

## 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,<sup>98</sup> 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

---

<sup>98</sup>Pues 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 anteriormente<sup>99</sup>, 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 2007<sup>100</sup>, 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.

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

<sup>100</sup>Plan 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.<sup>101</sup> 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

<sup>101</sup> 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,<sup>102</sup> 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
<b>Total</b>	<b>424</b>	<b>56</b>	<b>480</b>

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.

<sup>102</sup>Lectura 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
<b>Total</b>	<b>890</b>

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
<b>Total</b>	<b>216</b>	<b>159</b>	<b>313</b>	<b>163</b>	<b>237</b>	<b>347</b>	<b>200</b>	<b>380</b>	<b>2015</b>

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.

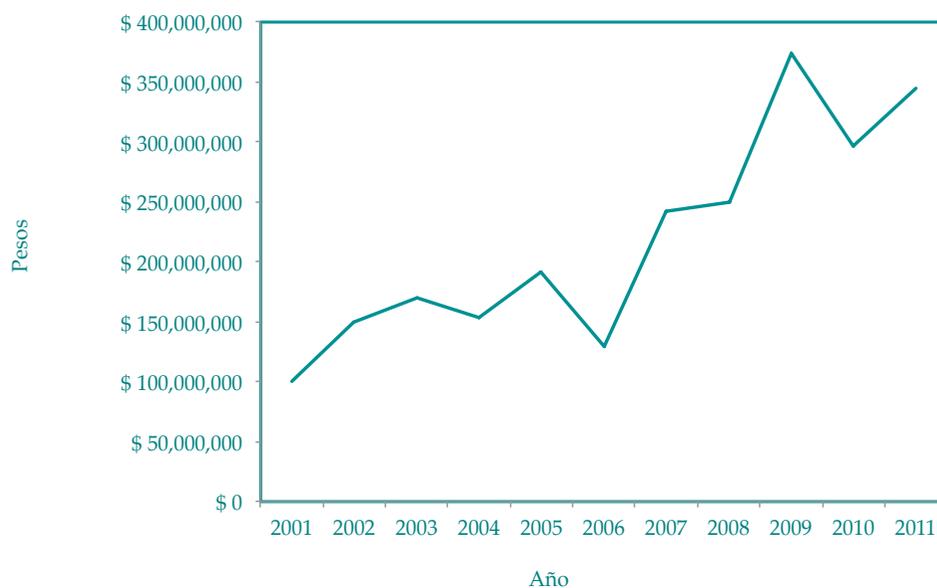
### d) Aportes de la Comunidad.

- 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.