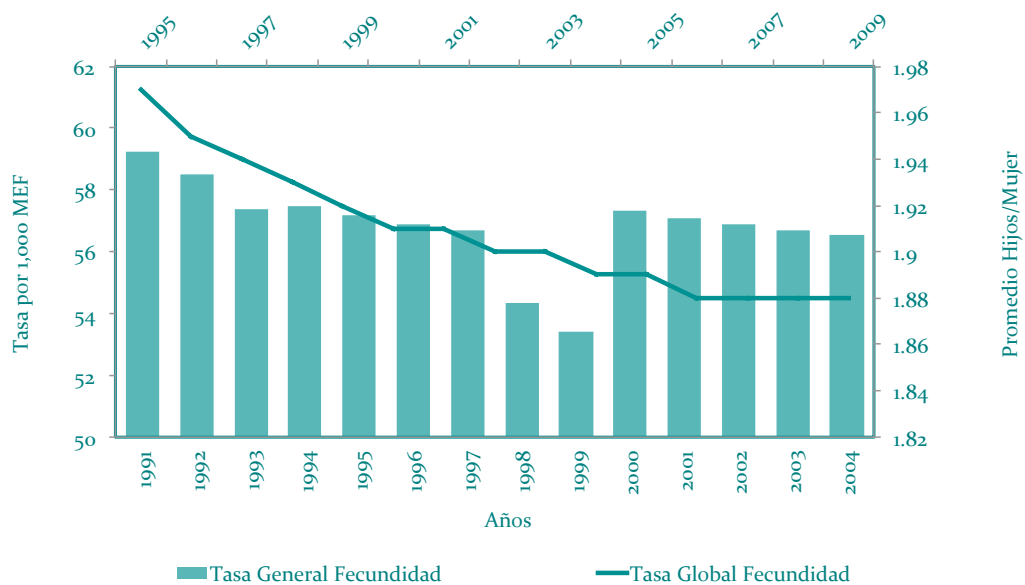
Al analizar la información anterior con los datos reportados para el Departamento del Valle del Cauca y Colombia por el DANE⁵⁸, es posible afirmar que el Municipio de Santiago de Cali presenta cifras menores a las del promedio del departamento y el país. En el período 1995 - 2000, la Tasa Global de Fecundidad para el Departamento del Valle del Cauca y para Colombia, corresponden a 2.46 y 2.86 hijos por mujer respectivamente, mientras que para el Municipio de Santiago de Cali fue de 1.94 hijos por mujer.

La TGF refleja la misma dinámica para el Valle del Cauca y para el país, en el período 1995 - 2000 es de 78.2 y 92.0 nacimientos por cada 1,000 MEF respectivamente, mientras que para el Municipio de Cali correspondió a 58.32 nacimientos por cada 1,000 MEF.

En Cali, el grupo de mujeres de 15 a 19 años, experimentó un incremento del 1.03 % en la tasa de fecundidad según la edad de la madre en el período 1993 - 2008, al pasar de 71.1 a 77.9 por cada 1,000 MEF. En 1993 y en 2008, las mujeres entre los 20 y 24 años presentaron la mayor tasa de fecundidad dentro de las MEF, con 119.6 y 103.3 nacimientos por cada 1,000 MEF, respectivamente (Gráfico 12).

⁵⁸Para los quinquenios desde el año 1995 hasta el 2010.

**Gráfico 11. Tasa Global de Fecundidad, 1995-2009.
Tasa de Fecundidad General, 1991-2004.
Municipio de Cali**



Fuente : SSPM/Municipio de Santiago de Cali.

**Gráfico 12. Fecundidad según Edad de la Madre
Municipio de Santiago de Cali, 1993 y 2008**



Fuente : SSPM/Municipio de Santiago de Cali.

3.2.1.5. Desplazamiento

Teniendo en cuenta la situación de conflicto que ha padecido el país y la cantidad de desplazados que llegan al Municipio de Santiago de Cali (municipio receptor)[63], hay que considerar factores externos, que afectan las tendencias demográficas en los diferentes grupos de edad, pues termina afectando la composición de la población y la demanda de servicios, especialmente de salud y educación.

Identificar la cantidad de personas que ingresan cada año a la ciudad no es una tarea fácil, pues en muchos casos, no se existen los mecanismos adecuados que permitan establecer la magnitud de los migrantes y muchos casos, los migrantes solo están de paso hacia otras ciudades. En el Informe Regional sobre Desarrollo Humano, realizado por el PNUD para el Valle del Cauca[63], se presentan índices de intensidad⁵⁹ y presión de desplazamiento⁶⁰. A partir de éstos, se realiza una inferencia sobre la situación de migración al Municipio de Santiago de Cali.

La Tabla 5, contiene el índice de intensidad de desplazamiento, donde se puede observar que la relación de personas que emigran del Municipio de Santiago de Cali, es muy baja, en relación con el departamento del Valle, sin embargo el comportamiento no es estable, pues en el Municipio de Santiago de Cali entre 1999 y 2007, tuvo un crecimiento del 154 %, al pasar de 6.3 a 16 personas que dejaron la ciudad por cada 100,000 habitantes. En el mismo período en el Valle del Cauca, el crecimiento fue 20 veces mayor, pasó de 4.19 a 109.5 personas que dejaron el departamento por cada 100,000 habitantes.

Tabla 5. Índice de Intensidad de desplazamiento por 100,000 habitantes. Municipio de Santiago de Cali y Valle, 1999-2007

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cali	6.3	5.8	18.3	23.5	15.4	21.8	22.3	22.8	16
Valle	4.19	213.2	399.9	194.5	412.3	104.2	149.6	329.2	109.5

Fuente: Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, Cálculo IDH-Valle del Cauca.

Para el índice de presión del desplazamiento, el Municipio de Santiago de Cali registra un mayor crecimiento del indicador, comparándolo con el presentado por el Valle. En el Gráfico 13, se observa que entre 1999 y 2007 el Municipio de Santiago de Cali, el índice de presión registró un crecimiento del 935 %, en 1999 la ciudad recibió 25.2 personas por cada 100,000 habitantes y en 2007 fueron 260.7 por cien mil. Para el Valle el crecimiento fue de 575 % en los mismos años, pasó de 51.5 a 347.5 personas recibidas por cada 100,000 habitantes.

De lo anterior, se puede inferir que el Municipio de Santiago de Cali y el Valle son grandes receptores de población desplazada desde finales de la década de los 90 hasta el año 2007. Comparando el índice de intensidad y el de presión del desplazamiento, es posible apreciar que para todos los años es siempre mayor el segundo para ambos casos. Para el 2007 en Santiago de Cali y el Valle, el índice de presión supera el de intensidad, en alrededor de 245 y 238 personas por 100,000 habitantes respectivamente. Factor importante pues refleja que el Municipio de Santiago de Cali, en total, está recibiendo más desplazados que el Valle.

⁵⁹Es la relación entre el número de personas que abandonan una región y la población estimada de dicha región.

⁶⁰Es la relación entre el número de personas recibidas por una región y la población estimada de dicha región.

Gráfico 13. Índice de Presión de desplazamiento, por 100,000 habitantes. Municipio de Cali y Valle del Cauca, 1999-2007.



Fuente: Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. Cálculo IDH-Valle del Cauca.

De esta manera, se afirma, que el desplazamiento en el Municipio de Santiago de Cali es un factor relevante, que afecta la composición de la población caleña y por tanto, su crecimiento y la demanda de los servicios sociales.⁶¹ Igualmente, afecta el crecimiento de la población infantil, pues la mayoría de desplazados lo conforman familias numerosas. Según el documento “Mujeres desplazadas por el conflicto armado” [64], quizá la principal característica de la población desplazada que llega a Santiago de Cali, es que lo hacen silenciosamente (bola de nieve) lo que se conoce como “desplazamiento individual o a cuenta gota” de familias, con un promedio de 6 personas, haciendo más complejo tener una visión concreta sobre su dimensión.⁶²

Ante tal situación, la Corte Constitucional señala, específicamente que “la población en situación de desplazamiento y la primera infancia, constituyen un ámbito crítico de intensificación y confluencia de problemas que se retroalimentan perversamente entre sí, para obstruir con especial fuerza el ejercicio de los Derechos Fundamentales de los niños y niñas”. [65]

3.2.1.5.1. Desplazamiento de niños y niñas menores de cinco años Complementando el análisis anterior, Ruiz [66] en su estudio, el desplazamiento forzado en el interior de Colombia, presenta entre otros, las tasas netas de desplazamiento infantil, que permiten establecer, si una determinada región pierde (expulsa) o recibe población menor de 5 años. En Santiago de Cali

⁶¹Igualmente, contribuye a la conformación de subregiones en el Valle del Cauca que evidencian una fuerte movilidad poblacional desarraigada por el conflicto político armado y sus efectos que en el caso del desplazamiento forzado, se proyecta a otras esferas sociales y políticas en el departamento, afectando específicamente su configuración territorial. (González, D.:2002)

⁶²El documento afirma también que “el desplazamiento ha producido un impacto psicológico y social que ha incrementado la destrucción del tejido social, la pauperización, la desintegración familiar, desnutrición, enfermedades, alcoholismo, drogadicción, prostitución, deserción escolar y delincuencia, agravando por esta vía los problemas históricos de los pobladores y barrios de la ciudad”.

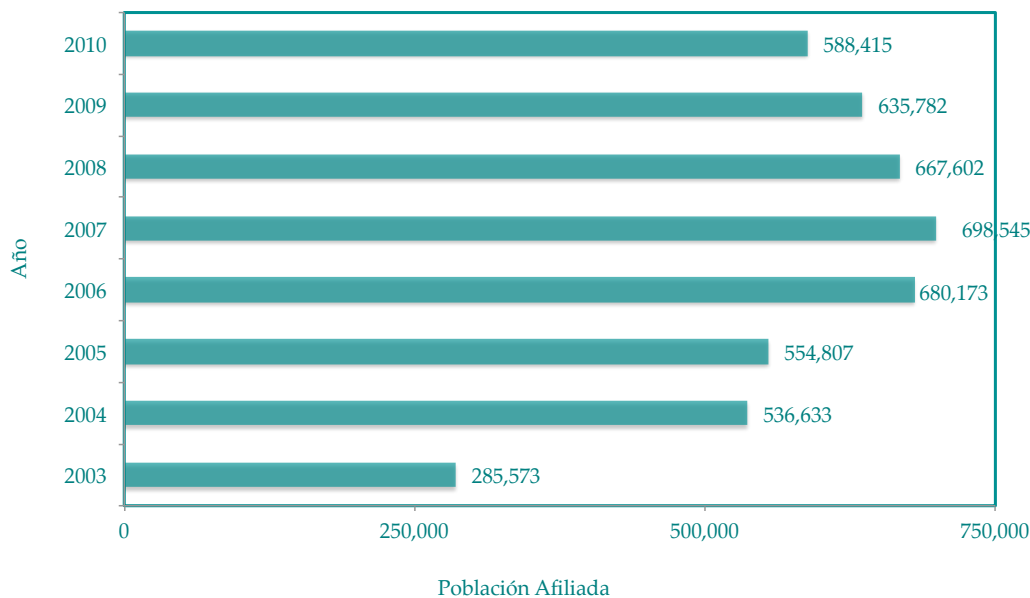
hay una ganancia neta de población,⁶³ para el periodo 2000-2004, ingresaron 17.3 niños menores de 5 años por cada 1,000 habitantes, es decir, un saldo positivo de 3,637 niños. Al comparar a Cali con Medellín, la ganancia neta fue menor, puesto que en Medellín fue de 42.6 niños menores de 5 años por cada 1,000 habitantes (8,191 niños), sin dejar de ser un problema grave para Cali.

Se concluye entonces, que Santiago de Cali es un municipio receptor de población y que con la llegada de niños están ingresando también adultos, lo que genera un impacto sobre la estructura de la población de origen, como de destino. Esta “dinámica migratoria tiene efectos económicos sobre el hogar y consecuentemente, se traduce en sobreoferta de mano de obra” y exceso de demanda de servicios sociales. [66]

3.2.1.6. Situación de Aseguramiento en Municipio de Santiago de Cali y Valle del Cauca.

Una de las formas de medir el mejoramiento de la supervivencia y la salud de los niños de bajos recursos económicos, es mediante el incremento en el número de afiliados a la seguridad social. El régimen subsidiado depende de dos factores importantes, por un lado del nivel de pobreza de la población y las altas tasas de desempleo y por otro lado de los recursos disponibles por el estado para subsidiar a esta población. En Cali, hasta el año 2007 (Gráfico 14) el régimen subsidiado se incrementó hasta llegar a 698,545 afiliados y anualmente fue descendiendo hasta llegar en el 2010 a 588,415 afiliados (disminución de 15.77 %), situación que puede ser coherente con la reducción de la tasa de desempleo en el mismo período y con la depuración de las bases de datos.

**Gráfico 14. Afiliación a régimen subsidiado de salud
Municipio de Santiago de Cali, 2003-2010.**



Fuente: Oficina de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios,- SSPM/Municipio de Santiago de Cali.

Contrastando los afiliados, tanto al régimen subsidiado como contributivo en 2010, entre el Departamento del Valle del Cauca y el Municipio de Santiago de Cali, vemos que el 31.09 %

⁶³El desplazamiento que tiene en cuenta este estudio es el forzado.

de la población afiliada del Valle del Cauca pertenece al régimen subsidiado (Tabla 6) y en Santiago de Cali ésta corresponde al 24.08 % (Tabla 7). La afiliación al régimen contributivo es mayor en Cali (55.79 %) que en el departamento del Valle del Cauca (53.01 %), esto refleja la situación global, donde el Municipio de Santiago de Cali tiene una cobertura de la seguridad social en salud del 79.90 %, mientras que para el departamento del Valle esta cifra es del 84.09 %. La cobertura de afiliación en Cali no es mayor, debido a la depuración de la base de datos que se viene realizando desde el año 2009, donde se detectan casos de duplicidades con el régimen contributivo y por los efectos de las migraciones internas y externas.⁶⁴

Tabla 6. Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud por Regímenes Valle del Cauca, 2010.

	Total	Porcentaje de afiliación
Población Total	4,384,131	100.00%
Contributivo	2,324,166	53.01%
Subsidiado	1,362,888	31.09%
Pobre No Asegurada	697,077	15.09%

Fuente : DANE - ECV 2010⁶⁵.

Tabla 7. Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud por Regímenes Municipio de Cali, 2010.

	Total	Porcentaje de Afiliación
Población Total	2,442,668	100.00%
Contributivo	1,362,838	55.79%
Subsidiado	588,415	24.08%
Pobre No Asegurada	491,160	20.10%

Fuente : Oficina de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios - Secretaria de Salud de Cali.

3.2.2. Aspectos Socioeconómicos.

Una vez analizados los aspectos demográficos más relevantes de Cali, en este apartado se analizan los indicadores claves de la situación socioeconómica de la ciudad y cómo afectan el bienestar de la población infantil. Se analizan los siguientes cinco (5) indicadores: Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Línea de Pobreza (LP), Línea de Indigencia (LI), Índice de Desarrollo Humano (IDH) y Producto Interno Bruto (PIB) per cápita.⁶⁶

3.2.2.1. Necesidades Básicas Insatisfechas.

Este indicador identifica las carencias críticas en una población y caracteriza la pobreza, por lo tanto, facilita el diseño, elaboración de políticas sociales y asignación de subsidios. El Municipio de Santiago de Cali, ha dirigido esfuerzos para mejorar el bienestar de los caleños, lo que se refleja en una reducción de la población con al menos una NBI, entre 1993 y 2005 en 9.6 puntos porcentuales (Tabla 8). Según el DANE (2003-2005) el Municipio de Cali tuvo un

⁶⁴Datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del Censo 2005.

⁶⁶Vale la pena aclarar que dichos indicadores se estudian para la población en general, situación que no permite establecer la proporción de niños y niñas de la primera infancia que se encuentran en situación de miseria, pobreza e indigencia.

ascenso en el ranking como ciudad principal en la satisfacción de las necesidades básicas, por encima de Medellín.

**Tabla 8. Porcentaje de Personas con al menos una NBI.
1993 y 2005**

Región	1993	2005
Medellín	16.08%	12.42%
Bogotá D.C.	17.28%	9.20%
Cali	20.64%	11.01%
Colombia	35.80%	27.78%

Fuente: DANE Censos de Población 1993 y 2005.

3.2.2.2. Línea de Pobreza y Línea de Indigencia.

Este indicador mide el nivel mínimo de ingresos considerados necesarios para lograr un estándar de vida adecuado, es decir, para comprar una canasta mínima de alimentos para subsistir⁶⁷, en el Municipio de Santiago de Cali se estimó que para el año 1996 fue de 43.4 % y cayó a 30.1 % en el año 2008, superado por Medellín y Barranquilla (Tabla 9). El Municipio va por buen camino hacia el logro de la meta de ODM, de reducir la población por debajo de la LP a 21.7 %.[67, p.55]

**Tabla 9. Porcentaje de la población bajo la línea de pobreza
1996 y 2008.**

Año	Bogotá D.C	Cali	Barranquilla	Medellín
1996	29.5	43.4	32.7	48.8
2008	22.5	30.1	40.8	38.5

Fuente: Misión para el Empalme de las Series de Empleo Pobreza y Desigualdad (MESEP), DNP.

La Línea de indigencia mide el porcentaje de personas que presentan un ingreso inferior al necesario para adquirir una canasta con los requerimientos mínimos de energía calórica⁶⁸[67]. En Cali, la LI ha decrecido (Tabla 10) en 2008 en un 16.82 % menos que en 1996, a pesar de esto la variación fue menor en comparación con la obtenida por Bogotá y Medellín que fue de 36.07 % y 22.03 % respectivamente. La meta de ODM para la LI es de 3.05 %, para el Municipio de Santiago de Cali.[67, p.55]

**Tabla 10. Porcentaje de la población bajo la línea de indigencia.
1996 y 2008**

Año	Bogotá D.C	Cali	Barranquilla	Medellín
1996	6.1	10.7	6.1	11.8
2008	3.9	8.9	10.5	9.2

Fuente: MERPD - ECH - ENH, MESEP.

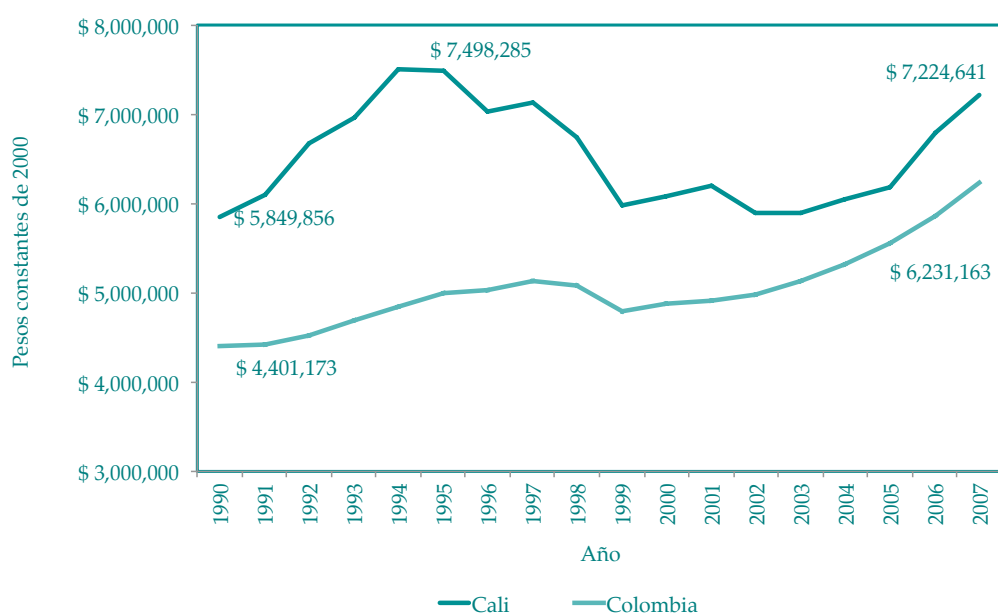
⁶⁷ Para el 2009, la LP tuvo un valor per cápita de 281,384 pesos corrientes, según el DNP.

⁶⁸ Para el 2009, la LI tuvo un valor per cápita de 120,588 pesos corrientes, según el DNP.

3.2.2.3. Producto Interno Bruto per cápita.

En el Municipio de Cali, el comportamiento del PIB per cápita, no tiene una tendencia clara durante el periodo 1990-2007, en tanto exhibe un comportamiento muy lateral, pues en 1994 se observó un ingreso de \$7,498,285 a pesos constantes de 2000 (alto) que descendió en 2002 a \$5,895,057 a pesos constantes de 2000 (bajo), sin embargo, entre 1990 y 2007 se presentó un crecimiento del 23.3 % (Gráfico 15). El PIB per cápita del Municipio de Santiago de Cali supera el de Colombia, en el período 1990-2007, lo que indica que hay mejores condiciones de ingresos en Cali, frente al país⁶⁹. La brecha en este período se ha reducido en 30.6 %, al pasar en 1990 de \$1,448,683 pesos constantes de 2000 a \$993,478 pesos constantes de 2000 en el 2007.

**Gráfico 15. Producto Interno Bruto per cápita.
Municipio de Cali y Colombia, 1990-2007**



Fuente: DAPM-Municipio de Santiago de Cali. Cienfi, Universidad Icesi.

En el análisis de la primera infancia es muy importante tener en cuenta este indicador, puesto que permite hacer una aproximación al promedio de los ingresos de cada persona que habita en Cali, para acceder a servicios de salud, alimentación, educación (en este caso preescolar), vivienda y recreación, por lo que el incremento del PIB per cápita, debe generar mejores condiciones de salud de la población y mejor acceso a los servicios de salud.⁷⁰ A pesar de este indicador, hay que estar alertas con la situación preocupante reportada por el DANE en el Censo de 2005, que encontró que el 4.3 % de los niños y niñas del Municipio de Santiago de Cali dejaron de consumir alimentos la semana anterior a éste, por falta de dinero, situación que vulnera y desconoce los derechos fundamentales de los niños y las niñas; el Departamento del Valle registró una cifra de 6.1 %.[63, p.332]

⁶⁹ Al respecto, es importante aclarar que el PIB per cápita es un indicador que no tiene en cuenta la distribución del ingreso, entre otros factores que afectan el ingreso de una persona.

⁷⁰ Ya sea por ejemplo gracias al aumento de los ingresos que reciben sus padres o tutores, quienes se supone están a cargo de su manutención.

3.2.2.4. Índice de Desarrollo Humano (IDH).

Este indicador social que complementa al PIB per cápita, fue elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), mide el desarrollo humano, basado en tres parámetros: esperanza de vida (vida larga y saludable), educación y nivel de vida digno (ingreso) que presentan sus pobladores.[63] Su valor oscila entre 0 y 1, entre más cercano a la unidad significa que la región o el país muestra un mejor desempeño en cuanto a los resultados de desarrollo humano.

El Municipio de Santiago de Cali tiene un IDH de 0.802, mejor que el Valle del Cauca (0.792) y Colombia (0.791) como lo indica la Tabla 11. Se observa aquí el esfuerzo de la ciudad en materia de salud, educación y mejora en la productividad, que se refleja en mejor esperanza de vida, educación y PIB per cápita.

**Tabla 11. Índice de Desarrollo Humano.
Municipio de Cali, Valle y Colombia, 2005.**

IDH	2005
Valle	0.792
Colombia	0.791
Cali	0.802

Fuente: DANE, Censo 2005, procesado Redatam y Cuentas departamentales. Valle del Cauca. Cálculo Cidse.

3.2.3. Condiciones de Salud.

Este estudio se enfoca en indicadores que permiten tipificar las condiciones de salud de la primera infancia en el Municipio de Santiago de Cali, como la esperanza de vida al nacer, la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad infantil y de menores de cinco años, las principales causas de muerte⁷¹ y las principales causas de morbilidad.

3.2.3.1. Esperanza de vida al nacer

Este indicador que establece la cantidad de años que vive una población en un periodo determinado de tiempo, muestra que en Cali, hay un mejoramiento, a pesar que hay diferencias por sexo (mayor en mujeres que hombres), debido sobre todo a la prematura muerte de la población masculina joven y en edad productiva, por causa de la violencia. Según el Departamento Administrativo de Planeación Municipal (DAPM), en el año 2007, la esperanza de vida al nacer para los caleños, se ubicó en 72 años⁷², 1.5 años más que la registrada en 1995.

3.2.3.2. Razón de Mortalidad Materna (RMM).

El informe Progreso para la infancia, en la página Web de Unicef, llama la atención sobre las ventajas de mantener una política para mejorar la salud de las mujeres, ellas son de tipo económico entre otras, “pues los niños y las niñas de madres saludables también tienden a tener buen estado de salud”; los niños y las niñas, hijos de madres enfermas o que han muerto en el proceso del nacimiento, generalmente tienen problemas de salud por la falta de lactancia materna en los primeros meses, mayor probabilidad de morir que los hijos de madres sanas y que están al lado de su hijo en la primera infancia.[68]

⁷¹En el Capítulo 4 se discutirá en detalle la mortalidad por EDA e IRA y otros programas.

⁷²Ese comportamiento es consistente con lo que muestran las puntas de las pirámides, en el apartado de demografía.

Como se mencionó en el capítulo anterior en los ODM acerca de la RMM, Cali viene realizando importantes avances en su reducción, por lo que las cifras proyectadas para el 2010 indican que es la ciudad con la más baja RMM del país, con 29 muertes por 100,000 NV (cifra provisional). Esto ha sido posible gracias a las estrategias implementadas: vigilancia comunitaria para la maternidad segura, madres comunitarias FAMI, vigilancia de la morbilidad materna extrema, monitoreo de la calidad de atención a la gestante en instituciones de salud públicas y privadas, estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI), estrategia AIEPI, entre otras. Las comunas con más alta mortalidad materna son : 7, 10, 17 y 9. En cuanto al cumplimiento de la meta del Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio al 2015, es posible que de continuar con la tendencia actual, se logre una RMM 21.9 muertes por 100,000 NV.[67, p.144]

En Cali, al igual que en Colombia, las principales causas de mortalidad materna son la eclampsia e hipertensión inducida por el embarazo, seguida de las hemorragias, situación diferente a la presentada a nivel mundial que tiene a la hemorragia en el primer lugar.

Unicef afirma que las niñas deben “crecer y madurar, antes de procrear”, con este lema se trabaja para reducir el embarazo en la adolescencia. Cali ha reducido la proporción de embarazadas adolescentes de 3.1 % en 2004 al 1.8 % en el año 2010. El embarazo en la adolescencia es reconocido a nivel mundial como un problema de origen multifactorial, con mayor riesgo de complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio, que incrementan las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, además de las implicaciones que conlleva en lo biológico, psicológico y sociocultural y sus correspondientes consecuencias para la salud pública y costos tanto para la madre como para la familia y la sociedad.

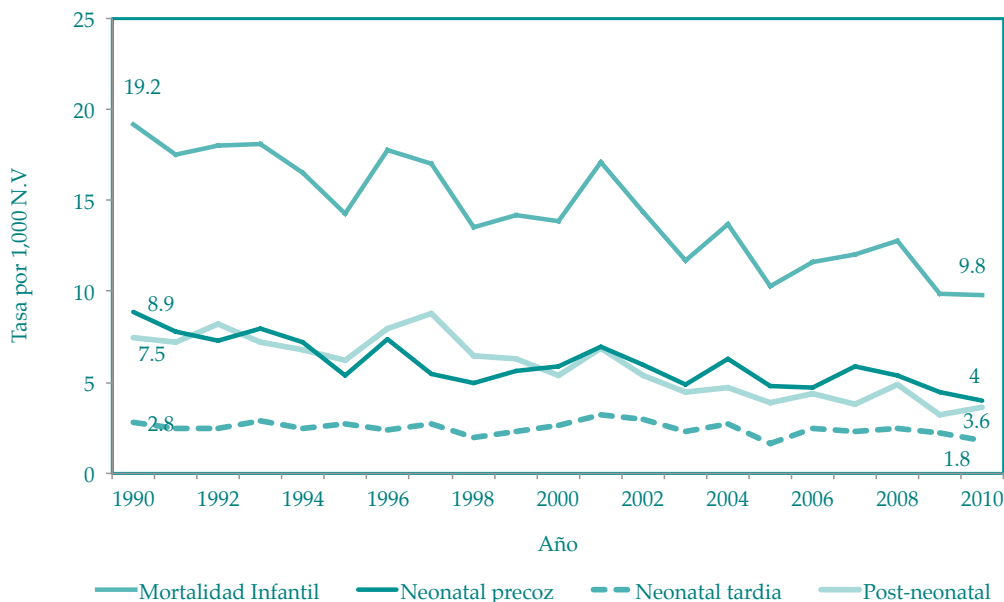
3.2.3.3. Mortalidad en la Infancia.

3.2.3.3.1. Tasa de Mortalidad en Menores de 1 año. La tasa de mortalidad infantil de menores de un (1) año en el Municipio de Santiago de Cali, presenta una tendencia al descenso, en el periodo 1990-2010 se redujo en un 50.5 %, pasando de una tasa de 19.0 muertes en menores de un año por cada 1,000 NV en el 2000, a 9.4 en el 2010.

Los componentes de la mortalidad infantil son: mortalidad neonatal precoz (muerte de los niños antes de los 7 días de vida), mortalidad neonatal tardía (la muerte de los niños entre los 7 y los 28 días de vida) y mortalidad post-neonatal (muerte de los niños entre los 29 días hasta antes de cumplir los 365 días). Con relación a su comportamiento, puede decirse que entre 1990 y 2010 la mortalidad neonatal precoz y la mortalidad postneonatal tuvieron una reducción de 55 % y 52 % respectivamente; la tasa de mortalidad neonatal tardía se redujo en un 36 %.

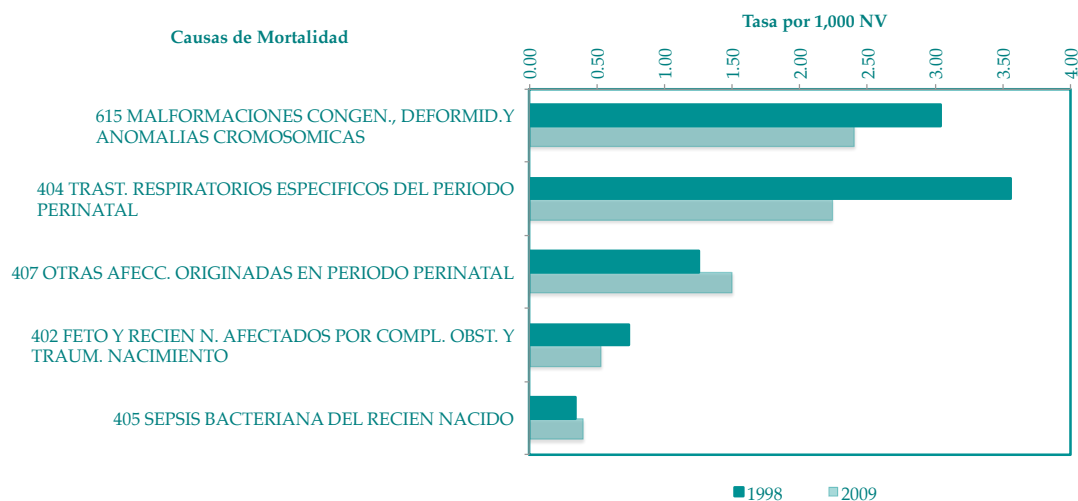
La mayor reducción de la mortalidad neonatal se relaciona con las estrategias implementadas para mejorar la salud materno infantil. La mortalidad neonatal precoz está relacionada con la mejor cobertura de atención del parto por personal de salud y la mejora de los servicios hospitalarios de atención neonatal, tanto tecnológicos (Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal) como humanos (Médicos Especializados en Neonatología), sin embargo, por estas mismas razones, la reducción de la mortalidad neonatal tardía no es mayor, puesto que ocurre un desplazamiento de las muertes neonatales precoces por una mayor sobrevivencia de los niños recién nacidos pretérmino y prematuros extremos en la primera semana de vida. La reducción de la mortalidad postneonatal se atribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, que generan una menor mortalidad por causas infecciosas y parasitarias.

Gráfico 16. Tasa de Mortalidad Infantil por Componentes. Municipio de Cali, 1990-2010.



Fuente: DANE, SSPM - Vigilancia epidemiológica.

Gráfico 17. Cinco primeras causas de mortalidad infantil. Municipio de Cali, 1998 y 2009



Fuente: Dane, Estadísticas Vitales

El Gráfico 16 muestra la tendencia de la mortalidad infantil entre 1990 y 2010 y la tendencia a la reducción de todos sus componentes, es así como en 2010 la mortalidad neonatal precoz es de 4 muertes por 1,000 NV, siendo el 42.6 % del total de las muertes infantiles, la mortalidad neonatal tardía es de 1.8 muertes por 1,000 NV, que corresponde al 19.1 % de la mortalidad infantil y la mortalidad postneonatal presenta una tasa de 3.6 muertes por 1,000 NV, corres-

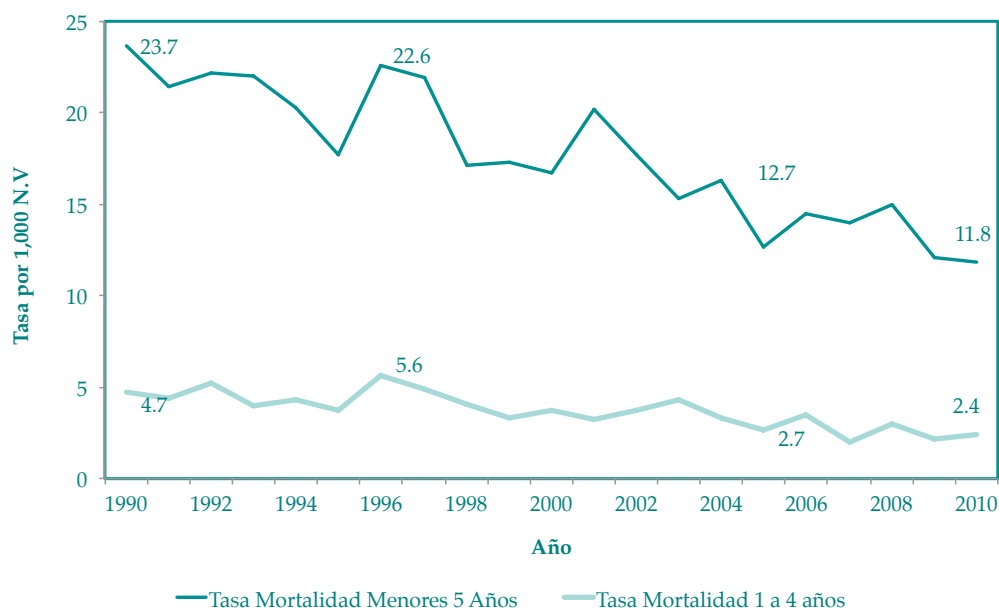
pondiente al 38.3 % de la mortalidad infantil. La mayor tasa de mortalidad infantil en la última década ocurrió en el año 2001 con 17.1 muertes por 1,000 nacidos vivos.

El Gráfico 17 muestra las cinco primeras causas de mortalidad infantil en 2009. Comparativamente con 1998, en el año 2009 no aparecen en las primeras cinco causas las Infecciones Respiratorias agudas y Enfermedades infecciosas intestinales. Todas las causas de mortalidad han tenido reducción en la tasa, excepto otras afecciones en el período perinatal y la sepsis bacteriana del recién nacido que presentan un leve aumento que puede estar relacionado también con supervivencia de niños con complicaciones mayores al nacimiento y que sobreviven por la tecnología disponible en la atención neonatal y de las Unidades de cuidado intensivo. Las cinco primeras causas de mortalidad tienen que ver con trastornos relacionados con el recién nacido, muertes ocurridas probablemente en el período neonatal.

3.2.3.3.2. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años. En el Municipio de Santiago de Cali, la tasa de mortalidad en este grupo de población, ha tenido una tendencia al descenso pasando en 1990 de una tasa de 23.7 a 11.8 por cada 1,000 NV en el 2010.

A pesar de que la tasa de mortalidad infantil ha descendido, proporcionalmente ha sido menor el descenso (39.7%) que para la tasa de mortalidad en niños entre uno y cuatro años (51.1%), El descenso de la tasa de mortalidad infantil ha sido mayor que el presentado para el rango de 1 a 4 años de edad, (debido a una mayor reducción de la TMI), se mantiene en 2 %, la proporción entre las dos mortalidades y en una misma línea de tendencia (Gráfico 18).

Gráfico 18. Tasa Mortalidad en Menores de 5 Años y en Niños de 1 a 4 años. Municipio de Cali, 1990-2010

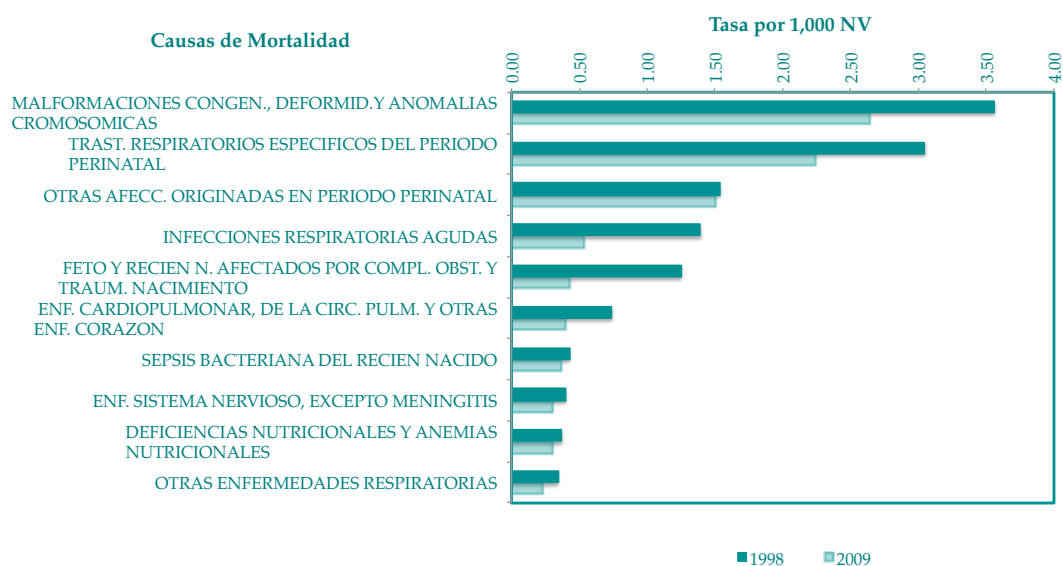


Fuente: DANE, SSPM - Vigilancia epidemiológica.

3.2.3.3.2.1. Principales Causas de Muerte en Menores de 5 años. Las diez (10) primeras causas de mortalidad en menores de cinco años, son las mismas causas de los menores de un año, siendo la principal causa de muerte las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que para el año 2009 representaron una tasa de 2.40

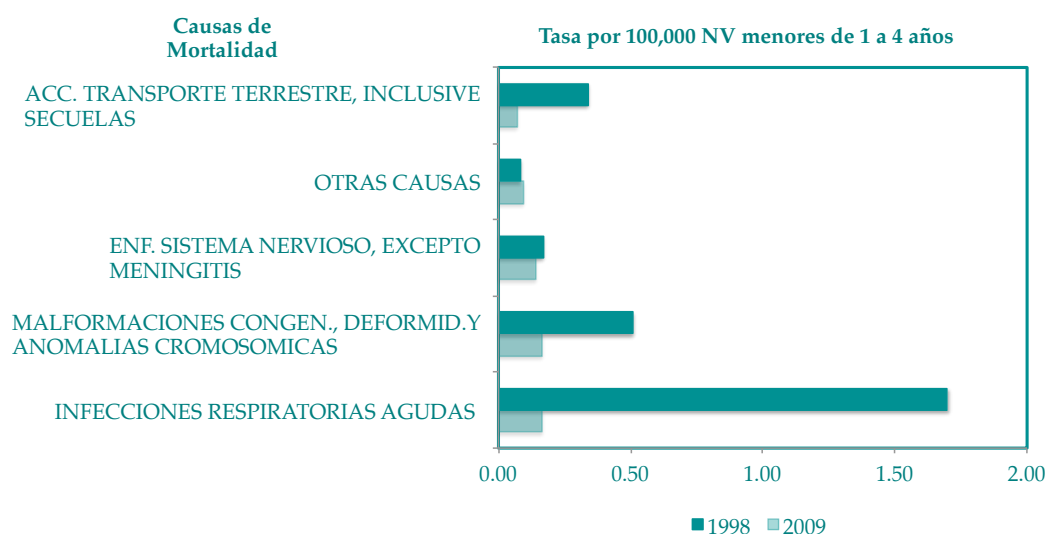
muerres por mil nacidos vivos, seguidas de las afecciones del período perinatal. En general todas las causas de mortalidad en menores de cinco años han presentado reducción con relación al año 1998.

Gráfico 19. Diez principales causas de mortalidad en menores de 5 años por 1,000 NV. Municipio de Cali, 1998 y 2009.



Fuente: DANE, Lista 667-OPS-CIE-10 Agrupación por causas de defunción

Gráfico 20. Cinco principales causas de mortalidad en niños de uno (1) a cuatro (4) años por 100,000 NV. Municipio de Cali, 1998 y 2009.



Fuente: Estadísticas Vitales. DANE

En las causas de mortalidad para el año 2009 no aparecen las enfermedades infecciosas intestinales, que hacían parte de las diez primeras causas en el año 1998 y presentan una reducción muy importante las infecciones respiratorias agudas, al pasar de 1.54 a 0.37 muertes por 1.000 NV.

Con el fin de comparar las tasas de mortalidad con el grupo menor de un año y el de cinco años, se calcula la tasa de mortalidad para el grupo de uno (1) a cuatro (4) años de edad sobre los nacidos vivos. La estructura de mortalidad es muy diferente al grupo menor de cinco (5) años, con presencia de causas de mortalidad por procesos infecciosos y presencia de muertes por accidentes de tránsito, dentro de las primeras cinco causas de mortalidad. Se observa un importante impacto en la mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas, pues tuvo una reducción de 1.70 muertes por 1,000 NV en 1998 a 0.16 muertes por 1,000 NV en el año 2009 y de las muertes por enfermedades infecciosas gastrointestinales que ya no aparecen en las primeras causas de mortalidad (Gráfico 20).

Espacio para Capítulo 4

4. PROGRAMAS DE SALUD DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS.

4.1. PROGRAMAS CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Melba Franky De Borrero, Luz Marina Melo Calero, Nancy Landazábal García, Jorge A. Holguín Ruiz, Marta Cecilia Jaramillo Mejía, Rocio Vera Llanos, Liliana Alarcón Luna, Yalila Yoda Céspedes, Elsa Patricia Muñoz, Mauricio Astudillo Rodas, Lina María Trejos Trejos.

4.1.1. Antecedentes.

El Control de las Enfermedades Diarreicas (CED) en Colombia, ha sido uno de los programas prioritarios para el Ministerio de Salud, dado que en los niños y niñas menores de cinco años constituía la primera causa de morbilidad y mortalidad (1981) y cuando se asociaba a desnutrición, su control era mucho más complejo, por cuanto se relacionaba a deficiente higiene personal y saneamiento, baja educación y precarias condiciones socio-económicas.

4.1.2. A nivel internacional.

El Control de las Enfermedades Diarreicas, se inició en 1978, como respuesta al llamado de los Estados Miembros de la OPS, para concertar acciones en torno a uno de los mayores problemas de salud pública que ocasionaba una alta morbilidad y mortalidad en los niños menores de cinco años y era uno de los factores críticos que contribuían a la desnutrición en los países en desarrollo, generando un alto costo a nivel de los servicios de salud. Es así como se plantearon, desde el ámbito internacional, cuatro (4) estrategias para contrarrestar los efectos de dicha enfermedad: Terapia de Rehidratación Oral (TRO), mediante la utilización de las Sales de Rehidratación Oral (SRO); la promoción de lactancia materna y alimentación complementaria adecuada, incentivando un destete más tardío; la mejora de las condiciones, tanto de higiene personal como de saneamiento ambiental y la mejora de los sistemas de recolección de información, para tener un control más eficaz de las epidemias.[69]

Desde la reaparición del cólera en 1991, en la Región de las Américas (después de casi 90 años), la OPS/OMS promovió el desarrollo de planes nacionales orientados a reducir la mortalidad por enfermedad diarreica, incluyendo cólera, y a contribuir a reducir la morbilidad y la desnutrición, en los menores de cinco años.

En el decenio de los 90, la OPS/OMS estimó que ocurrieron aproximadamente, 52,623 muertes de niños menores de cinco años por causas atribuibles a la diarrea en 26 países de la Región de las Américas. No obstante el subregistro y lo alarmante de las cifras, se concluyó que las tendencias, mostraron un descenso en la mortalidad por esta causa en casi todos los países, lo que ha contribuido sustancialmente a la disminución en la mortalidad infantil y en consecuencia al aumento en la expectativa de vida al nacer.

A pesar que las estadísticas relativas a la mortalidad por EDA fueron bastante alentadoras en este periodo, la OPS destacó que las tasas de morbilidad no mostraron el mismo comportamiento. Fue evidente, que la estrategia TRO, sólo se concentró en el tratamiento de los casos de EDA, más no fue eficiente a la hora de prevenirla.

Por tal razón, se estructuró un cambio de enfoque, que encausaría los esfuerzos de los organismos de salud, a priorizar el mejoramiento en los procesos de saneamiento y prevención de la EDA. Es así como se estructuraron los principales objetivos para la década del 90, para alcanzarlos la OPS propuso una serie de áreas estratégicas, que orientaran las actividades del programa CED y ayudaran a alcanzar la autosuficiencia: lactancia materna, inmunización contra el sarampión, saneamiento ambiental y vigilancia epidemiológica. Para lograrlo, se propuso realizar actividades transversales a toda la estrategia: capacitación, provisión de suministros (especialmente de SRO), supervisión, comunicación, información y educación.

Desde el ámbito de la OPS, como estrategia para alcanzar la meta SPT 2000 y como alternativa para mejorar la calidad de atención, se planteó la integración de los programas verticales de control de EDA y de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).[70] Posteriormente, con la estrategia de atención integral, que permitiría la detección oportuna de las enfermedades que padecen los niños y niñas menores de cinco (5) años, estos programas fueron integrados a la estrategia de AIEPI.⁷³

4.1.3. A nivel nacional.

El Ministerio de Salud de Colombia consciente, por un lado, que la mortalidad por EDA permanecía entre las principales causas de mortalidad infantil representando un grave problema de salud pública y por otro lado, que existía la imposibilidad de disminuir la morbilidad a corto plazo, dadas las condiciones de saneamiento básico en que vivía la gran mayoría de la población colombiana, decidió adoptar y aplicar las experiencias de otros países, con el aval de organismos internacionales como OPS/OMS y UNICEF.

Es así como en Agosto de 1979, la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, constituyó un grupo de trabajo para elaborar el anteproyecto del Programa de CED, conformado por los profesionales, Dr. Oswaldo Caliz Peña, médico (MD) epidemiólogo, Jesús Enrique Cuevas, MD epidemiólogo, Josefina Velasco, Enfermera Salubrista y Alba Lucía Rojas, Bacterióloga. En Noviembre de 1979 se presentó este ante-proyecto ante el Comité Técnico del Ministerio de Salud y se realizó una visita de observación al Programa CED del Centro de Salud de Siloé, adscrito a la Secretaría de Salud de Cali, donde se tomó la decisión de asignar como asesora de este anteproyecto a la Dra. Melba Franky de Borrero, por ese entonces, directora y coordinadora del Programa CED en ese Centro de Salud. Posteriormente este anteproyecto fue presentado a la OMS/OPS/UNICEF, en reuniones realizadas en Ginebra y Washington, logrando aprobación y apoyo científico, técnico y financiero, para iniciar el Programa CED en Colombia.

A lo anterior, se sumaron las experiencias del Dr. Augusto Hernández y la Enfermera Esneda Gil, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, quienes fueron los iniciadores de este programa en Medellín, conjuntamente con la Enfermera Martha Ligia Echeverry, de la Secretaria de Salud de esta ciudad. En Bogotá, se contactó al Dr. Hernando Benítez (Docente de la Universidad Javeriana), quien trabajaba en el Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI), donde se aplicaba la TRO. En el Hospital Lorencita Villegas de Santos se contactó a los Drs. Ernesto Plata Rueda, Gonzalo Franco y Magda Palacio (Pediátras clínicos, Docentes de las Universidades Nacional y del Rosario), quienes fueron iniciadores e impulsores de este Programa en sus instituciones. Más tarde, se vinculó al grupo de trabajo, el Dr. David Bersh (Docente, Facultad de Medicina de la Universidad del Quindío y Director de la División de Salud de la Federación de Cafeteros del Quindío).

De esta manera en 1980, se inició en Colombia el Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas. La construcción, montaje, producción y distribución de las SRO se iniciaron a partir de 1982, a cargo del Instituto Nacional de Salud. En 1985, este programa se incorporó al

⁷³Esta estrategia será analizada, en detalle, más adelante en este documento.

plan SUPERVIVIR y en 1989 se realiza la implementación a nivel nacional de las Unidades de Rehidratación Oral (URO), tanto institucionales (URO-I), como las comunitarias (UROC).

En 1991, Colombia fue afectada por la epidemia del cólera. Ésta fue superada, gracias a la experiencia que se tenía con el Programa Control de Enfermedades Diarreicas y al manejo de la TRO, sin embargo, se evidenció que aún quedaba mucho por hacer, especialmente por la falta de acceso de toda la población a las redes de acueducto y alcantarillado. En este año, el Ministerio de Salud, crea el Plan Nacional de Prevención y Control del Cólera, para hacer frente a esta epidemia.

Se destaca, entre Julio y Agosto de 1991, que Cali fue sede y anfitrión del Taller Latinoamericano de Capacitación para el CED y Cólera, organizado por UNICEF, con el auspicio de la OPS/OMS y apoyado por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. En él participaron expertos de 16 países de Centro y Suramérica para dar lineamientos en el manejo de esta enfermedad, que hasta ese momento había cobrado la vida a 76 personas, según palabras del Ministro de Salud de Colombia, Camilo González Posso, desde el inicio de la epidemia en Marzo del mismo año. En el Valle del Cauca, la cifra de enfermos en ese momento llegaba a 1,370, en el Cauca a 870 y en Chocó a 211, entre otros departamentos, estos fueron los más afectados. Con las recomendaciones de este taller, se fortalecieron los planes de acción, para atender la contingencia del cólera, a nivel nacional y local.

En Julio de 1992, el Ministerio de Salud con el apoyo técnico y financiero de OPS/OMS y UNICEF, realizó la Encuesta sobre “Manejo correcto de casos de diarrea/cólera y lactancia materna” en instituciones de salud, con el fin de evaluar el funcionamiento del Programa CED, identificando la calidad de atención, los conocimientos de la comunidad y del equipo de salud, así como la disponibilidad de recursos y calidad de los registros. Este estudio se realizó en Antioquia, Atlántico, Boyacá, Caquetá, Guajira, Meta y Cali.⁷⁴ Como recomendación de este estudio, el Ministerio de Salud propuso fortalecer la capacitación al personal de salud, tanto en el manejo de casos de diarrea y cólera, como en el componente gerencial, a nivel nacional.

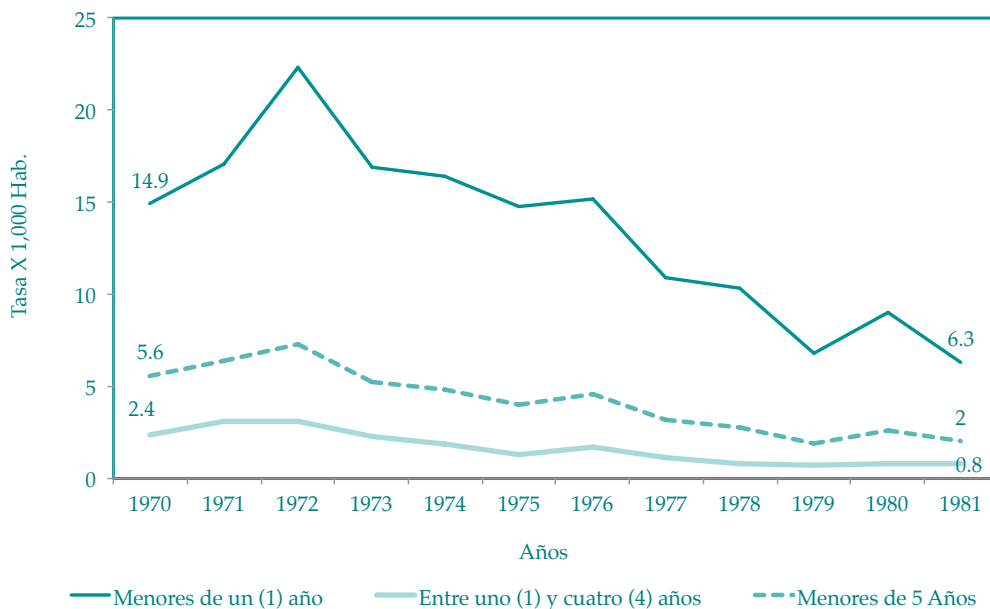
Entre 1992 y 1993, el Ministerio de Salud y las Direcciones Locales tanto Departamentales como Municipales, reforzaron las actividades de capacitación al personal de salud de todo el país, para fortalecer el manejo efectivo de casos de diarrea y cólera, cuya epidemia se extendió en Colombia hasta 1996.

4.1.4. A Nivel Local.

Como se mencionó en los antecedentes, el Programa CED se inició con la TRO en 1975, en el Centro de Salud de Siloé de la Unidad Regional de Salud Cali, bajo la orientación de la Pediatra Melba Franky de Borrero, en el barrio situado en la comuna 20, al sur de la ciudad, en una de las zonas de ladera más pobre y densamente poblada, con inadecuado saneamiento ambiental (47% de la población con acceso a agua potable y alcantarillado).[71]

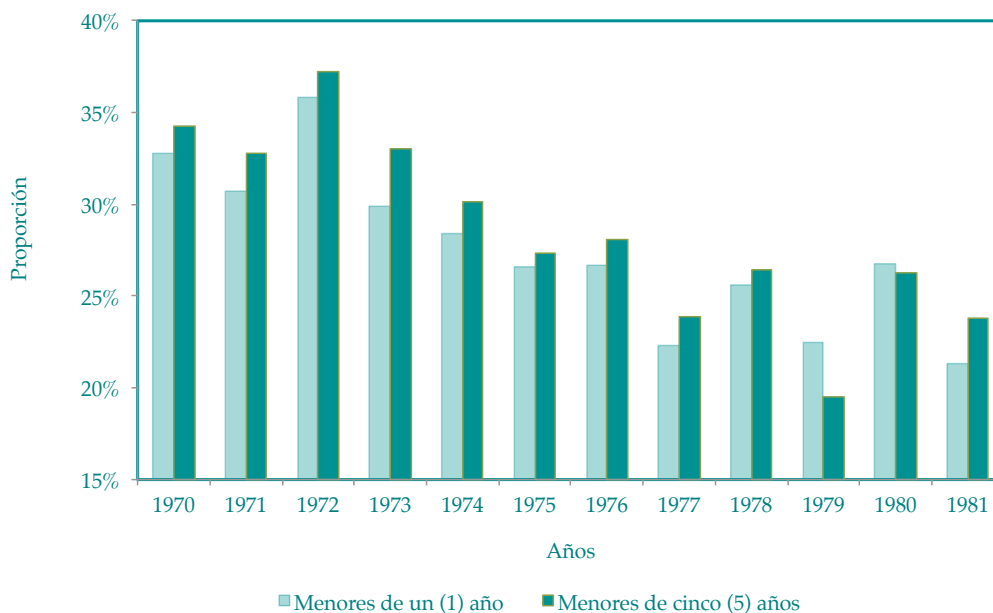
⁷⁴Los resultados mostraron que los trabajadores de salud evaluaron correctamente el 30% de los casos y un 49% los clasificaron correctamente. Se encontró, una alta solicitud de laboratorio en casos de disentería y un manejo deficiente de líquidos endovenosos. Con relación a instrucciones sobre cuidado del niño con diarrea en el hogar y medidas de prevención, lo hicieron correctamente, el 36 y 43% respectivamente.

Gráfico 21. Tasa de Mortalidad por Diarrea en menores de 5 años según grupos de edad. Municipio de Cali, 1970-1981.



Fuente: De Borrero, Programa de Control de Enfermedades Diarreicas en Cali, Colombia

Gráfico 22. Porcentaje de Mortalidad por EDA respecto a la población menor de (1) año y menor de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1970-1981.



Fuente: De Borrero, Programa de Control de Enfermedades Diarreicas en Cali, Colombia

El impacto de la implementación del Programa CED, realizado por la Dra Melba Franky de Borrero[71], mostró cómo la TRO impactó positivamente la mortalidad por gastroenteritis (Gráfico 21). A partir de su aplicación, la tasa de mortalidad comenzó a decrecer aceleradamente, especialmente, en el rango de edad de los niños y niñas menores de un (1) año. En el municipio de Santiago de Cali la tasa de mortalidad por EDA entre los años 1970 y 1974, pasó de 14.9 a 16.4 muertes por gastroenteritis en niños menores de 1 año, por cada 1,000 habitantes respectivamente. A partir de la aplicación de la TRO, en 1975, la tasa pasó de 14.8 a 6.3, en 1981, mostrando un descenso significativo de 57.5 %.

Contrastando los resultados obtenidos es evidente que con la implementación del Programa CED, la mortalidad por EDA presentó una disminución en su proporción, sobre el total de defunciones, en la población menor de cinco (5) años y especialmente, en los menores de 1 año. Como se puede observar en el Gráfico 22, la proporción en los menores de un (1) año pasó de 32.8 % en 1970 a 21.3 % en 1981. Asimismo, para los menores de cinco (5) años, la proporción se redujo en 10.5 % en el mismo periodo.

El Programa CED, se inició en el Municipio de Santiago de Cali, en Agosto de 1982, con la aplicación por parte de la Secretaría de Salud, de las normas del Ministerio de Salud, en los servicios (25 centros y 12 puestos) que por ese entonces ofrecían servicios de APS en las cuatro áreas integradas, que tenían un cubrimiento aproximado de 250,000 habitantes cada una. Para la prestación de servicios de salud de acuerdo con la gravedad del problema, la ciudad contaba además con dos hospitales de atención intermedia (San Juan de Dios, Mario Correa Rengifo y Cruz Roja), un hospital de atención terciaria (Hospital Universitario del Valle Evaristo García) y un Hospital Pediátrico (Hospital Infantil Club Noel) a donde eran remitidos la mayoría de los niños, gravemente afectados por esta enfermedad.

Al interior de cada centro, la atención se prestaba de manera ágil, mediante un sistema de referencia efectiva de los enfermos. [69] El programa, a nivel local, fue formulado con base en datos estadísticos, que ayudaron a establecer un diagnóstico sobre el estado de las enfermedades diarreicas en la ciudad. Para la implementación del programa, se realizaron capacitaciones al personal de salud en los diversos niveles⁷⁵ y se contó con la disponibilidad de SRO. Se establecieron normas específicas para atender a los niños y niñas en cuatro (4) niveles de complejidad: *Leve* (atención por promotora), *Leve que no mejora en 12 horas* (atención por auxiliar de enfermería), *diarrea severa* (atención por médico) y *Diarrea severa con deshidratación* (hospital local). Igualmente, se capacitó a la comunidad, en la prevención y tratamiento de la EDA y se iniciaron investigaciones operativas.[69]

4.1.4.1. Iniciativa de las Unidades de Rehidratación Oral.

En Octubre de 1984, la Pediatra Melba Franky de Borrero, inicia en el Municipio de Santiago de Cali, las Unidades de Rehidratación Oral Popular (UROP), que al poco tiempo se denominaron Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROC), dado que la protagonista principal era la comunidad, esta iniciativa tuvo como lugar de referencia al Centro de Salud de Siloé. Las UROC se crearon para facilitar el acceso de la comunidad a una intervención sencilla como la TRO, para iniciar oportunamente el suero oral en la misma comunidad y evitar complicaciones. Con esta intervención se pretendía contribuir al descenso de la mortalidad por diarrea en los menores de cinco años, puesto que la tasa de mortalidad por esta causa, llegaba a 23 por 1,000 habitantes, en 1984 (208 casos).

Las UROC como estrategia, permitieron mejorar el acceso de las familias de este sector, al manejo efectivo del niño con diarrea, puesto que la oferta institucional era limitada un alto

⁷⁵Fue consecuente con la estrategia PRIMOPS descrita en el Apartado 2.3

porcentaje de las muertes se producían en la casa, en el camino a la institución o en las salas de espera de éstas.

Las UROC se iniciaron en las viviendas de ocho (8) mujeres voluntarias de la comunidad, quienes mostraron interés por trabajar en el proyecto y recibieron capacitación teórica y práctica sobre el manejo de la diarrea en casa, detección de signos de peligro y en desestimular el uso de medicamentos y estaban vinculadas a algunas de las actividades extramurales que se desarrollaban en el Centro de Salud de Siloé. A medida que se desarrolló el programa, las voluntarias aumentaron en número, hasta llegar a 30 en esta comuna.

En el desarrollo de este estudio, se entrevistó a la Señora Emerita de Bolaños, quien se vinculó como voluntaria de las UROC desde su inicio y permaneció durante todo el tiempo. Actualmente continúa viviendo en Siloé, en el mismo sitio donde tuvo la UROC y continúa realizando su labor comunitaria. Se describe a continuación una reseña de esta voluntaria, que fue realizada por Liliana Dueñas Solarte para el Diario El País en el año 1990.

Cada UROC fue dotada con un equipo mínimo para la preparación y suministro del suero oral, consistente en una estufa para hervir agua, una olla, una medida de un litro, vasos, cucharas, sobres de sales rehidratantes orales, un afiche del Plan A de tratamiento (niños con diarrea sin deshidratación), folletos sobre tratamiento y prevención para entregar a las madres, cuaderno y hoja para registrar los niños atendidos y boletas de remisión.

El trabajo que realizaban las voluntarias, era supervisado semanalmente, mediante reuniones en el Centro de Salud, donde contaban sus experiencias, anécdotas, dificultades y entregaban el registro de niños atendidos. En cada reunión, se les hacía entrega de sobres de SRO y se les reforzaban los conocimientos, basados en la cartilla diseñada para ellas. También eran visitadas en sus viviendas, por una enfermera profesional, quien las apoyaba en su trabajo y verificaba las condiciones de higiene de la vivienda, puesto que las voluntarias debían servir de ejemplo para la comunidad.

La importancia que tuvo la creación de las UROC es evidente. Antes de éstas, cerca del 70 % de los casos de EDA eran atendidos por auxiliares de enfermería, mientras que el 30 % restante eran atendidos directamente por el médico. Luego de su implementación, se evidenció, que el 54 % de los pacientes eran atendidos en las UROC, el 36 % por un auxiliar de enfermería y el 8 % restante por un médico. Estas cifras muestran, que las UROC, contribuyeron notablemente en la disminución de las complicaciones y de las muertes por EDA. [72]

Teniendo en cuenta que por este trabajo las voluntarias no recibían ninguna remuneración, se les incentivó con reuniones y paseos para celebrar la navidad, el día de las madres, los cumpleaños, actividades que fortalecían los lazos de amistad y compañerismo. En este contexto, nació en 1988, la idea de intercambiar experiencias, razón por la cual las 30 voluntarias de las UROC del barrio Siloé viajaron por carretera hasta Barranquilla, actividad que se extendió hasta Cartagena, donde también estaban iniciando la implementación de esta iniciativa. Esta actividad les sirvió para reafirmar la importancia del trabajo voluntario que realizaron a favor de su comunidad.

Las UROCS como estrategia produjeron avances significativos que han prevalecido en el tiempo, tanto que en el 1987 fueron visitadas por los profesionales extranjeros que participaron en un seminario internacional sobre diarreas organizado por OPS/OMS, exaltando el trabajo que realizaban estas mujeres.

Una de las voluntarias a la que le encanta el servicio social fue Doña Emérita de Bolaños, madre de familia, que vive con su esposo e hijos en el barrio Siloé. Ella recibió capacitación teórico práctica sobre cómo atender casos de diarrea y en su casa se estableció una unidad de rehidratación oral comunitaria, (UROC) con un afiche en la puerta de su casa que identificándola. Por esta labor social, ella, no recibía ninguna retribución económica, ya que su trabajo era comunitario, por lo cual, debía estar dispuesta a prestar sus servicios a cualquier hora del día o de la noche, cuando una madre desesperada con su hijo en brazos, tocara las puertas de su residencia.

Esta es la función primordial de su vida cotidiana. De esta manera cuando le llega un niño a su casa, ella le hace un diagnóstico y llena el protocolo, para saber cuál es el grado de deshidratación que presenta y mira señales características de la misma.

Desde sus inicios Doña Emérita, se sabe de memoria los tres pasos más importantes cuando un niño o niña presenta un cuadro de diarrea. Así es que según su experiencia evalúa, si el caso es manejable en casa, porque la diarrea no es tan aguda, de no ser así, remite el caso al centro de salud. Si el caso es muy grave, lo remite directamente al Hospital más cercano, llenando la hoja de remisión y en ocasiones de acuerdo al caso, acompañar al paciente hasta la institución.

Esta voluntaria tiene muy buena aceptación entre su comunidad, pues, tiene buenas relaciones interpersonales. Nunca regaña a los padres de sus pacientes, sino que les da consejos, les enseña e indica cómo manejar un niño con diarrea, y les indica que en ningún momento pierdan tiempo en acudir con el paciente, para una atención inmediata, ya sea a la UROC o al centro de salud.

Ella tiene muchos sobres de suero oral que permanecen preparados siempre en una jarra, lo mismo que cucharitas, vasos, previamente hervidos y esterilizados y en su correspondiente recipiente, además de un afiche, que está pegado a la entrada de su residencia y que la identifica como una UROC.

Esta abnegada mujer, antes de ser voluntaria en servicio social, no sabía nada al respecto, pero hizo cursos de primeros auxilios y se ha continuado capacitándose para ejercer como voluntaria. Todos estos conocimientos, ella los trasmite a las madres que consultan, siendo de esta manera multiplicadora, para que sepan cómo proceder ante cualquier caso de diarrea, sobre todo le indica que al bebé hay que continuarle la alimentación cuando tiene diarrea, para evitar que se desnutra y le indica que hay que aumentarle los líquidos y la leche materna, para evitar que se deshidrate y haya que colocarle suero intravenoso, además de mantener al niño limpio y aseado para prevenir enfermedades, como la diarrea.

4.1.4.1.1. Experiencia Exitosa: Las UROC en el Municipio de Santiago de Cali Por los excelentes resultados obtenidos en el Municipio de Cali, la estrategia UROC fue asumida por otras ciudades del país⁷⁶, siendo Barranquilla, la primera ciudad que en 1987 empezó a replicarla, después de una visita que hicieron los funcionarios de la Secretaría de Salud del Atlántico al Centro de Salud Siloé y a las UROC, para conocer esta experiencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Municipio de Santiago de Cali estableció como meta la creación de por lo menos cinco (5) UROC, por cada institución de salud en la ciudad, especialmente en los barrios marginales. Es decir, la estrategia se extendió a otras comunas (ladera: 1, 18, 20, distrito de Aguablanca: 13, 14, 15 y 16, centro: 12, norte: 6 y 7) donde se registraba la mayor morbi-mortalidad por diarrea, llegando a registrar alrededor de 200 UROC, en 1993.⁷⁷

En este mismo periodo, en un trabajo coordinado y liderado por la Dra. Miryan Cruz Olave, Directora de Salud Materno Infantil de la Secretaría Departamental de Salud del Valle, las UROC se implementaron en inicialmente en Buenaventura y luego en Buga, y luego a nivel nacional en 1991, cuando tuvieron su máximo protagonismo debido a la aparición de la epidemia del cólera en Colombia. En esta ocasión se amplió la cobertura de las UROC, a los sitios más apartados y de difícil acceso a los servicios de salud. Fue así como, el Centro de Salud de Siloé y las UROC de Cali fueron objeto de visitas nacionales e internacionales, para conocer su funcionamiento.

Con la aparición del cólera en el país, llegando por Tumaco (Nariño), la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali elaborando y desarrolló un Plan Operativo, que tuvo como objetivo identificar oportunamente la presencia de casos de cólera, mediante el fortalecimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica de las enfermedades diarreicas, para interrumpir la cadena de transmisión, reducir la morbilidad y evitar la mortalidad, dado el alto potencial epidémico del cólera y los nexos con la costa pacífica. El plan incluyó además la capacitación del personal de salud para el manejo de pacientes (médicos, enfermeras, bacteriólogos, auxiliares, promotores), acciones de promoción, prevención y protección ambiental, que se desarrollaron con mayor intensidad en las comunas de mayor riesgo socio-económico. El trabajo intersectorial fue decisivo e igualmente la participación de la comunidad, en el control de esta enfermedad, en Cali.

En 1988 se creó en el Hospital Infantil Club Noel, la Unidad de Capacitación para el Tratamiento de la Diarrea (UCPTD), como una estrategia de la OPS/OMS para aumentar el personal de salud capacitado en el manejo efectivo de los casos de diarrea, aplicando la clasificación y tratamiento que promovía el Programa CED. El Dr. Humberto Gómez Palomá, quien por ese entonces era el Director Médico del Hospital, fue el coordinador de esta Unidad. Por esta institución rotaban estudiantes de las Facultades de Medicina de las Universidades Libre y del Valle, quienes además tenían la oportunidad de realizar sus prácticas clínicas en la Sala Luis H. Garçés, destinada a la atención de niños con esta enfermedad. Entre 1994 y 1995 cuando la Dra. Melba Franky de Borrero estuvo de directora médica de esta institución, se reactivó esta UCPTD, mediante gestión de recursos con la Secretaría Departamental de Salud del Valle. Estas Unidades, también funcionaron en Medellín (Hospital San Vicente de Paúl y Clínica León XIII del ISS), Barranquilla y Bogotá, en algunos sitios con mayor éxito que en otros.

⁷⁶La cartilla de refuerzo de conocimientos elaborada en Cali, igualmente se adaptó posteriormente a nivel nacional.

⁷⁷Especialmente, en barrios de la comuna 20 (Siloé), comuna 18 (Meléndez, Nápoles, Los Chorros), comuna 1 (Terrón Colorado, Alto de Aguacatal), comuna 6 (San Luis y Petecuy), comuna 7 (Alfonso López) y en las comunas 13, 14, 15 y 16 (que conformaban por ese entonces el Distrito de Aguablanca).

4.1.5. Objetivos Locales del Programa CED

4.1.5.1. Objetivos Generales

- Disminuir la mortalidad ocasionada por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años.
- Disminuir la morbilidad por enfermedad diarreica y particularmente la desnutrición en niños menores de cinco años.

4.1.5.2. Objetivos Específicos

- Promover la difusión de conocimientos y la generación de procesos educativos, tanto a nivel del personal de salud como de la comunidad, para el manejo efectivo de casos de diarrea en las instituciones de salud, en el hogar y otros espacios comunitarios.⁷⁸
- Identificar y contribuir a modificar las condiciones y factores de riesgo que ocasionan enfermedades diarreicas.
- Promover la participación intersectorial y comunitaria para identificar e intervenir factores de riesgo de esta enfermedad.

4.1.6. Estrategias Desarrolladas.

4.1.6.1. Manejo efectivo de casos de diarrea.

4.1.6.1.1. Manejo del niño con diarrea en el hogar. Para orientar el tratamiento de los niños con diarrea, el Programa CED se apoyó en el descubrimiento del transporte acoplado de sodio y glucosa en el intestino delgado, que se constituyó en la base fisiológica de la terapia de rehidratación oral, la cual se aplicó en las instituciones de salud y en el hogar.

Se partió de la premisa que la madre sabía cuando su niño padecía de un episodio de diarrea (deposiciones líquidas en cantidad mayor a lo usual, acompañados o no de vómito). En el hogar el manejo efectivo se promovía a través del uso apropiado de líquidos caseros (suministro de caldos, jugos no ácidos) y si era necesario administrar suero oral, continuar la alimentación enfatizando en lactancia materna. Se enseñaba la preparación teórica y práctica del suero oral (un {1} sobre de SRO disuelto en un {1} litro de agua hervida fría) y cómo suministrarlo, la identificación de signos de deshidratación, la duración de la diarrea, la importancia de llevar el niño a control (especialmente si no mejoraba o empeoraba) y las indicaciones de cuándo y dónde buscar ayuda fuera del hogar. Igualmente, se enfatizó en la importancia de no automedicarse, utilizar agua limpia para el consumo, lavado de manos y en la apropiada higiene de la vivienda.

4.1.6.1.2. El manejo efectivo del niño con diarrea en las instituciones de salud. El manejo efectivo consistía en la evaluación correcta del estado de hidratación y del estado nutricional y en la verificación de la presencia de sangre en las heces (disentería), diarrea persistente y otros problemas, utilización de la terapia de rehidratación oral, uso selectivo de la terapia endovenosa para los casos graves de deshidratación, alimentación durante la diarrea incluyendo lactancia materna, uso indicado de antibióticos para casos de disentería y cólera, uso racional de medicamentos (no uso de antidiarreicos, ni antiespasmódicos), educación a los padres acerca del uso de líquidos, alimentación continua y cuándo buscar ayuda y recomendaciones de prevención de esta enfermedad.

⁷⁸A partir de 1991, se incluye en los objetivos la disminución de morbilidad y mortalidad por cólera.

4.1.6.2. Prevención de diarrea.

Si bien se promovía el uso de la TRO, como la mejor forma de tratar la deshidratación por diarrea y por tanto, reducir las muertes por esta causa, se promocionaron otras intervenciones para prevenir las EDA, en algunas de las cuales la comunidad tenía protagonismo. En este capítulo se describen de manera general: lactancia materna, vacunación, higiene y saneamiento.

4.1.6.3. Lactancia materna.

La promoción de lactancia materna al igual que una alimentación complementaria apropiada de acuerdo a la edad, hacían parte de las instrucciones que se impartían a las madres, no solo en este, sino en otros programas como el de atención a la gestante, crecimiento y desarrollo y vacunación, entre otros.

4.1.6.4. Vacunación

Dentro del contexto de las medidas de prevención de diarrea, la vacuna contra sarampión fue promocionada por la OPS/OMS, ya que al prevenir el sarampión, también se previene la diarrea, que generalmente lo acompaña. La diarrea asociada al sarampión era particularmente grave y se calculaba que alrededor del 10% de los niños morían. Esta vacuna se aplicaba en las instituciones de salud, públicas y privadas, a partir de los 9 meses de edad, junto al resto de vacunas del entonces esquema nacional del Ministerio de Salud: Sarampión, DPT (difteria, pertusis, tétanos), BCG (tuberculosis) y la vacuna oral contra Poliomiélitis (VOP), un poco más tarde apareció la vacuna Triple Viral contra Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR). Entre las vacunas más recientes incluidas en el esquema nacional de Colombia (2009), están la vacuna contra rotavirus y neumococo que como se sabe, son los agentes causales más frecuente de producir diarreas graves y neumonías y meningitis, respectivamente.

4.1.6.5. Higiene y saneamiento del ambiente.

El suministro de agua potable para el consumo humano en cantidad y calidad, se promovía como medida importante para reducir el riesgo de enfermar por diarrea. En los sitios donde no se disponía de acueducto intradomiciliario se enseñaba el uso de agua hervida para consumo y preparación de alimentos e igualmente el almacenamiento en recipientes limpios y con tapa. Se promocionaba el lavado de manos con agua y jabón especialmente después de hacer uso del sanitario y antes de preparar y consumir los alimentos. Se enfatizaba en una adecuada higiene en la preparación de alimentos y buenos hábitos de higiene personal y domiciliaria.

La vigilancia y control de riesgos sanitarios asociados a la morbilidad por diarrea, infección respiratoria y dengue entre otros (calidad bacteriológica y fisicoquímica del agua, calidad del aire, vigilancia de alimentos y tenencia de animales domésticos), ha estado a cargo del Área de Saneamiento Ambiental de la Secretaría de Salud Pública Municipal, bajo la dirección de la Ingeniera María Eugenia Cuadros Palacio y un grupo de profesionales y técnicos expertos que trabajan el tema de manera interrumpida desde los años 80.

4.1.6.6. Vigilancia epidemiológica

La vigilancia de la mortalidad por EDA ha sido una de las actividades prioritarias dentro del control de las enfermedades diarreicas en Cali, por cuanto ha permitido hacer seguimiento periódico al comportamiento de esta enfermedad. En los años 1990 y 1991 se realizó un estudio de vigilancia epidemiológica de la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años en Cali, el cual se describe adelante, en el apartado 4.1.7.2.

4.1.6.7. Capacitación

La capacitación permanente al personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares), fue una de las actividades más importantes que se desarrollaron desde 1982, para contribuir a mejorar la calidad del manejo del paciente con diarrea en las instituciones de salud, lo que a su vez contribuyó a salvar vidas. Se realizaron actividades tales como:

- Capacitación al recurso humano del nivel municipal y departamental en el Curso de Gerencia para responsables del Programa Control de Enfermedades Diarreicas- CED de la OPS/OMS, que incluía los temas de Política Nacional, Metas, Planificación y Monitoreo de Actividades, Prevención y Evaluación, actividad que se realizó con el apoyo técnico y financiero de la OPS/Washington.
- Capacitación al recurso humano responsable de la atención a niños en las instituciones de salud del nivel municipal y departamental en el Curso de Habilidades de Supervisión del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas - CED de la OPS/OMS, que incluía entre otros temas: Prevención de Diarrea y Tratamiento. Posteriormente se elaboró el Manual de Manejo del Paciente con Diarrea, que se convirtió en el texto básico para esta capacitación, además de las normas técnicas del Programa CED, del Ministerio de Salud de Colombia.
- Educación a madres y capacitación a voluntarios y líderes de la comunidad en medidas preventivas, manejo de diarrea en el hogar, identificación de signos de deshidratación e indicaciones de cuando y donde consultar. Para realizar esta actividad se desarrollaron localmente folletos para entregar a las madres y cartillas para la comunidad.

La metodología que se utilizó para estas capacitaciones consistió en lectura dirigida, ejercicios escritos, sociodramas, discusión de casos y proyección de videos y láminas, los cuales se complementaron con conferencias, intercambio de experiencias y revisión de artículos. Al inicio del curso se aplicaba un pre-test, para medir el grado de conocimientos y para la capacitación se utilizaron los materiales genéricos del Ministerio de Salud, OPS/OMS y otros materiales adaptados o diseñados localmente, como por ejemplo, las guías diseñadas para las voluntarias de las UROCS en el Municipio.

4.1.6.8. Comunicación, Educación y Movilización Social.

Esta estrategia estuvo orientada a concientizar e informar a la comunidad y población en general, sobre el problema que representaban las EDA, qué hacer para su prevención, su identificación temprana, conocimiento de signos de deshidratación y manejo inicial en el hogar, aplicando la TRO. Se diseñaron y/o reprodujeron módulos, cartillas, afiches y folletos sobre prevención y tratamiento de diarrea, promoción de las UROC en la comunidad, se reprodujeron videos (Ministerio de Salud y OPS) y a nivel local se desarrolló un video sobre la estrategia de las UROC, con personal de salud y voluntarios de la comunidad. Algunos de estos materiales se adaptaron a nivel nacional e internacional. Se utilizaron medios masivos de comunicación y emisoras comunitarias, para difundir mensajes de prevención de esta y otras enfermedades de común ocurrencia en la niñez.

4.1.6.9. Monitoreo, Supervisión y Evaluación.

Las intervenciones y actividades desarrolladas se evaluaron anualmente, para verificar si los objetivos se estaban cumpliendo. De acuerdo a los resultados, se tomaban las acciones correctivas y se ajustaban o planeaban nuevas intervenciones o actividades. La Secretaría de Sa-

lud Pública Municipal de Cali, participó en la “Encuesta sobre el manejo correcto de casos de diarrea/cólera y lactancia materna en instituciones de salud”, que desarrolló el Ministerio de Salud, con el apoyo de OPS y UNICEF, EN 1992, para evaluar el funcionamiento del programa, identificando la calidad de atención, los conocimientos del personal de salud y la comunidad y la disponibilidad de recursos. Entre los resultados más relevantes en las siete regiones (Atlántico, Boyacá, Caqueta, Guajira, Meta, Cali, Medellín) encuestadas están: el 30 % de los casos de diarrea fueron evaluados correctamente, el 86 % evaluaron correctamente el estado de hidratación, los registros y estadísticas son un punto crítico del programa al no diligenciarse correctamente en todas las instituciones, el 12 % de las madres recibieron consejería apropiada sobre el manejo de diarrea en el hogar y el 35 % de las madres conocen las recomendaciones para el manejo y prevención de diarrea.

4.1.6.10. Suministros y equipo básico del Programa CED.

Los principales suministros consistían en tener una cantidad suficiente de sobres de SRO, vasos y cucharas desechables, suero endovenoso, solución salina, lactacto ringer, equipos de venoclip, sonda nasogástrica, reloj, balanza para niños, termómetros, útiles de escritorio y registros del programa (manual de normas del programa, folletos, registro de pacientes atendidos, control de SRO), estante o repisa para colocar materiales y un espacio para la terapia de rehidratación oral, con su respectiva mesa y silla, para la madre y el paciente.

4.1.7. Estudios Realizados.

- En 1996 se realizó una evaluación del proceso y resultado del Programa CED, desde su inicio en Cali en 1982.
- En 1990 se inició el estudio “Vigilancia epidemiológica de la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años en Cali, Colombia 1990-1995”.
- En 1994 se realizó una evaluación de las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias UROC de Cali.

Se presenta a continuación una descripción del proceso, resultados, conclusiones y recomendaciones.

4.1.7.1. Programa de Rehidratación y Reducción de la Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda.

Alberto Concha-Eastman, Rodrigo Guerrero, Melba Franky de Borrero (1989). Cali, 1982-1986. EN: Colombia Médica, Sección: Artículos Originales, Vol. 20 No. 3.⁷⁹

4.1.7.1.1. Descripción En 1986 se realizó en Cali una evaluación del proceso y resultado del Programa CED⁸⁰, desde su inicio en 1982 reconociendo que la EDA se había configurado a nivel nacional como una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en los niños y niñas menores de cinco (5) años. Para este periodo se pudo constatar que no existía alguna evaluación completa que midiera la efectividad del programa CED para la ciudad. Su propósito fue evaluar algunos indicadores del proceso en el programa CED en el Municipio de Santiago

⁷⁹El artículo original en la época que fue elaborado manejo las cifras de las tasas de mortalidad por EDA con un multiplicador de 1,000 para efectos de comparación con las demás cifras presentadas hasta la actualidad se cambió el multiplicador por 100,000.

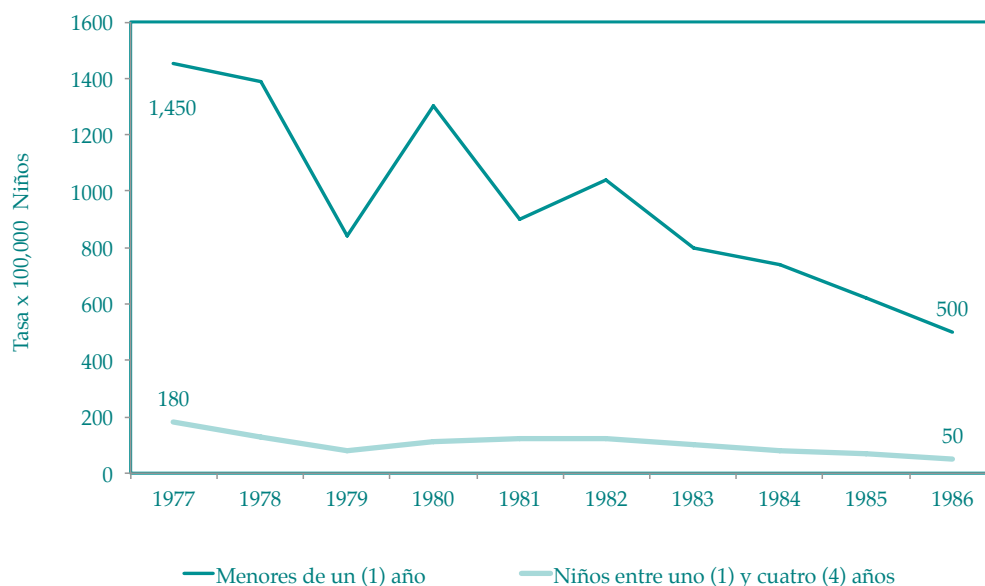
⁸⁰Sus resultados se discuten en la parte inicial de este capítulo.

de Cali, e indicadores como morbilidad, mortalidad, y participación comunitaria. Se realizaron entrevistas a los directores de los hospitales, se recolectó información de la Unidades de Epidemiología y del Centro de Bioestadística de la Unidad Regional de Salud de Cali, se revisaron informes y notas personales de quien dirigía el programa.⁸¹ Con el ánimo de observar mejores resultados, se decidió iniciar el análisis cinco (5) años antes del inicio del programa, es decir para el período 1977 - 1986.

4.1.7.1.2. Resultados Con respecto al uso de las sales rehidratantes orales, las cantidades proyectadas y solicitadas mensualmente (dada la escasez de éstas), casi nunca fueron despachadas, aun así, su distribución aumentó sostenidamente hasta 1986. En lo que respecta a la participación de la comunidad, se observó que entre 1982 y 1983, hubo un total de 50 reuniones educativas con grupos heterogéneos para la socialización del programa, contrastando con los años posteriores en el que las reuniones fueron bastantes reducidas. Ninguna institución de salud del Municipio de Cali quedó relegada del cubrimiento del programa (100 %).

Respecto a las tasas de mortalidad, éstas presentaron una disminución más acelerada a partir de la implementación del programa (Gráfico 23). En la población de menores de un (1) año, fue más significativa ya que disminuyó en 540 muertes por cada 100 mil niños en el período 1982-1986. Por su parte, la mortalidad en niños y niñas de entre uno (1) y cuatro (4) años evidenció un descenso de 70 muertes, para el mismo periodo. Aunque se lograron resultados positivos en la tasa de mortalidad infantil por EDA para el periodo de estudio, no sucedió lo mismo con la morbilidad, pues evidenció un aumento después del inicio del programa.

Gráfico 23. Tasa de mortalidad por EDA por grupos de edad Municipio de Cali, 1977-1986



Fuente: Concha-Eastman, A. et al. Programa de Rehidratación y Reducción de la Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda.

⁸¹ Que también es coautora del presente estudio.

4.1.7.1.3. Dificultades. Se evidenció dificultad para identificar el efecto de las EDA sobre la mortalidad en los menores de cinco (5) años. Igualmente, se presentaron inconvenientes al explicar por qué aumentaron las tasas de morbilidad. Con respecto a esto, se estableció que una posible razón se debió al aumento de la atención cuidadosa por parte del personal médico, al mayor conocimiento de la enfermedad y a la búsqueda de ayuda y consulta precoz por la comunidad.

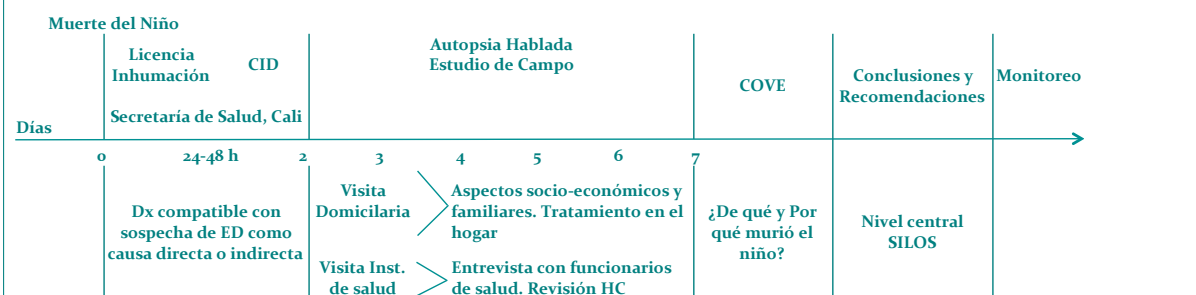
4.1.7.1.4. Conclusiones y Recomendaciones. Se destaca el hecho que al inicio del programa se fortalecieron las actividades de capacitación, promoción y distribución de SRO y se amplió y fortaleció la cobertura de participación de la comunidad a través de las UROC. Durante el periodo evaluado, se observó que la mortalidad por EDA disminuyó en más del 50 %, así como la letalidad y los egresos hospitalarios. Finalmente, se debe mencionar que durante el periodo de estudio, tan sólo el Hospital Universitario del Valle siguió permanentemente las medidas recomendadas para la rehidratación oral.

4.1.7.2. “Vigilancia epidemiológica de la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años en Cali, Colombia, 1990-1995”.

Alberto Concha Eastman, M.D., M.Sc. Epidemiólogo, Luz Marina Melo, T.S., MAS, Miguel Darío Korgi, M.D, Melba Franky de Borrero, M.D., MSP, Fernando Delgado, Ing, M.Sc. Bioestadist, Jorge A. Holguín, M.D.[73]

4.1.7.2.1. Descripción Entre febrero 1 de 1990 y enero 31 de 1991, se identificaron e investigaron en Cali, 121 muertes en menores de 5 años, en cuyo Certificado Individual de Defunción (CID), apareció o se sospechó la enfermedad diarreica (ED) como causa de muerte. El modelo metodológico, se basa en la Vigilancia Epidemiológica (VE), de los casos de mortalidad por ED, en menores de 5 años, que comprende las siguientes etapas: selección e identificación de casos, visita domiciliaria, discusión del caso, realización de un Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) y verificación de la información. La recolección de la información implicó el diseño de dos cuestionarios: uno para aplicarse a la familia del niño (a manera de autopsia verbal), en una visita domiciliaria, y otro para aplicarse en las instituciones de salud, donde el niño recibió atención. Con la información obtenida se presentó y discutió cada caso en un COVE, con la participación de investigadores y trabajadores de la salud.

Ilustración 1. Modelo Metodológico de la Vigilancia Epidemiológica por enfermedad diarreica en menores de 5 años. Municipio de Cali.



Fuente: Concha A, Melo LM, Korgi MD, Borrero M, Delgado F, Holguín J.

Este modelo comprende la escritura y presentación de un resumen del caso por parte de alguna de las personas que participaron en la investigación de campo (Ilustración 1) y análisis de la información, con el propósito de responder a dos preguntas claves: ¿De qué y por qué murió el niño? Finalmente, las conclusiones y recomendaciones, sobre los posibles factores asociados con su muerte, alternativas de solución, responsables y revisión de compromisos.

4.1.7.2.2. Resultados En este estudio de VE de la Secretaría de Salud de Cali, se presentan los resultados de 100 niños, en edades entre 2 días y 48 meses de nacidos, donde se comprobó que la causa de la muerte estaba asociada con la Enfermedad Diarreica. En el grupo de 0 a 5 meses, murieron 41 niños⁸²; 73 murieron antes de cumplir el primer año de vida; 22 entre los 12 y 23 meses y 5 casos en mayores de 24 meses (la mitad de los niños murieron antes del séptimo mes de vida). Al relacionar su lugar de residencia con el estrato socioeconómico, se encontró que 92 vivían en barrios marginales de Cali, en los estratos 1, 2 y 3, confirmando la relación que existe entre condiciones de vida, enfermedad diarreica y mortalidad.[74],[75]

En COVE [73], se analizaron 65 casos que tuvieron información suficiente. El tiempo transcurrido entre la muerte del niño y la realización del COVE varió de 6 a 335 días, con un promedio de 66 y una mediana de 32 (antes de 60 días se analizaron 42 casos, que corresponden al 65 %). El retraso obedeció a dificultades en el acceso a la información familiar, problemas de seguridad y acceso geográfico.

A partir de febrero de 1991 y hasta julio de 1995, se continuó con el análisis de los casos de mortalidad en COVE, que se realizaron con la participación activa del personal de salud de los SILOS y NAP en el trabajo investigativo de campo y análisis de casos. La proporción de casos analizados, sobre el total de ocurridos fue del 50 %. Los SILOS, donde se aplicó el modelo con mayor interés, fueron el 6 (NAP 18) y el 1 (NAP 1 y 20). Este trabajo estaba coordinado por el Programa de CED de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

4.1.7.2.3. Dificultades. Por un lado, algunas instituciones no participaron activamente en el proceso de vigilancia de los casos de mortalidad por diarrea y por otro lado, la aparición de la epidemia de cólera que llegó a Colombia, en marzo de 1991, desvió tiempo y dedicación de los investigadores.

4.1.7.2.4. Conclusiones y Recomendaciones. A medida que se avanzó en el estudio, se fue desarrollando el modelo de vigilancia en las instituciones de salud pública. Se llegó a conclusiones y se tomaron decisiones para mejorar la atención de casos, las cuales se monitoreaban para garantizar su cumplimiento. Como recomendaciones se destaca la necesidad de mantener la capacitación continua a los trabajadores de salud en el manejo efectivo de casos de diarrea (incluyendo evaluación del estado nutricional y riesgos familiares y sociales), priorizar en la atención de niños con mayor riesgo (menores de 6 meses con diarrea y que no mejoran en las 24 horas siguientes al tratamiento, niños con desnutrición, que no reciben lactancia materna o requieran una nueva hospitalización), fortalecer la educación a las madres promoviendo comportamientos saludables y de prevención), promocionar los servicios de salud y las UROCS, y gestionar acciones intersectoriales para solucionar problemas de agua potable y saneamiento básico.

⁸²Con un $p < 0.04$, $\text{Chi}^2 = 4.3$

4.1.7.3. “Características Operacionales Calidad de la Atención y Aceptación Comunitaria de las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias-UROC- Cali, Colombia”.

Alberto Concha Eastman, Luz Marina Melo Calero, Fernando Delgado Potes⁸³, María Isabel Gutiérrez Martínez, Carlos Augusto Hernández Ávila. Secretaría de Salud de Cali, Organización Mundial de la Salud, Programa Control de Enfermedades Diarreicas. Cali, octubre de 1994.

4.1.7.3.1. Descripción. Este informe responde al interés mostrado a nivel nacional de evaluar las UROC, dada la especial relevancia que éstas habían adquirido dentro del Programa CED. Para 1994 habían aproximadamente 200 UROC en el Municipio de Santiago de Cali, de las cuales 157 llevaban funcionando más de un (1) año. Este estudio se realizó en 63 barrios de influencia de las UROC, ubicados en las comunas : 1, 6, 7, 13, 14, 15, 18 y 20 (Silos 1, 2, 5 y 6). El objetivo general de este estudio descriptivo fue evaluar las características operacionales, la calidad de la atención y la aceptación comunitaria de esta estrategia.

Se realizaron encuestas a las madres o responsables de los niños para explorar sobre el conocimiento y utilización de las UROC e igualmente sobre el tratamiento de la diarrea en el hogar. Se realizaron encuestas a las voluntarias en las UROC, sobre su vinculación y permanencia en las UROC, y su relación con las instituciones de salud. Se hizo observación del manejo de casos de diarrea por las voluntarias y se les hizo una prueba de conocimientos. Se realizaron grupos focales con otros miembros de la comunidad para conocer la percepción que tenían de las UROC. Para la realización de este estudio se visitaron aleatoriamente 3,324 hogares en los que se encontraron 4,521 niños y niñas menores de cinco (5) años (estableciendo una razón de 1.4 niños por hogar).

4.1.7.3.2. Resultados. En lo que respecta al comportamiento de la comunidad ante un episodio de diarrea, la primera decisión que tomaron el 45.5 % de los encuestados fue tratar a los niños y niñas en el hogar, el 43.2 % afirmaron consultar a las instituciones de salud pública, el 1.6 consultaron al farmacéuta mientras y el 1 % consultó a las UROC. La baja participación de las UROC en las decisiones de los padres para consultar en caso de episodios de diarrea en sus hijos, se puede correlacionar con el grado de conocimiento de la existencia de las UROC, pues sólo el 28.4 % de los encuestados afirmaron conocerlas y el 27.6 manifestaron haberlas utilizado alguna vez.

De los 533 niños que presentaron diarrea, al 80.3 % sus madres les dieron algún tratamiento en el hogar. Es así como al 33.6 %, les suministraron líquidos caseros, al 26.8 %, les dieron suero oral y al 52.2 %, les suministraron variedad de medicamentos y otros líquidos (Tabla 12). Con relación a la alimentación, el 57. % de los niños continuaron recibiendo lactancia materna y otra leche, y al 88 % no le suspendieron la alimentación corriente. En cuanto al tratamiento ambulatorio, el 37 % consultaron fuera del hogar y de éstos, el 84.2 % consultaron al médico y a las UROC, solo el 2 %.

En cuanto a la evaluación de conocimientos de las voluntarias, se encontró que el 64 % conocen cuando un niño tiene diarrea y el mismo porcentaje sobre la utilidad de las sales de rehidratación oral, el 42 % reconocieron entre 5 y 6 signos de deshidratación y el 72 % darían 3 o más recomendaciones sobre prevención de diarrea.

⁸³En memoria de Fernando Delgado Potes, ingeniero que participo en este estudio y en un viaje a la costa pacífica contrajo malaria que le causó la muerte

Tabla 12. Manejo de la enfermedad diarreica en el hogar.

Tratamiento	Número	Porcentaje
Líquidos caseros	179	33.60%
Suero oral	143	26.80%
Antibióticos	235	44.10%
Medicamentos y suero oral	142	26.60%
Antidiarreicos	38	7.10%
Total de los que recibieron tratamiento	428	80.30%
No recibieron tratamiento	105	19.70%
Total de niños	533	100.00%

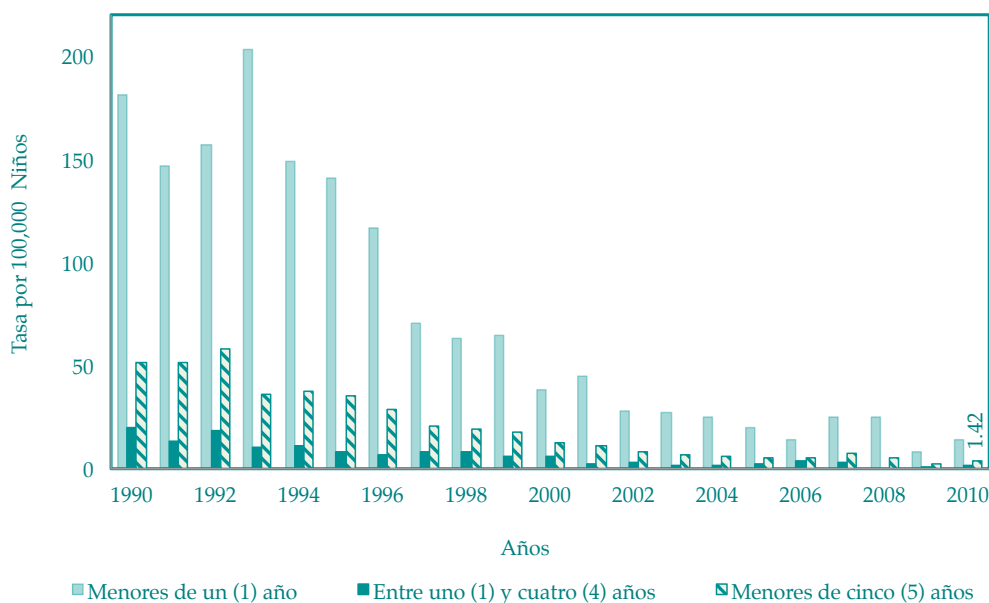
Fuente: “Características Operacionales, calidad de la atención y aceptación comunitaria de las UROC en Cali, Colombia”.

4.1.7.3.3. Conclusiones y Recomendaciones. Esta investigación permitió establecer que las UROC son reconocidas y utilizadas por los grupos que tienen relación directa con los programas de salud o educación infantil, mientras que algunos líderes las conocen parcialmente. Se recomendó un proceso de mejora en la promoción de las UROC, fortalecer la relación entre las UROC y la institución de salud, que la Secretaría de Salud Pública Municipal y los SILOS las incluyan dentro de sus procesos de planeación, para así brindarles mayor apoyo y obtener un mayor desempeño. La conveniencia de mantener las UROC aparece en este estudio como resultado de la necesidad que tienen las comunidades pobres donde la prevalencia e incidencia de enfermedad diarreica es alta. El desempeño de las voluntarias cuando es requerido es adecuado, al igual que la aceptación que las madres o responsables de niños tienen de sus servicios.

4.1.8. Cumplimiento de Objetivos del Programa CED.

La Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, tiene el privilegio de mostrar en el Gráfico 24 una reducción significativa de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años desde la década de los 80, lo que ha contribuido al cumplimiento de metas nacionales y locales, como las relacionadas con el Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio (disminuir la mortalidad infantil y en menores de cinco años). Se considera que las intervenciones de atención primaria desarrolladas en su momento, fueron acertadas y no pierden vigencia, por lo cual pueden continuar aplicándose en ésta y otras ciudades del país.

Gráfico 24. Tasa de Mortalidad por EDA en menores de cinco (5) años según grupos de edad. Municipio de Cali, 1990 -2010.



Tasa por 100 mil niños

Fuente: Atención al Niño, Vigilancia Epidemiológica, SSPM/Municipio de Cali.

4.1.9. Limitantes del Programa CED.

Las principales limitantes estuvieron relacionadas con la sostenibilidad del Programa CED, en términos de la capacitación de un volumen alto de recurso humano para el manejo efectivo de los niños con diarrea, dados los costos de material, docentes y la logística necesaria, e igualmente el acompañamiento al personal de salud y la supervisión de las actividades, situación que se agravaba por la alta rotación de personal de salud y directivos de las instituciones. La sostenibilidad de las UROC, en términos de mantener el carácter de trabajo voluntario por parte de la comunidad, debido a que los incentivos eran más cualitativos que cuantitativos y no lograban satisfacer las necesidades personales y familiares, máxime que la gran mayoría eran mujeres cabeza de hogar. El recurso humano de los servicios no siempre era suficiente y sostenible y era importante contar con un equipo multidisciplinario permanente, que facilitara el acercamiento y trabajo con las comunidades.

4.1.10. Publicación de la experiencia.

La experiencia del Programa CED de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, no se ha publicado. Sin embargo, hay documentos técnicos y boletines, donde se describen algunas intervenciones como las relacionadas con la evaluación del programa, la vigilancia epidemiológica y la evaluación de las UROC, que aparecen en publicaciones como : Colombia Médica (Universidad del Valle) y documentos técnicos del Ministerio de Salud, la OPS y la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

4.1.11. Reconocimientos.

El Ministerio de Salud otorgó un reconocimiento al Programa CED de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, por servir de modelo en el control de las enfermedades diarreicas y por haber implementado las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias, que fueron implementadas en casi todas las regiones del país, dada su importante contribución en la disminución de la mortalidad en el Municipio de Santiago de Cali.

En 1990, la OPS/OMS reconoció la importancia de esta estrategia para el control de las enfermedades diarreicas a nivel comunitario, y las retomó como modelo en algunos países de América Latina y el Caribe.

En 1996, la Secretaría de Salud de Cali, recibió una mención de honor por parte del Ministerio de Salud, por haber contribuido al avance de la prevención y control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias en el Municipio de Santiago de Cali.

En este documento se hace un reconocimiento a los siguientes profesionales que participaron como responsables en uno u otro momento y de manera decisiva en el Programa CED de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali : Rubiela de Esmerald, Melba Franky de Borrero, Alberto Concha Eastman, Luz Marina Melo Calero, Jorge A Holguín Ruiz y Raúl H. Murillo Moreno.

4.2. PROGRAMA CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.

Melba Franky De Borrero, Luz Marina Melo Calero, Nancy Landazábal García, Jorge A. Holguín Ruíz, Rocio Vera Llanos, Marta Cecilia Jaramillo Mejía, Mauricio Astudillo Rodas, Lina María Trejos Trejos.

4.2.1. Antecedentes.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) siguen siendo la principal causa de enfermedades agudas en todo el mundo y se consideran la causa más importante de mortalidad infantil. Las IRA representa cerca de 2 millones de muertes cada año. La población con mayor riesgo de morir por IRA son los niños, las personas de tercera edad y los inmunosuprimidos. Las infecciones respiratorias superiores son muy frecuentes pero rara vez pone en peligro la vida mientras las infecciones respiratorias bajas son responsables de cuadros más graves de influenza, neumonía y bronquiolitis que contribuyen de forma importante a la mortalidad por IRA.

Las infecciones respiratorias agudas junto con las enfermedades diarreicas⁸⁴ y la desnutrición, se constituyen en uno de los principales problemas de salud pública que deben afrontar los gobiernos para el mejoramiento de las condiciones de salud de la infancia por tanto, resulta imperativo disminuir los índices de mortalidad por estas enfermedades, especialmente, la incidencia de neumonía (IRA), que es la principal causa de muerte entre las enfermedades de las vías respiratorias.

4.2.2. A Nivel Internacional.

La elevada incidencia de las infecciones respiratorias agudas en los niños de los países en desarrollo, hizo que la OPS/OMS estableciera estrategias para su control, con el objetivo de reducir la gravedad de las infecciones respiratorias agudas y la mortalidad infantil que causan. La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (Nueva York, 1990), reconoció la eficacia y la

⁸⁴ Descrita en el apartado anterior.

validez de los métodos disponibles para controlar la mortalidad infantil por neumonía y cuantificó la meta para reducir, antes del año 2000, las muertes causadas por IRA entre niños de 0 a 5 años, en cerca de un tercio respecto a los niveles de 1990.

Las infecciones respiratorias agudas son las entidades que más frecuentemente provocan el uso de antibióticos en los servicios de atención ambulatoria, muchas veces de forma innecesaria. Aunque la frecuencia anual de episodios de IRA sea la misma en todo el mundo para los niños menores de 5 años, la incidencia de neumonía, que es la principal causa de muerte entre las enfermedades de las vías respiratorias, es cinco veces más frecuente en los países en desarrollo. En la mayoría de los países en desarrollo, las infecciones respiratorias agudas representaban entre el 30 y el 50 % de las visitas infantiles a los establecimientos de salud y entre el 20 y el 40 % de las hospitalizaciones pediátricas.

Durante una conferencia internacional conjunta (OMS/UNICEF/PNUD) sobre el Control de las Infecciones Respiratorias Agudas, realizada en Washington, D.C. (Diciembre 1991), los participantes, - profesionales de la salud pública, pediatras y científicos de 85 países en desarrollo y de ocho países desarrollados llegaron a un consenso casi unánime en relación a las estrategias propuestas para el control de las IRA.

Para alcanzar los objetivos del programa se requería de servicios de salud encargados de planificar, ejecutar y evaluar los programas nacionales de control de IRA, incluida la transferencia de conocimientos, mediante la difusión de información, elaboración y promoción de cursos de formación, materiales de comunicación, protocolos de evaluación y tecnología apropiada y un componente de investigación para encontrar nuevas o mejores herramientas de control y enfoques aplicables en los países.

Con la experiencia y resultados del Programa de Control de las EDA, la OPS/OMS, se conformó un grupo de expertos quienes con la misma metodología del Programa CED, formularon las bases y prepararon materiales genéricos para el Programa de Control de las IRA, que fueron adaptados por los países, para iniciar el entrenamiento, tanto del personal directivo como de los responsables del manejo de casos de IRA.

Para proporcionar el acceso de la población a las estrategias de control, era necesario implementar básicamente cuatro actividades: capacitación al personal de salud, provisión de medicamentos para el tratamiento, supervisión del personal de salud para garantizar la efectiva aplicación de las normas y comunicación social y educación en salud, orientadas a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad, en relación al manejo de los niños con IRA y especialmente en la detección precoz de signos de alarma de neumonía. Este programa también promovía la elaboración de planes operativos (nacionales y locales) que además de las estrategias anteriores, incluía el monitoreo de las actividades y la evaluación de los resultados, mediante indicadores para conocer los cambios.

La atención estándar de los casos se destacó como la estrategia principal para la prevención inmediata de las muertes debidas a la neumonía. Las actividades pretendían, primero, facilitar el acceso de las personas a los profesionales de la salud, quienes evaluaban y proporcionaban la atención a los niños con tos o con dificultad respiratoria segundo, aumentar los conocimientos de los padres, motivándolos para que solicitaran atención oportuna para sus hijos, en cuanto percibían signos indicadores de una posible neumonía.

Al respecto, el Dr. Yehuda Benguigui⁸⁵ promotor y Asesor Regional del Programa Control de las Infecciones Respiratorias Agudas y posteriormente de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de la OPS/OMS, decía que cualquier progreso que se obtuviera en la ejecución de dichas actividades, sería una contribución para reducir la mor-

⁸⁵Neumólogo Salubrista. Promotor y Asesor Regional del Programa Control de las Infecciones Respiratorias Agudas y de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de la OPS/OMS.

talidad infantil por neumonía, así como para disminuir el uso inadecuado e indiscriminado de medicamentos en el tratamiento de las IRA. La inmunización es también una estrategia específica y de alto costo/beneficio para impedir las IRA causadas por la difteria, el sarampión y la tos ferina, posteriormente, la introducción de vacunas eficaces, inocuas y de bajo costo para combatir los principales agentes etiológicos de neumonía en niños, reduciría el número de casos y a largo plazo, la mortalidad se reduciría mediante el tratamiento eficaz, a gran escala.

4.2.3. A Nivel Nacional

En Colombia, en 1984, las IRA representaban la primera causa de consulta, la primera causa de egresos hospitalarios y la segunda causa de mortalidad infantil. El control de estas infecciones por lo tanto, tenía implicaciones importantes, no solo para la supervivencia infantil, sino para el éxito de la atención primaria en salud, salud familiar y desarrollo socio-económico.

Estudios longitudinales basados o realizados en la comunidad indicaban el elevado número de consultas por esta causa, en promedio un niño de la zona urbana presentaba de 5 a 8 episodios anuales de IRA, con una duración media de 7 a 9 días, y baja gravedad; en la zona rural, la incidencia era un poco menor, las infecciones respiratorias bajas y la neumonía continuaban siendo la causa más frecuente de muerte, entre los menores de cinco años. Con estos antecedentes se inician las primeras actividades de control de esta enfermedad, que luego dan paso al Programa Nacional de Control de infecciones Respiratorias Agudas.

Una de las primeras actividades fue el desarrollo de “Normas técnicas para la prevención y manejo de la IRA” - Normas para el médico, basadas en signos y síntomas que determinaban el grado de severidad y su consecuente acción. Este trabajo estuvo a cargo de un selecto grupo de asesores convocado por el Ministerio de Salud, con el apoyo de la OPS/OMS UNICEF. Participaron los siguientes Médicos, Pediatras, Neumólogos y Epidemiólogos : Gustavo Aristizábal, María Eugenia Gama, Magnolia Arango de Sánchez, Carlos Jiménez, Ernesto Plata Rueda, Omar Agudelo, Emilio Posada, Augusto Hernández, Bernardus Ganter, quienes ejercían como médicos y docentes de los Hospitales Santa Clara, Fundación Santa Fe, Universidad Nacional, Hospital La Misericordia, Hospital Lorencita Villegas de Santos, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, y Melba Franky de Borrero, de la Escuela de Medicina de la universidad del Valle y Secretaria de Salud de Cali, bajo la asesoría técnica del Ministerio, a través de la Dra. Magda Palacio como MD Pediatra Jefe de la División Materno Infantil y el Dr. Yehuda Benguigui, Neumólogo Salubrista, Asesor del Programa CED de OPS/OMS-Washington.

En Colombia actualmente la vigilancia de las IRA, está direccionada por el Instituto Nacional de Salud y tiene como objetivo realizar seguimiento continuo y sistemático de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención, vigilancia y control, detectar oportunamente los casos de IRA grave inusitada, causada por agentes patógenos respiratorios conocidos o nuevos, que tengan potencial epidémico o pandémico y proveer mecanismos de alerta epidemiológica, con el fin de iniciar las medidas de prevención, control y mitigación para disminuir el impacto de la IRA, en la prestación de servicios de salud y la comunidad. Además identificar la circulación de agentes etiológicos y determinar la carga de la infección respiratoria aguda en la prestación de servicios de salud, donde se efectúa vigilancia centinela de enfermedades similares a Influenza e IRA grave y caracterizar la mortalidad por IRA, a través del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública (SIVIGILA).

El Programa de Control de las IRA en los municipios de Colombia, se desarrolló casi simultáneamente con el Programa Control de EDA, hicieron parte de los seis componentes del Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil - Supervivir, junto con las enferme-

dades perinatales, vacunación, nutrición y desarrollo psico-afectivo. Este plan se desarrolló entre 1984 y 1992 y formó parte del Programa de “Salud Básica para Todos”, liderado por el Ministerio de Salud y desarrollado con la participación del Ministerio de Educación Nacional y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con la cooperación técnica de UNICEF y la OPS/OMS.

Entre 1987 y 1989 se realizaron reuniones en Paipa, Boyacá, convocadas por el Ministerio de Salud donde se sentaron las bases para el desarrollo e implementación del programa a nivel nacional y local. En 1989 se inician las Unidades de Capacitación para el Tratamiento de las IRA, donde se entrenaba a médicos y enfermeras para tratar en forma adecuada y oportuna a los niños y niñas, con base en las normas de manejo del Ministerio de Salud y la OPS/OMS.

Para fortalecer la participación comunitaria y la educación a madres y cuidadores sobre el reconocimiento temprano de signos de neumonía (respiración rápida y tiraje), consulta oportuna y manejo inicial en el hogar, como también la promoción aplicación de medidas de prevención, se crearon las Unidades de Atención de Infección Respiratoria Aguda Comunitaria (UAI-RAC), estrategia similar en su concepción y metodología a las UROC. Se diseñaron manuales para el personal de salud responsable de la organización de las UAI-RAC y para el voluntario de salud. Los impulsores de esta estrategia fueron los Doctores Rafael Alberto López Olarte, Jefe de Patologías Infecciosas del Ministerio de Salud y las Asesoras del Programa Nacional de IRA, Dra. Constanza Gómez Montoya y Enfermera Luz Adriana Soto Falla.

En 1996, con la Resolución 4288, el Ministerio de Salud expide las normas para las actividades de control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas, relacionadas con la promoción, prevención y vigilancia en salud pública, que quedaron incluidas en el Plan de Atención Básica - PAB, discriminadas de acuerdo a las competencias del Municipio, Departamento, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud y el INVIMA. Con el Decreto 3039 de 2007, se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2011. El Objetivo 1 es mejorar la salud infantil, que plantea el desarrollo de actividades de promoción, prevención y vigilancia, como la implementación de la Estrategia AIEPI en todas las instituciones de salud, el apoyo a lactancia materna y desarrollo de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI), la aplicación de la estrategia de vacunación sin barreras y la vigilancia de los riesgos y determinantes de la salud infantil.

Con el proceso de implementar la Estrategia AIEPI en el país, la clasificación de las IRA ha tenido revisiones y ajustes en el 2005 y el más reciente se realizó en el 2010 cuando el Ministerio de la Protección Social y la OPS/OMS, convocan a un grupo de Pediatras que a nivel nacional, con la coordinación de las Doctoras Jovana Ocampo Cañas y Martha Beltrán González, quienes de acuerdo a los avances científicos y al perfil epidemiológico del país, han revisado y definido entre otros temas que incluye la estrategia AIEPI, una nueva clasificación de las IRA más orientada a la acción, quedando así : Bronquiolitis Grave, Bronquiolitis, Sibilancia, Sibilancia Recurrente, Crup, Neumonía Grave, Neumonía y Tos o Resfriado, reforzando la importancia del tratamiento y seguimiento del paciente con pautas bien definidas, además de la promoción y apoyo para aplicar las medidas preventivas.

4.2.4. A Nivel Local

En Cali, entre 1983 y 1990 ocurrieron 521 casos de muerte por IRA en menores de 1 año y 195 entre uno (1) y cuatro (4) años, según informes de la Oficina de Estadística de la Secretaría de Salud de Cali (Registro de Mortalidad), indican que para un total de 716 menores de cinco años (89.5 casos anuales), con una cobertura de servicios que llegaba solo al 56.9 %. Se evidenció que había carencia de información sobre el uso de antibióticos y otros medicamentos para tratar

esta enfermedad e igualmente sobre prácticas que podían ser realizadas desde el hogar.⁸⁶

Las primeras acciones relacionadas con el Control de Infección Respiratoria Aguda (IRA), cuando la Secretaría de Salud Pública Municipal, hacia parte de la Unidad Regional de Salud de Cali, se realizaron en el Barrio El Diamante, cuando entre Julio de 1984 y Julio de 1985, se desarrollo un trabajo de investigación dirigido por los Doctores Luis Alberto Tafur y Jaime Quintero Cruz (ya fallecido), donde se hizo seguimiento a 349 niños con esta enfermedad que fueron clasificados y tratados de acuerdo a la norma: IRA Leve: 201, Moderada: 147 y Grave: 1.

En 1985 las IRA fueron la segunda causa de muerte entre los menores de cinco años y la segunda causa de egreso en las instituciones hospitalarias de la ciudad. Entre los factores de riesgo que se encontraron asociados a esta enfermedad estaban : bajo peso al nacer, vacunación incompleta, ausencia de lactancia materna, malnutrición, hacinamiento y contaminación del aire doméstico, que todavía persisten.

En Enero de 1986, en el Centro de Salud Siloé, bajo la dirección de la Dra. Melba Franky de Borrero, se realizó seguimiento a 1132 casos de niños, durante Enero y Diciembre de este año, que fueron clasificados y tratados de acuerdo a la norma : IRA Leve: 850, Moderada: 255 y Grave: 7, los cuales evolucionaron así : de IRA Leve a Moderada el 7.6 %, de Leve a Grave el 0.6 % y de Moderada a Grave el 1.18 %.

Estos son los antecedentes con los cuales se inicia en 1987 con la coordinación del Doctor Carlos Alberto Victoria, Coordinador del Programa de Vías Respiratorias de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, el Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas - IRA.

En 1991, la Secretaría de Salud Pública Municipal, designa como Coordinadora del Programa a la Enfermera Nancy Landazábal García quien estuvo hasta el año 1994 cuando se le asigna la coordinación del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Posteriormente, este programa se delegó al Programa Control de Enfermedad Diarreica, bajo la responsabilidad del Doctor Miguel Darío Korgi y posteriormente a los Dres. Raúl Hernando Murillo Moreno y Jorge A. Holguín Ruíz. En el segundo semestre del 2000, cuando se inicia en el Municipio de Cali la implementación de la Estrategia AIEPI, el Programa CED y el de IRA, pasan a hacer parte de los componentes de esta nueva propuesta de trabajo.

4.2.5. Objetivos

- Reducir la mortalidad debida a las IRA en menores de cinco años.
- Contribuir a disminuir la morbilidad por IRA en este mismo grupo de edad.

4.2.6. Estrategias Desarrolladas.

- Para el logro de los objetivos se establecieron como estrategias importantes: implantar el Programa en 14 instituciones de salud (siguiendo las instrucciones definidas para su operación)
- Capacitación a coordinadores del programa y a médicos y enfermeras en el manejo de casos de IRA y capacitar a directivos y coordinadores, en técnicas para la planeación e implementación del Programa
- Captación precoz de niños con IRA para evitar complicaciones severas
- Fortalecimiento de la participación de la comunidad, capacitando a grupos de voluntarios en la detección de signos de gravedad y consulta oportuna,

⁸⁶Este biológico previene la mortalidad por enfermedad invasiva neumocócica: neumonías y meningitis.

- Gestión para la disponibilidad de antimicrobianos
- Adecuación e implementación de instrumentos de recolección de información
- Adaptación y reproducción de materiales para capacitación al recurso humano y a la comunidad (manuales, cartillas, afiches, folletos).

4.2.7. Operación del Programa.

En las instituciones de salud, el Programa IRA tenía una clara descripción operativa que debía cumplirse: cualquier persona de la institución podía y debía orientar al paciente (con síntomas respiratorios de menos de 15 días de evolución) y a su madre o cuidador, para que asistieran a la consulta. El paciente debía ser visto por el médico y solo en ausencia de este, por la enfermera o auxiliar responsable del programa. El médico debía llenar la historia clínica, clasificar al paciente de acuerdo al caso y a la norma, iniciar tratamiento si era necesario y enseñar a aplicar medidas de apoyo. La auxiliar diligenciaba el registro de control de pacientes con IRA, precisaba la ubicación de la vivienda, indicaba la fecha del control, reforzaba las medidas de apoyo dadas por el médico y coordinaba las acciones si el paciente requería traslado al hospital. Si la IRA era Moderada el paciente era citado en 48 horas y si era Leve en 8 días y cuando no acudía a control, se le realizaba visita domiciliaria.

4.2.8. Capacitación

La capacitación permanente al personal de salud fue una de las actividades más importantes que se desarrollaron desde 1991, mediante lo que se conoció como “Manejo efectivo de los casos de IRA” en las instituciones de salud, lo que a su vez contribuyó a salvar vidas. La capacitación para el manejo de los pacientes se basaba en la clasificación de las IRA de acuerdo con la gravedad (Leve, Moderada y Grave). También se involucró a la comunidad en el manejo de este problema: instrucciones a las madres para el manejo en el hogar, reconocimiento de signos de peligro y en las medidas preventivas. , énfasis en la promoción de la lactancia materna y en el esquema completo de vacunación, instrucciones para evitar la exposición al humo del tabaco y evitar el contacto con personas enfermas con IRA.

4.2.9. Prevención de las IRA

Si bien se promovía el uso del manejo efectivo de casos de IRA de acuerdo a las normas nacionales, como la mejor forma de tratar al paciente y evitar complicaciones y muertes por esta causa, se promocionaron intervenciones para prevenir las IRA, como : lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria de acuerdo a la edad, vacunación, evitar contacto con personas enfermas con IRA, evitar el hacinamiento, higiene personal, saneamiento de la vivienda y de la comunidad. Como medida importante, también se desestimulaba el hábito de fumar dentro de la vivienda y el uso de combustibles para preparar los alimentos.

4.2.10. Vigilancia epidemiológica

Las acciones de vigilancia epidemiológica de las IRA se desarrollaron desde los inicios del Programa, pero la vigilancia de la mortalidad se intensificó desde la segunda mitad de la década de los 90, los registros encontrados en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, así lo demuestran. A partir del año 2001 se inició en Colombia la notificación de la mortalidad por IRA en menores de cinco años en el SIVIGILA, esta actividad dependía directamente del coordinador del Programa y pocos nexos tenía con el área de vigilancia epidemiológica. Desde el

2009, la vigilancia de este evento y de las EDA, paso al Área de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaria de Salud Pública Municipal, con amplia participación del Grupo Atención al Niño.

El objetivo de la vigilancia por IRA es realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos graves de origen bacteriano y la enfermedad similar a influenza de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención, vigilancia y control.

En el año 2007 se realizó una revisión de los casos de mortalidad, asociados a IRA y EDA ocurridos en Cali entre el año 1995 y 2006, con el fin de precisar la causas. Esta revisión se describe a continuación.

4.2.11. “Revisión y análisis de las causas de muerte por IRA y EDA en menores de cinco años residentes en Cali, Colombia con base en el certificado individual de defunción 1995-2006”.

Yamileth Ortiz, Oscar O. Londoño Agudelo, Jorge A. Holguín Ruíz, Gonzalo Guerra Quintero, Melba Franky de Borrero y Luz Marina Melo Calero.

4.2.11.1. Descripción

En el 2007, teniendo en cuenta que en la revisión de los casos de mortalidad por IRA y EDA, se presentaban diferencias en la determinación de las causas de muerte, el Grupo Atención Integral al Niño, decide realizar una revisión retrospectiva de los certificados de defunción y de algunas historias clínicas disponibles de los niños y niñas menores de cinco (5) años que fallecieron en el Municipio de Santiago de Cali entre los años 1995 y 2006. Esta revisión permitió ajustar la causa básica de muerte y por tanto, las tasas de mortalidad por esta causa. Se revisaron 1,657 registros de muertes con causas relacionadas con Neumonía y EDA (como causa directa, causa básica o causa asociada).⁸⁷

4.2.11.2. Resultados

Entre 1995 y 2006, la Neumonía fue la causa directa en el 12 % de las muertes y la EDA en el 0.4 %. Es importante resaltar la importante participación de la desnutrición como causa directa con el 25 %. Como causas asociadas, la EDA participó con el 9 % de los casos y la Neumonía el 28 %.

Entre 1995 y 1998, la EDA y la Neumonía representaron el 25 % del total de las muertes en menores de cinco (5) años, cifra que se redujo en 10 puntos porcentuales entre el 2003 y 2006 (Gráfico 25).⁸⁸

⁸⁷ Los datos fueron obtenidos de la base de datos de Mortalidad de la Oficina Estadística.

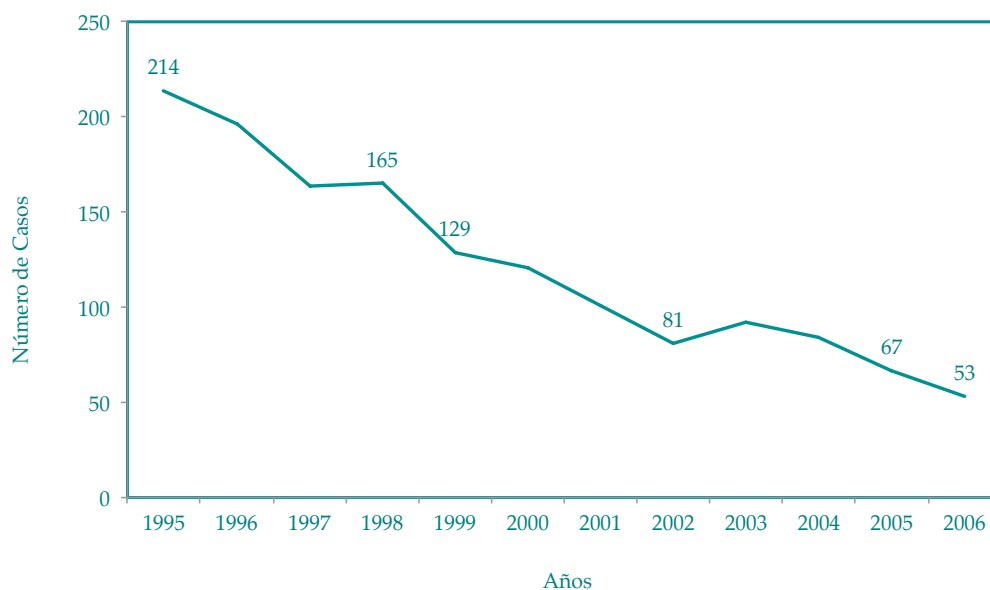
⁸⁸ A pesar de mostrar una reducción significativa, a 2006 aun significaba el grupo de mayor mortalidad.

Gráfico 25. Casos de muerte por EDA y Neumonía en menores de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1995,2000 y 2005.



Fuente: Ortiz, Y. et al. Revisión y análisis de las causas de muerte por IRA y EDA en menores de 5 años residentes en Cali-Colombia.

Gráfico 26. Tendencia de muertes evitables por EDA y Neumonía en menores de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1995-2006.



Fuente: Ortiz, Y. et al. Revisión y análisis de las causas de muerte por IRA y EDA en menores de 5 años residentes en Cali-Colombia.

Igualmente, puede observarse en el Gráfico 26, una disminución gradual y sostenida de las muertes, tanto las debidas a EDA, como a Neumonía en los menores de cinco años, pasando de 214 casos en 1995 a 53 en el 2006.

4.2.11.3. Limitantes

Están relacionados principalmente con la calidad de la información, tanto por el diligenciamiento incompleto o incorrecto de los certificados de defunción por parte de los médicos, como por la información disponible en la Oficina Estadística de la SSPM, por cuanto no hay un profesional encargado de realizar auditoría a la información que se maneja.⁸⁹ Con el ánimo de resolver los inconvenientes las bases de datos y disponer de información objetiva, que contribuya a mostrar la realidad y facilite la toma de decisiones.

4.2.11.4. Conclusiones

- Se re-confirmó una disminución importante de la mortalidad en menores de cinco años por EDA y Neumonía, en Cali, lo que sin duda contribuye al cumplimiento de metas locales y al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Con la información obtenida, se ajustaron las gráficas de tendencia de mortalidad por EDA e IRA de 1995 a 2006, utilizando la causa básica de muerte, que desde el punto de vista de salud pública permite la toma de decisiones. Este método se continuó aplicando hasta la fecha.
- El 70 % de las muertes, tanto por EDA, como por IRA-Neumonía, ocurrieron en el grupo de niños y niñas menores de un año, convirtiéndose este grupo en uno de los grupos prioritarios para fortalecer las intervenciones de prevención y control de estas enfermedades.

4.2.12. Información, Educación y Comunicación.

Esta estrategia ha estado orientada a concientizar e informar a la comunidad y población en general, sobre el problema que representaban las IRA, qué hacer para su prevención, su identificación temprana, conocimiento de signos de gravedad de neumonía y consulta oportuna a la institución de salud. Se diseñaron y/o reprodujeron módulos, cartillas, y folletos sobre prevención y tratamiento de las IRA. Se utilizaron medios masivos de comunicación y emisoras comunitarias, para difundir mensajes de prevención de esta y otras enfermedades de común ocurrencia en la niñez.

4.2.13. Monitoreo, supervisión y Evaluación.

Las intervenciones y actividades desarrolladas se evaluaron anualmente, para verificar si los objetivos se estaban cumpliendo. De acuerdo a los resultados, se tomaban las acciones correctivas y se ajustaban o planeaban nuevas intervenciones o actividades. La Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, no participó en la “Encuesta sobre el manejo efectivo de casos de IRA en instituciones de salud”, que desarrollo el Ministerio de Salud, con el apoyo de OPS y UNICEF, en 1993. La evaluación de impacto se ajustaba anualmente con el indicador de mortalidad por esta causa en menores de cinco años.

⁸⁹No todas las variables presentes en la base de datos eran sujetas a un buen análisis.

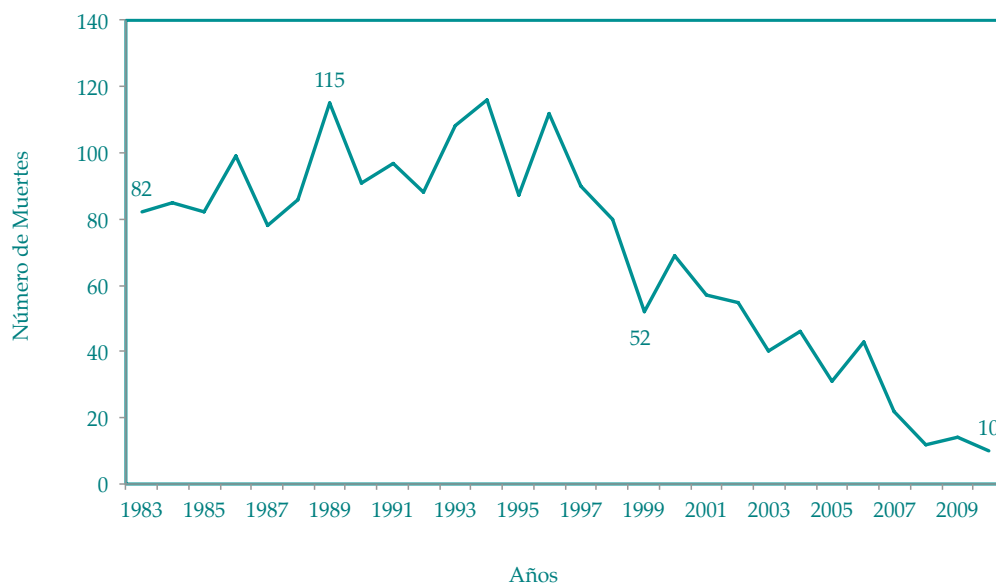
4.2.14. Estudios realizados

En el Municipio de Santiago de Cali, no había estudios locales que demostraran la etiología de las IRA en menores de 5 años, aunque la literatura científica informaba que la mayoría de éstas son de origen viral en lactantes y niños pequeños, identificando el Virus Sincitial Respiratorio, Adenovirus, Parainfluenza tipo 1, 2 y 3 como los agentes más frecuentes ambulatorio. En los niños y niñas hospitalizados por neumonía contraída en la comunidad, se reportaban el *Streptococo Pneumoniae* y *Hemophilus Influenzae* como los agentes bacterianos más frecuentes. En 1986 se inicia un estudio sobre etiología de las IRA en Cali, en el Centro de Salud Siloé, el cual se describe a continuación.

Estudio longitudinal sobre etiología de la infección respiratoria aguda en niños menores de un año. Entre 1986 y 1990, las Doctora Isabela Borrero, Bióloga y Melba Franky de Borrero, Pediatra (Directora del Centro de Salud de Siloé), ambas docentes de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, con recursos técnicos y financieros de la OPS/OMS, el Ministerio de Salud, la Universidad del Valle y el Grupo de Microbiología de la Facultad de Salud y la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, realizaron en el Centro de Salud de Siloé, este estudio sobre etiología de las IRA, que concluyó que el Virus Sincitial Respiratorio era el principal agente viral causante de infección respiratoria aguda en este grupo de edad (63%). Estos resultados aportaron al Programa Nacional de Control de IRA en lo que respecta a la normatización del uso racional de medicamentos, especialmente en la formulación de antibióticos que se venían utilizando sin causa justificada.

4.2.15. Cumplimiento de objetivos del Programa IRA.

Gráfico 27. Casos de Muerte por IRA en menores de cinco años Municipio de Cali, 1983-2010.



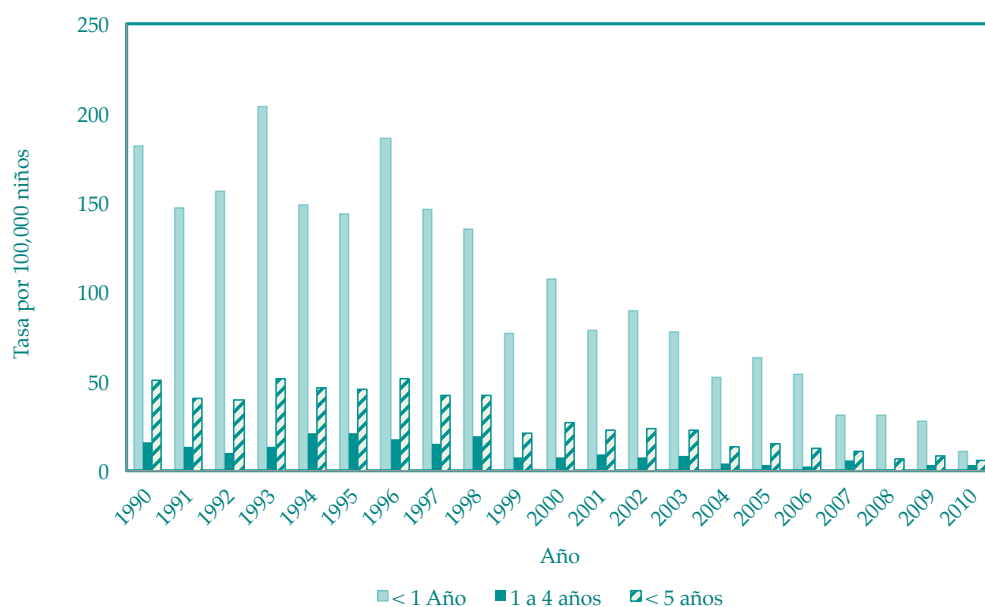
Nota: a partir de 1995 los casos de mortalidad corresponden únicamente a los de neumonía como causa básica de muerte.

Fuente: Grupo Atención Integral al Niño, SSPM/Municipio de Cali.

En el Municipio de Santiago de Cali, se ha producido una reducción significativa de la mortalidad por IRA en menores de cinco años, lo que ha contribuido al cumplimiento de metas nacionales y locales relacionadas con el ODM 4.⁹⁰ Desde mediados de los años 90, se inició un descenso sostenido en el número de casos de muerte por IRA, registrando una reducción de 22 casos en el 2000 y de 59 casos en el 2010 (Gráfico 27).

Al analizar la mortalidad por IRA, se evidencia un descenso sostenido en las tasas de mortalidad tanto en los menores de un (1) año, como en los menores de cinco (5) años (Gráfico 28). La mortalidad de niños entre uno (1) y cuatro (4) años se ubicó en el 2010 en 3.5 muertes por cada 100,000 niños, destacando que en el año 2000 la cifra descendió a 3.7 muertes. Para los menores de un (1) año las cifras son más contundentes, puesto que pasó de 203 muertes por cada 100,000 niños en 1993 (pico), a 11 muertes en 2010, lo que demuestra una reducción de 192 muertes por cada 100,000 niños en 17 años. Se considera que las intervenciones desarrolladas no pierden vigencia, evidencian ser efectivas y ameritan continuar aplicándose, además de estar atentos a los adelantos científicos, relacionados con la prevención y control de las IRA.

Gráfico 28. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco (5) años según grupos de edad. Municipio de Cali, 1990 -2010



Tasa por 100 mil niños

Fuente: Grupo Atención Integral al Niño, Vigilancia Epidemiológica, SSPM/Municipio de Cali.

4.2.16. Limitantes del Programa IRA

La sostenibilidad del Programa IRA, en términos de capacitación para el manejo estándar de los niños con IRA, a un gran número de profesionales y técnicos de las instituciones de salud, dados los costos de material, docentes y la logística necesaria para realizar los cursos e igualmente la supervisión de las actividades, situación que se hacía difícil, por la alta rotación del personal de salud y directivos de las instituciones. El recurso humano de los servicios no

⁹⁰Ir a Apartado 2.3.5 para información más detallada de los ODM en el Municipio.

siempre es suficiente y sostenible y debe tener un enfoque multidisciplinario, para articularse con las necesidades de salud de las comunidades que se intervienen.

4.2.17. Publicaciones.

La experiencia del Programa IRA de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, no se ha publicado.

4.2.18. Reconocimientos

En 1996, la Secretaría de Salud de Cali, recibió una mención de honor por parte del Ministerio de Salud, por haber contribuido al avance de la prevención y control de las Enfermedades Diarreicas y Respiratorias en Cali, como se menciona en el capítulo dedicado al Programa CED.

En este capítulo se hace especial reconocimiento a los siguientes profesionales que en uno u otro momento han participado como responsables directos del Programa Control de Infecciones Respiratorias Agudas en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali : Carlos Alberto Victoria, Nancy Landazábal García, Miguel Darío Korgi García Jorge A. Holguín Ruiz y Raúl Hernando Murillo Moreno.

4.3. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

Liliana Alarcón Luna, Luz Marina Melo Calero, Myriam Benavides Bastidas, Rocio Vera Llanos, Marta Cecilia Jaramillo Mejía, Lina María Trejos Trejos.

4.3.1. Antecedentes

Las infecciones transmisibles de la infancia, a principio del siglo pasado, causaban la muerte prematura a miles de niños y niñas, en la región de las Américas, pues solo se contaba con la vacuna contra la viruela. Con el tiempo, se han desarrollado vacunas que han permitido dejar en evidencia, que la inmunización es la medida de salud pública más económica, para prevenir la enfermedad y la muerte de los niños y niñas.

4.3.1.1. A Nivel Internacional

En el año 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), con el propósito de poner al alcance de un mayor número de niños y niñas los beneficios de la vacunación. Este programa fue lanzado en las Américas en 1977 y se concentró en seis enfermedades en cuatro productos biológicos: Vacuna DPT contra la difteria, la pertussis (tosferina) y el tétano; vacuna contra el sarampión; vacuna BCG, contra la tuberculosis y la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP). Para ese momento la cobertura solo alcanzaba el 25 al 30 % de los niños y niñas de la región.

La OPS creó un fondo rotatorio del PAI (1979), para apoyar los países de la región que tenían dificultades económicas y asegurar el suministro de vacunas de alta calidad y bajo costo. Este esfuerzo se tradujo en un progreso en la cobertura de vacunación en los menores de un año de edad, alcanzando logros como la campaña de erradicación de la poliomielitis, la reducción del 99 % de la transmisión del sarampión entre 1984 y 1994 y la coordinación interagencial e intersectorial para promover otras metas. En 1994 la Conferencia Sanitaria Panamericana, aprobó la resolución de eliminar el sarampión para el año 2000, al igual que el fortalecimiento y desarrollo de los servicios de salud y la focalización de acciones sobre grupos de alto riesgo para el cuatrienio.

En el año 2003, se inició la Semana de la Vacunación en las Américas (SVA), esfuerzo inigualable, liderado por los países de América Latina y el Caribe, para fortalecer el Programa Ampliado de Inmunización en la región. Esta iniciativa tiene como fin, llegar a las poblaciones con acceso limitado a los servicios de salud y con mayor riesgo de contraer enfermedades prevenibles, mediante vacunación, realizando múltiples campañas de comunicación social, para promover la vacunación como una importante medida de salud preventiva.

4.3.1.2. A Nivel Nacional

La Historia del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Colombia ha sido, ante todo un incesante proceso de comunicación. Las señales iniciales de este proceso fueron emitidas desde centros de decisión internacional como la OMS y la OPS desde 1974, cuando son adaptadas por el Ministerio de Salud de Colombia para hacerlas llegar a la población.

Colombia, adoptó el PAI como “el resultado de una acción conjunta de todos los países, con alto nivel técnico y respaldo político para lograr coberturas universales de vacunación que contribuyeran a disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles que afectan a la población menor de cinco años” (MPS, 2008).

Colombia cuenta con uno de los programas más amplios de América Latina, en término de número de biológicos incluidos en el esquema : Tuberculosis B, Triple viral (sarampión, paperas, rubeola), pentavalente (difteria, pertusis, tétanos, hepatitis B y haemophilus influenza), fiebre amarilla, influenza, rotavirus y neumococo. La vacuna bivalente: rubeola y sarampión, se viene utilizado desde el 2002 para cubrir brotes y contribuir a la eliminación de sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita.

Se ha fijado como meta para lograr el umbral de inmunidad comunitario en el país, mantener una cobertura de vacunación igual o por encima del 95 %, principalmente en menores de cinco (5) años, para disminuir la mortalidad y la morbilidad ocasionadas por las enfermedades, hasta erradicarlas.

Dentro de las metas está consolidar la certificación de la erradicación de la poliomielitis, erradicar el sarampión, eliminar el tétanos neonatal, garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto del PAI, controlar problemas de salud pública que se puedan intervenir a través de la vacunación y reducir la morbilidad y mortalidad por meningitis tuberculosa, difteria, tos ferina, rubéola y rubéola congénita, neumonías, meningitis y epiglotitis por haemophilus influenzae tipo b, hepatitis B y fiebre amarilla.

En el 2011, el Ministerio de la Protección Social buscando la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita realiza Intensificación Nacional de Vacunación contra el Sarampión y Rubéola, con prioridad en los departamentos de Atlántico, Magdalena y Bolívar y los distritos de Barranquilla, Santa Marta y Cartagena, debido a la presencia de casos confirmados en la ciudad de Barranquilla, para luego desplegarla en el resto del país.

4.3.1.2.1. Logros del PAI. Uno de los logros a nivel nacional es la introducción de nuevas vacunas :

- Vacuna Pentavalente (2002 - 2003)
- Vacuna contra Influenza Viral, niños de 6 a 23 meses (2007)
- Vacuna contra Neumococo, niños de riesgo menores de 2 años (2006 - 2007) y a partir del 2010, para todos los niños que nacieron a partir del 1 de Octubre.
- Vacuna Rotavirus, niños de bajo peso al nacer (2008)

4.3.1.3. A Nivel Local

El Municipio de Santiago de Cali, para el desarrollo del Programa Ampliado de Inmunizaciones, sigue los objetivos y lineamientos del Programa PAI del Ministerio de la Protección Social. Se ha colocado como meta en los ODM lograr una cobertura del 95% en todas las vacunas del PAI, para los niños y las niñas menores de cinco (5) años, no solamente la DPT y el triple viral que son los biológicos establecidos para el objetivo 4.

En el 2005, la Secretaría de Salud Pública Municipal con el fin de fortalecer las acciones de control de la mortalidad por neumonía en niños, promueve la inclusión de la vacuna contra neumococo en niños (este biológico previene la mortalidad por enfermedad invasiva neumococica: neumonías y meningitis), especialmente, en niños con factores de riesgo asociados a la mortalidad por neumonía, que residían en comunas de riesgo y por tanto, de alta vulnerabilidad social, lo que finalmente se concreto en un proyecto piloto local (coordinado por el Dr. Jorge A. Holguín Ruiz, médico Otorrinolaringólogo del Grupo Atención al Niño), que se desarrolló con recursos municipales asignados al Área de Aseguramiento y Red de Servicios de esta Secretaría y la participación activa de directivos y personal de salud de las Empresas Sociales del Estado, iniciativa que luego fue adoptada a nivel nacional, cuando en Noviembre de 2010, el Ministerio de la Protección Social, incluye este biológico en el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

4.3.2. Objetivos

Erradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, contempladas en el esquema del PAI adoptado para Colombia, con el fin de interrumpir las cadenas de transmisión, disminuyendo las tasas de mortalidad y morbilidad, prioritariamente en la población objeto del PAI.

4.3.3. Competencias

El municipio de Santiago de Cali cumple con las siguientes competencias en el PAI:

- Distribución de biológicos a IPS públicas y privadas, según programación local.
- Apoyo técnico, administrativo y logístico para el desarrollo del programa regular y las acciones de intensificación de vacunación.
- Seguimiento y evaluación de las coberturas de vacunación.
- Acciones de vigilancia en salud pública, en la investigación de casos y búsqueda activa de contactos.
- Realiza estrategias de canalización y de Información, Educación y Comunicación (IEC).

4.3.4. Operación del Programa

En cuanto a la operatividad del PAI, en 1991 la Secretaría de Salud Pública Municipal, designa como Coordinadora del Programa a la Enfermera Nancy Landazábal García, hasta el año 1999, cuando asume la Enfermera Liliana Alarcón Luna, hasta la fecha.

4.3.5. Estrategias

El 95 % de las IPS públicas y privadas del Municipio de Santiago de Cali, utilizan la estrategia de “Vacunación sin barreras” [76] que permite la ampliación de horarios para facilitar el acceso al servicio, fortalecer la promoción y la demanda inducida con la activa participación de las EPS del subsidiado y contributivo y la participación de grupos de la comunidad.

4.3.6. Vigilancia epidemiológica

La vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas, tiene por objetivo establecer de forma regular la distribución en tiempo, lugar y persona de los sucesos relacionados con las enfermedades prevenibles por vacuna. Identificar los cambios en las tendencias de los eventos relacionados con las enfermedades prevenibles por vacunas. Aportar información operativa para la toma de decisiones. Mejorar la notificación, los registros, la elaboración, presentación y análisis de datos de la vigilancia de los acontecimientos relacionados con las enfermedades prevenibles por vacunas. Fomentar el desarrollo de investigaciones que complementen el proceso de vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas, entre otros.

Para medir y controlar el impacto de la vacunación se realizan actividades de vigilancia epidemiológica y de salud pública, con notificación estricta, de acuerdo con el tipo de biológico y la meta de control de la enfermedad:

1. Poliomielitis: notificación de casos probables de parálisis flácida aguda, en menores de 15 años. La “Tasa de Búsqueda de Parálisis Flácida Aguda” entre 2005 y 2007 fue de 0.7 y 0.53 casos por 100,000 y entre los años 2006 y 2008 estuvo en 1.77 y 1.02 casos por 100,000 menores de 15 años. La meta para Colombia es tener una tasa ≥ 1 por 100,000 menores de 15 años.[40]
2. En los últimos cinco años no se han reportado nuevos casos de hepatitis B en menores de cinco años; hecho importante pues la eficacia de la vacuna es de 100 % en neonatos y 90 % en adultos y adolescentes.
3. A pesar de tener coberturas útiles con pentavalente o DPT, se ha encontrado en los últimos años, tasas de incidencia de tosferina en menores de cinco años, por encima del promedio nacional. Entre 2004 y 2007 hay una tasa de tosferina de 45.1, 48-6 y 32.2 casos por 100,000 niños y niñas menores de cinco años.
4. Asegurar la aplicación de la segunda dosis de HIB, cuya protección es cercana al 100 %.
5. La vacuna antituberculosis, busca prevenir la meningitis tuberculosa: la tasa de incidencia en 2007 y 2008 es de 2,26 y 0,57 por cada 100,000 niños y niñas menores de cinco años, respectivamente.
6. Se hace seguimiento con la búsqueda activa de sarampión y rubeola, de 2004 a 2008 no hubo casos confirmados.
7. Desde que se inició la vacunación anti amarílica en el esquema (2005), el reporte de casos ha sido negativo.
8. A septiembre 30 de 2011, todos los biológicos cumplen con la meta de cobertura esperada.
9. Para verificar las coberturas útiles se realiza monitoreo rápido de coberturas de vacunación, con un muestreo aleatorio en cada comuna, utilizando la metodología del Ministerio de la Protección Social.

4.3.7. Capacitación

Para el desarrollo de acciones integrales del PAI se tiene en cuenta que el nivel técnico del recurso humano obedezca a las necesidades del PAI y se planifica la capacitación para que el Programa tenga talento humano experto permanentemente. La Secretaría de Salud Pública Municipal desarrolla en convenio con el SENA, un programa de Evaluación de competencias en vacunación, donde participa personal profesional y técnico del programa de las Empresas Sociales del Estado y de las Empresas Promotoras de Salud y se realiza una actividad mensual de educación continua en vacunación.

4.3.8. Comunicación, Educación y Movilización Social

Las actividades de información, educación y comunicación como apoyo al PAI son parte de una estrategia que puede contribuir a generar cambio de actitud de los trabajadores de salud y de la población, lograr coberturas óptimas de vacunación y mantener la confianza en los programas nacionales de inmunización. Estas actividades apuntan a brindar conocimiento, desarrollo de destrezas y habilidades a nivel personal, familiar y comunitario. La adquisición de conocimientos básicos sobre vacunación es uno de los objetivos más importantes de la educación a la comunidad.

Este objetivo se logra mediante diversas estrategias, como talleres de capacitación dirigidos al personal de salud, charlas a la comunidad por parte del personal de salud, mensajes a través de los medios de comunicación, representación gráfica de eventos y coberturas de vacunación (salas situacionales), afiches, carteleras y otras formas de educación no formal.

Por otra parte, ningún programa de salud pública puede tener el impacto esperado si no se sensibiliza adecuadamente a la comunidad para que se informe, acepte y tome parte activa en las acciones de promoción y prevención. En Cali, durante las jornadas de vacunación, tanto nacionales, como locales y en los barridos y monitoreos rápidos de coberturas, se busca la participación activa de otras instituciones, del personal de salud y la comunidad en general.

4.3.9. Monitoreo, Supervisión y Evaluación

Teniendo en cuenta que la calidad es directamente proporcional a la eficacia y a la eficiencia mediante la cual se ejecutan los procesos. En el PAI, estas dos características están relacionadas con el logro de coberturas mayores del 95 % en el 100 % de todos los biológicos y en cada grupo objeto de atención. En este sentido, se realiza supervisión al recurso humano que desarrolla tareas de vacunación o vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles. Esta actividad es parte de un proceso continuo de capacitación, adiestramiento y control de las tareas asignadas, que contribuye al mejoramiento de los procedimientos y posibilita el cumplimiento de los objetivos trazados.

En cuanto al seguimiento, se verifica periódicamente que el trabajo se esté desarrollando de acuerdo con lo planeado, identificando las causas de incumplimiento de las metas y adoptando las medidas pertinentes en forma inmediata y oportuna para su corrección. En cuanto a la evaluación, periódicamente se analiza el desarrollo del programa, mediante la revisión de información estadística, sobre el cumplimiento de actividades, objetivos, metas, resultados e impacto.

4.3.10. Estudios realizados

4.3.10.1. Cobertura vacunal en niños de 12 a 47 meses de edad en estratos 1 y 2 de la zona urbana de Cali, año 2002. Jorge H. Rojas, Helmer Zapata, Alberto Alzate, Álvaro Rodríguez. Colombia Médica 2002

4.3.10.1.1. Objetivo Estimar la prevalencia de vacunación con esquema completo en los niños de 12 a 47 meses de edad de los estratos 1 y 2 de la zona urbana de Cali en el año 2002 según biológicos y las categorías de las variables socio-demográficas de la familia, la madre y del niño.^[77]

4.3.10.1.2. Resultados Se obtuvo como resultado que la cobertura de vacunación con esquema completo de primer año fue 65.8 % (62.1-69.5), con diferencias significativas por estratos uno y dos.⁹¹ En el grupo de 12 a 47 meses, las coberturas según biológico más bajas fueron para anti-Haemophilus influenzae tipo B fue 71.8 % (68.6-75) y anti-hepatitis B 92.2 % (90.1-94.3). Además se encontró relación estadística⁹² al comparar las coberturas de vacunación con la edad de la madre, escolaridad de la madre, tiempo que trabaja la madre, ingresos familiares y tipo de afiliación al sistema de salud. Así mediante esta investigación se llega a la conclusión que a pesar de que la norma del Ministerio de Protección Social de Colombia establece como mínimo 95 % de cobertura vacunal, en la práctica las coberturas vacunales de la población estudiada para algunos biológicos fueron bajas.

4.3.11. Cumplimiento de los objetivos del PAI

Las coberturas de vacunación en casi todos los biológicos, tuvieron coberturas muy bajas (alrededor del 50 %) en los años 1999 y 2000, pero a partir del año 2001 empiezan a aumentar logrando mantener coberturas cercanas o superiores al 100 %. Este es el caso de la vacunación antipolio, DPT, antihepatitis B, HIB (Haemophilus influenza tipo B), BCG (después de 2005 se cuantifica con la vacuna pentavalente), a partir de 2005 se incluye en la vacuna antiamarilica para los niños entre 12 y 23 meses, logrando coberturas útiles.

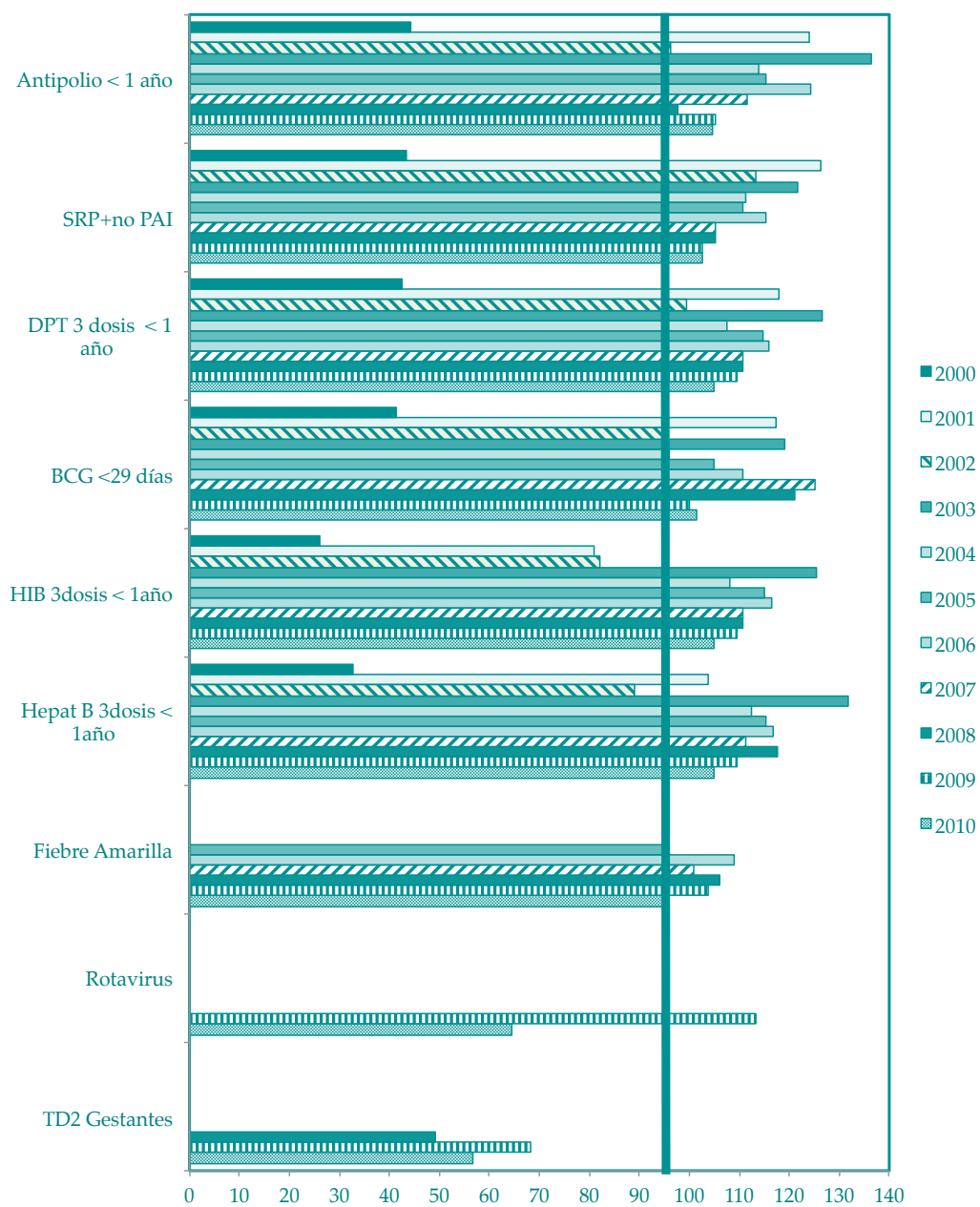
En el 2010, las coberturas para niños menores de 1 año, son mayores del 100 % en todos los biológicos (se vacunan niños de los municipios cercanos). Las coberturas para rotavirus y la fiebre amarilla son menores al 95 % (Gráfico 29).

Comparando las coberturas del Municipio de Santiago de Cali, con otras ciudades, se encuentra que Cali tiene las mayores coberturas en todas las vacunas (Gráfico 30), excepto en BCG y Triple viral, en las que Medellín está por encima. Sobresale la cobertura de la vacuna antiamarilica, pues cumple con la meta de los ODM con una cobertura de 106 %. Colombia tiene una tasa de cobertura de 81 % y Bogotá de 74 %.

⁹¹ $\chi^2=42.4$, $p<0.05$

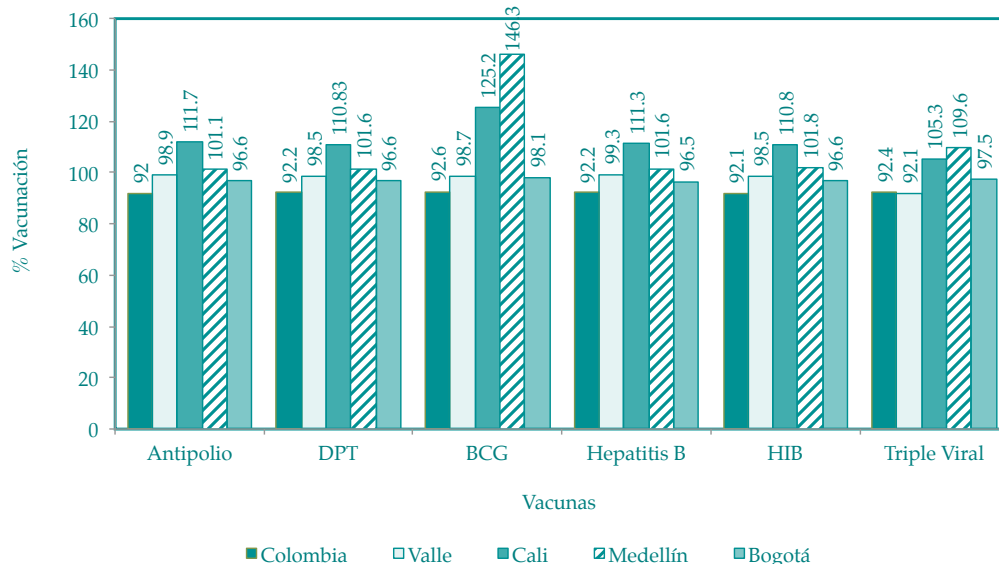
⁹² Prueba χ^2 , $p<0.05$

Gráfico 29. Coberturas de Vacunación en Menores de un año Municipio de Cali, 2000-2010



Fuente: Secretaría de Salud Municipal.

Gráfico 30. Cobertura de Vacunación según Biológico. Colombia y Ciudades Principales, 2008



Fuente: Programa PAI y VSP Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali

4.3.12. Logros y Retos

Después de tener coberturas muy bajas al inicio del 2000, se ha logrado mantener coberturas de vacunación por encima del 95 %, en los menores de 5 años en todos los biológicos del PAI y mantener el monitoreo rápido, que permite identificar la situación de bajas coberturas por comunas. Uno de los retos se orienta a la realización de estudios de mortalidad perinatal y de nacidos vivos con el fin de identificar problemas de mortalidad prevenible y de mejorar el sistema de información, para evitar la pérdida de registros de nacido vivo o de mortalidad temprana.

4.3.13. Limitantes del Programa

Uno de las limitantes del programa PAI, es el sistema de información que requiere fortalecerse en las instituciones de la red pública, puesto que algunas instituciones no disponen de equipos suficientes para atender la demanda de información de los programas. Igualmente no se ha instalado el software del Programa PAI en la Secretaría de Salud de Salud.

4.3.14. Publicación de la experiencia

El Programa PAI de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, realiza anualmente una publicación oficial donde se dan a conocer las coberturas obtenidas con todos los biológicos en la población menor de cinco años y vacunación contra TD para mujeres en edad fértil y las actividades que se realizan, como jornadas, monitoreos rápidos de cobertura y las actividades de asistencia técnica y capacitación.

4.3.15. Reconocimientos

El Municipio de Santiago de Cali fue reconocido en el 2010 y 2011 por el Ministerio de la Protección Social y el Programa Acción Social de la Presidencia de la República, como líder en atención a población en situación de desplazamiento por los resultados de los tres indicadores que la Política de Salud Pública establece para la población en situación de desplazamiento: cobertura útil en vacunación para los niños y niñas, atención oportuna a madres gestantes y aseguramiento del 99 % de personas.

En este capítulo se hace especial reconocimiento a los siguientes profesionales que en uno u otro momento han participado como responsables directos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI de la Secretaría de Salud Pública de Cali: Nancy Landazábal García, Liliana Alarcón Luna y a su equipo de trabajo.

Al Dr. Jorge A. Holguín Ruiz y al equipo de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud Pública Municipal, a los trabajadores de salud de las Empresas Sociales del Estado y Empresas Promotoras de Salud, y a la comunidad que participa en este proceso.

4.4. LACTANCIA MATERNA - INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAMI).

Yalila Yoda Céspedes, Elsa Patricia Muñoz, Luz Marina Melo Calero, Marta Cecilia Jaramillo Mejía, Rocio Vera Llanos, Mauricio Astudillo Rodas.

4.4.1. Antecedentes

La lactancia materna es la acción natural de alimentar al bebé con el alimento producido por la madre, conocido como leche materna, o en su defecto por una madre sustituta que asuma ese papel. Este alimento, además de ser la mejor opción que se le puede ofrecer al bebé en su primera hora de vida, es también un factor importante que influye en el desarrollo de cualquier sociedad, principalmente porque ofrece beneficios que ningún otro alimento proporciona: lo favorece en su adaptación al mundo, en su desarrollo psicoafectivo y en su relación con la madre; lo protege de enfermedades infecciosas, y es el alimento más nutritivo que existe, pues “estimula su desarrollo emocional y motriz, su coeficiente intelectual, su desarrollo visual, auditivo y comunicativo”. [78]

La protección, la promoción y el apoyo de la lactancia es una prioridad de desarrollo de cualquier país. Su logro tiene implicaciones de orden social, económico y ambiental de gran magnitud y en plazos de tiempo distintos. Hay estudios que documentan que la lactancia materna : salva vidas, favorece el crecimiento y desarrollo del niño, protege contra la diarrea y otras enfermedades infecciosas comunes, es buena para la salud y bienestar de la mujer, ahorra dinero y contribuye a la conservación del ambiente, puesto que es un recurso natural y renovable. [79]

4.4.1.1. A nivel Internacional

En el escenario internacional, la promoción de lactancia materna se fortalece en 1979, en una reunión conjunta OMS/UNICEF, sobre prácticas de alimentación infantil y se crea la necesidad de un código que reglamente la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. En 1981, la OMS adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, que buscaba proteger a los lactantes, al garantizarles una adecuada nutrición en los primeros meses de vida.

4.4.1.1.1. Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) En 1989, se firma una declaración conjunta entre la OMS y la UNICEF acerca de la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, en lo que se denominó: los diez (10) pasos hacia una lactancia feliz (Tabla 13), ratificada en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, en el año 1990. Para ese mismo año, en Florencia (Italia) se firmó la Declaración de Innocenti⁹³, como resultado del trabajo conjunto de los hacedores de política del programa: “la lactancia en el decenio 1990: una iniciativa a nivel mundial”. Esta declaración facultó a los Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) y a las Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia (IAMI) para que se acreditaran una vez alcanzaran los diez (10) pasos para una lactancia feliz.[80]

Tabla 13. Diez (10) pasos hacia una lactancia feliz.

-
1. Disponer de una política
 2. Capacitar a todo el personal
 3. Capacitar a las gestantes sobre la lactancia materna
 4. Iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto
 5. Enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia
 6. Dar a los recién nacidos leche materna en forma exclusiva
 7. Facilitar el alojamiento conjunto
 8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda
 9. No dar a los niños biberones y chupos
 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo
-

Fuente: UNICEF-Colombia, Lactancia materna.

La experiencia mundial ha demostrado que la estrategia IAMI es una de las intervenciones más costo-efectivas para disminuir morbilidad y mortalidad infantil y para favorecer el vínculo afectivo, pero lamentablemente, como ocurre con otras intervenciones, a pesar de que sabemos que funcionan, se han ido dejando de lado en pos de nuevas intervenciones dirigidas a atender situaciones de emergencia. Es necesario volver a insistir en estas estrategias e iniciativas de bajo costo que salvan vidas y mejoran el bienestar de las mujeres, de la niñez y las familias.

4.4.1.1.2. Semana Mundial de Lactancia Materna En 1992 se realiza en Roma la Conferencia Internacional de Nutrición y Plan de Acción de Nutrición y en este mismo año la WABA (alianza mundial a favor de la lactancia materna), UNICEF y la Red IBFAN, entre otras instituciones, promueven la realización de la “Primera Semana Mundial de Lactancia Materna” del 1 al 7 de Agosto, con el tema: “Hospitales Amigos de los Niños”, desde entonces anualmente en muchos países, entre éstos Colombia y en ciudades como Cali, se celebra esta semana, como un evento de promoción de esta práctica (Tabla 14).

En el escenario de la OPS, desde mediados de los 90, la región de América Latina presentaba un panorama complejo, con respecto a las prácticas de lactancia materna, especialmente la lactancia exclusiva para los primeros seis (6) meses de vida, por su baja tasa de prevalencia, en contraste con los altos índices del amamantamiento. A raíz de esta situación, la OPS pudo diferenciar dos (2) tipos de factores: los que están fuertemente relacionados con la decisión directa de la madre (tipo individual, familiar o comunitario) y los socioeconómicos que influyen también en la decisión de la madre. En consecuencia, fue posible estipular la importancia de

⁹³ “[...] meta mundial para la salud y la nutrición óptima de la madre y del niño, que todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente a pecho desde el nacimiento hasta los seis meses de edad [...]”. Declaración de Innocenti, Florencia (Italia) 1990.

los servicios de salud para el análisis adecuado de las causas del destete precoz y formular “estrategias efectivas” en pro de la lactancia materna.

Tabla 14. Semana Mundial de Lactancia Materna a través del Tiempo.

1992 : “Hospitales amigos de los niños”
1993 : “Lugares amigos de las madres y los niños”
1994 : “Lactancia materna : fuerza de la mujer”
1995 : “El código de sucedáneos de la leche materna”
1996 : “Lactancia materna : una responsabilidad de la comunidad”
1997 : “Lactancia materna : un recurso natural y renovable”
1998 : “Lactancia materna : la mejor inversión”
1999 : “Lactancia Materna: Educación para la vida”
2000 : “Lactancia materna: es tu derecho”
2001 : “Lactancia en la era de la información”
2002 : “Madres saludables, bebés saludables”
2003 : “En un mundo globalizado, por paz y justicia”
2004 : “Lactancia materna : satisfacción, seguridad y sonrisas”
2005 : “Lactancia materna y alimentación complementaria: Los alimentos de familia: caseros, sanos y saludables”
2006 : “Vigilando el Código: 25 años en defensa de la Lactancia materna”.
2007 : “Lactancia materna: La primera hora salva un millón de bebés!”
2008 : “Apoyando a la madre: ¡ganamos todos!”.
2009 : “Lactancia Materna: Una respuesta vital en emergencias. ¿Estamos preparados-as?”
2010 : “Lactancia Materna: Cumplamos los 10 Pasos! Hospitales amigos y Más”
2011 : “Hablemos de Lactancia Materna” Una experiencia en tercera dimensión (3D).

4.4.1.1.3. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño En mayo del 2002, los Estados miembros de la OMS firmaron en el marco de la 55a Asamblea Mundial de la Salud: la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”. Esta declaración, además de poner en conocimiento todas las disposiciones tratadas hasta ese momento, dio especial atención a las necesidades especiales de los niños y niñas en determinadas circunstancias, promoviendo políticas para la alimentación en el espacio y tiempo adecuado.

En mayo de 2006, en la 59 Asamblea Mundial de la Salud se reitera el apoyo a la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”, como un paso importante hacia el logro del cuarto objetivo de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad infantil), se insta a los estados miembros a renovar su compromiso para cumplir con el Código de Sucesos de Lactancia Materna, a la reactivación de los Iniciativa Hospitales Amigos del Niño, para proteger, promover y apoyar la lactancia natural y se pide a los donantes y a las instituciones internacionales que dirijan recursos financieros para que los Estados Miembros puedan realizar estas actividades.

4.4.1.1.4. Objetivos Los objetivos de las actividades de lactancia materna, en general, han estado orientados al desarrollo de un ambiente en el que las madres puedan amamantar a sus hijos exclusivamente durante los primeros seis meses de vida y a continuar la lactancia con alimentos complementarios apropiados hasta el segundo año de vida. Apoyar el desarrollo de la

capacidad técnica de los equipos de salud a fin de crear las condiciones para que la comunidad, junto con sus servicios de salud, promuevan, protejan y apoyen el amamantamiento.

4.4.1.1.5. Estrategias Para lograr estos objetivos, la OPS propuso siete (7) estrategias que estaban encaminadas al fomento de la lactancia materna: 1) promocionar la lactancia materna a través de programas de mercadeo, educación y comunicación; 2) proteger la lactancia a través de leyes, tratados y acuerdos; 3) ofrecer apoyo a las madres de manera práctica y oportuna; 4) coordinar a los organismos de salud; 5) contar con un sistema eficaz de transmisión de la información; 6) realizar programas de educación en todos los niveles; 7) contar con un proceso investigativo que permitiese la identificación de nuevas técnicas y conocimientos.

4.4.1.2. A Nivel Nacional

En el plano nacional, la promoción de la lactancia materna, a cargo del ICBF, se inició con la expedición del Decreto 1220 de 1980, mediante el cual se ratificó el compromiso por cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. En 1985, mediante la formulación del programa SUPERVIVIR, se hizo mención de actividades que debían ser encaminadas a favor de la nutrición y la lactancia materna. Es así como, a través de la ley 12 de 1991, Colombia adoptó la iniciativa internacional de los diez (10) pasos hacia una lactancia feliz, cuyo propósito principal fue implementar la lactancia materna como una estrategia de supervivencia infantil, e igualmente, de acuerdo a lo expresado por PROINAPSA-UIS (2005):

“[...]a fin de contribuir a la disminución de las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, derivadas del consumo inadecuado de fórmulas infantiles y del inicio precoz de alimentos complementarios, que de manera errada aún se estimula en muchas instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS.” [81]

En 1991, el entonces Ministerio de Salud formuló el Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna (1991-1994), para fomentar la lactancia materna en todo el territorio, con la participación de diferentes actores que permitieran el mejoramiento del nivel de vida de los niños, niñas y las madres.

4.4.1.2.1. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) La Iniciativa se remonta a principios de los 90 cuando surge principalmente orientada a promover y proteger la lactancia materna, como una estrategia de supervivencia infantil enmarcada en el Plan Nacional de Lactancia Materna que por aquellos años impulsó el entonces Ministerio de Salud. Esta propuesta surgió al calor del estímulo que representó el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de Jefes de Países para la Infancia celebrada en la ONU, en Nueva York (septiembre de 1990), y procura el cumplimiento de los «Diez Pasos para una Lactancia Exitosa» orientados al fomento y apoyo de la lactancia materna a fin de contribuir a la disminución de las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, derivadas del consumo inadecuado de fórmulas infantiles y del inicio precoz de alimentos complementarios, que de manera errada aún se estimula en muchas instituciones prestadoras de servicios de salud.

En Colombia la Estrategia IAMI ha tenido tres momentos históricos. El primero, se inició en 1990 con la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños, estaba dirigido a fomentar la práctica de la lactancia materna como la forma óptima de alimentación de recién nacidos y niños menores de 2 años. Este periodo que abarcó cerca de una década, permitió importantes avances en la recuperación de esta práctica natural de alimentación infantil. El segundo momento fue de transición que estuvo marcado por profundas reflexiones y debates para la integración de acciones

y constantes esfuerzos para la revisión, ajuste y homologación de criterios, que concluyó con el replanteamiento de los diez pasos de la nueva Estrategia IAMI con enfoque integral y de derechos humanos con que hoy se cuenta y con la cual se pretende inaugurar una nueva etapa de la estrategia, que brinde más y mejores herramientas para la atención con calidad, continuidad e integralidad de las madres, niñas y niños del país.

El reconocimiento de las instituciones prestadoras de salud como Amigas de la Mujer y la Infancia, significa el cabal cumplimiento de estándares de calidad en la atención de la salud de mujeres, madres, niñas y niños, basados en la integralidad de acciones, en la continuidad de los cuidados tanto al interior de las instituciones de salud como los que se prestan en los hogares y las comunidades, y en la atención humana a las madres, niñas y niños y sus familias desde una perspectiva de Derechos.

4.4.1.2.2. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición. Con la entrada del nuevo milenio, se consideró que la Iniciativa IAMI resultaba más efectiva asociándola con otras estrategias (como AIEPI) en un marco más general, desarrollando un enfoque integral en la salud materno infantil.⁹⁴ Con la expedición de la Circular 032 del 9 de junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social, nuevamente refuerza las actividades de apoyo a la lactancia materna:

“[...] donde se invita a desarrollar las actividades de fomento y movilización social en torno a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y a fomentar la organización de grupos de apoyo tanto institucionales como comunitarios [...]” [82]

4.4.1.2.3. Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 - 2020. El Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 - 2020 “Un imperativo público para la protección y la alimentación adecuada de los niños, y niñas menores de dos años”, inició su divulgación en agosto de 2010, en desarrollo del marco de la Política Nacional de Primera Infancia y de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, bajo la coordinación del Ministerio de la Protección Social, con el apoyo de la Agencia Presidencial para la Acción Social, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y se enmarca en compromisos internacionales y nacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

Este Plan responde a las limitaciones identificadas en la evaluación del Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 1998- 2008, al acoger los más recientes lineamientos internacionales sobre el particular y al armonizar las acciones nacionales y territoriales en un marco amplio de derechos de la primera infancia y del derecho a la alimentación. Se espera que este Plan logre el compromiso de la sociedad en su conjunto y que así como fue formulado a través de un proceso en el que participaron las Entidades territoriales, las EPS del Régimen contributivo y subsidiado, Instituciones prestadoras de servicios de salud, expertos en lactancia materna, el ICBF y representantes de la academia, tenga igual acogida en su ejecución.

4.4.1.3. A Nivel Local.

En el escenario local, el desarrollo del Programa de Promoción de la Lactancia Materna y Supervivencia Infantil se gestó inicialmente a través de un convenio entre la Embajada de Estados Unidos y la USAID, en colaboración con UNICEF y bajo la dirección del Área de Salud

⁹⁴Ver apartado 2.2.5.1

de la Vicepresidencia Social de la Fundación FES, que estaba a cargo de la doctora Elsa Patricia Muñoz Laverde⁹⁵. El programa tuvo una duración específica desde 1993 hasta 1996. Su objetivo principal, fue retomar las experiencias exitosas que se estaban dando a nivel nacional, alrededor de la lactancia materna, con la participación de diversos estamentos (públicos y privados), orientados por los siguientes lineamientos: educación para la salud, introducción a los servicios y la formación del personal e investigación. En palabras de la doctora Muñoz:

“De manera específica en la ciudad de Cali, se cofinanciaron proyectos de la Secretaría de Salud Municipal para la validación de material educativo (mantas), programas educativos a profesionales de salud, con la participación del Dr. Jairo Osorno como asesor, y dotación de material educativo (mamas, audio/video y estudios exploratorios). Los resultados de los proyectos, eran documentados en informes que presentaban las entidades cofinanciadas y compilados por la Fundación FES para los informes presentados a USAID y a la Embajada de Estados Unidos”.

Una vez terminado el convenio, la promoción del programa de lactancia materna fue asumida por UNICEF a través del Ministerio de Salud. De manera paralela al convenio y a partir del año 1993, la Secretaría de Salud Pública Municipal comenzó a liderar, de manera intermitente, actividades que promovieran la lactancia entre la población caleña al tiempo que buscaba la apropiación por parte de las madres gestantes de los beneficios de esta práctica.

En 1992, se crea en Cali, el Comité Interinstitucional de promoción y apoyo a la lactancia materna⁹⁶, mediante el Decreto 1134 del 24 de Agosto firmado por el entonces Alcalde de Cali, Dr. Rodrigo Guerrero Velasco y como Secretario de Salud Municipal, el Dr. Alberto Concha Eastman (que ha funcionado intermitentemente hasta la actualidad).

4.4.1.3.1. Estrategia IAMI En el año 1995 después de trabajar arduamente en el cumplimiento de los “Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Materna” de manera mancomunada con los directivos y personal de salud de la red pública, se logro la certificación de los cinco hospitales: Cañaveralejo, Carlos Holmes Trujillo, Carlos Carmona y Joaquín Paz Borrero, por parte de UNICEF, que era el organismo internacional responsable de verificar el cumplimiento de los estándares de esta Iniciativa y otorgar la certificación.

En el año 2007, con el Plan Nacional de Salud Pública, que promueve entre otras estrategias para mejorar la salud infantil (Objetivo 1 de este Plan) la Estrategia IAMI, se retoman las acciones conducentes a su fortalecimiento, siguiendo los lineamientos de la primera versión “Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el marco de los derechos”, que ha sido ajustada en tres ocasiones (Mayo de 2008, Febrero de 2010 y Enero de 2011).

En el Plan de Desarrollo Territorial 2007-2011, La Secretaría de Salud de Cali, estableció como meta la re-acreditación de los cinco hospitales como IAMI, tarea en la cual ha estado empuñada en los últimos cinco años, inicialmente haciendo parte del Grupo Atención al Niño y luego como parte de la Línea de Seguridad Alimentaria y Nutricional. El trabajo ha estado enfocado al cumplimiento de los Diez Pasos de la Estrategia IAMI y a los Criterios Globales que se aceptan como los estándares a lograr, para convertirse en una Institución Amiga de la Mujer y la Infancia. En este proceso la voluntad política de los directivos y personal de salud de las instituciones juega un papel importante, pues de ellos depende que se avance o retroceda. El primer paso es realizar una auto-apreciación (se cuenta con instrumentos estandarizados) de

⁹⁵Médica Epidemióloga, Secretaría de Salud de Cali, ex coordinadora del Área de Salud de la Vicepresidencia Social de la Fundación FES.

⁹⁶ Cuyos objetivos son, entre otros: promocionar y celebrar la Semana Mundial de Lactancia Materna, socializar las actividades que realizan las instituciones de salud y mantener actualizado al personal de salud, en el tema de lactancia materna.

sus prácticas vigentes con respecto al cumplimiento de los Diez Pasos, que se convierte a la vez en la línea de base para evaluar el proceso periódicamente (se recomienda cada tres meses) y tomar decisiones.

Cuando la institución de salud cumple entre el 90 y 100 % de los indicadores de cada uno de los pasos del formulario de auto-apreciación, se solicita la evaluación externa, a través de la cual se califica el cumplimiento de los criterios globales en la institución y permite al equipo de evaluadores externos reportar el grado de cumplimiento a la autoridad competente (municipal o departamental,) para definir su reconocimiento como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia e informa sobre su decisión al Ministerio de la Protección Social y a Unicef, quienes avalan el proceso y solicitan preparar el evento de acreditación.

Este proceso se ha seguido en Cali, inicialmente en el 2009 y 2010 con el acompañamiento de la Fundación Santa Fe de Bogotá y en el 2011, con un Grupo de Evaluadores Externos de la ciudad de Pasto. Producto de este trabajo, en Marzo de 2011, se logro la acreditación de dos de los cuatro hospitales que en estos momentos cuentan con sala de partos funcionando. Estas instituciones son : Hospital Primitivo Iglesias (ESE Centro) y Hospital Cañaveralejo (ESE Ladera), quedando pendientes los Hospitales Carlos Carmona y Carlos Holmes Trujillo, quienes están trabajando para obtener este logro y al finalizar el 2011, tienen porcentajes de cumplimiento cercanos al 50 y 60 % respectivamente.

4.4.2. Estudios realizados

“Encuesta sobre conocimientos y prácticas en gestantes”, para determinar la apropiación de la práctica de lactancia materna en gestantes atendidas en instituciones hospitalarias públicas y privadas de Santiago de Cali para la atención del parto en el periodo 2003 a 2006. Se aplicaron 621 encuestas a púérperas que se encontraban en las salas de hospitalización en el momento de la visita de un profesional de la Salud de la Secretaria de Salud Pública Municipal o de la IPS con previo consentimiento. Entre otros resultados, se encontró que el 68 % de las madres que procedían de Cali, iniciaron la lactancia dentro de la hora siguiente al nacimiento.

Tabla 15. Estudios realizados sobre Lactancia.

Año	Título
1991	Lactancia materna en zonas marginales de grandes ciudades
1992	Lactancia materna en instituciones de salud de grandes ciudades
2001	Conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de mujeres y personal de salud del Valle del Cauca.
2002	Representaciones sociales de lactancia materna exclusiva en Cali, Colombia
2003	Lactancia exclusiva en Cali
	Entre otras investigaciones en curso.

En cuanto al apoyo que dieron los servicios de salud para la práctica de lactancia se encontró que solo al 24. % de las madres les dieron recomendaciones para amamantar y en igual porcentaje les ayudaron a colocar el bebe al seno. En cuanto a conocimientos sobre lactancia, alrededor del 60 % de las madres, conocían acerca de lactancia exclusiva (frecuencia de amamantamiento, tiempo de duración), cada cuanto dar de lactar, enfermedades que se previenen

con la lactancia materna y beneficios para la madre. Este estudio fue realizado por la Enfermera Yalila Yoda Céspedes, con el apoyo técnico de la Dra. Elsa Patricia Muñoz Laverde.

Los estudios más significativos con relación a lactancia, en Cali y Colombia, han sido realizados por el equipo de investigación en salud de la Fundación FES, los cuales han servido de marco de referencia para algunas de las actividades de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Algunos de estos estudios son :

4.4.3. Cumplimiento de los objetivos de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna

En lo que respecta a los resultados obtenidos de los programas adelantados para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, se expresa que para 2004, el país contaba con 186 instituciones (IPS) acreditadas⁹⁷ IAMI, de las cuales cuatro (4) eran del Municipio de Santiago de Cali: Hospital Primitivo Iglesias, Hospital Joaquín Paz Borrero, Hospital de Cañaveralejo y Carlos Holmes Trujillo.

Tabla 16. Duración de Lactancia Materna.
Colombia, Valle del Cauca y Cali, 2005 y 2010

ENDS 2005	Lactancia Total	Lactancia Exclusiva
Colombia	14.9	2.2
Valle*	10.7	3.2
Cali	18.5	3.2
ENDS 2010	Lactancia Total	Lactancia Exclusiva
Colombia	17	3.3
Valle*	10.6	1.9
Cali	15.6	0.8

Fuente : ENDS 2005 y 2010

* Valle sin Cali, ni Litoral Pacífico.

Según las ENDS 2005 y 2010, la duración total de lactancia en Colombia, paso de 14.9 meses en 2005 a 17 meses en el 2010 (cifra inferior a la recomendación internacional de 24 meses). En lo que respecta a la lactancia exclusiva, Colombia pasó de 2.2 meses en 2005 a 3.3 meses en 2010. Las cifras para Cali no son alentadoras, puesto que se pasó de 18.5 meses de lactancia total a 15.6 meses y en cuanto a lactancia exclusiva, de 3.2 meses a 0.8 meses (práctica no apropiada para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños, por cuanto lo recomendado por la OMS y el Ministerio de la Protección Social, es que sea de 6 meses). En el Valle del Cauca las cifras de lactancia total permanecieron estables y la lactancia exclusiva paso de 3.2 a 1.9, declinando en 1.3 meses (Tabla 16). Según la ENDS 2010, en el Municipio de Cali, el 67 % de las madres inició la lactancia dentro de la primera hora de nacimiento del bebé (práctica recomendada para contribuir a disminuir la mortalidad en la primera semana de vida).

Como conclusión puede decirse que los resultados presentados en las ENDS 2005 y 2010, no son los esperados, puesto que se evidencia en el Municipio de Santiago de Cali una disminución de la lactancia total de 2.9 meses (pasó de 18.5 a 15.6 meses), que pudiera explicarse por las barreras de acceso a los servicios de salud (de tipo geográfico y administrativo).

⁹⁷ Reconociendo que la acreditación es por tiempo limitado, las instituciones se comprometen a llevar procesos de evaluación y re acreditación.

4.4.4. Publicaciones

No se han realizado publicaciones que recojan esta experiencia, sin embargo, se han realizado informes puntuales relacionadas con actividades como la Semana Mundial de Lactancia Materna, en los boletines de la Alcaldía de Cali y en los diarios de la ciudad.

4.4.5. Reconocimientos

En este capítulo se hace especial reconocimiento a los siguientes profesionales que en uno u otro momento han apoyado y hecho posible las acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en Cali: Alberto Concha Eastman, María Eugenia Villaquirán de González, María Eugenia Carvajal de Guerrero, Elsa Patricia Muñoz Laverde, Melba Franky de Borrero.

A Yalila Yoda Céspedes, quien ha sido la responsable de las actividades de lactancia en la Secretaría de Salud Municipal y ha dedicado los últimos 18 años de su vida a trabajar este interesante tema, que ha sabido combinar, con el arte y la cultura.

Al Dr. Jairo Osorno, porque con su conocimiento y experiencia, hizo que muchos profesionales de los servicios de salud y estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad del Valle, se interesaran por el tema de lactancia materna.

A las enfermeras jefes de las salas de partos de los hospitales de la red pública, especialmente a Amanda Ortiz, quien trabajo con mucho interés hasta lograr la re-certificación del Hospital Primitivo Iglesias, como un Hospital amigo de la Mujer y la Infancia - IAMI, en el 2010.

Al Dr. Julio Cesar Mateus y al grupo de investigación de la Fundación FES, por sus aportes en el área de la investigación en lactancia materna a nivel local y nacional.

Espacio para el capítulo 5

5. ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

5.1. ANTECEDENTES

La estrategia AIEPI, es una iniciativa que busca poner en práctica la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, la cual incluye el derecho a la vida, a la supervivencia, a la crianza y el desarrollo, bajo la responsabilidad de los padres, con el apoyo del estado, a la protección contra cualquier tipo de violencia, maltrato y abuso, a ser protegidos y atendidos dignamente por el estado cuando no tienen familia, a la seguridad social, a un nivel de vida que les permita su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social y a reconocer sus derechos, entre otros.

Reconoce que los niños y niñas estén saludables o enfermos, no deben ser considerados fuera del contexto social en que viven. Por tanto la estrategia enfatiza en la importancia de mejorar las prácticas de la familia y la comunidad y mejorar la atención que se brinda en las instituciones de salud, para que tengan la oportunidad de crecer y llegar a ser adultos saludables y productivos.

La estrategia AIEPI tiene tres campos de aplicación: los servicios de salud, la familia y la comunidad. Permiten una rápida detección de signos de alarma, la posibilidad de tener una consulta oportuna, una clasificación correcta y una conducta apropiada, además de fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud infantil.

5.1.1. A nivel internacional.

AIEPI es una estrategia diseñada conjuntamente por la OMS/OPS y la UNICEF en 1992, inicialmente buscó el mejoramiento de la infraestructura de las instituciones de salud de primer nivel,⁹⁸ y posteriormente se concluyó que el fin de la estrategia debía ser el de dar respuesta a las altas tasas de mortalidad infantil evitable y a la alta incidencia de casos, que de ser atendidos, podrían evitar complicaciones y muertes innecesarias; fue así como AIEPI se estructuró para enfocar su atención, desde una perspectiva integral, a los niños y niñas menores de cinco (5) años. Su implementación se inició en países africanos que trabajaron con factores de riesgo de forma individual (o con grupos pequeños) para responder a problemáticas específicas de las enfermedades.[83]

En 1996, la estrategia AIEPI, fue presentada e implementada (en la región) por la OMS y la UNICEF “como la principal estrategia para mejorar la salud de la niñez en las Américas?”.[84, p.9] Se introdujeron una serie de directrices generales, para la atención a las enfermedades, los niños y niñas menores de cinco (5) años.[84] Finalmente, se propuso desde la OPS, que la implementación de la estrategia, debía contemplar la participación tanto de los servicios de salud como de la familia y la comunidad. En 1999, la estrategia es ratificada en la Reunión de Ministros de Salud de las Américas y su implementación se extiende en la región.

A mediados de la década del 2000, en lo que respecta a América Latina y el contexto de sus sistemas de salud y las respectivas dinámicas sociales, han ocasionado que la estrategia se visualice más allá de la prevención, con enfoques de riesgo, hacia una proyección integral, la

⁹⁸Pues son los que reciben el mayor flujo de pacientes.

cual ha permitido identificar aquellos determinantes que permiten el bienestar de los niños y niñas menores de cinco (5) años. Lo anterior ha permitido que algunos países incluyan dentro de la estrategia AIEPI otras herramientas que no habían sido contempladas anteriormente⁹⁹, pero que ayudan a la consecución de los objetivos.

Actualmente, la estrategia ha sido adaptada, en casi todos los países de la Región de las Américas, los cuales la han incorporado a sus respectivas políticas y programas de salud; también ha sido incorporada a la realidad epidemiológica y operativa de los países y localidades. De acuerdo al informe del Banco Mundial (1999), la estrategia AIEPI, fue catalogada como la intervención más costo-efectiva para la atención infantil, lo cual es consistente con las evaluaciones realizadas en los países donde primero se implementó, pues estos evidencian una disminución en la mortalidad y en la calidad de la atención.

5.1.1.1. Objetivos

Relacionados con la reducción de la mortalidad y morbilidad

- Contribuir a reducir la morbi-mortalidad debida a enfermedades prevalentes enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición, malaria, dengue, maltrato y enfermedades prevenibles por vacuna.

Relacionados con los servicios de salud

- Contribuir a mejorar la calidad de la atención que se brinda a los niños y niñas en las IPS de la red pública y privada, brindando una atención integrada, disminuyendo el uso innecesario de laboratorio y medicamentos.

Relacionados con la familia y la comunidad

- Contribuir a mejorar la calidad de la atención que se brinda a los niños y niñas en el hogar, fortaleciendo los aspectos de promoción y prevención de la salud infantil, orientados a brindar cuidados apropiados en el hogar y búsqueda oportuna de atención.

5.1.2. A nivel nacional.

En el contexto nacional, la estrategia AIEPI fue acogida por el Ministerio de Salud en diciembre de 1998 e inició su implementación en enero de 1999.[85] En el año 2000, el Ministerio de Salud, establece que esta estrategia debía ser una prioridad en salud pública; igualmente, en ese mismo año se realizó el primer Curso Clínico Nacional para los profesionales de la salud. En 2004 se expide la Circular 0018, la cual establece entre otras metas, que al 2007 todos los municipios del país deben estar implementando la estrategia AIEPI. Posteriormente se expide el Decreto 3039 de 2007¹⁰⁰, que menciona en su Objetivo Primero: Mejorar la salud infantil, Implementación de Estrategias IAMI y AIEPI.

En el 2008, la Resolución 0425 tiene un componente que trata la Promoción de la salud y calidad de vida mediante la Implementación de las estrategias IAMI y AIEPI. Finalmente, en 2011, la Ley 1438 (Reforma al Sistema de Garantía de Seguridad social en Salud) plantea el componente de la atención integral, preferente y diferencial para la infancia y adolescencia, lo que permite la concertación, negociación y fortalecimiento de la intersectorialidad, mediante la promoción de la participación social y comunitaria. Esta estrategia requiere la gestión de recursos y la inversión óptima de acuerdo con la realidad de las comunidades.

⁹⁹Inclusive, algunos países adaptaron la estrategia y posteriormente le cambiaron la denominación a: Atención integral a la Niñez.

¹⁰⁰Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

5.1.2.1. Componentes.

La estrategia AIEPI a nivel nacional, se encuentra orientada a:

- Mejorar el desempeño del personal de salud para atender a los niños y niñas menores de cinco años y sus familias (Componente Clínico).
- Mejorar la organización de los servicios de salud para brindar una atención oportuna, eficiente y de calidad (Componente de gestión de los servicios de salud).
- Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de los niños en el hogar y en la comunidad (Componente Comunitario).

5.1.2.2. Beneficios

Se espera que mediante la implementación de estos componentes, se obtengan los siguientes beneficios:

- Abordar las principales enfermedades y problemas de salud de la población infantil.
- Responder a la demanda en salud de los menores de cinco años.
- Promover tanto el tratamiento efectivo de las principales causas de enfermar, como la promoción y la prevención.
- Contribuir a mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud.

5.1.3. A nivel local

En el Municipio de Santiago de Cali, la Estrategia, se inició en el 2000, cuando se dio a conocer la estrategia a las autoridades y directivos de la salud del sector público y privado, con el fin de incentivar la adopción de la Estrategia y la estructura necesaria para impulsarla.

Se analizó la situación de salud de los niños, encontrando que si bien la tasa de mortalidad infantil tendía a descender y continuaría mejorando, se debía principalmente a la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas, preveía un peso importante de muertes en el período neonatal, el cual era necesario y urgente intervenir, no sólo desde el sector salud, sino que debía contar con la participación de otros sectores, a fin de mejorar las condiciones de salud. Entraban por ese entonces en rigor los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Estrategia AIEPI, promovía contribuir a su cumplimiento.

En 1999, la Secretaría de Salud de Cali y la Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Valle del Cauca son invitadas por el Ministerio de Salud, la Dra. Melba Franky de Borrero y la T.S. Luz Marina Melo Calero a participar en el proceso de adaptación de la estrategia AIEPI para Colombia, dada la experiencia de Cali en los programas de salud Materno Infantil.

En el segundo semestre del 2000, se realizó en el Club San Fernando, la reunión de lanzamiento oficial de la Estrategia AIEPI con representantes del Ministerio de Salud y la OPS, a la cual asistieron funcionarios de salud de instituciones del sector gubernamental y privado, Cajas de Compensación Familiar y Sociedad de Pediatría del Valle, entre otros quienes firmaron un acta de compromiso con esta estrategia.

En el 2001, se elabora el Plan Operativo 2001-2003 y se incluye la Estrategia AIEPI como una intervención para contribuir a disminuir la morbi-mortalidad en el Plan de Desarrollo del Municipio de Cali 2001-2003, posteriormente en el Plan 2004-2007 y en el actual 2008-2011, con el fin de acceder a recursos para su implementación. En este mismo año, Cali, es sede de la Primera Reunión con Facultades del Área de Salud, para sensibilizar acerca de la estrategia a

los directivos y para la inclusión d AIEPI en el plan de estudios. Participaron 18 universidades del país a esta reunión, que fue convocada por el Ministerio de Salud y la OPS.

5.2. OBJETIVOS

Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia en la población menor de cinco años en el Municipio de Cali. Estos objetivos, están relacionados con cada componente de AIEPI y posibilitan la integralidad en la implementación de la estrategia.

5.3. INTERVENCIONES

Orientadas al control de: Infecciones Respiratorias Agudas (neumonía, Otitis, Faringo-amigdalitis, Enfermedades Diarreicas, Desnutrición y problemas de la alimentación, Enfermedades prevenibles por Vacunación, Malaria, Dengue, Maltrato y Violencia.

5.4. ESTRATEGIAS

- Sensibilización y concertación con los actores del sistema
- Capacitación al personal de salud y a agentes de la comunidad
- Seguimiento al proceso en las instituciones de salud y en la comunidad
- Información, Educación y Comunicación, orientada a la prevención y manejo de enfermedades prevalentes en la comunidad - Promoción de prácticas clave.
- Evaluación de los resultados, teniendo en cuenta los objetivos propuestos.

Selección de sitios a intervenir.

Se revisó el perfil epidemiológico del Municipio de Cali (2001) y de acuerdo a la situación de mortalidad por IRA y EDA en menores de cinco años, se seleccionaron las comunas con mayor número de casos para iniciar el proceso de implementación de la estrategia AIEPI en las instituciones ubicadas en las comunas 13, 14, 15 y 21, que conforman el llamado Distrito de Aguablanca y las comunas 1, 18 y 20 que hacen parte de la ladera del perímetro urbano.

Población objetivo

Niños y niñas menores de cinco años con sus respectivas familias, especialmente los que habitan en las comunas de mayor riesgo social y habitan en el Municipio de Cal. Para el 2000 la población estimada era de 41.983 menores de un año y 166.542 de 1 a 4 años, para un total de 208.525 niños menores de cinco años.

5.5. CRONOLOGÍA DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

A mediados del 2000 se realizó el primer curso sobre el componente clínico en Cali, con facilitadores del Ministerio de Salud, Secretaría de Salud de Cali y del Servicio de Salud de Antioquia, en el cual se capacitaron profesionales del sector público y privado. Luego, el Ministerio de Salud realizó cursos clínicos en Bogotá, Medellín y Barranquilla, donde se capacitaron otros funcionarios de la Secretaría de Salud de Cali. Posteriormente se inició la capacitación en los componentes organizacional, comunitario y neonatal.

En este mismo año se inició el proceso, empezando por adaptar los registros de AIEPI y su inclusión en la historia clínica y para facilitar su aplicación se elaboró una circular firmada por el Secretario de Salud Municipal donde se ordenaba aplicarla en las instituciones de salud. Se socializó la legislación del gobierno nacional, en relación al tiempo mínimo de consulta por médicos (20 minutos) y se empezaron a adaptar y/o reproducir materiales para capacitar al personal de salud.¹⁰¹ Se realizó en Cali, la Primera Reunión con Facultades del Área de Salud convocada por el Ministerio de Salud y la OPS, para sensibilizar a los directivos sobre la estrategia AIEPI y motivarlos a incluirla en sus planes de estudio. A esta reunión participaron 18 universidades del país.

En el 2002, se apoyó la realización de una encuesta institucional para conocer las condiciones de garantía de calidad del PAI, en instituciones públicas y privadas y se desarrolló una encuesta comunitaria para verificar las coberturas de vacunación en la población menor de un año de los estratos 1 y 2, con la dirección técnica del Dr. Jorge Rojas Palacio, responsable por ese entonces de las acciones de vigilancia del PAI.

En el 2003, después que el Ministerio de la Protección Social, hizo el lanzamiento oficial Componente Comunitario, se comenzó a trabajar en su adaptación y aplicación. Actualmente se trabaja en la implementación de las 18 prácticas clave de salud infantil que promueve este componente, tanto en los servicios de salud, como en la comunidad. Entre el 2004 y 2006 se extendió a otras instituciones y se inició con mayor fuerza el trabajo con las madres comunitarias y Fami, trabajo que se articuló con los Centros Zonales del ICBF.

Entre el 2006 y 2008 se capacitó en el componente de desarrollo infantil, a personal de salud que atiende niños en las instituciones de salud, por cuanto se considera este tema de vital importancia dentro del concepto de atención integral. Igualmente se promovió la utilización de “Normas técnicas para la detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de diez años”, del Ministerio de la Protección Social.

En el 2006, en cumplimiento de la ley 1098, que obliga a los entes territoriales a contar con un Comité Municipal de Infancia y Familia (CMIF), donde debe asistir un delegado al Concejo de Política Social (COMPOS), se designa al Dr. Jorge A. Holguín y la Dra. Martha Leticia Espinosa, como representantes de la Secretaría de Salud Pública Municipal ante este Comité, que tiene por objetivo propender por el cumplimiento de los derechos de los niños y adolescentes. Dos resultados importantes de este comité fueron la creación del Plan de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI) y la formulación de la Política Pública de Infancia y Adolescencia para el Municipio de Cali.

En el 2007, se realizó un Encuentro de Experiencias, con participación de las ESE, EPS y Secretaría de Salud Pública Municipal para socializar el trabajo realizado en cada componente y para destacar el trabajo relacionado con la reducción de la mortalidad, razón por la cual se entregaron “Menciones de honor” a las que entre el 2005 y 2007 tuvieron comunas con cero casos de mortalidad por IRA o EDA. Este ejercicio de reconocimiento por contribuir a la reducción de la mortalidad en la niñez, se repitió en el 2010. En el 2011 se hizo a las personas que se destacaron por su interés y esfuerzo en el proceso de implementación de AIEPI en los territorios.

En el 2008 se establecieron algunos indicadores para visualizar como iba el proceso de implementación de la Estrategia AIEPI y de acuerdo al cumplimiento de éstos, las instituciones se catalogaron con : adecuada, mediana e incipiente implementación, lo que ha facilitado visualizar los aspectos y sitios más críticos. Estos indicadores se han venido ajustando y sus resultados se comparten en visitas y reuniones con gerentes y directivos de las ESE. En el 2011 se revisaron

¹⁰¹ Afiches de clasificación y tarjetas para padres y cuidadores (componente clínico), rotafolios y afiches de prácticas familiares clave (componente comunitario) y plegables y botones de promoción de lactancia materna.

y establecieron indicadores para cada componente.

En el 2009 se realizaron dos reuniones de articulación con las Facultades de Medicina y Enfermería (Universidad del Valle, Libre, Santiago de Cali y San Martín), donde se presentó la Estrategia AIEPI, y como resultado de esta actividad, se realizó un curso con docentes de Enfermería, donde se entregaron materiales para utilizar en la docencia. En este mismo año la Secretaría Departamental de Salud convocó a las EPS y ESE a reunión sobre el Plan Operativo Anual, donde se recordaron los compromisos y actividades relacionadas con la implementación de la Estrategia AIEPI y se presentó la experiencia de Cali, al personal de salud de los municipios del Valle. A partir del 2010 se ha fortalecido la articulación con esta Secretaría y se han realizado actividades conjuntas.

A partir del 2009 se inició la asistencia técnica del Ministerio de la Protección Social al Municipio de Cali, para la implementación de la Estrategia AIEPI. Inicialmente con acompañamiento técnico de la Enfermera María Eugenia Ramírez, con quien se realizó un análisis DOFA en el proceso de implementación de la atención integrada. En el 2010 realizó asistencia técnica la Enfermera Constanza Amaya, con quien se visitaron algunas EPS para conocer la situación de implementación de AIEPI. En el 2011, el Doctor Fabián Díaz, ha realizado dos visitas de asistencia técnica, en la primera se dejaron recomendaciones sobre el proceso y en la segunda, se hizo seguimiento a los compromisos.

En el 2008 y 2010 en las reuniones nacionales sobre la Estrategia AIEPI, convocadas por el Ministerio de la Protección Social, se presentó la experiencia de Cali a las demás regiones del país. En la última reunión llamó la atención el proceso de vigilancia desarrollado y la significativa disminución de la mortalidad por IRA y EDA.

Desde el 2009, se realiza un seminario mensual sobre temas diversos de salud infantil, con la participación de expertos de acuerdo al tema seleccionado y asistencia de personal de salud de las ESE y EPS, además de estudiantes de áreas de la salud. Se participa en actividades de información y comunicación a través de medios como radio y televisión para difundir las prácticas clave de salud infantil.

Tabla 17. Temas en Salud Infantil.

1. Recurso Humano responsable de AIEPI
2. Registros de AIEPI actualizados
3. Cuadro de Procedimientos AIEPI Clínico
4. Espacio adecuado para la consulta
5. Equipo completo para la atención
6. Medicamentos completos
7. 20 minutos para la consulta
8. Rotafolio para educación a madres/cuidadores

Entre el 2009 y 2011 se ha participado en reuniones de revisión y ajuste al Componente Clínico convocadas por el Ministerio de la Protección Social y la OPS (ha participado la Dra. Melba Franky de Borrero). Teniendo en cuenta el perfil de salud del país, se incluyeron nuevos temas en el Componente Clínico : diabetes, epilepsia, VIH/Sida, Tuberculosis, Obesidad, Lesiones y Accidentes, Cáncer en niños, contenidos que actualmente están en proceso de ajuste y

posterior divulgación. En el Componente Comunitario se incluyeron actividades de salud oral y control de tuberculosis.

5.6. DESARROLLO COMPONENTES AIEPI

5.6.1. Componente Organizacional

El objetivo de este componente es contribuir a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención oportuna, eficiente y de calidad. Se ofreció un Curso sobre Organización Local en 2004 y posteriormente dos cursos más para nuevos funcionarios de las instituciones, principalmente enfermeras responsables de apoyar la implementación de la estrategia

5.6.1.1. Implementación en el sector público y privado

El Plan de Desarrollo 2008-2011 tiene como meta la implementación de la estrategia AIEPI en 67 instituciones de la red pública, sin embargo, se ha dado asistencia técnica a las EPS e IPS que han demostrado mayor interés: Coomeva y Grupo Saludcoop (Saludcoop, Cafesalud, Cruz Blanca).

5.6.1.2. Evaluación del componente

Con los siguientes ocho (8) indicadores se evalúa el estado de implementación del componente organizacional en las instituciones de salud:

De acuerdo al puntaje alcanzado, se cataloga el proceso, como se presenta en la siguiente Tabla:

Tabla 18. Clasificación de la implementación del componente organizacional.

Tipo de Implementación	Puntaje
Apropiada	7 - 8 puntos
Mediana	4 - 6 puntos
Incipiente	1 - 3 puntos

FUENTE: Grupo atención al niño - SSPM/Cali.

Los resultados obtenidos permiten concluir que el 90 % de las instituciones tienen una mediana implementación del componente organizacional.

5.6.1.3. Acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC)

En el 2011 se iniciaron las acciones de IVC, con apoyo del de Grupo de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios de la Secretaría de Salud Pública Municipal, con el fin de asumir de manera conjunta la rectoría en la atención integral a los niños y niñas menores de cinco (5) años, aplicando la Estrategia AIEPI. Los hallazgos se han socializado con los Gerentes de las ESE y otros directivos, al tiempo que se está haciendo seguimiento a los planes de mejoramiento.

5.6.2. Componente Clínico

El objetivo de este componente es contribuir a mejorar las habilidades del personal de salud, tanto en los establecimientos de salud, como en las universidades y en las escuelas formadoras

de recurso humano. Este componente se inició en Cali a partir del 2000. Desde entonces, la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, viene trabajando en su implementación en las IPS de la red pública y privada. Para su implementación se han desarrollado las siguientes actividades:

5.6.2.1. Capacitación

Es una de las actividades más importantes en el proceso de implementación de la Estrategia AIEPI y por esto se realizan cursos de actualización anuales en cada componente, a fin de garantizar su operatividad (Tabla 19). Los cursos incluyen materiales básicos (manuales, tarjetas, rotafolios y útiles de papelería), análisis de la situación de salud de los niños y niñas menores de cinco (5) años en el Municipio de Santiago de Cali. Se utiliza la metodología del Ministerio y la OPS/OMS,¹⁰² y se aplica un pre y post test para evaluar los conocimientos.

**Tabla 19. Personal de salud capacitado en el Componente Clínico.
Municipio de Cali, 2000-2011**

Año	Médicos	Enfermeras	Total
2000	38	3	41
2001	45	14	59
2002	41	14	55
2003	49	14	63
2005	27		27
2006	53		53
2007	25		25
2008	19	10	29
2009	39		39
2010	22		22
2011	66	1	67
Total	424	56	480

FUENTE: Grupo atención al niño - SSPM/Cali.

5.6.2.2. Seguimiento después de la capacitación

El seguimiento al personal médico para la correcta aplicación de la estrategia AIEPI se basa en la metodología que se utiliza en la capacitación en el curso clínico. El método consiste en que a todo niño que consulta, independientemente del motivo de ésta se le aplica el protocolo de atención y se le realiza el examen físico completo, que permite el hallazgo de signos y síntomas que orientan sobre la presencia o no de enfermedad. La presencia de estos signos o síntomas permiten la clasificación y el tratamiento adecuado de acuerdo a la aplicación rigurosa del protocolo de la estrategia AIEPI.

En toda consulta se aprovecha para conocer el estado nutricional, se explica a la madre o cuidador cuando regresar a control con el fin de verificar la evolución de la enfermedad, cuando regresar de urgencia, qué tratamiento dar y cómo suministrarlo y a la vez se formulan preguntas de verificación a la madre o cuidador. En todas las consultas se ofrece educación sobre prácticas clave de salud infantil.

¹⁰²Lectura dirigida de los manuales, ejercicios individuales y grupales, discusión de casos, recuento de experiencias y videos.

El seguimiento se realiza al médico capacitado en el componente clínico, utilizando el registro diseñado para verificar el diligenciamiento de la historia clínica o el de observación de casos. De acuerdo a los hallazgos se realizan las observaciones y comentarios, se le ayuda a resolver dudas o dificultades y se estimula a continuar aplicando la atención integral.

5.6.2.3. Evaluación del componente.

Con los siguientes seis (6) indicadores se evalúa el estado de implementación del componente clínico en las instituciones de salud:

1. Médicos capacitados en Componente Clínico
2. Médicos aplicando la atención integrada
3. Médico con supervisión
4. Registros de AIEPI diligenciados adecuadamente
5. Hay consejería (tratamiento y cuidados en casa)
6. Consulta de seguimiento

De acuerdo al puntaje alcanzado, se cataloga el proceso, como se presenta en la Tabla 20:

Tabla 20. Clasificación de la implementación del componente clínico.

Implementación	Puntaje
Apropiada	9 - 11 puntos
Mediana	5 - 8 puntos
Incipiente	1 - 4 puntos

FUENTE: Grupo atención al niño - SSPM/Cali.

Los resultados obtenidos permiten concluir que el 14 % de las instituciones tienen una apropiada implementación y el 64 % una mediana implementación del componente clínico.

5.6.3. Componente Neonatal

En el Municipio de Santiago de Cali la tendencia de la mortalidad infantil ha venido disminuyendo, pero la tendencia de la mortalidad neonatal ha permanecido sin cambios durante los últimos años. Esto se debe en parte, a la falta o deficiente aplicación de políticas y estrategias dirigidas a mejorar la calidad de atención a la madres y recién nacidos. La SSPM, preocupada por esta situación, que representa alrededor del 65 % de las defunciones en los menores de un (1) año y el 35 % en los menores de cinco (5) años, inicia en el 2008 algunas actividades del Componente Neonatal en los Hospitales Cañaveralejo y Primitivo Iglesias, y luego en los Hospitales Carlos Carmona y Carlos Holmes Trujillo.

Se ha realizado asistencia técnica al personal de salud responsable de la atención a gestantes y partos en los cuatro hospitales de la red pública. En las visitas de asistencia técnica, se despejan dudas sobre la atención a la madre y recién nacido, se dan instrucciones sobre iniciación temprana de lactancia materna, se verifica el diligenciamiento del registro de AIEPI “Atención integrada de la madre y recién nacido”, se revisa información del libro de registro de partos para posterior análisis y elaboración de informe. Se comentan los hallazgos con el personal profesional de las salas de partos y se dan las recomendaciones de acuerdo a lo encontrado.

Desde el 2008 se realiza capacitación al recurso humano, empleando material de la OPS y del Ministerio de la Protección Social, utilizando la metodología propuesta por el Ministerio de la Protección Social y la OPS: lectura dirigida, realización de ejercicios individuales y grupales, además de presentaciones magistrales para complementar los temas incluidos en el curso. Se utilizaron y entregaron los Módulos de AIEPI Neonatal y el de “Intervenciones basadas en evidencia en el contexto del continuo materno-recién nacido-niño menor de 2 meses”.

Desde el 2009, se participa en reuniones y COVE de vigilancia de la mortalidad perinatal, convocadas por los profesionales responsables de la vigilancia de este evento en la Secretaría de Salud Municipal, con el fin de conocer y establecer las causas que están ocasionando esta mortalidad, dimensionar su magnitud y contribuir en la implementación de intervenciones.

En el 2010 se realizó en las cuatro (4) salas de partos, un diagnóstico de la calidad de la atención en las etapas, prenatal, parto, postparto y atención al recién nacido, para evaluar el desarrollo de las actividades de acuerdo a la normatividad vigente con el fin de conocer aciertos y falencias en el proceso de mejoramiento continuo, informe que se socializó y entregó a las instituciones respectivas.

Como resultado de este trabajo se re-diseñó el contenido del libro de sala de partos, se imprimió y elaboró el libro que durante el 2011 se está utilizando en estos hospitales y que se ajustó y reprodujo para continuar utilizándolo. La información recolectada y consolidada durante el 2011 se socializara con los responsables y otros profesionales de las salas de partos de los cuatro hospitales, se harán recomendaciones y seguimiento a las propuestas presentadas. Se diseñaron y reprodujeron 12 pendones sobre “Evaluación del riesgo al nacer”, de acuerdo a la clasificación de la Estrategia AIEPI, los cuales se entregaron a las salas de partos de la red pública y a algunas instituciones privadas para facilitarle al personal de salud la toma de decisiones.

Este importante tener en cuenta que este será uno de los componentes que se fortalecerán con las nuevas directrices del Ministerio de Salud y Protección Social a partir del 2012, dado que la salud materna y neonatal deben tener un carácter prioritario, y todas las madres y los recién nacidos y niños, deben recibir una atención efectiva y con calidad apropiada, para tener una vida saludable y productiva. “La mortalidad de las madres y de los recién nacidos, no deben continuar pasando inadvertidas en el Municipio de Santiago de Cali”.

5.6.4. Componente Comunitario

El objetivo de este componente es contribuir a promover prácticas saludables para el cuidado y bienestar de los niños y las niñas en el ámbito familiar y comunitario y a promover la participación de los distintos actores locales para contribuir en la solución de problemas que afectan a los niños y a la comunidad en general.

Si bien el Componente Comunitario se integró a la estrategia AIEPI de la OPS/OMS en 1999, solo hasta Marzo de 2003, fue lanzado oficialmente en Colombia. Se reconoció que no era suficiente mejorar la calidad de la atención de los niños enfermos en los servicios de salud, sino, que se necesitaba reducir las cifras de morbilidad y mortalidad infantiles. Es así como se desarrolló este componente basado en la comunidad y en las familias con el fin de promover las prácticas familiares clave, esenciales para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños.

En el Municipio de Santiago de Cali, este componente se inició previa capacitación de un grupo multiplicador y la adaptación de materiales. Su desarrollo inicial se hizo con la participación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con madres de la comunidad

responsables de hogares infantiles, ubicados en barrios de estratos socio-económicos bajos (1 y 2), donde tradicionalmente se registra el mayor número de casos de mortalidad en menores de cinco años (Tabla 21).

En Colombia, las prácticas familiares claves de salud infantil son dieciocho (18) y están orientadas : al crecimiento y desarrollo físico y mental, prevención de la enfermedad, atención domiciliaria apropiada y cuándo buscar atención. Con este objetivo, las comunidades deben ser movilizadas y motivadas.

Prácticas familiares clave de salud infantil

Para el crecimiento y desarrollo físico y mental:

1. Amamantar a lactantes de manera exclusiva hasta el sexto mes de edad.
2. Alimentación complementaria
3. Proporcionar cantidades suficientes de micronutrientes (vitamina A, hierro y zinc)
4. Promover el crecimiento y estimulación temprana.

Para la prevención de enfermedades:

5. Vacunación de los niños con esquema completo
6. Disposición de heces y lavado de manos
7. Prevención del dengue y malaria
8. Adoptar y mantener comportamientos apropiados para prevenir el VIH/SIDA
- 9 . Cuidado de la salud oral en los niños y gestantes
10. Protección de los niños contra la tuberculosis

Para la asistencia domiciliaría apropiada:

11. Cuidados del niño enfermo: continuar con la alimentación y dar más líquidos
12. Administrar a los niños enfermos el tratamiento casero apropiado
13. Tomar medidas para prevenir y controlar lesiones y accidentes entre los niños
14. Evitar maltrato y descuido de menores
15. Participación de los hombres en el cuidado de sus hijos

Para buscar atención:

16. Reconocer los signos de peligro para buscar ayuda adecuada de manera urgente
17. Seguir las recomendaciones sobre tratamiento, seguimiento y referencia
18. Cuidado y atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Tabla 21. Personal de salud capacitado en el Componente Comunitario. Municipio de Cali, 2003-2011.

Año	Personal Capacitado
2003	92
2005	178
2006	104
2007	98
2008	35
2009	43
2010	266
2011	74
Total	890

FUENTE: Grupo atención al niño - SSPM/Cali.

5.6.4.1. Aplicación del Componente Comunitario

La promoción y apoyo de prácticas familiares claves, se realiza en diferentes momentos: en la post consulta, en los programas de crecimiento y desarrollo, vacunación y en jornadas de promoción de la salud. En la post consulta se complementan las instrucciones dadas por el médico, relacionadas con lactancia materna, alimentación complementaria y alimentación en niños enfermos, medidas preventivas específicas de acuerdo al motivo de consulta y factores protectores. Se hace demostración de cómo administrar medicamentos y se administra en lo posible, la primera dosis del(los) medicamento(s), se dan citas de control e indicaciones sobre vacunación, se refuerzan los signos de peligro (para volver de inmediato a la institución de salud) y se entregan tarjetas para padres y cuidadores.

5.6.4.2. Evaluación del componente

Se realizan dos visitas de asistencia técnica y seguimiento a las IPS seleccionadas, donde se aplica un formato para hacer seguimiento a los indicadores, los cuales se han ido ajustando a medida que se avanza en el proceso. Se realizan reuniones periódicas con directivos de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y otros responsables de la atención a niños para socializar los informes y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento.

Con los siguientes ocho (8) indicadores se evalúa el estado de implementación de este componente, en las instituciones de salud y en la comunidad.

1. Línea de base comunitaria sobre prácticas clave
2. Selección de prácticas clave
3. Recurso humano capacitado en prácticas clave y con seguimiento
4. IPS aplicando practicas clave
5. IPS con rotafolios para promocionar practicas clave
6. IPS trabajando con actores sociales para promocionar practicas clave
7. Actores sociales capacitados y trabajando prácticas clave en la comunidad
8. Actores sociales con material de apoyo y supervisión

De acuerdo al puntaje alcanzado, se cataloga el proceso, como se presenta en la Tabla 22:

Tabla 22. Clasificación de la implementación del componente comunitario.

Implementación	Puntaje
Apropiada	9 - 11 puntos
Mediana	5 - 8 puntos
Incipiente	1 - 4 puntos

FUENTE: Grupo atención al niño - SSPM/Cali.

Los resultados obtenidos al finalizar el 2011 permiten concluir que el 80 % de las instituciones tienen una mediana implementación del componente comunitario.

5.6.4.3. Aplicación en la comunidad

Los actores sociales son las personas que de manera individual o grupal, trabajan por la comunidad y en este caso particular, a favor de la infancia. Se parte de conocer y analizar la realidad local, donde se identificación y priorizan los problemas de salud y las posibles soluciones, se realiza abogacía con instituciones de salud y otras entidades para conseguir los insumos o recursos necesarios para hacer posible la intervención que se va a desarrollar. Se hace acompañamiento, seguimiento y evaluación al proceso:

- Con Agentes Comunitarios: Se realizan actividades de capacitación y visitas de seguimiento a madres de los Hogares Comunitarios Tradicionales y FAMI y Hogares Infantiles, en casi todas las comunas (excepto la 10, 11, 17 y 19) y en el área rural (Montebello, Saladito y Buitrera)
- Con Hogares Infantiles: Se realizan sesiones de capacitación en prácticas clave de la salud infantil dirigidas a directivos, maestras jardineras y personal de servicios generales de los Hogares Infantiles y se realizan visitas de asistencia técnica y seguimiento.
- Con otras instituciones: Se trabaja con el ICBF, Familias en Acción y ONG como Visión Mundial y Save The Children, en la capacitación y apoyo a la aplicación de prácticas clave en programas y actividades que ejecutan los líderes de estas instituciones, en sus comunas y barrios donde tienen su accionar (estratos 1 y 2).

Seguimiento después de la capacitación: con todos los actores se han adelantado procesos de capacitación y seguimiento para que se empoderen del proceso. Igualmente se realizan reuniones periódicas para conocer los aciertos y desaciertos y hacer recomendaciones al proceso (Tabla 23).

**Tabla 23. Capacitación a otros actores en el Componente Comunitario.
Municipio de Cali, 2003-2011**

Personal	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Profesionales y Directores (Hogares Infantiles - ICBF)	17	1	5	36	236	214	34	32	575
Madres Comunitarias ICBF, Tradicionales y FAMI	125	153	308	93	1		27	77	784
Líderes Familias en Acción								28	28
Funcionarios y líderes comunitarios de ONG (Visión Mundial, Save the Children, Aldeas Infantiles)							103	82	185
Otros Actores Sociales	74	5		34		133	36	161	443
Total	216	159	313	163	237	347	200	380	2015

FUENTE: Grupo atención al niño - SSPM/Cali.

* Incluye : voluntarios de Salud, Integrantes de Redes del Buen Trato, Gestores de Mesas de Participación Social, estudiantes de Escuela de auxiliares de enfermería.

5.6.4.4. Otras actividades desarrolladas relacionadas con el componente comunitario

5.6.4.4.1. Participación en el Plan Municipal de Atención Integral a la Primera Infancia

Desde el 2009 se participó en la construcción del Plan, teniendo en cuenta los principios y valores que permiten la atención integral para la primera infancia, en lo que se denominó “Mesa de Primera Infancia”, con participación de diversos sectores e instituciones que trabajan con niños y niñas menores de seis años. Este trabajo ha sido liderado por la Secretaría de Educación Municipal y el ICBF. En el 2010 y 2011, se continuó participando en la formulación de la Política Municipal de Atención a la Primera Infancia - PAIPI que está pendiente por aprobación por el Concejo Municipal. Durante el 2010 y 2011 se han realizado dos Festivales por la Primera Infancia, con amplia participación de instituciones y la comunidad.

5.6.4.4.2. Gestión de la Salud Pública en Territorios

Desde el 2010 se desarrolla un proceso comunitario liderado por el Grupo de Participación Social de la Secretaría de Salud Pública Municipal, en la Comuna 14, Barrio Manuela Beltrán, donde previo trabajo con la comunidad, se realizó un diagnóstico de la situación de salud, donde se decidió trabajar el tema de salud infantil, mediante la aplicación de prácticas clave para el cuidado apropiado de niños y niñas. Con la participación de profesionales y técnicos asignados al Micro-Territorio Oriente y el apoyo de las Unidad Ejecutora de Saneamiento Oriente y profesionales de las diferentes Líneas de Trabajo de la Secretaría de Salud Pública Municipal, se realizó un ciclo de talleres de capacitación a madres Fami y tradicionales del sector, quienes han sido las encargadas de promover con sus madres usuarias estas prácticas, mediante la utilización de metodologías lúdico-pedagógicas. Se ha realizado acompañamiento a estas actividades por parte del equipo de trabajo.

5.6.4.4.3. Reproducción y elaboración de materiales

Se reproducen materiales de apoyo para la implementación de los componentes de la Estrategia AIEPI (manuales, rotafolios, tarjetas y folletos) para la capacitación de profesionales, técnicos y comunidad. Se han elaborado y reproducido registros para hacer seguimiento a las actividades, tanto a nivel institucional, como comunitario. Se han elaborado folletos, afiches y pendones alusivos a las prácticas clave para su difusión en actividades masivas de promoción de la salud.

5.6.4.4.4. Desarrollo de encuestas de base comunitaria

Se han desarrollado dos encuestas comunitarias orientadas a direccionar y fortalecer el trabajo en la comunidad.

- 2005: Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas - CAP específica para IRA y EDA, desarrollada con el Instituto CIMDER de la Universidad del Valle, dirigida a madres y cuidadores.
- 2010-2011: Encuesta sobre algunas prácticas de salud infantil, desarrollada con la FES, dirigida a madres y cuidadores de niños de las comunas 13, 14, 15, 1 y 21.

5.6.4.4.5. Participación de Madres Comunitarias y Líderes. Aspectos positivos y negativos y aportes sugeridos por las madres comunitarias y otros líderes, en la reunión de cierre de actividades (Diciembre 13 de 2011) del componente comunitario - estrategia AIEPI:

a) Aspectos Positivos.

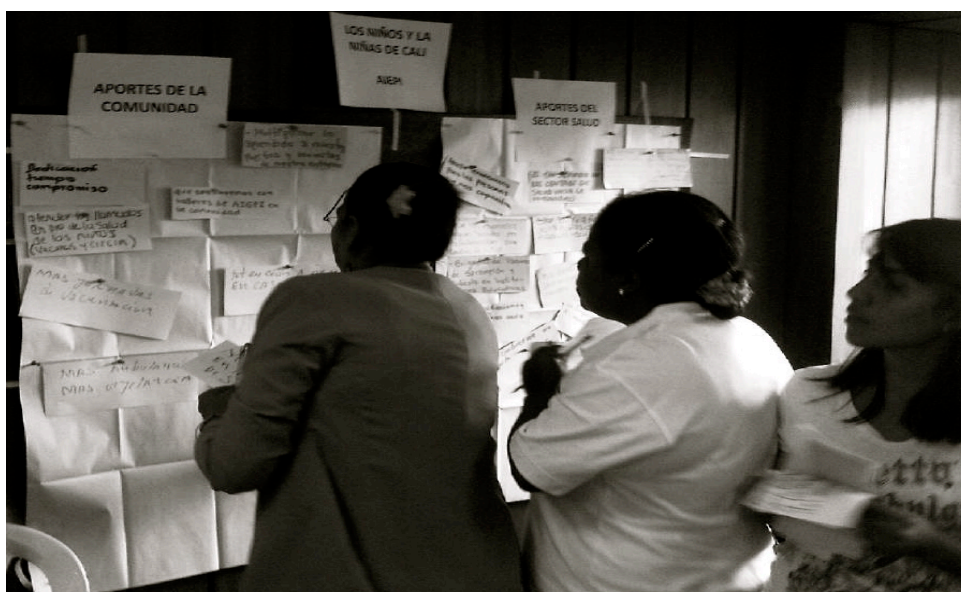
- Interés en las mamás de llevar a los niños al control de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Están capacitando cada vez más a la comunidad para cumplir los objetivos.
- Conocimiento de AIEPI para el servicio de la niñez y la comunidad.
- Aprendimos a comunicarnos con la comunidad y como prevenir las enfermedades prevalentes en los niños.
- Vacunación oportuna.
- Madres de familia capacitadas en su hogar.
- Atención prioritaria y formación a la comunidad.
- Se ha creado mas conciencia a la comunidad
- Mejoría en la salud, alimentación y manejo de accidentes.
- La higiene oral.
- En la comunidad estamos muy contentos con los resultados en los cuidados de los niños y niñas, por medio de las capacitaciones que hemos tenido las agentes educativas del programa AIEPI y las campañas.
- Bajo índice de desnutrición en los niños.
- Disminuyó la mortalidad por diarrea, la interacción entre las familias y los agentes educativos, gracias a los temas vistos por Salud Pública y el ICBF.

b) Aspectos Negativos.

1. El mal servicio, maltrato y negligencia en los centros de salud hacia la comunidad.
2. La atención medica para la niñez en los centros de salud es pésima.
3. Muchos médicos dan medicamentos que no hay en las droguerías y esto genera costo extra para padres de pocos recursos.
4. Poca difusión, pues hay desconocimiento por parte del personal de salud y la comunidad sobre la estrategia AIEPI.
5. No existen las herramientas necesarias para la implementación.
6. Poca presencia de los profesionales en la comunidad.
7. El gobierno no aporta condiciones adecuada para cumplir lo que las instituciones enseñan.
8. Los padres siempre esperan que se agrave el niño para llevarlo a un centro de salud.
9. Hay atención prioritaria a los estratos altos y jornadas de vacunación excluyentes de vacunas importantes.

c) Aportes del Sector Salud.

- Apoyo logístico y económico para mantener y capacitar a los grupos comunitarios.
- Coordinar espacios con los centros de salud y que la atención en ellos sea mas accesible a la comunidad.
- Realizar brigadas de vacunas de Sarampión y Rubeola en instituciones educativas. Además que las vacunas para los niños sean gratuitas.
- Favorecer 100 % a los niños de escasos recursos.
- Continuar la capacitación del componente comunitario y ofrecer nuevas temáticas.
- Reconocer los derechos de los menores que en muchos casos se olvidan y proteger a las personas que tienen Sisben o carta.
- Que todos los niños sean atendidos en cualquier institución de salud sin discriminación.
- Prestar más atención a la nota referencial del agente comunitario.
- Mostrar más interés, por parte del personal de salud, con respecto a la estrategia AIEPI.
- Carnetizar los grupos comunitarios.



Fuente: Foto tomada en reunión de cierre del componente comunitario.
Diciembre 13 de 2011.

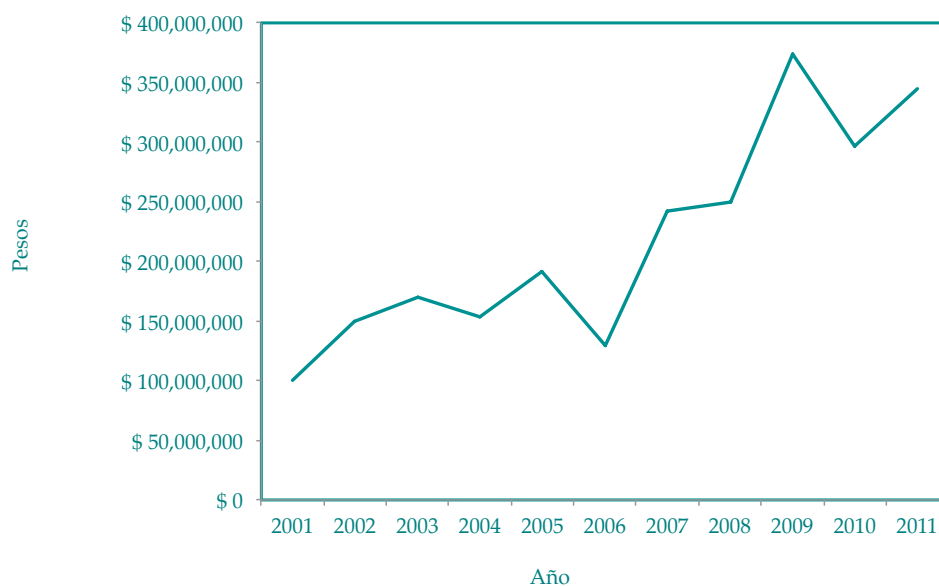
d) Aportes de la Comunidad.

- Dedicación, tiempo, compromiso.
- Atender los llamados en pro de la salud de los niños (vacunas y crecimiento).
- Concientizarse de la importancia de asistir al medico.
- Incentivar a más miembros de la comunidad para participar en los programas de AIEPI.
- Multiplicar lo aprendido a los papitos y mamitas de nuestro entorno.
- La importancia que tienen las capacitaciones que nos hacen ser mejores padres y madres , en el diario vivir; criando niños y niñas sanos y adolescentes con deseos de superación.

5.7. COSTOS Y FUENTES DE FINANCIACIÓN.

La Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, ha incluido desde el 2001, un rubro del presupuesto de inversión municipal, para financiar el proceso de implementación de la atención integral a niños y niñas en el Municipio de Santiago Cali, el cual se dedica en su mayor porcentaje en la contratación de recurso humano (profesionales y técnicos), capacitación, suministros e investigación (Gráfico 31).

Gráfico 31. Presupuesto Ejecutado, Atención Integral a Menores de cinco (5) años. Municipio de Cali, 2001-2011



Fuente: Grupo atención al niño - SSPM/Cali. Elaboración Propia.

5.8. RESULTADOS

En Cali, no se ha realizado una evaluación sistemática del impacto de la atención integrada aplicando la Estrategia AIEPI, en cuanto a su impacto en la reducción de la mortalidad infantil y en menores de cinco años, pero el desarrollo de intervenciones que propone esta Estrategia, tienen como objetivo contribuir a esta reducción. Es claro que otras actividades encaminadas a mejorar la salud materna, la nutrición y el saneamiento básico, y las que desarrollan otros sectores, como el de educación, servicios públicos y bienestar social, también han contribuido en este logro. De otro lado, en la mayoría de los países de la Región de las Américas, los indicadores de salud infantil y de la niñez han presentado descensos importantes, a pesar que la salud neonatal ha sido la menos trabajada y por tanto la que tiene el mayor peso.

En este contexto, se incluye la contribución a la disminución de la mortalidad infantil y en menores de cinco años, y la disminución de la mortalidad por IRA y EDA en menores de cinco años, como se analizó en los respectivos apartados. El indicador de mortalidad infantil como se sabe, evidencia el grado en que se ejercen en una sociedad los derechos humanos, en este caso el derecho a la vida y a la salud (disponibilidad, utilización y acceso a los servicios de salud y nutrición) y el de mortalidad en la niñez, refleja además de la mortalidad infantil, problemas

de malnutrición, maltrato y lesiones, que muchas veces pasan inadvertidos, porque a partir del segundo año, los niños y niñas son más vulnerables a este tipo de situaciones.

5.9. RETOS

Para seguir avanzando en el cumplimiento de reducción de los indicadores de salud, especialmente de la mortalidad infantil, es preciso implementar políticas destinadas a evitar la persistencia de las desigualdades entre los grupos sociales, que se expresan en diferencias en el acceso a la atención prenatal y de la salud en general, incluida la atención primaria. Estas desigualdades afectan sobre todo a la población con mayores necesidades básicas insatisfechas y a las que han sido víctimas de las diferentes formas de violencia en Colombia.

El Ministerio de la Protección Social y la OPS/OMS, están promoviendo la “orientación preconcepcional”, para que la comunidad conozca los riesgos a que están expuestas las personas si tienen antecedentes de ciertas patologías y medicaciones, hábitos o conductas que pudieran ser riesgosas. El componente clínico de IEPI actualizado recientemente (2010), incluye este tema, al igual que los riesgos durante la gestación el parto y recién nacido. Es importante que esta información sea conocida y divulgada en diferentes espacios y contextos.

Se espera que el impulso que el Ministerio de la Protección Social y la OPS, quieren darle al componente neonatal en los próximos años, contribuya a mejorar la calidad del cuidado neonatal y a cambiar las actitudes y prácticas del personal de salud. Como se sabe, a diferencia de la mortalidad post-neonatal, la mortalidad neonatal es menos dependiente de factores ambientales y sanitarios y más susceptibles a la calidad de la atención (prenatal, perinatal y neonatal), así como al tratamiento médico que en pocos casos requiere de alta tecnología. El reto es grande si se tiene en cuenta que lo que más ha contribuido a este descenso en algunos países, está relacionados con mejoría en la situación socio-económicas y educación de los padres, un adecuado control del embarazo, una atención calificada del parto y del recién nacido, incluido su seguimiento en la primera semana de vida.

5.10. LIMITANTES

- Falta mayor compromiso de gobernantes y directivos del sector salud para adoptar e implementar las políticas públicas dirigidas a la niñez.
- Hay falencias en la prestación de servicios de salud relacionadas con el recurso humano (insuficiente, no calificado, y con alta rotación), con aspectos administrativos (tiempo no reglamentario para la consulta, falta de insumos y dotación incompleta), con barreras administrativas (no acceso a servicios por la falta de aseguramiento y documentación), con la infraestructura (espacios no apropiados) y con falencias en el sistema de información y en el de referencia y contra-referencia. En el 2011, si bien algunas instituciones han mejorado en algunos de estos aspectos, en la gran mayoría persisten.
- Falta mayor compromiso de directivos de otros sectores : educación, ICBF, instituciones formadoras de recurso humano en salud, sociedades científicas, entre otras instituciones, que no están trabajando con el interés y fuerza necesarios, por la salud y bienestar de la infancia en el Municipio de Santiago de Cali.
- Falta mayor interés y compromiso de la sociedad en general, para cumplirles a los niños y niñas con sus derechos, ampliamente conocidos y difundidos.

5.11. PUBLICACIONES

En el 2009, la OPS publica en su Boletín Noticias sobre Atención Integrada, No. 14, artículo 17, un informe sobre el “Proceso de Implementación de la Estrategia AIEPI en el Municipio de Cali, Colombia 2000-2008 (Luz Marina Melo Calero TS, Melba Franky de Borrero MD Pediatra, Programa Atención Integral al Niño, Secretaría de Salud Pública de Cali).

Se han realizado publicaciones en el Boletín de la Alcaldía y en diarios locales de Cali, con motivo de eventos de salud infantil donde participa la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

5.12. RECONOCIMIENTOS

En el 2008 el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), reconoció como una “Buena Práctica en lo Local”, las experiencias de implementación de la Estrategia de Atención Integral - AIEPI en las ciudades de Cali y Pasto, como una contribución al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio cuatro (4): Reducir la Mortalidad Infantil, que describió y publicó en uno de sus documentos oficiales.

En Diciembre de 2011 la Alcaldía de Santiago de Cali, hizo un reconocimiento al trabajo presentado por el Grupo de Epidemiología y Salud Pública “Contribución de la Secretaría de Salud Pública al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio”, quedando “Postulado al Plan de Incentivos”. En este documento se describe en el Objetivo 4., el descenso de la mortalidad infantil y en menores de cinco años y el de mortalidad por IRA y EDA.

En este apartado se hace especial reconocimiento a los siguientes *profesionales y técnicos del Grupo Atención Integral al Niño*, que con su interés y trabajo están aportando al proceso de implementación de la Estrategia AIEPI en Cali : Jorge A. Holguín Ruíz, Melba Franky de Borrero, Myriam Benavides, José Gonzalo Guerra Quintero, Yalila Yoda Céspedes, Aura Teheran, Jorge A. González y Luz Marina Melo Calero. También a Tomás Enrique Ramírez, José Humberto de la Cruz Carlosama, Rosalba Beltrán Gómez y a Alba Lucía Castro López, por el apoyo logístico y administrativo.

5.13. OTROS TEMAS QUE APORTAN A LA ATENCIÓN INTEGRADA: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, SALUD ORAL Y MENTAL

5.13.1. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

5.13.1.1. Antecedentes

5.13.1.1.1. A nivel internacional. En el ámbito internacional la seguridad alimentaria y nutricional ha sido una preocupación constante por ser un componente constitutivo del desarrollo humano y de la seguridad nacional. Las políticas de primera infancia (mencionadas en el Apartado 3) y la Convención sobre los Derechos del Niño - Observación General No. 7 de 2005-establecen un conjunto de recomendaciones para la realización de los derechos del niño en la primera infancia y la Conferencia Mundial de la UNESCO sobre la atención y educación de la Primera Infancia (2010) menciona que la salud y la nutrición materna y de la primera infancia mejoran las perspectivas de educación.

5.13.1.1.2. A nivel nacional Colombia cuenta con una Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN), enmarcada en el CONPES Social No. 113 de 2008, cuyo objetivo es garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimentos de

manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad, enmarcado en las políticas de inclusión social y equidad, de la población infantil y adolescente.

Esta política es el resultado de un proceso de participación y concertación entre entidades del nivel nacional, departamental y municipal, con organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales, universidades y gremios, entre otros, y por lo tanto se constituye en una política de Estado. La Política se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo y se refuerza por los compromisos adquiridos en la “Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después (Junio de 2002)”, la cual ratifica los compromisos de la Cumbre Mundial de Alimentación de 1996, para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Las acciones concretas del Estado incluyen la formulación del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) 1996-2005, aprobado mediante el documento CONPES 2847 de 1996. El objetivo del plan es contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana. Para su seguimiento se creó el Comité Nacional de Nutrición y Seguridad Alimentaria (CONSA). Igualmente, se conformó el Comité Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes (CODEMI) para trabajar interinstitucionalmente en las metas definidas para esta línea de acción. En 1998, se formuló el Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 1998 - 2008, buscando contribuir a mejorar el bienestar de la niñez y de las familias colombianas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

5.13.1.1.3. A nivel local La Línea de Seguridad Alimentaria y Nutricional en la Secretaría de Salud Pública Municipal, se constituyó a partir de 2007, como parte del proyecto de Promoción de la Salud 2007 - 2011 y desde entonces ha realizado actividades que contribuyen al cumplimiento de los objetivos trazados a nivel local.

La Seguridad alimentaria y nutricional se define como la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa.

5.13.1.2. Objetivos

El objetivo general de la Política Pública Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional es promover e implantar en el municipio de Santiago de Cali, la política nacional, de forma integral y articulada.

Los objetivos específicos se relacionan con la coordinación intersectorial para la implementación de la PNSAN a nivel municipal, la implementación y sostenibilidad del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) en el municipio, la formulación y ejecución en las sedes educativas públicas del municipio, de proyectos pedagógicos de la política y el fortalecimiento del componente de alimentación y nutrición de los programas de crecimiento y desarrollo y programas de la gestante en la red pública.

5.13.1.3. Actividades realizadas

Se han desarrollado acciones en el marco de la prioridad de nutrición del Plan Territorial de Salud Pública 2008-2011, que involucran a la población menor de cinco años del Municipio de Cali, como :

- Fortalecimiento de la implementación y sostenibilidad del SISVAN Infantil, que incluye información de niños y niñas menores de 5 años atendidos en los programas de creci-

miento y desarrollo de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas y vigilancia de la mortalidad infantil por desnutrición o asociada a esta.

- Actividades de capacitación en las practicas claves relacionadas con en el componente nutricional, dirigidas a personal de salud de las ESE, madres comunitarias y agentes de la comunidad.
- Asistencia técnica en el manejo y uso de los nuevos patrones de crecimiento y desarrollo de la OMS, que fueron adoptados para Colombia, mediante Resolución 2121 de 2010. Se desarrolló una cartilla para difusión de este tema en las instituciones de salud de la red pública y privada.
- Fortalecimiento del componente de alimentación y nutrición de los programas de crecimiento y desarrollo, mediante actividades de capacitación y visitas de inspección, vigilancia y control.

5.13.1.4. Debilidades

La implementación de la PNSAN representa un reto para la línea de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Secretaria de Salud Municipal y marca el inicio del cubrimiento de la amplia y diversa problemática de seguridad alimentaria y nutricional en el Municipio de Santiago de Cali. Sin embargo y dados los limitados recursos disponibles, se priorizaran actividades y se fortalece cada vez más la intersectorialidad, que propicia el concurso de diferentes actores.

5.13.2. SALUD ORAL

5.13.2.1. Antecedentes a nivel nacional

Colombia cuenta con un Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB, según Resolución 3577 de 2006, cuyo propósito es integrar dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud las condiciones que permitan el mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios por parte de los usuarios y el mejoramiento de los indicadores de salud bucal acorde con las características epidemiológicas de la población y los ámbitos y competencias de los actores del Sistema.

A nivel nacional hay una problemática de la salud bucal, relacionada con :

- Condiciones de salud bucal inadecuadas, con alta prevalencia de enfermedades.
- No hay reconocimiento de la salud bucal, como un componente fundamental de salud de la población.
- Existe inequidad en el acceso de la población a la prestación de los servicios de salud bucal.
- Falta reglamentación normativa relacionada de forma específica en aspectos que den soporte a la práctica odontológica y a la gestión con calidad y costo-efectividad de los servicios de salud bucal.
- Hay desarrollos inadecuados de procesos de seguimiento y control.
- Hay inadecuada gestión integral del recurso humano en salud bucal.
- Falta de conocimiento oportuno de la situación de salud bucal de la población por deficiencias en los sistemas de información.

Para responder a esta problemática, se han formulado los siguientes objetivos :

5.13.2.1.1. Objetivo General Establecer parámetros tendientes a mejorar las condiciones de salud bucal, a través de la concertación de estrategias y modelos que permitan el mejoramiento de los procesos para el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, la prestación de servicios, la coordinación e integración del recurso humano, y el conocimiento de los derechos y deberes relacionados, como aporte al logro de condiciones favorables de salud general.

5.13.2.1.2. Objetivos Específicos

- Mejorar los indicadores de salud bucal, como aporte a la calidad de vida de las personas.
- Aumentar el acceso y cobertura de la atención en salud bucal con enfoque por ciclos vitales y con prioridad en acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, como parte de la salud general de la población.
- Involucrar a los actores de la salud bucal, en la concertación, formulación y desarrollo de acciones que favorezcan el mejoramiento de la salud bucal de la población y el ejercicio profesional.
- Realizar investigaciones acorde con las necesidades del país, relacionadas con procesos para el mejoramiento de las prestaciones de servicios y los indicadores de las condiciones de salud y de calidad de vida.
- Definir y desarrollar estrategias para el uso de la información en salud bucal y de modelos de vigilancia, que soporten los logros e identifiquen oportunamente las acciones a seguir.
- Generar estrategias para el desarrollo del recurso humano, como pilar de los procesos relacionados con la clínica, la gestión y administración en salud oral, y la salud pública. Esta Política tiene como lineamientos orientadores para desarrollar los objetivos planteados: la acción participativa, la calidad, el acceso y la descripción de la situación de salud bucal en Colombia.

En el 2007, se formula en el “Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010” de obligatorio cumplimiento, por parte de la nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las EPS, responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud. En el Objetivo 3. Mejorar la salud oral, cuyas metas son:

- Lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3 (Línea de base: 2,3. Fuente: III ENSB 1999).
- Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años (Línea de base: 50,2%. Fuente: III ENSB 1999).

5.13.2.1.3. Estrategias para mejorar la Salud Oral.

5.13.2.1.3.1. En promoción de la salud y la calidad de vida.

- Promover en el hogar, ámbitos escolares e instituciones como guarderías y hogares de bienestar hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario desde el nacimiento, primera infancia y edad escolar.

- Promover en los padres y cuidadores factores protectores para la salud bucal tales como: no usar chupos y biberones, establecer hábitos higiénicos orales y resaltar la importancia del cuidado del sexto molar y control por odontólogo.
- Vigilancia de la estrategia de fluoración de la sal y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control de la fluorosis.
- Promover en los ámbitos laborales los hábitos higiénicos en salud oral y el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios a los servicios de salud bucal.

5.13.2.1.3.2. En prevención de riesgos y recuperación de los daños en la salud

- Fortalecer dentro de la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia el rol de la familia para proteger la salud oral y generar hábitos higiénicos para su mantenimiento.
- Difundir y vigilar el cumplimiento de la norma técnica de atención preventiva en salud bucal.
- Garantizar el acceso a servicios de calidad de salud oral, de conformidad con lo establecido en los planes obligatorios de salud - POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado.
- Fomentar una estrategia de información a las embarazadas y de educación al personal de salud sobre la importancia del componente de salud oral en el control prenatal y su impacto en el control del riesgo de la preeclampsia.
- Promover en las madres, padres y cuidadores el primer el acceso a los servicios odontológicos en los niños menores de 1 año.

5.13.2.1.3.3. En vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- Diseño y ejecución de la III Encuesta Nacional de Salud Bucal - ENSB.
- Desarrollo de una estrategia de vigilancia centinela para las fluorosis.

5.13.2.2. A nivel local

Con la formulación del “Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”, La Secretaría de Salud Pública, la salud oral aparece como un componente inserto dentro de las estrategias macro de la Secretaría de Salud Pública Municipal. En este sentido, se incluye en las acciones de promoción y prevención, del Grupo de Salud Pública y Epidemiología.

5.13.2.2.1. Actividades De manera específica se realizan actividades de salud oral, en el contexto de la estrategia AIEPI, a partir del 2010, cuando se incluye este tema :

- Reunión de socialización del componente de salud bucal dentro de la atención integrada, con responsables del Grupo Atención Integral al Niño de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.
- Revisión de soportes técnicos y metodológicos para la implementación del componente de salud oral dentro de la estrategia AIEPI.

- Reunión con el equipo de AIEPI y lactancia materna para la presentación de la estrategia diseñada por el grupo de Salud oral.
- Capacitación al equipo de AIEPI y Lactancia materna, Coordinadores de Odontología de las ESE Centro, Ladera, Norte y Suroriente, responsables de Seguridad Alimentaria y enfermeras coordinadoras del grupo de desplazados, sobre el componente de Salud oral dentro de la estrategia de AIEPI y las recomendaciones para su aplicación.
- Elaboración de recomendaciones para los menores de 0 a 5 años en salud oral, para la población menor de cinco años, objeto de la Estrategia AIEPI.
- Educación grupal en salud oral, y entrega de material educativo y kits de salud oral, a niños y padres y responsables de niños durante la realización del I y II Festivales de la Primera Infancia, organizado por la Mesa Municipal de Atención a la Primera infancia.

Se espera continuar fortaleciendo este tema en los servicios de salud de la red pública y privada del Municipio de Santiago de Cali.

5.13.3. SALUD MENTAL

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

5.13.3.1. A nivel nacional

El Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenios de cooperación con la OMS, la Universidad de Harvard y la Fundación FES -Social, durante los años 2003-2004 desarrolló el Estudio Nacional de Salud Mental. Estos resultados fueron tenidos en cuenta en la definición de los lineamientos para una política de salud mental en Colombia, para facilitar el debate sobre la situación de la salud mental de los colombianos, sus necesidades y los enfoques posibles de abordaje en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema de la Protección Social y la participación activa y comprometida de los diferentes actores sociales.

5.13.3.2. A nivel local

A principios de la década de los 80, en el Hospital Universitario del Valle, un grupo de pediatras del Departamento de Pediatría, conformó un Comité de Prevención del Maltrato Infantil como el propósito de establecer un espacio académico para la atención y análisis multidisciplinario e interinstitucional de los niños y jóvenes maltratados que consultaban a este hospital. Desde entonces este grupo se mantiene activo y se le reconoce como el gestor del trabajo descentralizado de la Red de Promoción del Buen Trato.

Esta motivación llevo a que en 1996, la Secretaría de Salud pensara en una estrategia de intervención a esta problemática que poco a poco se fue consolidando hasta lo que actualmente se conoce como Red Municipal del Buen Trato de Cali, En esta estrategia participan actores comunitarios e instituciones públicas, privadas y ONG. En la actualidad funciona esta red en casi todas las comunas, participando en la atención integral de las personas víctimas de violencia

intrafamiliar. La psicóloga Nibia Guardela Carmona, por entonces coordinadora de Salud Mental en la Secretaría de Salud, fue protagonista importante para que este trabajo se materializara y no menos importante fue la participación de los psicólogos de los Silos, especialmente los vinculados al Distrito de Aguablanca y a las zonas de ladera.

En el 2005, la estructura organizativa la Línea de Salud Mental toma una nueva configuración a partir de dos soportes :

- Lineamientos de la resolución 02358 de 1998, que indican la elaboración de planes de Salud Mental a nivel Departamental y Municipal.
- El Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia del año 2003, que pone de presente la dimensión del problema.

Posteriormente se diseña el Plan Municipal de Salud Mental 2008-2011, orientado a establecer un modelo de atención en salud mental, desde la perspectiva de derechos, acorde a las demandas y necesidades de la población, promoviendo el desarrollo y acceso a los servicios de salud mental, la participación y movilización social y el desarrollo de una cultura de convivencia democrática.

Es en este contexto, en el que la Secretaria de Salud Pública Municipal, desarrolla actividades, algunas de éstas transversales a otras estrategias. Desde la perspectiva de la infancia se pueden mencionar algunas :

- Reactivación de la Red del Buen Trato.
- Implementación de “Centros de escucha” como parte de la inclusión social.
- Creación de la “Mesa municipal de salud mental”.
- Apoyo y asistencia técnica a las 21 Redes del Buen Trato del Municipio de Santiago de Cali: construyendo y ajustando planes de acción en cada una de estas.
- Un encuentro con los Gerentes y personal administrativo del sector salud (EPS, IPS, ESE) con el fin de socializar el Plan de Salud Mental y concretar alianzas para dar respuestas oportunas a la población.
- Realizaron de dos eventos en los que se trabajó la importancia de la defensa de los servicios de salud mental y socialización del Plan de Salud Mental, donde se firmó el “Manifiesto por la Salud mental del Municipio de Santiago de Cali”.
- Participación en actividades de capacitación a recurso humano de las ESE y a líderes de la comunidad, en desarrollo de una de las práctica clave de salud infantil : Evitar el maltrato y descuido de menores”, incluida en el Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI.

6. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

6.1. ANTECEDENTES

6.1.1. A nivel nacional

La vigilancia epidemiológica se define como un proceso lógico y práctico de evaluación permanente sobre la situación de salud de un grupo humano, que permite utilizar la información para tomar decisiones de intervención a nivel individual y colectivo, con el fin de disminuir los riesgos de enfermar y morir. La vigilancia no es un procedimiento adicional sino inherente a todas las acciones que buscan la prevención y control de los problemas de salud, por lo tanto, todos y cada uno de los funcionarios de salud, en su quehacer diario, son partícipes del proceso ya sea generando información, analizándola para tomar decisiones o realizando intervenciones.

En Colombia, la vigilancia epidemiológica tiene como finalidad la prevención y control de los problemas de salud, su aplicación requiere de un trabajo multidisciplinario activo y permanente, en donde todos y cada uno de los integrantes del equipo aportan al proceso y puede aplicarse a cualquier evento en salud: un factor de riesgo o un efecto: enfermedad, discapacidad o muerte.

La vigilancia epidemiológica tiene un ámbito intersectorial en la medida en que la evaluación y control de los riesgos de enfermar y morir en la población requieren de acciones que comprometen a todos los sectores. El proceso de vigilancia epidemiológica, se inicia en la percepción que la población tiene de sus problemas y se hace eficaz en la medida en que la misma población participa en la evaluación y control de los mismos.

Con relación a la infancia, el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, han definido protocolos de vigilancia epidemiológica y guías de atención, relacionados con:

Diarrea, Cólera, Infección Respiratoria Aguda, Cólera, malaria, dengue, Difteria Fiebre Amarilla, Hepatitis A, Leucemia, Parotiditis Viral Poliomiелitis, Parálisis Flácida Aguda Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS), Rubeola, Sarampión, Sífilis Congénita Tétanos, Tétanos Neonatal, Tos Ferina, Fiebre Tifoidea, Tuberculosis, Varicela, VIH / Sida, Mortalidad Materna y Perinatal y violencias, entre otros.

En Colombia, la normatividad vigente establece las siguientes premisas:

La implementación y desarrollo del sistema de vigilancia de salud pública, será responsabilidad del Ministerio de la Protección Social, los Institutos Nacional de Salud y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos.

El sistema nacional de vigilancia, se fundamenta en el reporte o notificación individual de los casos nuevos de un determinado evento de interés en salud pública. Trabaja con definiciones de casos sospechosos, probables o confirmados establecidas en los protocolos de cada evento.

Las competencias territoriales para la vigilancia en salud pública, están definidas en la Constitución Política, la Ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley

1122 de 2007, Decreto 3518 de 2006, Decreto 2323 de 2006, Decreto 3039 de 2007, reglamentarios de la vigilancia y control epidemiológico, el reglamento sanitario internacional y las Metas del Milenio.

De acuerdo con lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales adscritas al Ministerio de la Protección Social, direcciones territoriales de salud, promotoras de salud - EPS, entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las administradoras de riesgos profesionales - ARP, a los prestadores de servicios de salud - IPS, a los resguardos indígenas y a la sociedad civil en general, adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.

6.1.2. A nivel local

En el Municipio de Santiago de Cali, desde hace dos décadas se viene fortaleciendo el proceso de vigilancia epidemiológica, en especial de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños menores de cinco años. En el año 2000 con la implementación de la Estrategia AIEPI y debido al interés de hacer seguimiento a las acciones que se realizan para contribuir a la disminución de la mortalidad en menores de cinco años, se ha fortalecido aún más este proceso, siguiendo los lineamientos del SIVIGILA.

En cuanto al procedimiento, se hace revisión de los casos de mortalidad reportados y verificados en la base de datos, los cuales son analizados en el espacio de discusión del COVE, se identifica la causa básica y la causa directa de mortalidad, entendiéndose la causa básica como la desencadenante y de gran importancia para la toma de decisiones desde la salud pública. Esta dinámica ha permitido un análisis integral de los casos desde la perspectiva clínica, epidemiológica y de salud pública.

Uno de los aspectos importantes del análisis de los casos de mortalidad en menores de cinco años corresponde al 'análisis de las demoras',¹⁰³ que permite identificar falencias en la prestación del servicio (desde la baja hasta la alta complejidad) y contempla la visión de lo institucional y asistencial relacionada con la calidad de la prestación de los servicios de salud, el acceso a la atención, la red de servicios, el sistema de referencia y contra-referencia y la capacidad de resolución. Además incorpora el análisis del ámbito familiar y comunitario del paciente y las condiciones de vida. A partir del análisis de evitabilidad se elabora un plan de mejoramiento institucional, con miras a prevenir la ocurrencia de futuros casos.

El comportamiento de los retrasos identificados en el análisis de los casos de mortalidad por IRA, EDA y desnutrición en menores de cinco años, permiten establecer que:

- La mayoría de los niños y niñas acudieron oportunamente al servicio de salud; un menor número de casos consultaron tardíamente hasta una semana o más después del inicio de los síntomas, debido a que inicialmente acudieron a droguerías o curanderos.
- La calidad de la atención es el retraso más frecuentemente encontrado, en los casos analizados, es decir la aplicación de protocolos para el manejo del paciente, de acuerdo con su patología, como también el enfoque de atención integral.
- Se identificaron barreras administrativas de acceso a la atención, especialmente por falta de aseguramiento y documentación para acceder a la prestación de los servicios.

¹⁰³Las demoras que se analizan utilizando la metodología propuesta por el Instituto Nacional de Salud y se clasifican en cuatro retrasos (Tipo 1,2,3 y 4).

- El Sistema de Referencia y Contra-referencia en la mayoría de los casos funciona oportunamente para el traslado de pacientes, sin embargo, es frecuente que no haya disponibilidad de camas, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas, situación que retrasa el traslado de los pacientes y pone en riesgo la vida del paciente. A lo anterior, se suma la ausencia de la no contra-referencia del paciente.

6.2. RESULTADOS

El proceso de vigilancia de estos eventos, ha permitido contar con información actualizada sobre la ocurrencia de estas enfermedades, los factores condicionantes, las áreas y poblaciones con mayor riesgo, convirtiéndose en una herramienta indispensable para la toma de decisiones orientada a la atención integral de niños y niñas, por ser las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas, indicadores centinelas en este grupo poblacional.

6.3. RECONOCIMIENTOS

En el área de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaria de Salud Municipal, merecen especial reconocimiento los profesionales que han participado en uno u otro momento en las acciones de vigilancia de la mortalidad por IRA y EDA en los últimos 10 años : Jorge A. Holguín Ruiz, Fernando Iván Suárez, Miguel Dávila Meléndez, Olga Lucia Murillo, Jaime López Velasco, Oscar Londoño Agudelo, Paola Andrea Filigrana Villegas, Ángela Mayerly Cubides Munévar y Claudia Fernanda Cuadros Vela. Igualmente a los Pediatras del Grupo Atención al Niño, Doctores, José Gonzalo Guerra Quintero y Melba Franky de Borrero.

7. CONCLUSIONES

Al cumplir 70 años, se observa que la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, se ha adaptado a todas las transformaciones que históricamente ha sufrido el sector salud, por influencia tanto de los organismos internacionales como nacionales.

En la historia se aprecian diferentes formas de organización del Sistema de Salud. Inicialmente como dirección de Asistencia e Higiene, con un modelo “asistencialista” y de beneficencia. En 1975, se crea a nivel nacional el Sistema Nacional de Salud y a nivel local se crea la Unidad Regional de Salud de Cali, con niveles de atención e integración vertical, donde el modelo de salud se basó en la asistencia pública y la atención primaria en salud. Por su parte, en 1990, el Sistema de Salud de Colombia, presentó un enfoque descentralizado, con planeación local participativa y autonomía de los municipios. El modelo a partir de 1993, es el Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, con cobertura universal, donde se cambian los subsidios a la oferta, por subsidios a la demanda, con un paquete de servicios POS y una Unidad de pago por capitación (UPC). Se desarrolla un modelo de competencia regulada pública y privada. La secretaría de salud pública municipal de Cali asume el rol de ente rector de la salud pública, separado de la prestación de servicios de salud.

La Salud materno infantil surge en los años 70 y se fortalece con la estrategia de salud para todos en el año 2000, definida en alma-ata en 1977.

Cali fue la primera ciudad del país en organizar el territorio en sistema locales de salud, con trabajo intersectorial.

Con relación a los aspectos demográficos, el municipio de Santiago de Cali atraviesa por un proceso de transición demográfica, en el que la tasa de crecimiento es menor en relación a los años sesenta y setenta, además se caracteriza por una baja participación de las cohortes más jóvenes, como la de menores de 5 años. La dinámica actual de la población caleña viene acompañada de un descenso general de los indicadores de fecundidad, entre los que se puede destacar la tasa de fecundidad general.

Frente a la transición demográfica, no necesariamente es correcto pensar que la población de la primera infancia cada vez se hará más pequeña, si se tiene en cuenta frente a la situación de migración del país, que la ciudad de Cali es receptora, donde los menores de cinco años representan una importante población, sin embargo no en igual magnitud que Medellín. Además, pese a ser una ciudad, supera los desplazados que recibe el departamento del Valle, se pone de manifiesto la preocupante situación del fenómeno del desplazamiento en Cali y su influencia concretamente en la demanda de programas de salud destinados a una población específica.

La ciudad ha tenido avances en los últimos años, ha mejorado los indicadores de NBI, LP, IDH y PIB per cápita, que juegan un papel importante en la primera infancia, por el mejoramiento de los ingresos de los padres y mejor acceso a educación y salud.

La Esperanza de vida en los últimos años ha aumentado, por el mejoramiento de los indicadores de salud, como la reducción de la mortalidad infantil y materna. Se destaca que estos resultados obedecen también a las estrategias orientadas a la población infantil, como AIEPI, integrando diferentes programas como el PAI, crecimiento y desarrollo y la atención de problemas prevalentes como la IRA, la EDA y la desnutrición, entre otras

La tasa de mortalidad en menores de cinco años para 2010, fue de 11.8 por 1,000 Nacidos Vivos, con una tendencia decreciente. Seis (6) de las diez (10) primeras causas de mortalidad están relacionadas con problemas del embarazo, el parto y el puerperio, sugiere investigación de los problemas relacionados con el control prenatal, el embarazo y el parto, para realizar intervenciones específicas relacionadas con los determinantes encontrados.

El Municipio de Cali, de acuerdo con la ENDS 2010 ya superó la meta de reducción de la desnutrición global de los niños menores de cinco años, con 0,9 % de desnutrición en esta edad.

La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales, se reduce en la última década en 10.5 veces menos muertes y por enfermedades respiratorias agudas en 3.4 veces, lo cual ha incidido en un cambio en el perfil de morbimortalidad en este grupo de edad.

Estrategias de atención primaria en salud incidieron en la reducción de enfermedades prevalentes de la infancia, donde la participación de la comunidad fue un factor muy importante, a través de las Unidades de Rehidratación Oral comunitaria, la atención comunitaria de la infección respiratoria aguda, la estrategia de canalización con los promotores de salud para el desarrollo del PAI y el trabajo activo en la epidemia del cólera.

El desarrollo de acciones para fortalecer el programa de lactancia materna en el municipio ha contribuido con la reducción de la mortalidad infantil, a pesar de tener niveles aún no óptimos de duración de la lactancia. La ciudad de Cali ha sido declarada como líder en cobertura de vacunación antisarampión y antirrubéola en los menores de cinco años.

Desde el año 2001 se implementó la estrategia AIEPI en el Municipio de Cali, iniciando con la implementación de la historia clínica en las instituciones públicas. Desde 2004 se amplía a otras instituciones, zonas críticas de la ciudad y hogares del ICBF.

La estrategia AIEPI ha servido para integrar los programas, instituciones de salud y de bienestar social y para orientar la inversión social del municipio. También ha permitido organizar el sistema de información sobre la infancia en Cali, para la priorización y el seguimiento, tanto del perfil de morbimortalidad como de las instituciones de salud.

Alrededor de la estrategia AIEPI y sus componentes se han desarrollado proceso investigativos, fundamentales para la toma de decisiones.

El Municipio de Cali ha sido modelo y gestor del desarrollo de la estrategia AIEPI o sus componentes para otras ciudades e incluso para el Ministerio de Salud. La inversión en agua potable y saneamiento básico de la zona rural, que la SSPM ha hecho ha permitido tener una visión integral desde el punto de vista de la salud pública, orientada hacia el mejoramiento de calidad de vida de las comunidades.

Las acciones orientadas al medio ambiente, contribuyen a la protección de la salud infantil a través de ambientes sanos y seguros y con ello al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en cuanto reducción de la mortalidad infantil y aseguramiento de la sostenibilidad ambiental.

Santiago de Cali recibió el reconocimiento del PNUD como “Buena práctica en lo local” de la experiencia de implementación de AIEPI, en conjunto con la ciudad de Pasto en 2008.

La atención integral a la infancia incluye también acciones de seguridad alimentaria y nutricional, salud oral, vigilancia epidemiológica y salud mental, complementando los componentes iniciales y permitiendo darle mayor integralidad al proceso.

Ninguno de los logros hubiera sido posible sin la participación activa y comprometida del equipo de Salud del programa AIEPI y del apoyo de los funcionarios de la secretaría de Salud, Grupo de apoyo de Salud pública y Vigilancia de la Salud pública, los Hospitales, Centros de Salud, IPS, EPS y las ONG que viendo el alto impacto social que implica su implementación han logrado unirse a este esfuerzo, permitiendo salvar vidas de niños menores de cinco años.

Pese a que el marco de políticas sobre vigilancia epidemiológica es relativamente nuevo, el Municipio de Santiago de Cali, específicamente la Secretaria de Salud, ha adelantado acciones

intersectoriales, de intervención y de monitoreo que a su vez le han permitido llevar a cabo acciones que prevengan la aparición de enfermedades en la primera infancia, al igual que el señalamiento de aspectos por mejorar, generando recomendaciones para una mejor atención y prevención en materia de salud.

El comité de vigilancia epidemiológica ha ayudado a la reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años, al facilitar la identificación de las falencias y los puntos críticos en estas mortalidades, haciendo recomendaciones para el mejoramiento en estas áreas que ya han propiciado acciones correctivas.

Es importante destacar el papel que tiene la medición oportuna de las problemáticas que aquejan la salud de la primera infancia. En este punto, estrategias de la Secretaria de Salud Municipal como la vigilancia epidemiológica de enfermedades y eventos prevalentes de notificación obligatoria (que abarca IRA y EDA en menores de 5 años, además de mortalidad perinatal, enfermedades inmunoprevenibles, desnutrición y dengue), han permitido un seguimiento adecuado de las dolencias que afectan a la población de la primera infancia, lo que se traduce en mayores oportunidades para la planeación y ejecución de programas de choque contra tales padecimientos.

7.1. RETOS PARA EL FUTURO.

A pesar que hay avances en la salud infantil, estamos lejos de alcanzar indicadores que han logrado países desarrollados, principalmente por las diferencias en las clases sociales y de accesibilidad en las zonas donde reside la población infantil. Se requiere disminuir inequidades y por esto fortalecer las intervenciones intersectoriales, interinstitucionales e intrasectoriales orientados hacia el control los determinantes del comportamiento, sociales, ambientales y de calidad de los servicios de salud que están incidiendo en la salud de los niños, de la misma manera se deben orientar investigaciones orientadas al análisis de los problemas genéticos que afectan la salud de los niños, a fin de identificar si hay relación de éstos con factores medio ambientales y de comportamiento.

Incluir intervenciones de Atención Integral a la Infancia en el Plan de Desarrollo Municipal y en el Plan territorial de salud.

Fortalecer los proceso de atención primaria en salud a nivel de EPS e IPS públicas y privadas, que permitan disminuir la carga de enfermedad de los niños menores de cinco años y de sus madres.

Desarrollar alianzas con las Universidades para fortalecer los procesos de investigación. Fortalecer los procesos de investigación acción a nivel de los servicios de salud para intervenir oportunamente los problemas detectados y evitar que afecten otros niños. Integrar todos los subprogramas de atención infantil dentro de la estrategia AIEPI en Instituciones públicas y privadas, bajo la coordinación del Grupo de Atención Integral al Niño.

Por último, implementar en el Municipio de Cali la Política de Atención Integral a la Infancia.

REFERENCIAS

[1] Molina G, Cabrera GA. Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis Vol. 1. Colombia: Grupo de Investigación en gestión y políticas en salud, Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia; 2008. p. 3-6.

[2] Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las Políticas Públicas y los Sistemas de Servicios de Salud, Capítulo 4. En: Publicación Científica y Técnica No. 622. Salud en las Américas, Informe Regional. Washington, D.C.; 2007. p. 314-405.

[3] Secretaría de Salud Pública Municipal. 70 años de la Secretaría de Salud Pública de Cali. Santiago de Cali; 2008.

[4] CEDETES. La situación de Salud de Santiago de Cali – Una mirada desde la Salud Pública. Cali: Universidad del Valle. [En línea] 2007 [citado 2011 Oct 23]. URL Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Modelo_Salud_Publica_Colombia-Cali-2007.pdf

[5] CEDETES. Por una mayor equidad en salud – Modelo de Salud para Santiago de Cali. Cali: Universidad del Valle. [En línea] 2007 [Documento preliminar de trabajo] [citado 2011 Oct 23]. URL Disponible en: http://www.cedetes.org/investigacion/files_mod/diagnostico_07-02-22.pdf

[6] Ministerio de Salud Pública (MSP). Resolución No. 5550 de 1975. Colombia: MSP. URL Disponible en: <ftp://ftp.cali.gov.co/DECRETOS/1985/DECRETO0297ABRIL1985.pdf>

[7] MSP. Decreto Extraordinario Municipal No. 1469 de 1979. Colombia: MSP. URL Disponible en: <ftp://ftp.cali.gov.co/DECRETOS/1985/DECRETO0297ABRIL1985.pdf>

[8] CEDETES. La situación de Salud de Santiago de Cali – Una mirada desde la Salud Pública. Cali: Universidad del Valle. [En línea] 2007. [citado 2011 Oct 23]. URL Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Modelo_Salud_Publica_Colombia-Cali-2007.pdf

[9] Jaramillo MC, Núñez A, Ortiz EI. Implementación de las Políticas de Salud. En: Diez Años de la Salud en Santiago de Cali 1990–1999. Santiago de Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali; 2000.

[10] Presidencia de la República/DNP. Plan Nacional de Desarrollo del Presidente César Gaviria 1990–1994. Santa Fé de Bogotá: DNP; 1991.

[11] Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Colombia; Diciembre 23 de 1993. [citado 2011 Nov 5]. URL Disponible en: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>.

[12] Hernández, M. Reforma Sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cuadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro) 2002; 4 (4) Julio/Agosto.

[13] Secretaría de Salud Pública Municipal [sede Web]. Cali: SSPM. Disponible en: <http://www.cali.gov.co/salud/>

[14] Departamento Administrativo de Planeación Municipal (DAPM). Evaluación de las estrategias del plan de desarrollo económico y social del municipio de Santiago de Cali. Santiago de Cali: DAPM. [En línea] 2003 Dic. [citado 2011 Nov 7]. URL Disponible en: <http://planeacion.cali.gov.co/DirPlanDesa/Periodo%202001-2003/Evaluacion%20Plan%20Desarrollo%20Cali%202001-2003.pdf>

[15] DAPM. Evaluación del plan de desarrollo del municipio de Santiago de Cali 2004 – 2007. Cali: DAPM. [En línea] 2008 Mayo [citado 2011 Nov 7]. Disponible desde: <http://planeacion.cali.gov.co/dapweb/index.asp>

[16] Presidencia de la República/DNP. Plan nacional de desarrollo 2010-2014: “Prosperidad para todos”. [En línea] Santa Fé de Bogotá: DNP [citado 2011 Nov 7]. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=4-J9V-FE2pI%3D&tabid=1238>

[17] Secretaria de Planeación Departamental. El valle del cauca en el plan nacional de desarrollo 2010-2014: prosperidad para todos. [En línea] 2011 Feb [citado 2011 Nov 7]. Disponible en: <http://www.uav.org.co/documentos/Docsimportantes/Presentacion%20Secretaria%20de%20Planeacion%20Departamental.pdf>

[18] Frenk J. La Salud de la Población. En: Hacia una nueva salud pública. 3a ed. México: La Ciencia para Todos; 2003. p. 38-40.

[19] Jaramillo MC. El Sistema de Salud Español: la importancia de la Atención Primaria en Salud. En: Boletín POLIS Observatorio de Políticas Públicas (Publicación semestral); 2010 Dic: p. 13.

[20] Esping-Andersen G. Social Foundations of Postindustrial Economies. Londres: Oxford University Press; 1999.

[21] Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Antecedentes. En: Desarrollo Social. [En línea] México; 2006. URL disponible en www.diputados.gob.mx/cesop/.

[22] Alleyne G. La equidad y la meta de Salud para Todos. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Washington: OPS; 2002 11 (5/6): 292.

[23] OPS. Acerca de la OPS. Colombia: 1958. URL Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=122.

[24] OPS/OMS. Coordinación de los servicios médicos. En: Discusiones técnicas de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana. Publicación Científica N°o 154. Washington D. C.: OPS/OMS; 1967.

[25] Prebisch R. Crítica al capitalismo periférico. En: Revista de la CEPAL, primer semestre. Santiago de Chile; 1976.

[26] Miranda N, Obregón D, Hernández M. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: cien años de historia 1902–2002. Colombia: OPS/OMS; 2002.

[27] Hurtado P. Discurso de instalación del coloquio de salud sexual y reproductiva (Inédito). Celebración del centenario de OPS/OMS. Cali: Universidad del Valle; Octubre 29 de 2002.

[28] Mahler H. Estrategias sanitarias en un mundo en transformación. OMS, 1975 (29): 223-233.

[29] UNICEF/OMS. Necesidades sanitarias básicas de los países en desarrollo: posibles soluciones. Crónica de la OMS; 1975 (29): 179-200.

[30] OMS. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Serie Salud para Todos N°o 1. Ginebra: OMS; 1978.

[31] OPS/OMS. La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Publicación Científica. Washington, D.C: OPS/OMS; 1992.

[32] Hernández M. Proceso sociopolítico y salud en Colombia: 1958–1993. En: Guerrero, J. (Comp). Medicina y salud en la historia de Colombia. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Archivo General de la Nación, Asociación Colombiana de Historiadores; 1997. p. 196-216.

[33] OPS. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). URL disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm>

[34] OPS. Funciones Esenciales de la Salud Pública. OPS; 2002.

[35] Ministerio de Salud. Programa Materno Infantil, Hechos y Proyecciones. Colombia: Ministerios de Salud; 1987.

[36] Meneses EC, Gaitán GM. Evaluación del programa de atención infantil con énfasis en el componente de crecimiento y desarrollo en el niño menor de cinco años en las diecisiete (17) instituciones de salud del SILOS“2” en la ciudad de Cali; 1996 .

[37] Ministerio de Salud. Salud para todos en el Año 2000. Estrategias formuladas por el Ministerio de Salud de Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud; 1980.

[38] Ministerio de Salud. Municipios Saludables por la paz. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.

[39] Palacio M. Más Allá de la Supervivencia: El Desarrollo Infantil. En: Crecimiento y Desarrollo Integral: un marco conceptual desde el saber y la experiencia. Bogotá: OPS Ministerio de Salud y FARB; 1996.

[40] Jaramillo M, Gallego AI, Varela A. Evaluación y Seguimiento del Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Santiago de Cali 2008. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali – Universidad Icesi; agosto 2010.

[41] Aguirre A. Atención a la Madre y al Niño Menor de 5 Años con Énfasis en la Atención Primaria. Cali: Universidad del Valle; 1978.

[42] Secretaría de Salud Pública Municipal. La Municipalización de la Salud en Cali. Santiago de Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal; 1992.

[43] Carrasquilla G. Intervención en el conversatorio sobre la cooperación OPS – Estado Colombiano desde una perspectiva regional (Inédito). Cali: Facultad de Medicina, Universidad del Valle; Junio 5 de 2002.

[44] Paganini JM. Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud en los Países de la Sub-región Andina. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal.

[45] Vesga A. Intervención en conversatorio sobre la cooperación OPS – Estado colombiano desde una perspectiva regional (Inédito). Cali: Facultad de Medicina Universidad del Valle; 2002.

[46] Concejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 106 de enero 15 de 2003. Santiago de Cali; 2003.

[47] Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Bogotá: Profamilia; 2010. p. 209.

[48] Departamento Nacional de Planeación. Colombia por la Primera Infancia. Política Pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Documento Conpes Social 109. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, ICBF; 2007.

[49] Secretaría de Salud Municipal. Grupo AIEPI. Municipio de Santiago de Cali; 2010.

[50] Vera R. Early Childhood Education and Care: an Economic Analysis. [Tesis Maestría]. Utrecht; 2009. URL Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/tesis/colfuturo/rocio-vera-llanos-early-childhood>.

[51] Cowan W. The Development of the Brain. Scientific American. 1979; 241(3): p. 113-133.

[52] Sander L. A 25-Year Follow-Up: Some Reflections on Personality Development Over the Long Term. Papers from the Third Congress of the World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines. *Infant Mental Health Journal*. 1987; 8(3): 210-220.

[53] Reynolds A, Temple J. Benefits and Costs of Investments in preschool education: evidence from the Child-Parent Centers and related programs. *Economic of education review*. 2007; 26: 126-144.

[54] Karoly L, Greenwood P, Everingham S, Hoube J, Kilburn R, Rydell P, et al. Investing in Our Children: What We Know and Don't Know About the Costs and Benefits of Early Childhood Interventions. Washington, DC: Rand; 1998.

[55] Lynch R. Exceptional Returns: Economic, Fiscal, and Social Benefits of Investment in Early Childhood Development. Economic Policy Institute; 2004.

[56] Heckman J, Masterov D. The Productivity Argument for Investing in Young Children. NBER Working Paper No. W13016; 2007.

[57] Procuraduría General de la Nación, Unicef, ICBF. Municipios y Departamentos por la Infancia y la Adolescencia - Orientación para la Acción Territorial. 3ª ed. Bogotá; 2006.

[58] Heckman J. Investing in Disadvantaged Young Children is an Economically Efficient Policy?. Presented at the Committee for Economic Development/ The Pew Charitable Trusts/ PNC Financial Services Group, Forum on "Building the Economic Case for Investments in Preschool", New York; 2006.

[59] Sen A. Desarrollo y Libertad. Bogotá: Planeta; 2000.

[60] Sen A. El derecho a no tener hambre. Traducción de E. Lamprea Montealegre, Universidad Externado de Colombia, Centro de investigación en filosofía y derecho; 2002.

[61] Cunha F, Heckman J, Lochner L, Masterov D. Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation. *Handbook of the Economics of Education*. Amsterdam; 2006 .p. 697-812.

[62] Presidencia de la Republica de Colombia/ Alta Consejería para Prosperidad Social. Estrategia de Cero a Siempre. URL Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx>.

[63] PNUD. Hacia un Valle del Cauca incluyente y pacífico. Informe regional del Desarrollo Humano IDH-Valle 2008. Santiago de Cali: PNUD; 2008.

[64] Guevara RD. Mujeres desplazadas por el conflicto armado: Situaciones de género en Cali y Popayán. Univalle – Asprodeso. URL disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/asprodeso/LaNuevaColonizacionUrbana.htm#6>

[65] Ministerio de Educación Nacional. Foro Mundial de Grupos de Trabajo por la Primera Infancia: Sociedad Civil-Estado. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; 2010.

[66] Ruiz N. El desplazamiento forzado en el interior de Colombia: caracterización sociodemográfica y pautas de distribución territorial 2000–2004. [Tesis Doctorado]. Centro de Estudios Demográficos. Universidad Autónoma de Barcelona; Diciembre 2007. p. 141.

[67] Jaramillo M, Gallego AI, Varela A, Alonso JC, Castellanos R, Murillo O, et al. Evaluación y Seguimiento del Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Santiago de Cali 2008. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali – Universidad Icesi; agosto 2010.

[68] UNICEF. Informe de Progreso para la infancia [sede Web]. Unicef 2009 [actualizada el 16 de Octubre de 2009]. URL disponible en: http://www.unicef.org/spanish/protection/index_51312.html.

[69] Concha-Eastman A, Guerrero R, de Borrero MF. Programa de Rehidratación y Reducción de la Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en Cali 1982–1986. Colombia Medica (Colombia) 1989; 20(3).

[70] Valenzuela C. Control de las Enfermedades Diarreicas. En: Acciones de Salud Materno Infantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. OPS; 1996.

[71] De Borrero MF. Programa de Control de Enfermedades Diarreicas en Cali. Desarrollo de Programas de Salud, Ministerio de Salud – Unidad de Epidemiología. Colombia: OPS; 1986.

[72] De Borrero MF. Impacto de las Unidades de Rehidratación Oral Popular en la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en Siloé, Cali-Colombia: Ministerio de Salud-OPS/OMS-Unidad Regional de Salud; Mayo 1987.

[73] Eastman AC, Melo LM, Korgi MD, de Borrero MF, Delgado F, Holguín JA. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años en Cali - Colombia 1990–1995. Colombia: Colombia Médica. 1995; 26(4):125-131.

[74] UNICEF. Estado mundial de la infancia. Barcelona: J & J Asociados; 1993.

[75] Huttly S, Blum D, Kirkwood B, Emeh R, Feachmen R. The epidemiology of acute diarrhoea in a rural community in Imo State. Nigeria: Trans R Soc Trop Med Hy; 1987 .p. 85: 865-70.

[76] Secretaría de Salud Pública Municipal. Informe de gestión a octubre 31 de 2008. [En línea]. Santiago de Cali: Secretaría de Salud; 2008 Oct [fecha de acceso noviembre 5 de 2011]. URL Disponible en: http://calisaludable.cali.gov.co/secretario/Informe_Gestion_Noviembre2008.pdf.

[77] Rojas J, Zapata H, Álzate A, Rodríguez A. Cobertura vacunal en niños de 12 a 47 meses de edad en estratos 1 y 2 de la zona urbana de Cali. Colombia Medica; 2002.

[78] Carvalho D, et al. Lactancia Materna. En: Acciones de Salud Materno Infantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. OPS; 1996.

[79] Labbok M, Koniz-Booher P. Lactancia materna: como proteger un recurso natural. Washington, D.C.: Institute for Reproductive Health; 1990.

[80] Ministerio de Protección Social. Ama-mantar, compromiso de todos. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Un imperativo público para la protección y alimentación de los niños y niñas menores de cinco (5) años. Colombia: Ministerio de Protección Social; 2010.

[81] PROINAPSA-UIS. Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia (IAMI) en el marco de derechos. Colombia: UNICEF; 2005 pág. 3.

[82] ICBF. Circular interna 032 de junio 9 de 2008. URL disponible en: <https://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/arbol/59642.html>.

[83] Ministerio de Protección Social. Modelo de Gestión para la Salud y el Bienestar de la Infancia. Bogotá; 2005.

[84] Ministerio de Protección Social. Guía para Formular Plan Operativo AIEPI. Informe Final. Bogotá; 2010.

[85] Saldarriaga R, Vásquez LC. Implementación e Impacto en la Salud Infantil de la Estrategia AIEPI. Colombia: CES-UPB. URL disponible en: <http://www.coopsana.com.co/Guias/aiepi%202.pdf>.