

MEDISED

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO
Y DESARROLLO HUMANO

NORMA DE COMPETENCIA:

Promocionar acciones de salud de acuerdo con la normativa de salud pública.

Código: 230101239



Bogotá, Septiembre 2023

Registro de Cambios

Versión	Fecha	Elaboró	Revisó	Aprobó	Descripción
1	Febrero 16/09	Jefe Blanca Mary Suárez.	Dra Nasly Alcázar Dra Claudia Rojas	Comité Apoyo Académico	1ª Versión oficial del Sistema de Calidad.
2	Agosto 04/10	Jefe Blanca Mary Suarez	Dra. Nasly Alcázar Dra. Claudia Rojas	Comité Apoyo Académico	Se Reestructura el formato se anexa la hoja de control al inicio.
3	Agosto 08/11	Dra. Claudia Rojas Gamboa	Calidad	Comité Apoyo Académico	Se Reestructura el proceso número 6.
4	Agosto 12/12	Jefe Bibiana Robayo	Calidad	Comité Apoyo Académico	Se incluyen temas de política pública en el proceso No 1; se amplía el concepto de cultura, se incluyen pacto mundial al proceso No3; en el proceso No se incluye encuesta pre-SISBEN, SISBEN y tema de medicina familiar.
5	Dic 7/12	Dra. Claudia Rojas Gamboa	Calidad	Comité Apoyo Académico	Se actualiza esquema PAI. Se unifican con documento de apoyo de Promoción y Prevención en la Comunidad II.
6	Enero 30 del 2018	Jefe Marta Torres Rodríguez	Comité de Apoyo Académico	Proceso SIQ	Actualización de las guías de aprendizaje de acuerdo a la normativa vigente.
7	Septiembre 1 2023	Jefe Martha Torres Rodríguez	Comité de Apoyo Académico	Proceso SIQ	Actualización de acuerdo a la normativa vigente.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. PROCESO DE APRENDIZAJE No 1: DEFINIR CONDICIONES DE RIESGO	9
1.1 SOCIOLOGÍA DE LAS COMUNIDADES	9
1.1.1. Política	9
1.1.2 Concepciones históricas de la política	9
1.1.3 Política Pública:	10
1.1.2 DESARROLLO DE LA COMUNIDAD	12
1.2.1 Fundamentos del desarrollo de la comunidad	13
1.2.2 Comités comunitarios de desarrollo social (ccds)	13
1.2.3 La participación ciudadana como principio fundamental del actuar social y colectivo en el estado social de derecho	14
1.2.4 La participación	16
1.3 ORGANIZACIONES SOCIALES	18
1.3.1 Participación en salud	18
1.3.2 Acción comunal	23
1.3.3 Ligas de usuarios	28
1.3.4 Juntas	28
1.3.5 Comités	30
1.3.6 Consejos locales de política social (CLOPS)	31
1.4 ORGANIZACIÓN	35
1.5 RELACIONES INTERPERSONALES	36
1.6 TRABAJO EN EQUIPO	36
1.7 LIDERAZGO	39
2 PROCESO DE APRENDIZAJE No. 2 DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	42
2.1 ETNIA	42
2.2 CULTURA	43
2.3 COMPORTAMIENTO HUMANO	46

2.4 COMUNICACIÓN ASERTIVA:.....	51
2.4.1 Elementos de la comunicación.....	51
2.4.2 Tipos de comunicación.....	51
2.4.3 Resolución de conflictos	53
2.5 DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE.....	55
2.5.1 Definición	55
2.5.2 Principios de la Alianza para el Desarrollo Sostenible	56
3 PROCESO DE APRENDIZAJE No 3 REVISAR MEDIDAS PREVENTIVAS	58
3.1 PACTO MUNDIAL:	58
3.2 DEFINICIÓN DE SALUD – OMS:.....	59
3.3 SALUD PÚBLICA:.....	60
3.4 QUÉ ES LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?	61
3.5 DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN:	63
11.3 DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES TERRITORIALES, PROYECTOS, PROYECTOS SOCIALES	64
3.6.1 ¿Qué es un proyecto?.....	64
3.6.2 ¿Qué es un proyecto social?	64
3.6.3 Algunas características de los proyectos:	65
3.6.4 ¿Qué se requiere para la adecuada formulación de un proyecto social?	66
3.6.5 Tipos de proyectos.....	66
3.6.6 Enfoques para elaborar proyectos.....	66
3.6.7 Ciclo de vida de un proyecto.....	66
3.6.8 Gestión de proyectos.....	67
3.6.9 Esquema de fases y pasos en el desarrollo de un proyecto:.....	67
11.4 PLAN DE DESARROLLO; PLAN DE DESARROLLO LOCAL	74
3.6.10 Definición de Plan de Desarrollo Local.	74
3.6.11 Aspectos a considerar en la elaboración del plan de desarrollo local.....	74
3.6.12 Marco legal del Plan de Desarrollo.....	75
3.6.13 Conceptos básicos sobre el Plan de Desarrollo Local.....	76
3.6.14 AProcedimiento para la formulación y elaboración del PDL	79

4. Análisis de la Situación de Salud en Colombia en 2010.....	82
4.1.1 Dimensiones prioritarias	84
4.2.16 Dimensiones transversales	101
4.1.2 RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD.....	109
4.2 REFORMAS REALIZADAS A LA LEY 100 DE 1993	275
4.2.1 Ley 1122 de 2007	275
4.2.2 Ley 1438 De 2011.....	275
4.2.3 Ley Estatutaria 1751 de 2015.....	275
4.2.4 Política de Atención Integral en Salud- PAIS	277
4.2.5 MIAS.....	279
4.2.6 RIAS rutas integrales de atención en Salud.....	279
4.2.7 Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud –RIPSS.....	281
4.3 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	284
4.4 DEBERES, DERECHOS Y OBLIGACIONES.....	286
4.5 MEDICINA FAMILIAR.....	287
5. PROCESO DE APRENDIZAJE No 5 PARTICIPAR EN EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, DEFINIDAS DE ACUERDO CON LOS FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN LA COMUNIDAD	296
5.1 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	296
5.2 SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	296
5.3 DEFINICIONES:	301
5.4 VIVIENDA SALUDABLE (ver Anexo 1)	308
5.5 EMERGENCIAS Y DESASTRES	309
5.5.1 Normograma de emergencias y desastres.....	309
5.5.2 Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres	310
5.6 GENERALIDADES DE LAS ESTRATEGIAS AIEPI, IAMI, IAFI Y LA RESOLUCIÓN 412/2000.....	312
5.6.1 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).	312
5.6.2 Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ):	316
5.7 ESTRATEGIA DE INSTITUCIONES AMIGAS DE LA FAMILIA GESTANTE Y LA INFANCIA (IAFI)	317

5.7.1	Resolución 412 del 2000.....	318
5.8	ANEXOS	320
6.	PROCESO DE APRENDIZAJE No 6 PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA SEGÚN LINEA DE INTERVENCIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	323
11.5	ATENCIÓN EN SALUD AL MENOR DE 10 AÑOS DE EDAD	323
11.6	DEFINICIÓN	323
11.7	OBJETIVO	323
11.8	POBLACIÓN OBJETO.....	323
7.	PROCESO No 7 PARTICIPAR EN ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA SEGÚN LÍNEA DE INTERVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	369
11.9	DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	369
11.10	LA SEXUALIDAD.....	370
11.11	SISTEMAS REPRODUCTORES Y SEXUALES DE LA MUJER Y EL HOMBRE:	375
11.12	REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD	381
11.13	INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y SEGURA DEL EMBARAZO	395
11.14	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	405
11.15	FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA EL SISTEMA SEXUAL Y REPRODUCTOR ...	342
11.16	CANCER DE CUELLO UTERINO (CCU).....	343
7.1.1	Programa para detección temprana de ccu	345
7.1.2	Toma de citología cervico uterina.....	350
11.17	CANCER DE MAMA.....	354
7.1.3	Autoexamen de mama.....	355
7.1.4	Biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF)	356
8.	PROCESO NO 8 PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	356
8.1.	ENFERMEDADES CRÓNICAS	356
8.2.	PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR DE 45 AÑOS.....	365
8.2.1	Justificación	365
8.2.2	Epidemiología	366
8.2.3	Factores de riesgo	366

8.3. PATOLOGÍAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	381
8.3.1. OBESIDAD	381
9. PROCESO No 9 PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.	401
11.18 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	401
9.1.1 FIEBRE AMARILLA.....	401
9.1.2 DENGUE	403
9.1.3 MALARIA.....	406
9.1.4 LEISHMANIASIS	408
9.1.5 TUBERCULOSIS	410
9.1.6 LEPRO	412
9.1.7 TRIPANOSOMIASIS	414
10 PROCESO No 10 PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA DISCAPACIDAD	416
11.19 LA DISCAPACIDAD Y SUS IMPLICACIONES PARA LAS PERSONAS, SUS FAMILIAS, LA SOCIEDAD, EL ESTADO.....	416
11.20 APROXIMACIÓN COMPRENSIVA E INTEGRADA DE LA DISCAPACIDAD	420
10.1.1 FUNDAMENTOS:	420
11.21 ARTICULACIÓN ENTRE LAS POLÍTICAS Y LOS SERVICIOS.....	426
11.22 FUNCIONES DE LA VIGILANCIA DE LA DISCAPACIDAD	432
10.1.2 Actividades según función:	432
11 PROCESO No 11	436
PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL AMBIENTE	436
11.23 SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL AMBIENTE.....	436
11.1.1 Definición	436
11.1.2 Soporte legal.....	436
11.1.3 Factores de riesgo del consumo.....	438
11.1.4 Factores de riesgo químicos	440
11.1.5 Factores de riesgo biológicos	441

11.1.6 Factores de riesgo físicos.....	442
11.2 Estructura del Sisvea	444
11.23.1 Factores de riesgo del consumo.....	444
11.23.2 Factores de riesgo físicos.....	446
11.23.3 Factores de riesgo biológicos	447
11.23.4 Factores de riesgo químicos	448
11.24 RABIA HUMANA	449
11.25 CONTROL VECTORIAL DE ARTRÓPODOS Y ROEDORES PLAGA.....	449
12 PROCESO No 12	452
PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE EVENTOS DE ORIGEN LABORAL	452
12.1 Relación Salud y Trabajo.....	452
12.7 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DE ACUERDO A NORMAS TÉCNICAS LEGALES VIGENTES.....	474
12.7.1 Análisis de la vulnerabilidad:.....	475
12.7.2 Emergencia:	475
12.7.3 Responsabilidades antes, durante y después de la Emergencia	476
12.7.4 Etapas para conformar el Plan de Emergencias.....	483
12.7.5 Sistema de Comunicación	484
12.7.6 Principios Básicos en Primeros Auxilios.....	484
12.8 VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL	484
12.8.1 Introducción.....	484
12.8.2 PROPUESTA DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE DESÓRDENES MÚSCULO-ESQUELÉTICOS DE ORIGEN OCUPACIONAL (MPS, 2008)	486
BIBLIOGRAFIA	492

1. PROCESO DE APRENDIZAJE No 1: DEFINIR CONDICIONES DE RIESGO

1.1 SOCIOLOGÍA DE LAS COMUNIDADES

1.1.1. Política

Del griego πολιτικός (politikós), «ciudadano, civil, relativo al ordenamiento de la ciudad»), es la actividad humana tendente a gobernar o dirigir la acción del Estado en beneficio de la sociedad.

Es el proceso orientado ideológicamente hacia la toma de decisiones para la consecución de los objetivos de un grupo.

La ciencia política es una ciencia social que estudia dicha conducta de una forma académica utilizando técnicas de análisis político; los profesionales en esta ciencia adquieren el título de politólogos, mientras quienes desempeñan actividades profesionales a cargo del Estado o se presentan a elecciones se denominan políticos.

El término fue ampliamente utilizado en Atenas a partir del siglo V antes de Cristo, en especial gracias a la obra de Aristóteles titulada, precisamente, Política. El mismo Aristóteles definía al ser humano como un animal político por excelencia. También se define como **política** a la comunicación dotada de un poder, relación de fuerzas.

1.1.2 Concepciones históricas de la política

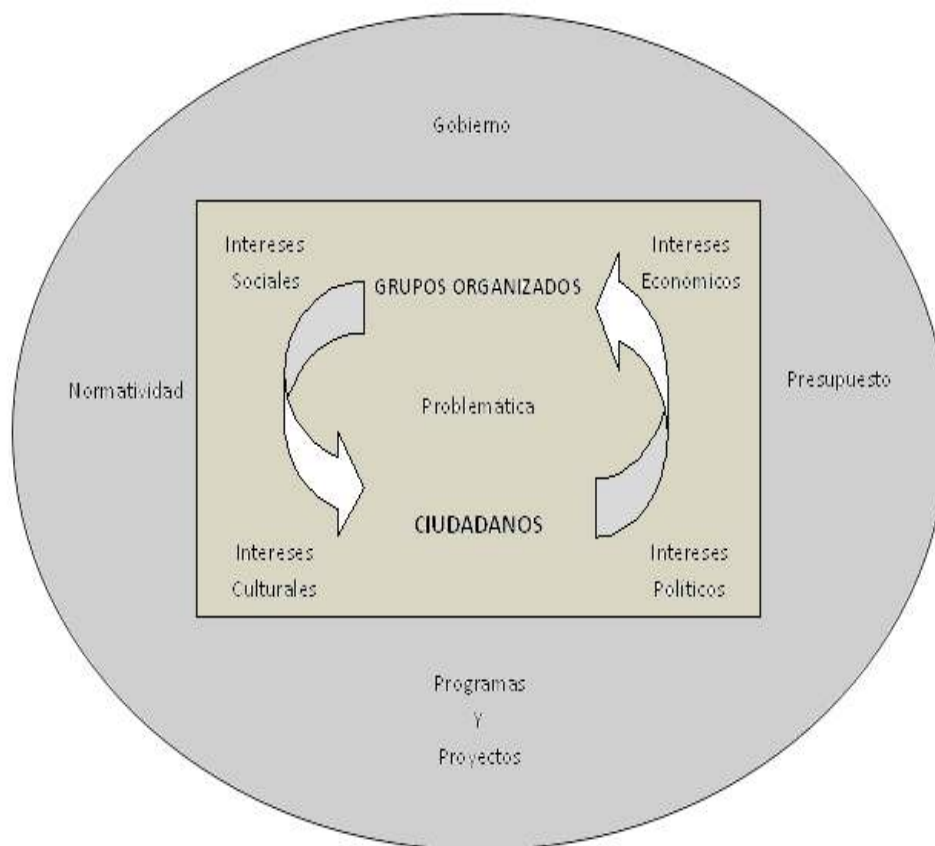
Definiciones clásicas apuntan a definir política como el "ejercicio del poder" en relación a un conflicto de intereses. Son famosas las definiciones fatalistas de Karl Schmitt de la política como juego o dialéctica amigo-enemigo, que tiene en la guerra su máxima expresión, o de Maurice Duverger, como lucha o combate de individuos y grupos para conquistar el poder que los vencedores usarían en su provecho.

Una perspectiva opuesta contempla la política en un sentido ético, como una disposición a obrar en una sociedad utilizando el poder público organizado para lograr objetivos provechosos para el grupo. Así las definiciones posteriores del término han diferenciado poder como forma de acuerdo y decisión colectiva, de fuerza como uso de medidas coercitivas o la amenaza de su uso.

Así entonces podemos entender el término de política en la actualidad, como la actividad de quienes procuran obtener el poder, retenerlo o ejercitarlo con vistas a un fin. Debe tenerse presente que esta es de carácter instrumental; desde una perspectiva moral, la política debe ser vista como una de las actividades más nobles del ser humano ya que implica una labor de servicio hacia los demás, viendo a éstos como la generalidad o pueblo.

1.1.3 Política Pública:

Una política pública de excelencia corresponde a aquellos cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado. Una política pública de calidad incluirá orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados.



En torno a políticas públicas se puede:

- ☐ acotar las discusiones políticas

- ☐ diferenciar problemas y soluciones de manera específica
- ☐ precisar las diferencias
- ☐ vincular los temas a soluciones más amplias o secuenciales
- ☐ plantearse esfuerzos compartidos
- ☐ participar de manera específica.

Características de una política pública de excelencia:

- 1 Fundamentación amplia y no sólo específica (¿cuál es la idea?, ¿a dónde vamos?)
- 2 Estimación de costos y de alternativas de financiamiento
- 3 Factores para una evaluación de costo-beneficio social
- 4 Beneficio social marginal comparado con el de otras políticas (¿qué es prioritario?)
- 5 Consistencia interna y agregada (¿a qué se agrega?, o ¿qué inicia?)
- 6 De apoyos y críticas probables (políticas, corporativas, académicas)
- 7 Oportunidad política
- 8 Lugar en la secuencia de medidas pertinentes (¿qué es primero?, ¿qué condiciona qué?)
- 9 Claridad de objetivos
- 10 Funcionalidad de los instrumentos
- 11 Indicadores (costo unitario, economía, eficacia, eficiencia)

Actor Social:

Un actor social es un sujeto colectivo estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores, poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad con vistas a defender los intereses de los miembros que lo componen y/o de los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias.

También puede ser entendido como un grupo de intervención, para la transformación de su situación. O sea que el actor social actúa sobre el exterior, pero también sobre sí mismo. En ambos casos, el actor se ubica como sujeto colectivo, entre el individuo y el Estado. En dicho sentido es generador de estrategias de acción (acciones sociales), que contribuyen a la gestión y transformación de la sociedad. Los actores sociales son muy importantes para el proceso de Intersectorialidad.

Intersectorialidad: Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

Para caracterizar y evaluar a los actores y a sus interrelaciones, se debe indagar para cada uno de ellos:

- su campo de intervención.
- la función que cumplen.
- su representatividad.
- el poder que invisten.
- los recursos que disponen.
- los objetivos que persiguen.
- las acciones que desarrollan.
- los resultados que obtienen.
- las relaciones tejidas con otros actores para llevar a cabo sus estrategias.

Ejemplos de actores sociales en América latina:

- Asociaciones Comunitarias. Club de madres.
- Juntas vecinales.
- Organizaciones no gubernamentales. ONG.
- Grupos políticos.
- Sector público.
- Sector financiero.
- Sindicatos.

11.2 1.2 DESARROLLO DE LA COMUNIDAD

El desarrollo de la comunidad es el conjunto de procesos económicos, políticos, culturales y sociales, que integran los esfuerzos de la población, sus organizaciones y las del Estado, para mejorar la calidad de vida de las comunidades.

Principios rectores del desarrollo de la comunidad

- Reconocimiento y afirmación del individuo en su derecho a ser diferente, sobre la base del respeto al otro y tolerancia a la diferencia.
- Reconocimiento de la agrupación organizada de personas en su carácter de unidad social alrededor de un rasgo, interés, elemento, propósito o función común, como el recurso fundamental para el desarrollo y enriquecimiento de la vida humana y comunitaria, haciendo prevalecer el interés común sobre el particular.
- El desarrollo de la comunidad debe construirse con identidad cultural, sustentabilidad, equidad y justicia social, participación social y política, promoviendo el fortalecimiento de la sociedad civil y sus instituciones democráticas.
- El desarrollo de la comunidad debe promover la capacidad de negociación y autogestión de las organizaciones comunitarias en ejercicio de sus derechos, a definir sus proyectos de sociedad y participar organizadamente en su construcción.
- El desarrollo de la comunidad tiene entre otros, como principios pilares, la solidaridad, la capacitación, la organización y la participación.

1.2.1 Fundamentos del desarrollo de la comunidad

- Fomentar la construcción de comunidad como factor de respeto, tolerancia, convivencia y solidaridad para el logro de la paz, para lo que se requiere el reacomodo de las prácticas estatales y la formación ciudadana.
- Promover la concertación, los diálogos y los pactos como estrategias del desarrollo.
- Validar la planeación como instrumento de gestión del desarrollo de la comunidad.
- Incrementar la capacidad de gestión, autogestión y cogestión de la comunidad.
- Promover la educación comunitaria como instrumento necesario para recrear y revalorizar su participación en los asuntos locales, municipales, regionales y nacionales.
- Promover la construcción de organizaciones de base y empresas comunitarias.
- Propiciar formas colectivas y rotatorias de liderazgo con revocatoria del mandato.

Los procesos de desarrollo de la comunidad, a la luz de sus principios y fundamentos, requieren para su desenvolvimiento la creación y consolidación de organizaciones comunitarias, entendidas como el medio adecuado para fortalecer la integración, autogestión, solidaridad y participación de la comunidad con el propósito de alcanzar un desarrollo integral para la transformación positiva de su realidad particular y de la sociedad en su conjunto.

1.2.2 Comités comunitarios de desarrollo social (ccds)

Definición

Un comité es un grupo de personas encargadas de un asunto, especialmente si lo hacen en representación de una colectividad. El comité comunitario es una estrategia de sensibilización, información, concertación, divulgación y promoción al interior de las comunidades. Son una **metodología social** que involucra a la comunidad en la formulación de los proyectos, en su participación activa en todas las etapas del proceso, desde la identificación de problemáticas y oportunidades a través de recorridos de campo, hasta la formulación y aprobación de los proyectos mediante la utilización de prácticas de diseño participativo. Esto posibilita la formación, la concertación, la participación y la decisión de la comunidad frente al modelo de intervención integral.

Con la implementación de CCDS se espera obtener:

- Participación de la comunidad.
- Identificación de nuevas áreas de oportunidades y problemáticas.
- Sentido de pertenencia de la comunidad con el proyecto.
- Presencia de la administración municipal de manera coordinada.
- Espacios públicos que permitan el encuentro y la convivencia de los habitantes.
- Realizar una gestión con transparencia y coordinación.

- Recuperar la confianza en la comunidad y encontrar ciudadanas y ciudadanos comprometidos con el desarrollo de esta.

Funciones

- Respetar y hacer respetar las decisiones que haya tomado la comunidad.
- Participar en las reuniones que el Comité realice.
- Servir de enlace entre las autoridades y los habitantes de las comunidades, con el propósito de plantear soluciones a los problemas presentados y contribuir a la solución de los mismos.
- Priorizar las obras según el interés de la comunidad y participar en su programación.
- Promover y apoyar la integración social y familiar de los habitantes de la comunidad, mediante la organización de eventos culturales, deportivos o de cualquier otro tipo.

1.2.3 La participación ciudadana como principio fundamental del actuar social y colectivo en el estado social de derecho

“Mirada desde el punto de vista de la dogmática constitucional, la participación ciudadana es un principio fundamental que ilumina todo el actuar social y colectivo en el Estado social de derecho, y que, en relación con el régimen constitucional anterior, persigue un incremento histórico cuantitativo y cualitativo de las oportunidades de los ciudadanos de tomar parte en los asuntos que comprometen los intereses generales.”

Sentencia C-1338-00

Asiento normativo:

La participación ciudadana como principio fundamental del Estado Social de derecho toma asiento en la vida nacional con la Constitución Política de Colombia de 1991.

Preámbulo Constitucional:

EL PUEBLO DE COLOMBIA

En ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático **y participativo** que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana decreta, sanciona y promulga la siguiente

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA

(...)

Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de **República** unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática,

participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general

Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; **facilitar la participación de todos en las decisiones** que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Artículo 41. En todas las instituciones de educación, oficiales o privadas, serán obligatorios el estudio de la Constitución y la Instrucción Cívica. Así mismo se fomentarán prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la **participación ciudadana**. El Estado divulgará la Constitución.

Artículo 103. Son **mecanismos de participación del pueblo** en ejercicio de su soberanía: (...)

El Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de **participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública** que se establezcan.

Artículo 152. Mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República regulará las siguientes materias:

- Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección;
- Administración de justicia;
- Organización y régimen de los partidos y movimientos políticos; estatuto de la oposición y funciones electorales;
- Instituciones y mecanismos de **participación ciudadana**;
- Estados de excepción.

Artículo 270. La ley organizará las **formas y los sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar la gestión pública** que se cumpla en los diversos niveles administrativos y sus resultados.

El **Decreto 0646 de 1992**, en el Parágrafo 1, de su Artículo 1, define las organizaciones comunitarias como aquellas reconocidas jurídicamente, conformadas por los habitantes de un mismo vecindario, barrio, vereda o caserío, asociados libremente con **el fin de**

adelantar la autogestión del desarrollo y el ejercicio de la democracia participativa a través de planes, proyectos y acciones de interés común de los asociados.

Estas organizaciones deberán contemplar dentro de sus estatutos la posibilidad de proyectarse a nivel nacional.

La norma estableció al Estado la obligación de estimular la vigilancia y control y apoyar las organizaciones que lo ejerzan.

1.2.4 La participación

La participación, al igual que la promoción de la salud, pasa por múltiples definiciones, donde se presenta como un **proceso social** por medio del cual los actores toman parte de las actividades que se desarrollan en la comunidad; cómo las fuerzas sociales hacen valer sus intereses; como estrategia utilizada por los ciudadanos para incidir y orientar las intervenciones hacia la resolución de problemas mediante la posibilidad y capacidad de organización que alcanzan los sujetos y colectivos.

La participación **como ejercicio democrático** ligado a referentes como la construcción de ciudadanía, el pluralismo, la acción colectiva, el fortalecimiento de lo público, la construcción del bien común, el diálogo, y la concertación entre las autoridades y la ciudadanía y la capacidad de esta última de incidir por diversas vías en las decisiones locales, puede ser considerada como salud colectiva.

La participación concebida como un **proceso político**, como apropiación de poder y como ingrediente insoslayable de la gestión pública, construyendo por esta vía la posibilidad de aportar, incidir y tomar posición de forma activa en el desarrollo social.

Participar es un proceso gradual, continuo y dinámico que supone la apertura a la realidad social (observar, comprender, interpretar), la comunicación con el entorno (relación de escucha y diálogo), que incluye unos criterios socio políticos (igualdad, solidaridad, desarrollo humano, progreso, democracia, descentralización y coordinación) y que tiene tres componentes que deben estar siempre presentes en el proceso participativo:

- Poder político
- Planificación
- Población con derecho a la información y formación para ejercer la participación.

Dentro de esta relación entre promoción de la salud y participación, y relacionado directamente con el ejercicio y derecho democrático de la participación, encontramos el concepto de "empoderamiento", utilizado ampliamente desde la década de los setenta, para analizar los procesos de desarrollo social desde el concepto de poder y explicar la

pobreza, subordinación y subdesarrollo como consecuencia de tener o no poder. Por consiguiente, el término “empoderamiento” hace referencia esencialmente a la distribución de éste poder político, social y económico; poder como posibilidad de los diversos grupos sociales para promover su desarrollo.

Luego de tener una definición de esos conceptos, encontramos que existen afinidades entre ellos:

- desde su naturaleza política, donde prima el bien común, pasando por su objeto de intervención, representado en gran medida en la existencia de hombres y mujeres viviendo en sociedad, idealmente de manera digna y con equidad en las condiciones y posibilidades para la autodeterminación, la satisfacción de necesidades y el desarrollo individual y social de sujetos y colectivos;
- desde los propósitos que se plantean alrededor de la construcción colectiva de sociedades justas, equitativas y felices por medio de la necesaria y negada redistribución del poder, donde Estado y ciudadanía vivan una verdadera democracia participativa sólida, donde los derechos humanos fundamentales, como el derecho a la vida, la educación, la salud, el trabajo, la alimentación, la recreación y la participación sean garantizados por el Estado y disfrutados por la ciudadanía de manera responsable, plena y activa; donde igualmente se asuman responsabilidades frente a estos, representadas en la toma de posición crítica, reflexiva y actuante frente a la participación como vía viable, factible y reconocida para la inserción en la vida, para la incidencia en el mejoramiento de los determinantes sociales, en los procesos políticos y sociales del país, buscando la organización de los colectivos para determinar y priorizar sus necesidades y expectativas, diseñar y coger gestionar participativamente propuestas alternativas de mejoramiento, y establecer compromisos con las autoridades y gobiernos a nivel local, nacional e internacional que garanticen que la organización, participación y procesos que se construyen desde las bases, desde abajo, tendrán reconocimiento desde arriba, serán respetados y tenidos en cuenta a la hora de legislar, de diseñar las políticas públicas, regularlas, ejecutarlas y evaluarlas, para que estas estén totalmente soportadas por un fuerte componente de realidad, que garanticen que las políticas sociales publicas responderán exclusivamente a las necesidades sentidas y expresas de los ciudadanos y ciudadanas.

Si la promoción de la salud persigue la equidad como resultado más deseado, el principal objetivo debe ser la aplicación de estrategias participativas. Como precondiciones para la búsqueda de la equidad por medio de estas, es necesario establecer una fuerte identificación con las características sociológicas del grupo y la inclusión social de una determinada localidad.

Las estrategias de la participación social establecen vínculos con el cambio social y con los procesos de construir capacidad comunitaria y empoderamiento desde abajo hacia

arriba, buscando nutrir las relaciones que habiliten a la gente para fortalecer el control sobre sus vidas para beneficio de todos, reconociendo que la promoción de la salud intenta cerrar las brechas con respecto a la equidad, apoyando las redes sociales, abogando por políticas públicas saludables y fortaleciendo la capacidad de la comunidad.

La movilización social como estrategia de participación.

La movilización social, en esencia, es una **estrategia de participación efectiva**, que le permite a los diversos sectores sociales intervenir en los asuntos en los que venían siendo excluidos. Este mecanismo entraña la organización, el encuentro, el diálogo, la deliberación, la concertación, el consenso y el compromiso no sólo en participar activamente en las propuestas y proyectos oficiales, sino, principalmente, influir en los intereses y opciones de dichos sectores sociales.

La movilización social implica procesos de información, educación y comunicación, que apuntan a brindar conocimiento, desarrollo de destrezas y habilidades en los niveles personal, familiar y comunitario, haciendo posible la toma de decisiones adecuadas, en los asuntos que interesan a la comunidad.

1.3 ORGANIZACIONES SOCIALES.

El hombre es un ser eminentemente social, de ahí que siempre se ha reunido con sus semejantes con el objeto de formar grupos, comunidades y sociedades y con ello poder satisfacer sus necesidades. Las sociedades se transforman y se desarrollan, constituyendo la vida social y creando diversas formas de organización socioeconómica y modos de producción, tales como la sociedad primitiva, el esclavismo, el feudalismo, el capitalismo, el socialismo y el comunismo, propiamente dicho, de acuerdo con el conocimiento desarrollado hasta ahora por las ciencias económicas, políticas y sociales.

1.3.1 Participación en salud

Las personas naturales y jurídicas participan a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

Las organizaciones sociales y comunitarias podrán vincularse al desarrollo y mejoramiento de la salud en los municipios mediante su participación en el ejercicio de las funciones y la prestación de los servicios que se hallen a cargo de estas, en los términos consagrados en las disposiciones legales.

Formas de participación en salud.

Se definen las siguientes formas de participación en salud:

- **Participación social:** es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de

solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria.

- **Participación ciudadana:** es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

Se desarrolla a través de:

- Servicio de atención a los usuarios en las EPS y las IPS públicas, privadas o mixtas.
- Servicio de atención a la comunidad en la Dirección Municipal, Distrital y Departamental del SGSSS, a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos.
- **Participación comunitaria:** es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud. **Se desarrolla a través de:**
- En los municipios o resguardos indígenas se desarrolla a través de los Comités de Participación Comunitaria (CPC), presididos por el Alcalde o su delegado o por la máxima autoridad indígena, según sea el caso.
- En el CPC participan también:
 - El Jefe de la Dirección de Salud Municipal,
 - el Director de la ESE más representativa del lugar,
 - representantes de las formas organizativas sociales y comunitarias y de aquellas promovidas alrededor de programas de salud (UROS, UAIRAS, COE, COVE, Madres Comunitarias, Gestores de Salud, Empresas Solidarias de Salud, entre otras),
 - las Juntas Administradoras Locales (JAL),
 - las organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial, municipal;
 - las asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios legalmente reconocidos;
 - el sector educativo
 - y la Iglesia.

Funciones de los comités de participación comunitaria en salud.

- Intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción respectiva.
- Participar en el proceso de diagnóstico, programación control y evaluación de los servicios de salud.
- Presentar planes, programas y prioridades en salud a la junta directiva del organismo o entidad de salud, o a quien haga sus veces.

- Gestionar la inclusión de planes, programas y proyectos en el plan de desarrollo de la respectiva entidad territorial y participar en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos.
- Presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, para que bajo las formalidades, requisitos y procedimientos establecidos en las disposiciones legales, sean cofinanciados por el Fondo de Inversión Social, FIS u otros fondos de cofinanciación a nivel nacional.
- Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente.
- Concertar y coordinar con las dependencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con las instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del comité con los diferentes organismos o entidades de salud, teniendo en cuenta la integración funcional.
- Proponer a quien corresponda la realización de programas de capacitación e investigación según las necesidades determinadas en el Plan Local de Salud.
- Elegir por y entre sus integrantes, un representante ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado de la respectiva entidad territorial, conforme las disposiciones legales sobre la materia.
- Consultar e informar periódicamente a la comunidad de su área de influencia sobre las actividades y discusiones del comité y las decisiones de las juntas directivas de los respectivos organismos o entidades de salud.
- Impulsar el proceso de descentralización y la autonomía local y departamental y en especial a través de su participación en las juntas directivas de las instituciones prestadoras de servicios de salud o de dirección cuando existan.
- Elegir un representante ante el consejo territorial de planeación, en la Asamblea General de representantes de los comités de participación comunitaria o "copacos" de la respectiva entidad territorial.
- Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades establecidas en el Plan de Salud de la comunidad del área de influencia del respectivo organismo o entidad.
- Velar porque los recursos de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, destinados a la gestión social de la salud, se incluyan en los planes de salud de la entidad territorial y se ejecuten debidamente, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.
- Solicitar al alcalde y/o concejo municipal la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión del municipio y/o el departamento, conforme a las disposiciones de la ley estatutaria que define este mecanismo.

- Convocar a los servidores públicos o los trabajadores del SGSSS del territorio para que aclaren o expliquen aspectos que el comité considere indispensables.

a. Participación en las instituciones del SGSSS

La participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

La participación social se expresa en procesos cogestionarios de planeación y veeduría en salud. Los procesos territoriales de planeación y veeduría en salud deben contar con la participación ciudadana, comunitaria e institucional.

El diseño y gestión de los planes territoriales de salud debe ser concertado con los diferentes sectores sociales, con participación de representantes del nivel local y departamental de salud y del comité de participación comunitaria en salud de la respectiva entidad territorial.

Los Consejos Territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios) de Seguridad Social en Salud deben contar con representantes de las asociaciones de usuarios.

Se desarrolla a través de:

- **Alianzas o asociaciones de usuarios** afiliados al régimen contributivo y subsidiado, convocados por sus IPS y ESE, que velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Funciones de las asociaciones de usuarios.

- Asesorar a sus asociados en la libre elección de la entidad promotora de salud, las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad promotora de salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.
- Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios.
- Participar en las Juntas Directivas de las empresas promotoras de salud e instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario. En el caso de las privadas, se podrá participar, conforme a lo que dispongan las disposiciones legales sobre la materia.
- Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante la junta directiva de la institución prestataria de servicios de salud y la empresa promotora de salud.
- Vigilar que las decisiones que se tomen en las juntas directivas, se apliquen según lo acordado.

- Informar a las instancias que corresponda y a las instituciones prestatarias y empresas promotoras, si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados.
 - Proponer a las juntas directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad, según las normas de administración de personal del respectivo organismo.
 - Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo con lo que para tal efecto se establezca.
 - Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.
 - Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
 - Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante sus representantes ante las empresas promotoras y/o ante las oficinas de atención a la comunidad.
- **Comités de ética hospitalaria:** conformados por las IPS, están integrados por:
- Por la IPS
 - El director o su delegado
 - Representantes del equipo médico y del personal de enfermería
 - Por la comunidad:
 - Representantes de la Alianza de Usuarios de la IPS
 - Representantes de los CPC

Funciones de los Comités de Ética Hospitalaria.

- Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.
- Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.
- Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna.
- Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
- Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.
- Atender y canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.

b. La veeduría en salud: la veeduría en salud ejerce control social en salud a nivel ciudadano, institucional y comunitario, vigilando la gestión pública, sus resultados, la

prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones del SGSSS.

Funciones de la veeduría.

- Contribuir a una gestión adecuada de los organismos de salud.
- Propiciar decisiones saludables por parte de las autoridades, la empresa privada, las entidades públicas y la comunidad.
- Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud.
- Velar por una utilización adecuada de los recursos.
- Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas.
- Impulsar las veedurías como un mecanismo de educación para la participación.

c. Defensor del Usuario: La Ley 1122 de 2007 crea la figura del “Defensor del Usuario en Salud” como respuesta a la necesidad sentida de diversos movimientos políticos, instituciones de la seguridad social, sectores de la sociedad civil, la Defensoría del Pueblo y el propio Gobierno Nacional, de dotar al Sistema de Seguridad Social en Salud de una institución cuyo principal objetivo sea el de llevar la voz, representación y/o defensa de los intereses de los usuarios del sistema de salud, como parte débil del sistema¹. Las distintas iniciativas sometidas a consideración del Congreso Nacional, se evidencia un común interés en la creación de la institución “defensor” y aún cuando la figura presenta diversa denominación, naturaleza, alcances, funciones y competencias, en todas ellas se descubre el propósito bajo ciertas circunstancias de contribuir a la efectiva realización y garantía del derecho a la salud, considerado como fundamental por nuestro tribunal constitucional. Es así como en el proyecto de ley, presentado por el Partido Social de Unidad Nacional, se le designó “vocero de los usuarios” y se le otorgaban atribuciones o funciones que bien podrían considerarse de simple colaboración y trámite con usuarios y autoridades competentes, limitando su actuación y restringiendo su rol al de un facilitador.

1.3.2 Acción comunal

Es una expresión social organizada, autónoma y solidaria de la sociedad civil, cuyo propósito es promover un desarrollo integral, sostenible y sustentable construido a partir del ejercicio de la democracia participativa en la gestión del desarrollo de la comunidad. La acción comunal está circunscrita a un territorio, lo cual está determinado por las normas.

1.3.2.1 Constitución de las organizaciones de acción comunal

Las organizaciones de acción comunal estarán constituidas, según el caso, de acuerdo con los índices de población y características de cada región o territorio.

Los organismos de acción comunal estarán constituidos por personas naturales, familias, juntas de acción comunal y de vivienda comunitaria, asociaciones de acción comunal o federaciones de acción comunal.

Clasificación de los organismos de Acción comunal

De primer grado:

Junta de acción comunal: es una organización cívica, social y comunitaria de gestión social, sin ánimo de lucro, de naturaleza solidaria, con personería jurídica y patrimonio propio, integrada voluntariamente por los residentes de un lugar que aúnan esfuerzos y recursos para procurar un desarrollo integral, sostenible y sustentable con fundamento en el ejercicio de la democracia participativa.

Junta de vivienda comunitaria: es una organización cívica sin ánimo de lucro, integrada por familias que se reúnen con el propósito de adelantar programas de mejoramiento o de autoconstrucción de vivienda. Una vez concluido el programa se podrá asimilar a la Junta de Acción Comunal definida en el presente artículo si fuere procedente.

De segundo grado:

Asociación de Juntas de Acción Comunal: Tienen la misma naturaleza jurídica de las juntas de acción comunal y se constituye con los organismos de primer grado fundadores y los que posteriormente se afilien.

De tercer grado:

Federación de Acción Comunal: Tiene la misma naturaleza jurídica de las juntas de acción comunal y se constituye con los organismos de acción comunal de segundo grado fundadores y que posteriormente se afilien.

De cuarto grado:

Confederación Nacional de Acción Comunal: Tiene la misma naturaleza jurídica de las juntas de acción comunal y se constituye con los organismos de acción comunal de tercer grado fundadores y que posteriormente se afilien.

Estatutos

Las organizaciones de acción comunal poseen estatutos propios, en los que se reflejan conceptos, objetivos, principios, fundamentos del desarrollo de la comunidad y necesidades comunitarias.

Objetivos de los organismos de Acción Comunal

- Promover y fortalecer en el individuo, el sentido de pertenencia frente a su comunidad, localidad, distrito o municipio a través del ejercicio de la democracia participativa.

- Crear y desarrollar procesos de formación para el ejercicio de la democracia.
- Planificar el desarrollo integral y sostenible de la comunidad.
- Establecer los canales de comunicación necesarios para el desarrollo de sus actividades.
- Generar procesos comunitarios autónomos de identificación, formulación, ejecución, administración y evaluación de planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario.
- Celebrar contratos con empresas públicas y privadas del orden internacional, nacional, departamental, municipal y local, con el fin de impulsar planes, programas y proyectos acordes con los planes comunitarios y territoriales de desarrollo.
- Crear y desarrollar procesos económicos de carácter colectivo y solidario para lo cual podrán celebrar contratos de empréstito con entidades nacionales o internacionales.
- Desarrollar procesos para la recuperación, recreación y fomento de las diferentes manifestaciones culturales, recreativas y deportivas, que fortalezcan la identidad comunal y nacional.
- Construir y preservar la armonía en las relaciones interpersonales y colectivas, dentro de la comunidad, a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad dentro de un clima de respeto y tolerancia.
- Lograr que la comunidad esté permanentemente informada sobre el desarrollo de los hechos, políticas, programas y servicios del Estado y de las entidades que incidan en su bienestar y desarrollo.
- Promover y ejercitar las acciones ciudadanas y de cumplimiento, como mecanismos previstos por la Constitución y la ley, para el respeto de los derechos de los asociados.
- Divulgar, promover y velar por el ejercicio de los derechos humanos, fundamentales y del medio ambiente consagrados en la Constitución y la ley.
- Generar y promover procesos de organización y mecanismos de interacción con las diferentes expresiones de la sociedad civil, en procura del cumplimiento de los objetivos de la acción comunal.
- Promover y facilitar la participación de todos los sectores sociales, en especial de las mujeres y los jóvenes, en los organismos directivos de la acción comunal.
- Procurar una mayor cobertura y calidad en los servicios públicos, buscar el acceso de la comunidad a la seguridad social y generar una mejor calidad de vida en su jurisdicción.
- Los demás que se den los organismos de acción comunal respectivos en el marco de sus derechos, naturaleza y autonomía.

Principios de los organismos comunales

- Principio de democracia: participación democrática en las deliberaciones y decisiones.

- Principio de la autonomía: autonomía para participar en la planeación, decisión, fiscalización y control de la gestión pública, y en los asuntos internos de la organización comunitaria conforme a sus estatutos y reglamentos.
- Principio de libertad: libertad de afiliación y retiro de sus miembros.
- Principio de igualdad y respeto: igualdad de derechos, obligaciones y oportunidades en la gestión y beneficios alcanzados por la organización comunitaria. Respeto a la diversidad: ausencia de cualquier discriminación por razones políticas, religiosas, sociales, de género o étnicas.
- Principio de la prevalencia del interés común: prevalencia del interés común frente al interés particular.
- Principio de la buena fe: las actuaciones de los comunales deben ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquéllos adelanten.
- Principio de solidaridad: en los organismos de acción comunal se aplicará siempre, individual y colectivamente el concepto de la ayuda mutua como fundamento de la solidaridad.
- Principio de la capacitación: los organismos de acción comunal tienen como eje orientador de sus actividades la capacitación y formación integral de sus directivos, dignatarios, voceros, representantes, afiliados y beneficiarios.
- Principio de la organización: el respeto, acatamiento y fortalecimiento de la estructura de acción comunal, construida desde las juntas de acción comunal, rige los destinos de la acción comunal en Colombia.
- Principio de la participación: la información, consulta, decisión, gestión, ejecución, seguimiento y evaluación de sus actos internos constituyen el principio de la participación que prevalece para sus afiliados y beneficiarios de los organismos de acción comunal. Los organismos de acción comunal podrán participar en los procesos de elecciones populares, comunitarias y ciudadanas.

Afiliación de los organismos comunales

Los organismos comunales deben estar inscritos.

Requisitos de los miembros de Acción Comunal

- Son miembros de la junta de acción comunal los residentes fundadores y los que se afilien posteriormente.
- Son miembros de las juntas de vivienda comunitaria las familias fundadoras y las que se afilien posteriormente.
- Son miembros de la asociación de juntas de acción comunal las juntas de acción comunal fundadoras y las que se afilien posteriormente.
- Son miembros de las federaciones de acción comunal las asociaciones de acción comunal fundadoras y las que se afilien posteriormente.
- Son miembros de la confederación nacional de acción comunal las federaciones de acción comunal fundadoras y las que se afilien posteriormente.

Impedimentos

Aparte de los que determinen los estatutos, no podrán pertenecer a un organismo de acción comunal:

- Quienes estén afiliados a otro organismo de acción comunal del mismo grado, excepto cuando se trate de una junta de vivienda comunitaria.
- Quienes hayan sido desafiliados o suspendidos de cualquier organismo de acción comunal mientras la sanción subsista

Derechos de los afiliados

- Elegir y ser elegidos para desempeñar cargos dentro de los organismos comunales o en representación de éstos.
- Participar y opinar en las deliberaciones de la asamblea general y órganos, a los cuales pertenezca, y votar para tomar las decisiones correspondientes.
- Fiscalizar la gestión económica de la entidad, examinar los libros o documentos y solicitar informes al presidente o a cualquier dignatario de la organización.
- Asistir a las reuniones de las directivas en las cuales tendrá voz pero no voto.
- Participar de los beneficios de la organización.
- Participar en la elaboración del programa de la organización y exigir su cumplimiento.
- Participar en la revocatoria del mandato a los elegidos, de conformidad con lo preceptuado sobre la materia en los estatutos.
- A que se le certifique las horas requeridas en la prestación del servicio social obligatorio, siempre y cuando haya realizado una labor meritoria y de acuerdo con los parámetros trazados por el Ministerio de Educación Nacional, para obtener el título de bachiller.

Deberes de los afiliados

- Estar inscrito y participar activamente en los comités y comisiones de trabajo.
- Conocer y cumplir los estatutos, reglamentos y resoluciones de la organización, y las disposiciones legales que regulan la materia.
- Asistir a la asamblea general y participar en sus deliberaciones, votar con responsabilidad y trabajar activamente en la ejecución de los planes acordados por la organización.

Órganos de Dirección, administración y vigilancia

- Asamblea General.
- Asamblea de Delegados.
- Asamblea de Residentes.
- Consejo Comunal.
- Junta Directiva.
- Comité Asesor.

- Comisiones de Trabajo.
- Comisiones Empresariales.
- Comisión Conciliadora.
- Fiscalía.
- Secretaria General.
- Secretaría Ejecutiva.
- Comité Central de Dirección.
- Directores Provinciales.
- Directores Regionales.
- El comité de fortalecimiento a la democracia y participación ciudadana y comunitaria.

Inspección, control y vigilancia de los organismos de Acción Comunal

La inspección, control y vigilancia de los organismos de acción comunal lo ejercen las autoridades del Ministerio del Interior o de los niveles seccional o local.

1.3.3 Ligas de usuarios

Son agrupaciones conformadas por personas naturales o jurídicas, usuarias de los servicios públicos, con derecho a representación en la Junta o Consejo Directivo de la entidad descentralizada responsable de la prestación de servicios locales en el territorio.

1.3.4 Juntas

Junta de Acción Comunal

La junta de acción comunal es una organización cívica, social y comunitaria de gestión social, sin ánimo de lucro, de naturaleza solidaria, con personería jurídica y patrimonio propio, integrada voluntariamente por los residentes de un lugar que aúnan esfuerzos y recursos para procurar un desarrollo integral, sostenible y sustentable con fundamento en el ejercicio de la democracia participativa" (Ley 743/02, Art. 8, literal a.). La Acción Comunal, como expresión social organizada, cuenta con más de 43.000 organizaciones a nivel nacional, siendo el tipo de asociación con mayor cobertura territorial y número de miembros.

Integrantes de las Juntas

- Todas las personas que voluntariamente se afilien a la organización.
- Se pueden afiliar las personas mayores de 14 años, que residan en el territorio de la Junta, ya sean arrendatarios o propietarios en calidad de residentes, o personas que realicen actividad económica permanente en calidad de propietarios.

Estructura de las Juntas

- Asamblea de afiliados y delegados: es la máxima autoridad.
- Órgano de dirección: integrado por el Presidente, Vicepresidente, Tesorero, Secretaria y Coordinadores de las Comisiones de Trabajo y Empresarial.
- Órgano de control: Fiscal.

- Órgano de conciliación y vigilancia: Comisión de Convivencia y Conciliación, integrada por tres Conciliadores. Es importante advertir a la comunidad sobre la necesidad de elegir ciudadanos que puedan asumir a cabalidad las funciones que deben ejercer estas Comisiones, teniendo en cuenta que son los que imparten la justicia comunal y, está en sus manos, la solución de los conflictos que se presenten al interior de cada organización. Para ello deben disponer de tiempo y tener los conocimientos mínimos en materia de legislación comunal y normas estatutarias, a fin de que intervención sea pronta y eficaz.
- Órgano operativo: Comisiones de Trabajo y Empresarial
- Órgano de representación: delegados a las juntas de Acción Comunal.
- Asamblea de residentes: Para tratar asuntos de interés público y general para el desarrollo de la comunidad y no para tratar asuntos organizativos de la junta de acción comunal.

Dignatarios de una Junta de Acción Comunal (JAC)

- Los afiliados (as) que hayan sido elegidos para el desempeño de cargos en los órganos de: Dirección y Administración (Presidente, Vicepresidente, Tesorero, Secretario, Coordinadores de las Comisiones de Trabajo, Consejeros para el caso del consejo comunal); Órgano de Control (Fiscal); Órgano de Conciliación y Vigilancia (Conciliadores); Órgano de Representación (Delegados a la Asociación). Y los suplentes respectivos).

Requisitos

- Estar afiliado a la Junta.
- El representante legal, el tesorero, el vicepresidente y el fiscal deben ser mayores de edad y saber leer y escribir.
- No estar sancionado por algún organismo comunal.

Dignatarios de una Junta

- **Presidente**
- **Vicepresidente**
- **Tesorero**
- **Secretario**
- **Fiscal**
- **Conciliadores**
- **Coordinadores**
- **Delegado a la asociación**

1.3.4.1 Junta de vivienda comunitaria

Es una organización cívica sin ánimo de lucro, integrada por familias que se reúnen con el propósito de adelantar programas de mejoramiento o de autoconstrucción de vivienda.

Una vez concluido el programa podrá transformarse a Junta de Acción Comunal (Ley 743/02, Art. 8, literal a en concordancia con el Artículo 3 de la Resolución 2070 de 1987.)

1.3.5 Comités

Son organismos autónomos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal, que cumplen como **Comités de Contraloría Ciudadana**, cuyo objetivo es colaborar en las acciones de control y vigilancia de las obras, acciones y servicios que proporciona la Administración Pública Estatal, mediante la verificación del cumplimiento de procesos de construcción y evaluación del desempeño de los servidores públicos.

Estructura básica:

- Presidente
- Secretario
- Vocales de control y evaluación
- Suplentes.

Funciones generales en el caso de servicios:

- Conducirse con respeto ante sus representados y los responsables de los servicios o acciones.
- Elaborar un programa de trabajo, donde se desarrolle el cronograma de actividades a realizar.
- Vigilar que los servicios o acciones se proporcionen conforme a los requisitos establecidos.
- Llevar a cabo visitas de supervisión sin previo aviso y registrar las observaciones en el reporte de evaluación.
- Participar en las evaluaciones trimestrales que se efectúen en forma conjunta por el personal designado por la dependencia o entidad y un representante de la Contraloría.
- Verificar que en las oficinas, donde se presten los servicios, se exhiba la siguiente información:
 - Carteles de trámites, requisitos y servicios.
 - Información para interponer quejas y denuncias.
 - Identificación de servidores públicos.
 - Carteles informativos en general.

Clases de comités en las comunidades:

- **Comités de vigilancia Nutricional:** Este grupo se encarga de identificar a los niños con síntomas de desnutrición y a quienes requieren del servicio de comedor comunitario; enseñar a las familias a aprovechar mejor los alimentos en temporadas de cosecha; y a coordinar en los comedores comunitarios la entrega

mensual de bienestarinina y de raciones de alimentos crudos como: arveja, lenteja, harina y aceite.

- **Comités de alimentos:** Control y manipulación de los alimentos que se consumen en los comedores y restaurantes comunitarios.
- **Comité de veedurías:** Este grupo supervisa en los comedores comunitarios que los niños consuman los alimentos, que las voluntarias preparen bien los alimentos.
- **Grupo de Educación Nutricional:** Se hacen encuentros mensuales con las familias beneficiarias de los comedores y restaurantes, para formarlos en hábitos higiénicos, lactancia materna y nutrición.
- **Proyectos productivos:** Son familias que se dedican a la cría de especies menores (como el cerdo) y a la siembra de huertas caseras (como col, tomate, pepino, cohombro, cilantro, apio, berenjena, ají criollo, etc.). Además, estos grupos aportan parte de estos productos a los comedores y restaurantes comunitarios.
- **Comités comunitarios de Salud:** Se encargan de identificar las causas de las enfermedades frecuentes en los niños y niñas (como la diarrea, infecciones respiratorias, fiebre y desnutrición).
- **De Planeación del Desarrollo Comunitario:** Son grupos encargados de liderar la elaboración de los Planes de Desarrollo comunitarios. Identifican las necesidades, plantean soluciones, presentan el documento final a las autoridades locales y le hacen seguimiento.

1.3.6 Consejos locales de política social (CLOPS)

Es una instancia de coordinación interinstitucional e intersectorial para definición, concertación y evaluación de la Política Social orientada a mejorar la calidad de vida en la Localidad.

Algunos criterios orientadores de la actuación y decisión del CLOPS:

- **Corresponsabilidad:**
Vinculación ciudadana y responsabilidad compartida entre sus integrantes frente a la toma de decisiones y a los resultados.
- **Primacía** de las decisiones colectivas sobre las decisiones individuales de las instituciones o agentes.
- **Focalización** de las intervenciones y de la inversión social en los grupos poblacionales que presentan mayor riesgo y vulnerabilidad.

- **Complementariedad** de acciones gubernamentales y no gubernamentales, esto es, abordaje integral desde los diferentes sectores hacia las problemáticas o grupos poblacionales sobre los que se centra la acción de las Políticas Públicas Sociales.
- **Cofinanciación y eficiencia**, mediante la participación de las diferentes entidades, agentes públicos y privados, en la financiación de los programas y en la gestión conjunta de recursos y en la asignación eficiente.
- **Transparencia**, a través de la determinación colectiva de prioridades y asignación de recursos, así como la rendición de cuentas de cada institución o agente al colectivo de los actores involucrados en la Política Social.
- **Comunicación para el desarrollo**, según la cual existe una información básica y una estrategia de comunicación local relativas a la ejecución de todos los programas comprendidos en la Política Social, compartida por todas las instituciones y agentes involucrados.
- **Participación** de Actores diferentes a las calidades públicas, como son los agentes y operadores del sector privado que trabajan con programas relacionados con Políticas Sociales, así como los representantes de los beneficiarios de dichos programas.
- **Articulación** de consejos, comités y redes, con temáticas específicas de Políticas Sociales.

Ejemplo de estructura de un CLOPS en el Distrito Capital:

- Alcalde (sa) Local, quien lo preside.
- Coordinador (a) Administrativo y Financiero de la Alcaldía Local.
- Coordinador (a) Normativo y Jurídico de la Alcaldía Local.
- Presidente (a) de la Junta Administradora Local.
- Gerente del Centro Operativo Local de la Secretaría de Integración Social.
- Coordinador (a) del Centro Zonal del (ICBF) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en la Localidad.
- Gerente del Centro Administrativo de Educación Local (CADEL).
- Gerente del Hospital de la localidad.
- Representante para la localidad del Instituto Distrital de Cultura y Turismo (IDCT).
- Representante de la Unidad Coordinadora de Prevención Integral (UCPI).
- Representante del Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD).
- Personero (a) Local.
- Comandante de la Estación de Policía.
- Representante de la Unidad de Mediación y Conciliación de la Secretaría Distrital de Gobierno.
- Representante del Departamento Administrativo de Planeación Distrital para la Localidad.

- Representante del Departamento Administrativo de Acción Comunal (DAACD). Representante para la localidad del Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON).
- Representante Local de la Veeduría Distrital.
- Comisario (a) de Familia de la Localidad.
- Secretario (a) General de las Inspecciones de Policía de la Localidad.

Invitados permanentes a las sesiones del CLOPS:

- Representante de las Cajas de Compensación Familiar que tienen sedes en la Localidad.
- Representante de las Fundaciones y Asociaciones sin ánimo de lucro que adelanten programas de bienestar social en la localidad
- Representantes de los beneficiarios de los diferentes programas adelantados por las entidades locales que conforman el Consejo y de otros sectores sociales
- Representante de los gremios de la producción, industria y comercio, con asiento en la localidad
- Representante de cada uno de los Consejos, Redes y Comités Locales creados mediante leyes, acuerdos, decretos y resoluciones a nivel Nacional, Distrital y Local.
- Otros ocasionalmente invitados por el (la) Alcalde (sa) Local y la Secretaría Técnica del CLOPS, de acuerdo a los temas a tratar.

Ejemplo de funciones de un CLOPS Distrital:

- Formular y priorizar las propuestas de Políticas Públicas Sociales para el ámbito Local, en relación con los temas o grupos poblacionales sobre los que se centra su acción.
- Articular los lineamientos, necesidades y prioridades en materia de Política Social de la Localidad, con lo dispuesto en los Planes de Desarrollo en los niveles Distrital y Nacional.
- Conocer los planes de acción de las distintas entidades que lo conforman y desarrollar metodologías para coordinar, articular, aumentar el impacto y la integralidad de las políticas de las que son beneficiarios los grupos poblacionales de los que se ocupa.
- Garantizar la articulación de las decisiones tomadas en materia de actuación administrativa con la asignación de recursos financieros.
- Gestionar recursos de otras fuentes para financiar programas sociales y buscar recursos de Cofinanciación que permitan incrementar la inversión en Políticas Públicas Locales, de acuerdo con el diagnóstico situacional de la Localidad.
- Vigilar y evaluar en la Localidad, el cumplimiento y ejecución de los planes, programas y proyectos sociales contemplados en el Plan de Desarrollo Local.
- Evaluar la situación social Local y efectuar recomendaciones y solicitudes a la instancia técnica del Consejo Distrital de Política Social.

- Preparar y presentar a las instancias pertinentes los planes, programas y proyectos de Política Social de la Localidad, así como los proyectos de leyes, acuerdos u otras regulaciones necesarios para la aprobación y ejecución.
- Identificar, diseñar e implementar las estrategias y mecanismos que garanticen la articulación entre el nivel Nacional, Distrital y Local; y entre estos y el sector privado, de manera que se involucren integralmente todos los planes, programas y proyectos sociales que se ejecuten en la Localidad.
- Implementar un Sistema de Información Único y Compartido que involucre las principales variables en materia de Política Social.
- Coordinar con los diferentes consejos y comités existentes en la Localidad, la complementariedad de acciones y esfuerzos con el fin de evitar duplicidad en ellas y así mismo racionalizar las intervenciones a trabajos conjuntos en comités temáticos, programáticos o de población objetivo del Consejo de Política Social.

Secretaría Técnica del CLOPS

Es ejercida como una función de coordinación de los integrantes de la instancia de apoyo técnico al Consejo Local de Política Social y de representación de dicha instancia ante el Consejo.

Unidad de Apoyo Técnico del CLOPS

Instancia de apoyo técnico, conformada con los recursos humanos y técnicos de las entidades representadas.

Funciones de la Unidad de Apoyo Técnico del CLOPS:

- Proponer al Consejo de Política Social los lineamientos y prioridades de la Política Social Local.
- Diseñar instrumentos y procedimientos para la coordinación intersectorial y para la planeación y gestión de la Política Social Local.
- Evaluar las propuestas presentadas por los subcomités y los Consejos Locales, solicitar ajustes, articular integralmente dichas propuestas y presentar diagnósticos, prioridades y propuestas al Consejo Local de Política Social.
- Consolidar, analizar la información y administrar el sistema de información del Consejo Local de Política Social.
- Evaluar el Desarrollo de los planes y programas de la Política Social, formular recomendaciones e informar al Consejo Local de Política Social.

Subcomités temáticos o por problemáticas, o por población objetivo:

- El Consejo Local de Política Social podrá determinar la existencia de subcomités temáticos, o por problemáticas, o por población objetivo. Su conformación dependerá de la temática y de los agentes involucrados. Un ejemplo es el Subcomité de Infancia y Familia.

1.4 ORGANIZACIÓN

La definición que dan varios autores de que una organización es una colectividad de personas que buscan objetivos comunes, se aplicaría a organizaciones pequeñas, pero no para las organizaciones complejas y gigantes que existen hoy.

Conceptos de organización:

- Una organización es como una coalición de grupos de interés, que comparten una base común de recursos, que rinden homenaje a una misión común y que dependen de un contexto mayor para su legitimidad y desarrollo. Una organización es una coalición en el sentido de que los grupos de interés creados por la división del trabajo son sustancialmente interdependientes. Estos grupos de interés y los resultados que derivan del trabajo están unidos por las circunstancias frecuentes de que cada grupo realiza sólo una "parte" del producto o de la misión de la organización y por el hecho de que deben compartir una base común de recursos y negociar parte de esos recursos. Estos grupos de interés "rinden homenaje" a una misión común, en el sentido de que deben adherirse a la misión o propósito de la organización, al menos públicamente, aunque frecuentemente formulen objetivos que no están de acuerdo con esa misión sino con sus intereses personales. Finalmente, la organización depende de un medio ambiente mayor para obtener apoyo y legitimidad de modo que pueda continuar sus operaciones, pueda crecer y desarrollarse.

La división del trabajo crea unidades separadas que trabajan en diferentes aspectos de la organización, desarrollan estructuras y culturas diferentes y dependen de los miembros de las unidades que tienen diferentes habilidades, necesidades y orientaciones. Toda esta variedad dentro de la organización, crea tensiones mayores para la organización que deben ser eficazmente administradas para tener éxito en la labor.

- Una organización se define como una colectividad con unos límites relativamente identificables, un orden normativo, rangos de autoridad, sistemas de comunicaciones y sistemas de pertenencia coordinados. Esta colectividad existe de manera relativamente continua en un medio y se embarca en actividades que están relacionadas, por lo general, con un conjunto de objetivos.
- Una organización es como una colectividad de personas que pueden entrar a formar un contrato que los compromete jurídicamente.

1.5 RELACIONES INTERPERSONALES

Definiciones:

- Las relaciones interpersonales son el conjunto de contactos que tenemos los seres humanos como seres sociables con el resto de las personas.
- Es aprender a interrelacionarse con las demás personas respetando su espacio y aceptando a cada uno como es, con sus defectos y sus virtudes, recordando que nuestros derechos terminan donde comienzan los de los demás.
- Las relaciones interpersonales son aquellas que nos ayudan a crecer como individuos, respetando la forma de ser de los demás y sin dejar de ser nosotros mismos.
- Es la interacción recíproca entre dos o más personas
- Es la comunicación entre los seres humanos en busca de comprensión y entendimiento.
- Es la capacidad que tenemos para trabajar juntos con una meta definida, haciendo del trabajo diario una oportunidad de vida para uno mismo y los seres que nos rodean.

1.6 TRABAJO EN EQUIPO

El trabajo en equipo implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto. El equipo responde del resultado final y no cada uno de sus miembros de forma independiente. Cada miembro está especializado en un área determinada que afecta al proyecto. Cada miembro del equipo es responsable de un cometido y sólo si todos ellos cumplen su función será posible sacar el proyecto adelante. El trabajo en equipo no es simplemente la suma de aportaciones individuales.

Un grupo de personas trabajando juntas en la misma materia, pero sin ninguna coordinación entre ellos, en la que cada uno realiza su trabajo de forma individual y sin que le afecte el trabajo del resto de compañeros, no forma un equipo. Por ejemplo, un grupo de dependientes de un gran almacén, cada uno responsable de su sector, no forman un equipo de trabajo. Un equipo médico en una sala de operaciones (cirujano, anestesista, especialista cardiovascular, enfermeras, etc.) sí forma un equipo de trabajo. Cada miembro de este equipo va a realizar un cometido específico; el de todos ellos es fundamental para que la operación resulte exitosa y para ello sus actuaciones han de estar coordinadas.

El trabajo en equipo se basa en las 5 C:

- **C**omplementariedad: cada miembro domina una parcela determinada del proyecto. Todos estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.
- **C**oordinación: el grupo de profesionales, con un líder a la cabeza, debe actuar de forma organizada con vista a sacar el proyecto adelante.
- **C**omunicación: el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales. El equipo funciona como una maquinaria con diversos engranajes; todos deben funcionar a la perfección, si uno falla el equipo fracasa.
- **C**onfianza: cada persona confía en el buen hacer del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal. Cada miembro trata de aportar lo mejor de si mismo, no buscando destacar entre sus compañeros sino porque confía en que estos harán lo mismo; sabe que éste es el único modo de que el equipo pueda lograr su objetivo. Por ejemplo, en una operación de transplante todos los especialistas que intervienen lo hacen buscando el éxito de la operación. El cirujano no busca su lucimiento personal sino el buen hacer del equipo. Además, si la operación fracasa poco va a valer que su actuación particular haya sido exitosa.
- **C**ompromiso: cada miembro se compromete a aportar lo mejor de si mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante. La organización (empresa, universidad, hospital, etc.) asigna a un equipo la realización de un proyecto determinado: El equipo recibe un cometido determinado, pero suele disponer de autonomía para planificarse, para estructurar el trabajo.
- **Grupo:**
Sistema organizado de personas que comparten creencias, normas, necesidades y metas que les permiten interactuar ejerciendo una influencia mutua actitudinal y comportamental en la vivencia y logro de los objetivos.
- **Grupo de Trabajo:**
Conjunto de personas que realizan dentro de una organización una labor similar. Es aquel que en su interacción comparte información y toma decisiones con el fin de ayudar a los miembros en el desempeño de las responsabilidades. Poco se requiere de un esfuerzo colectivo para el logro de sus acciones, generalmente se distribuye el trabajo en partes iguales, de manera que el trabajo final es simplemente la suma de las contribuciones individuales de cada miembro.

Diferencias entre trabajo en equipo y trabajo en grupo

GRUPO	EQUIPO
Interés común	Meta definida
La participación de los miembros va hasta que acaba su parte	Mantiene comunicación permanente hasta que termina el proceso
Coordinador opcional	Coordinador que integra y orienta las acciones
Resalta el logro individual	Los logros son de todo el equipo
Conclusiones personales	Conclusiones colectivas
Cada miembro conoce y responde por su parte	Todos tienen el conocimiento total y se apoyan unos a otros
El nivel de compromiso varía	Alto nivel de compromiso
Posibilidad de hacerse experto en su parte de trabajo	Desarrollo de nuevas experiencias de aprendizaje
No es necesaria la auto evaluación	El auto evaluación está presente en todo el proceso.

El conflicto:

La diversidad de recursos, conocimientos e ideas es una de las fortalezas del trabajo en equipo, sin embargo, esto mismo puede generar diferencias en términos sociales, de poder, de valores y de actitud, rompiendo la continuidad del proceso y las relaciones interpersonales de sus miembros. Es a esto a lo que llamamos conflicto.

Tipos de conflicto:

- Negativo
- Positivo.

Conflicto negativo:

Se presenta cuando las personas han llegado un punto en el que se sienten derrotadas, desmotivadas o indiferentes frente al proceso, generándose un clima de tensión y desconfianza. Este conflicto puede destruir completamente un equipo por lo cual es importante evitarlo o detectarlo a tiempo: siempre hay manifestaciones previas para diagnosticar oportunamente el conflicto y canalizar las tensiones evitando que llegue a sus últimas consecuencias.

Conflicto positivo:

Es aquel que ante las diferencias de los miembros del equipo genera nuevas ideas, motivación por la resolución del problema, acercamiento entre los miembros y de estos con los procesos de la organización, ofrece oportunidades de cambio, desarrollo personal, liberación de tensiones y auto evaluación del manejo de conflictos a nivel grupal e individual.

De acuerdo a lo anterior se puede concluir que no todo conflicto es destructivo; depende del manejo que se le dé incidirá positiva o negativamente en el trabajo de equipo y en la estructura de la organización.

El mundo de hoy se enfrenta a una nueva cultura de rendimiento organizacional que invita a ejercer la autonomía.

El nuevo enfoque que permite a los individuos la coordinación y control de su propio trabajo, reduciéndose la necesidad de múltiples niveles jerárquicos y de burocracia, se basa en la conformación de pequeños equipos de trabajo, integra a todos los miembros y reconoce su desempeño dentro de un todo.

1.7 LIDERAZGO

Es el proceso mediante el cual el líder anima a los miembros del grupo a participar en el logro de los objetivos propuestos, los orienta y canaliza sus motivaciones, esfuerzos, inquietudes y propuestas.

El liderazgo implica transformación, debe estar presente en todos los niveles de la organización.

Puede estar enfocado a orientar y ejecutar procesos operativos (tareas) o a favorecer las relaciones interpersonales, aunque el uno no excluye al otro, por el contrario, se busca la integralidad del liderazgo.

Aún no existen modelos definidos que permitan ejercer o especializar el liderazgo, el estilo lo define cada líder al analizar las situaciones en las que lo debe ejercer. Vivir con calidad y ser ejemplo (el líder es figura pública)

Líder:

Es la persona reconocida por el grupo como agente dinamizador de sus procesos, a quien se le otorga la posibilidad de dirección y decisión teniendo en cuenta los intereses o la finalidad del mismo, pero de quien se espera también la participación y compromiso.

El líder nace o se hace

El ser humano es producto de la herencia y de la historia. Recibe desde el momento de la concepción, los factores genéticos que le determinan no solo sus características físicas sino emocionales. Sin embargo, no toda esta información genética se desarrolla. Mucha de ella queda como potencial o factor predisponente que puede o no evidenciarse en algún momento de la vida, pero más que esto su personalidad se define con las vivencias, la experiencia que le enseña una forma o actitud de asumir la vida; gran parte de esta explicación se fundamenta en los primeros cinco años donde se definen los rasgos de personalidad, luego se modelan, se fortalecen, es por esto que algunos líderes se reconocen fácilmente porque desde sus primeros años se canalizaron y definieron los rasgos que le permiten sobresalir en un grupo y ejercer el liderazgo. En otros se descubre más tardíamente, quizás aún haya muchos líderes por descubrir, son las situaciones de presión o de oportunidad las que dejan salir a flote ese líder oculto sorprendiendo incluso a su propio autor.

De manera que el líder nace y se hace. Todos en algún momento de la vida hemos asumido posiciones de liderazgo en diferentes contextos: familiar, social, político, económico, religioso, artístico, científico, etc. desarrollando habilidades y destrezas que nosotros mismos no conocíamos.

Un líder no es aquel que más habla o se hace notar, muchos permanecen ocultos pero deciden los procesos. La influencia de un líder en el crecimiento y desarrollo del grupo será tan positiva o negativa como sea su intencionalidad y la visión que tenga de la vida.

Características del Líder:

- Inteligencia normal: No necesita ser un genio para lograrlo.
- Pensamiento original: Se permite tener iniciativa y creatividad.
- Optimista: Transmite energía positiva.
- Seguro de sí mismo: Genera confianza en los demás.
- Honesto: Mantiene actitud transparente.
- Respeto por los demás: Todos son importantes y aportan desde lo que son y lo que hacen.
- Colaborador: Participa en los procesos.
- Leal: Tiene sentido de pertenencia.
- Justo: Es objetivo en sus apreciaciones y decisiones.
- Proactivo: Canaliza y resuelve positivamente los conflictos.
- Coherente: Tiene correspondencia entre su pensar, hablar y actuar.
- Reconoce sus limitaciones: No lo sabe todo, ni es el dueño de la verdad.
- Delega funciones: Agiliza el proceso no lo centra en si mismo.
- Confía en sus compañeros de trabajo o proyecto.
- Principio de realidad: Tiene facilidad para desarrollar la visión del proyecto, sus propuestas son realizables.

- Excelentes relaciones interpersonales.
- Facilidad para comunicar sus ideas.
- Capacidad de servicio: Está en función de los intereses del grupo, da lo mejor de si mismo, sin imponer sus criterios.
- Visión estratégica: Sus decisiones y/o acciones contribuyen significativamente a la planeación y ejecución global de las políticas institucionales o proyectos a realizar.

Conductas típicas de los líderes en calidad

- Personalmente ponen al cliente en primer lugar.
- Promueven la visión de su organización.
- Entienden a la gente, comprenden sus debilidades y fortalezas.
- Trabajan en equipo.
- Se preocupan por capacitarse y mejorar su quehacer.
- Mantienen actitudes positivas.
- Se identifican con la misión de su organización.
- Reconocen el trabajo de sus compañeros.
- Buscan rodearse de gente triunfadora para tener éxito.
- Creen en la gente.
- Evalúan permanentemente su desempeño y el logro de los objetivos de su trabajo.

¿Cuál es el reto del líder?

La adaptación a nuevas situaciones es el reto para los líderes de hoy. Se debe generar el cambio con miras al mejoramiento personal e institucional, no se debe tener miedo de ejercer el liderazgo, pero recordemos que no se fundamenta en el autoritarismo sino en el ejercicio pleno del servicio humanizado con calidad. Es importante cambiar. Toda mejora es cambio pero no todo cambio es mejora. Hoy el paradigma es cambiar para mejorar no solo cambiar por hacer algo.

2 PROCESO DE APRENDIZAJE No. 2 DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

2.1 ETNIA

Del griego ἔθνος ethnos, "pueblo" o "nación", es una población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, normalmente con base en una real o presunta genealogía y ascendencia común, o a otros lazos históricos. Las etnias están también normalmente unidas por unas prácticas culturales, de comportamiento, lingüísticas o religiosas comunes.

Dichas comunidades comúnmente reclaman para sí una estructura social, política y un territorio.

Aunque generalmente, el término "etnia" se usa a veces erróneamente como un eufemismo para raza o como un sinónimo para grupo minoritario. La diferencia entre estos términos radica en que mientras el término etnia comprende los factores culturales (nacionalidad, afiliación tribal, religiosa, fe, lengua o tradiciones) y biológicos de un grupo humano, la raza específicamente alude a los factores morfológicos distintivos de esos grupos humanos (color de piel, contextura corporal, estatura, rasgos faciales, etc.) desarrollados en su proceso de adaptación a determinado espacio geográfico y ecosistema (clima, altitud, flora, fauna, etc.) a lo largo de varias generaciones.

La lengua suele ser utilizada como primer factor clasificador de los grupos étnicos, sin embargo esta herramienta no ha estado exenta de manipulación política o error. Se debe señalar que existe gran número de lenguas multiétnicas a la par que determinadas etnias son multilingües.

La delimitación cultural de un grupo étnico respecto a los grupos culturales de frontera, se hace dificultosa para el etnólogo, en especial en lo tocante a grupos humanos altamente comunicados con grupos vecinos. Elie Kedourie es quizás el autor que más ha profundizado en el análisis de las diferencias entre etnias y culturas.

Generalmente se aprecia que los grupos étnicos comparten un origen común y tienen una continuidad en el tiempo, es decir, una historia o tradición común y proyectan un futuro como pueblo. Esto se alcanza a través de la transmisión generacional de un lenguaje común, unas instituciones, unos valores y unos usos y costumbres que los distinguen de otras etnias.

Si bien en determinadas culturas se entremezclan los factores étnicos y los políticos, no es imprescindible que un grupo étnico cuente con instituciones propias de gobierno para ser considerado como tal. La soberanía por tanto no es definitoria de la etnia, si bien se admite la necesidad de una cierta proyección social común.

Es importante considerar la genética de los grupos étnicos si debemos distinguirlos de un grupo de los individuos que comparten únicamente características culturales. Las etnias generalmente se remiten a mitos de fundación que revelan una noción de parentesco más o menos remoto entre sus miembros. La genética actual tiende a verificar la existencia de esa relación genética, si bien las pruebas están sujetas a discusión.

2.2 CULTURA

La cultura es el conjunto de símbolos (como valores, normas, actitudes, creencias, idiomas, costumbres, ritos, hábitos, capacidades, educación, moral, arte, etc.) y objetos (como vestimenta, vivienda, productos, obras de arte, herramientas, etc.) que son aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra por los miembros de una sociedad, por tanto, es un factor que determina, regula y moldea la conducta humana.

La conducta del ser humano es producto de la cultura existente en la sociedad a la que pertenece; por tanto, ésta última determina en gran medida la forma en la que cada persona piensa, cree y actúa. Un ejemplo sencillo que ilustra ésta afirmación, es el hecho de que todos los seres humanos sienten hambre, pero el cómo, cuándo, dónde y qué comen para satisfacer esa necesidad varía de una sociedad a otra, y de la misma manera sucede con la vestimenta, la vivienda, los medios de transporte, las formas de diversión, etc.

La Intercultura significa una relación de intercambio a partir de la cual cada una de las partes construye algo nuevo que no podría haber sido construido independiente, sin abrirse el uno del otro. Debe tener respeto, inclusión, equidad, reciprocidad y solidaridad.

La UNESCO, en 1982, declaró:

"... la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden."

(UNESCO, 1982: Declaración de México)

Los orígenes del término se encuentran en una metáfora entre la práctica de alguna actividad (por ejemplo, el cultivo de la tierra, que es la agricultura) con el cultivo del espíritu humano, de las facultades sensibles e intelectuales del individuo. En esta acepción se conserva aún en el lenguaje cotidiano, cuando se identifica cultura con

sensibilidad. De esta suerte, una persona "culto" es aquella que posee grandes conocimientos en las más variadas regiones del conocimiento.

La clásica oposición entre cultura y naturaleza también tiene sus raíces en ésta época. Para muchos de los pensadores de la época, como Jean Jacques Rousseau, la cultura es un fenómeno distintivo de los seres humanos, que los coloca en una posición diferente a la del resto de animales. La cultura es el conjunto de los conocimientos y saberes acumulados por la humanidad a lo largo de sus milenios de historia. En tanto una característica universal, el vocablo se emplea en número singular, puesto que se encuentra en todas las sociedades sin distinción de razas, ubicación geográfica o momento histórico.

La cultura también ha sido usada como sinónimo de civilización. Esta palabra aparece por primera vez en la lengua francesa del siglo XVIII, y con ella se significaba la refinación de las costumbres. Civilización es un término relacionado con la idea de progreso. Según esto, la civilización es un estado de la Humanidad en el cual la ignorancia ha sido abatida y las costumbres y relaciones sociales se hallan en su más elevada expresión. La civilización no es un proceso terminado, es constante, e implica el perfeccionamiento progresivo de las leyes, las formas de gobierno, el conocimiento. Como la cultura, también es un proceso universal que incluye a todos los pueblos, incluso a los más atrasados en la línea de la evolución social. Desde luego, los parámetros con los que se medía si una sociedad era más civilizada o más salvaje eran los de su propia sociedad. En los albores del siglo XIX, ambos términos, cultura y civilización eran empleados casi de modo indistinto, sobre todo en francés e inglés.

El término Kultur en sentido figurado aparece en Alemania hacia el siglo XVII - aproximadamente con la misma connotación que en francés. Para el siglo XVIII goza de gran prestigio entre los pensadores burgueses alemanes. Esto se debió a que fue empleado para denostar a los aristócratas, a los que acusaban de tratar de imitar las maneras "civilizadas" de la corte francesa.

Durante el siglo XIX, en Alemania el término cultura evoluciona bajo la influencia del nacionalismo, que llevó incluso a proponer la superioridad de la cultura alemana, dando origen al nazismo. Mientras tanto, en Francia, el concepto se amplió para incluir no sólo el desarrollo intelectual del individuo, sino el de la humanidad en su conjunto. De aquí, el sentido francés de la palabra presenta una continuidad con el de civilización: no obstante la influencia alemana, persiste la idea de que más allá de las diferencias entre "cultura alemana" y "cultura francesa" (por poner un ejemplo), hay algo que las unifica a todas: la cultura humana.

En las ciencias sociales, por ejemplo, Carlos Marx sostuvo que las relaciones sociales de producción (la organización que adoptan los seres humanos para el trabajo y la distribución social de sus frutos) constituyen la base de la superestructura jurídico-

política e ideológica, pero en ningún caso un aspecto secundario de la sociedad. No es concebible una relación social de producción sin reglas de conducta, sin discursos de legitimación, sin prácticas de poder, sin costumbres y hábitos permanentes de comportamiento, sin objetos valorados tanto por la clase dominante como por la clase dominada. Sobre la base de lo escrito se desarrolló la teoría de la cultura marxista.

Carlos Marx puso atención en el análisis de las cuestiones culturales, específicamente en su relación con el resto de la estructura social. Según la propuesta teórica de Marx, el dominio de lo cultural (constituido sobre todo por la ideología) es un reflejo de las relaciones sociales de producción, es decir, de la organización que adoptan los seres humanos frente a la actividad económica. La gran aportación del marxismo en el análisis de la cultura es que ésta es entendida como el producto de las relaciones de producción, como un fenómeno que no está desligado del modo de producción de una sociedad. Asimismo, la considera como uno de los medios por los cuales se reproducen las relaciones sociales de producción, que permiten la permanencia en el tiempo de las condiciones de desigualdad entre las clases.

En sus interpretaciones más simplistas, la definición de la ideología en Marx ha dado lugar a una tendencia a explicar las creencias y el comportamiento social en función de las relaciones que se establecen entre quienes dominan el sistema económico y sus subalternos. Sin embargo, son muchas las posturas donde la relación entre la base económica y la superestructura cultural es analizada en enfoques más amplios. Por ejemplo, Antonio Gramsci llama la atención a la hegemonía, un proceso por medio del cual, un grupo dominante se legitima ante los dominados y los dominados terminan por naturalizar y asumir como deseable la dominación. Louis Althusser propuso que el ámbito de la ideología (el principal componente de la cultura) es un reflejo de los intereses de la élite, y que a través de los aparatos ideológicos del Estado se reproducen en el tiempo. Así mismo Michel Foucault, en el conocido debate de noviembre de 1971 en Holanda con Noam Chomsky, respondiendo la pregunta de que si la sociedad capitalista era democrática, además de contestar negativamente, argumentando que una sociedad democrática se basa en el efectivo ejercicio del poder por una población en la que nadie esté dividido u ordenada jerárquicamente en clases, sostiene que de manera general todos los sistemas de enseñanza, los cuales aparecen simplemente como transmisores de conocimientos aparentemente neutrales, están hechos para mantener cierta clase social en el poder, y excluir los instrumentos de poder de otras clases sociales.

Otras esferas del conocimiento han definido la cultura en relación con su función social, de su condición como uno de los ámbitos de la vida social, de sus contenidos, de su papel en el desarrollo humano y como expresión de este, de su valoración como estudio sistemático, su extensión y diversidad, su relación con el medio ambiente, etc.

Elementos de la cultura

La cultura forma todo lo que implica transformación y seguir un modelo de vida. Se dividen en:

- **Concretos o materiales:** fiestas, alimentos, ropa (moda), arte plasmado, construcciones arquitectónicas, instrumentos de trabajo (herramientas), monumentos representativos históricos.
- **Simbólicos o espirituales:** creencias (filosofía, espiritualidad/religión), valores (criterio de juicio moral y/o ética), actos humanitarios, normas y sanciones (jurídicas, morales, convencionalismos sociales), organización social y sistemas políticos, símbolos (representaciones de creencias y valores), arte (apreciación), lenguaje (un sistema de comunicación simbólica), tecnología y ciencia.

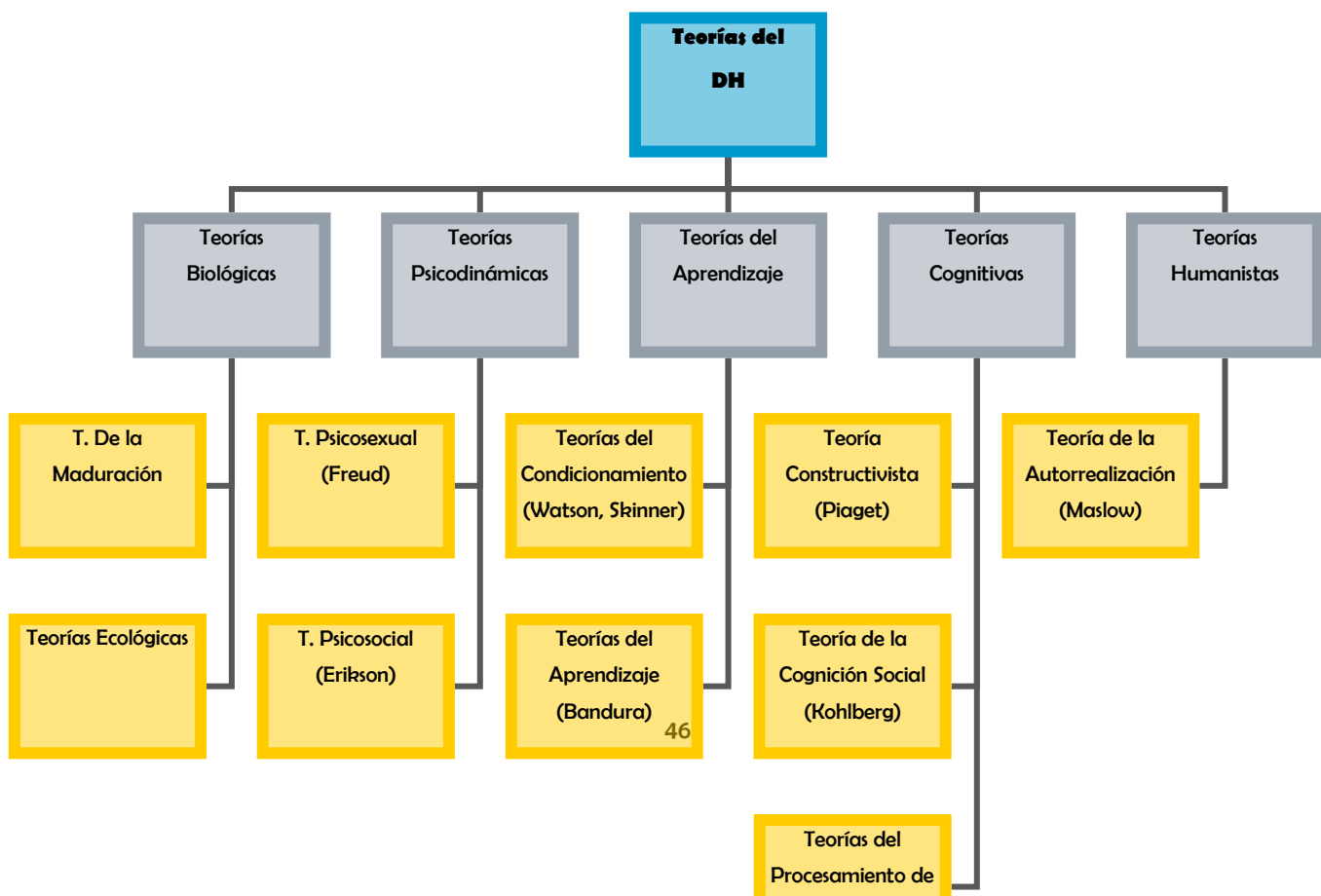
2.3 COMPORTAMIENTO HUMANO

Concepto de teoría:

Una teoría es un cuerpo de afirmaciones relacionadas con datos de información obtenida mediante la investigación.

Los científicos utilizan teorías para organizar sus datos o darles sentido.

En consecuencia las teorías son importantes porque ayudan a que los científicos interpreten y predigan la conducta.



Teorías del desarrollo humano

Teorías Biológicas

Dentro de la controversia herencia-medio, este tipo de teorías dan claramente más importancia a la herencia como responsable de los cambios que se experimentan en las distintas etapas del desarrollo. Estas teorías contemplan la conducta humana desde una perspectiva evolucionista a partir de los estudios de Charles Darwin. Dentro de las teorías biológicas se distinguen dos tipos:

- Teoría de la maduración
- Teorías etológicas.

Teorías de la maduración

Consideran que el desarrollo está dirigido desde el propio individuo, desde su propio proceso de maduración, de tal manera que el individuo va a desarrollar sus capacidades según el momento del desarrollo en el que se encuentre. El psicólogo más destacado dentro de estas teorías fue el norteamericano Arnold Gessel, el cual afirmaba que la capacidad para aprender nuevas habilidades no aparecía antes de que su proceso madurativo lo permitiera (Gessel, Ilg y Ames, 1940). En la actualidad, estas teorías reciben como crítica no dar la suficiente importancia al ambiente y al aprendizaje

Teorías etológicas

Trasladan las teorías evolucionistas de distintas especies animales al estudio del desarrollo y de la conducta humana. Los pioneros de estas teorías fueron los etólogos Konrad Lorenz y Niko Tinbergen, que al igual que otros investigadores, defendían que los cambios en las conductas de los individuos en las distintas etapas del desarrollo van dirigidos en todo momento a su propia supervivencia y a la de su familia

Teorías psicodinámicas

Estas teorías surgen de las reflexiones del psicoanalista vienés Sigmund Freud sobre la motivación humana y su estrecha vinculación con el desarrollo sexual. Interpretan el desarrollo humano teniendo en cuenta en todo momento las demandas sociales que nos rodean, enfrentadas con los instintos humanos más básicos. De esta forma, tratan de explicar los distintos cambios en la conducta a lo largo del desarrollo, observando las primeras experiencias sexuales y emocionales del individuo. Son dos:

- Psicosexual
- Psicosocial.

Teoría psicosexual de Freud

Para Sigmund Freud, la conducta humana, desde la más temprana infancia, está motivada por la búsqueda del placer, impulsada por la fuerza vital a la que denomina libido, y la cual se encuentra en continuo conflicto con las demandas sociales (Freud, 1955). La teoría psicosexual distingue varias etapas en el desarrollo, teniendo en cuenta el desarrollo psicológico del individuo y las soluciones a los conflictos que caracterizan cada momento de su vida.

Teoría psicosocial de Erikson

Describe el desarrollo emocional del individuo partiendo de la teoría psicoanalítica de Freud. Al igual que la anterior teoría, interpreta que la personalidad se desarrolla a través de la resolución progresiva de los conflictos entre las necesidades individuales y las demandas sociales. Erikson distingue ocho etapas psicosociales del desarrollo con sus respectivos conflictos, y describe las consecuencias de la resolución y no resolución de éstos (Erickson, 1982).

Teorías del aprendizaje

Estas teorías dan la mayor importancia al medio en la controversia entre lo heredado y lo adquirido. Mientras las anteriores teorías se basaban principalmente en la importancia de la propia persona en su desarrollo, en este caso se acentúa el papel que juega en el desarrollo el ambiente, es decir, todo lo externo que rodea al individuo.

Teoría del Condicionamiento

El condicionamiento clásico y el condicionamiento operante explican en estas teorías los cambios que se producen durante el desarrollo, y suponen que el entorno controla la conducta. Los psicólogos conductistas John B. Watson y B. F. Skinner son sus principales representantes, basándose en los trabajos del fisiólogo ruso Iván Pavlov.

Teoría del Aprendizaje Social (Bandura)

Considera que el aprendizaje se produce fundamentalmente por imitación, pero admite que existen mecanismos cognitivos implicados en la transmisión de información e interpretación de situaciones, y por tanto un control cognitivo de la conducta (Bandura y Walters, 1974).

Teorías cognitivas

Estas teorías se centran fundamentalmente en el funcionamiento y el desarrollo de la mente, y explican los distintos aspectos del desarrollo en términos cognitivos. Son tres:

- Teoría constructivista de Piaget
- Teorías de la cognición social
- Teorías del procesamiento de la información

Teoría constructivista de Piaget

Esta teoría divide el desarrollo del niño en etapas o estadios en los que éste va construyendo de forma activa su conocimiento y adaptándose al medio a través de la asimilación (incorporación del medio al organismo) y la acomodación (modificación del organismo por el medio). Piaget destaca la importancia de la creación de conductas y conocimientos no presentes en el sujeto en determinados momentos del desarrollo, en captar el sentido de la experiencia con objetos, en la resolución de problemas y en la influencia del medio social

Asimismo afirma que todo cambio evolutivo puede explicarse por factores externos o internos al organismo, pero presta mayor atención a los internos. Para explicar el desarrollo, Piaget se basa en presupuestos biológicos, observando una continuidad entre los procesos biológicos de adaptación al medio y el desarrollo propiamente psicológico (ver por ejemplo Piaget, 1965)

Teorías de la cognición social

Incluyen las propuestas de Piaget respecto al importante papel de la persona en su propio desarrollo, y la importancia de la cognición en el desarrollo social y de la personalidad. Se centran en la comprensión de los pensamientos, las emociones y el comportamiento, tanto ajeno como propio. Dentro de estas teorías destacan la teoría de Selman de las relaciones entre compañeros (Yeates y Selman, 1989) y la teoría del desarrollo moral de Kohlberg (Kohlberg, 1969)

Teorías del procesamiento de la información

Basándose en la forma en la que procesan la información los ordenadores, estas teorías afirman que el ser humano maneja igualmente información en forma de símbolos que codifica, combina, almacena y devuelve al medio decodificados. Para los seguidores de estas teorías, el pensamiento y la conducta se construyen sobre una serie de procesos separados que manipulan y transforman representaciones codificadas (Kuhn, 1998)

Teorías humanistas

Estas teorías, desarrolladas entre 1950-1960 por Maslow y Rogers entre otros autores, abogan por la capacidad de la persona para dirigir su propia vida, enfatizando el papel de factores internos de la personalidad como son los sentimientos, los valores y las metas. Pretenden propiciar un desarrollo positivo y que cada persona conozca el significado de su existencia.

Teoría de la Autorrealización (Maslow)

Desde esta teoría existe una jerarquía de necesidades que motivan el comportamiento humano. Una vez satisfechas las necesidades básicas, la persona ha de esforzarse por alcanzar las superiores, hasta llegar a la autorrealización. Sin embargo, nadie alcanza la autorrealización plena ya que la persona sana se encuentra en constante crecimiento (Maslow, 1976).

Teorías culturales y contextuales

Estas teorías tienen en cuenta la influencia del momento histórico y cultural sobre los cambios en el desarrollo de los individuos de una sociedad, al limitar y orientar en muchos casos su conducta y sus estrategias de adaptación:

Teoría socio-histórica de Vygotsky

Teoría ecológica de Bronfenbrenner

Teoría socio-histórica de Vygotsky

Esta teoría pone el énfasis en la actividad y la interacción social como mediadores del desarrollo, y comprende el desarrollo cognitivo como un proceso de adquisición de la cultura (Cole, 1985; citado en Hoffman y colaboradores, 1995). Según el propio Vygotsky, el desarrollo humano no puede ser comprendido sin considerar la forma en que los cambios históricos y sociales afectan al comportamiento (Vygotsky, 1978).

Teoría ecológica de Bronfenbrenner

La teoría ecológica se centra en el estudio de los niños en sus ambientes naturales (la escuela, el barrio, la casa donde viven, etc.), argumentando que los estudios de laboratorio no contemplan la situación real en la que se desarrollan sus conductas. Bronfenbrenner divide el ambiente que rodea al niño en diferentes sistemas (desde el más próximo al más remoto), e incluye en cada uno tanto el espacio físico como las personas que se encuentran en él, las cuales van a determinar las relaciones y los comportamientos (Bronfenbrenner, 1979).

Creencia

Es la convicción de que un fenómeno o hecho es verdadero. Igualmente las creencias condicionan a las personas en una situación determinada, la mayoría ha sido transmitida de generación a generación.

Cosmovisión:

es la manera de comprender la realidad. La cosmovisión de una persona se expresa también en su idea de salud –enfermedad. Se debe comprender la forma de ver el mundo el otro.

Enfoque Diferencial:

El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación

2.4 COMUNICACIÓN ASERTIVA:

No es solo el intercambio de mensajes, es sobre todo una construcción de sentido y de contenido para provocar cambios. En la comunicación participan todos los órganos de los sentidos, lo que hace que trascienda en lo más profundo del ser y de igual manera sea referida a los demás, razón por la cual está ligada estrechamente al proceso de enseñanza aprendizaje; este proceso es inherente al ser humano aún desde antes de nacer, el feto puede comunicarse con su madre y con los que los rodean, quizá no tenga el lenguaje pero puede dar respuesta a los diferentes estímulos positivos o negativos que le ofrece su entorno.

2.4.1 Elementos de la comunicación

- Emisor: quien codifica (organiza) y envía el mensaje según el propósito o intención que tenga.
- Receptor: Quien recibe el mensaje y lo decodifica es decir lo recibe e interpreta.
- Mensaje: Contenido (ideas, sentimientos, pensamientos) que quiere comunicarse.
- Código: Lenguaje o signos utilizados para enviar el mensaje, que idealmente deben ser comunes a las personas que participan en la comunicación.
- Canal: Medio a través del cual se envía el mensaje, depende directamente de los cuatro elementos anteriores.
- Control: Medio que permite comprobar la efectividad de la comunicación.

2.4.2 Tipos de comunicación

Las formas de comunicación humana pueden agruparse en dos grandes categorías: la comunicación verbal y la comunicación no verbal:

- La comunicación verbal:
Se refiere a las palabras que utilizamos y a las inflexiones de nuestra voz (tono de voz). Palabras (lo que decimos), Tono de nuestra voz.
- La comunicación no verbal:
Hace referencia a un gran número de canales, entre los que se podrían citar como los más importantes; el contacto visual, los gestos faciales, los movimientos de brazos y manos o la postura y la distancia corporal.

Pese a la importancia que le solemos atribuir a la comunicación verbal, entre un 65 % y un 80 % del total de nuestra comunicación con los demás la realizamos a través de canales no verbales. Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí. Muchas dificultades en la comunicación se producen cuando nuestras palabras se contradicen con nuestra conducta no verbal.

Otros tipos de comunicación:

- Comunicación interpersonal:
Se realiza con la presencia de los interlocutores en el mismo sitio; se conoce también como comunicación cara a cara. Como ejemplos de este tipo de comunicación tenemos nuestras conversaciones cotidianas con nuestros familiares o compañeros de trabajo.
- Comunicación masiva:
Desarrollada principalmente por los medios de comunicación masivos tipo radio, televisión, Internet, periódicos, revistas, etc. El mensaje es enviado por un emisor y no hay respuesta inmediata. No garantiza la atención necesaria de todos los receptores para decodificar el mensaje.
- Comunicación organizacional:
Establecida por las instituciones como parte de su estructura desde el punto de vista funcional y de normas.
- Formal: ayuda al direccionamiento y agilización de los procesos. Está en función de la organización y del cumplimiento de las metas, esta puede ser:
 - Descendente: de la dirección al resto de personal.
 - Ascendente: del personal hacia la dirección.
 - Horizontal: entre personas del mismo nivel jerárquico.
 - Diagonal: entre diferentes departamentos o áreas de la organización.
- Informal: surge de las relaciones espontáneas no jerárquicas entre los miembros de la institución, estas pueden ser:
 - Positivas: cuando favorece las relaciones interpersonales y el trabajo de equipo.
 - Negativas: cuando son distractores que distorsionan la información, perjudicando a las personas y a la institución.

Nueve componentes que conforman la estructura de una conducta asertiva:

- Respetarse a sí mismo:
Significa tomarse en serio, tener buen concepto de si mismo; implica elevar la autoestima para querer a si mismo.
- Respeto por los demás:
Reconoce el valor de las personas y sus acciones.
- Ser Directo:
Los mensajes transmitidos deben ser claros, sencillos y precisos.
- Ser honesto:

Cuando el actuar es acorde con los sentimientos. Es mejor guardar la calma y educada, pero firmemente, exponer la opinión propia, sin ignorar la posición de los demás.

- Ser apropiado:
Tener en cuenta el momento y el contexto de la comunicación.
- Control Emocional:
Canalizar las emociones con el fin de evitar que lleguen a niveles de intensidad que provoquen reacciones ineficientes. Pedir excusas cuando es necesario engrandece, cuando no es así las excusas pierden validez.
- Saber escuchar:
Es un proceso activo que requiere de atención para comprender lo que los demás quieren transmitirnos. El ignorar o hacer caso omiso de los comentarios o intervenciones de los demás produce ira y resentimiento.
- Ser Positivo:
Quiere decir, reconocer e informar a los demás que nos damos cuenta que ellos, al igual que nosotros, intentamos beneficiar y ayudar.
- Planificar los mensajes.
Conseguir que todos los hechos y puntos estén aclarados con antelación, confeccionando notas de referencia si la situación lo permite. Esto ahorra tiempo, produce confianza y puede disminuir la intimidación por parte de los demás.

2.4.3 Resolución de conflictos

La solución pacífica, dialogada e inteligente de los conflictos familiares, de trabajo, comunitarios, entre amigos es una habilidad que le permite a un individuo enfrentar en forma efectiva los problemas de la vida; para ello es necesario aprender técnicas o estrategias para la mediación y solución inteligente y constructiva de los conflictos.

El conflicto es propio del desarrollo humano, hace parte de su convivencia. La madurez de una persona o comunidad se evidencia según la capacidad que tenga de resolver sus problemas y conflictos". (Alcaldía Mayor de Santa fe de Bogotá, Convivencia Social y Solución de Conflictos, 1997).

El conflicto es algo natural y necesario para el crecimiento de las personas y de la sociedad, se presenta por la diferencia de pensamientos, opiniones, acciones e intereses. A menudo la expresión del conflicto es deshumanizante, conlleva violencia y sufrimiento para las partes por lo tanto el tratamiento adecuado de los conflictos mejora nuestra calidad de vida y la de todos los que nos rodean, deben resolverse con inteligencia, incluso, sacando provecho de ellos.

En un conflicto se puede participar activa o pasivamente y cualquiera de las dos formas constituye la manifestación de pensamientos, sentimientos y emociones muchas veces confusas que no permiten discernir la situación en forma objetiva; es importante respetar las diferencias y dar la oportunidad de expresarse a los involucrados en el conflicto en un clima de respeto y caridad; es necesario conocer: los intereses y las necesidades de cada una de las partes (problema), las diferencias esenciales o principales para solucionar el conflicto, buscando que la solución sea justa a las partes involucradas.

Teniendo en cuenta los tres componentes del conflicto: las personas implicadas, el problema y el proceso que ha seguido el conflicto, La Alcaldía Mayor de Santa fe de Bogotá en su manual de convivencia social y solución de conflictos de 1997, presenta una serie de recomendaciones para servir como mediador o árbitro en resolución de conflictos:

- Establecer con claridad, quién o quiénes están involucrados, y quién o quiénes pueden influir positivamente y negativamente en la solución del conflicto.
- Concretar los asuntos más importantes para discutir el problema.
- Distinguir y separar los intereses y las necesidades de cada uno.
- Evitar que las partes hagan generalizaciones y estereotipos de las personas.
- Crear un ambiente de diálogo con el propósito de buscar soluciones verdaderas y constructivas.
- Distinguir entre personas y problemas e impedir que se llegue a lo personal.
- Centrarse en las preocupaciones y necesidades de cada uno antes de buscar las soluciones.
- Establecer un ambiente de negociación donde las partes en igualdad de condiciones puedan llegar a una concertación.

Todas las personas reaccionan de diferente forma ante un conflicto, influye el momento y sitio en que se encuentre. Por ejemplo, la manera en que un individuo se comporta en medio de su familia, a menudo es diferente a la actitud que asume cuando tiene problemas en el trabajo.

Formas o estilos de participación en el conflicto:

- Estilo de competición: cuando hay mucha preocupación por los deseos propios y no por los del otro, el resultado es una actitud competitiva. Obtener lo que se quiere es el único criterio a seguir, y ya no se detiene a reflexionar sobre lo que quieren los demás.
- Estilo de Evitación: cuando se evita a toda costa el afrontar directamente los problemas pudiendo ser por simple comodidad porque en el fondo no le interesa ni lo que él quiere ni lo que quiere el otro.

- Estilo de Convenir o negociar: este estilo supone que la persona no deja de preocuparse por lo suyo, pero da margen a considerar lo que el otro quiere. Normalmente la solución del problema se concibe como el esfuerzo de llegar al punto medio entre las dos posturas, exige que cada uno ceda un poco, hasta llegar a lograrlo.
- Estilo de Colaboración: es el intento de buscar una solución que permita que ambos logren su propósito, lucha por encontrar una manera de ampliarlo e incrementarlo para beneficio de ambas partes.

El ser humano es una gama de posibilidades que deben enfocarse a mejorar su calidad de vida de manera que contribuya al desarrollo cultural, social, económico y político del país; en la medida en que pueda enfrentar y afrontar su vida con mayor fortaleza tendrá mayores opciones de crecimiento y desarrollo integral acorde con el contexto en que se desenvuelve aunque las exigencias del mundo actual desafortunadamente marcan un ritmo de vida que fácilmente puede desequilibrar. Según Mata (1997), hoy día se vive muy deprisa y las personas dedican poco tiempo a actividades que les permitan descansar su cuerpo y su mente, así como alejarse de las preocupaciones de la vida diaria. De igual forma comenta que caminar, hacer ejercicio, pasear, leer, hacer alguna actividad que produzca satisfacción, son ejemplos de cosas que ayudan a sentirse mejor. Si una persona no dedica tiempo a este tipo de actividades, las preocupaciones, la ansiedad, la angustia, el disgusto o la cólera se irán acumulando hasta producir verdaderos estados de tensión o el tan conocido estrés.

2.5 DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

2.5.1 Definición

En 1978 la primera conferencia mundial sobre el ambiente evidenció los límites de nuestros modelos de crecimiento económico en lo relacionado con la capacidad de soporte del planeta e identificó los principales problemas del deterioro del agotamiento de los recursos naturales y de la degradación ambiental.

Desarrollo sostenible es aquel desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la habilidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades (Comisión Mundial de Ambiente y Desarrollo 1987).

Desarrollo sostenible es un proceso de cambio progresivo en la calidad de vida del ser humano, que lo coloca como centro y sujeto primordial del desarrollo, por medio del crecimiento económico con equidad social y la transformación de los métodos de producción y de los patrones de consumo y que se sustenta en el equilibrio ecológico y el soporte vital de la región.

Este proceso implica el respeto a la diversidad étnica y cultural regional, nacional y local, así como el fortalecimiento de la plena participación ciudadana, en convivencia pacífica y en armonía con la naturaleza, sin comprometer y garantizando la calidad de vida de las generaciones futuras.

El Desarrollo Humano Sostenible valora la vida humana en sí misma y en consecuencia tiene a la persona, hombres y mujeres, como el centro y el sujeto fundamental del Desarrollo. Debe posibilitar que todos los individuos, de manera individual y colectiva, logren su capacidad humana en forma plena en todos los aspectos de la vida: social-económico-cultural y político, para poder satisfacer todas sus necesidades o luchar por ellas, para lograr cambios en sí mismas, en sus comunidades y en su país.

2.5.2 Principios de la Alianza para el Desarrollo Sostenible

- **Respeto a la Vida en todas sus Manifestaciones:**
El fundamento de la vida es una ética y escala de valores morales basados en el respeto, la responsabilidad personal y la consideración hacia los otros seres vivos y la tierra. El desarrollo sostenible no se logrará a expensas de otros grupos o de las generaciones futuras, ni amenazará la supervivencia de otras especies.
- **El Mejoramiento de la Calidad de la Vida Humana:**
La finalidad del desarrollo sostenible es mejorar y garantizar la calidad de la vida humana. Esto permitirá que las personas desarrollen sus potencialidades y puedan llevar una vida digna y de realización. Para ello es imperativo brindar seguridad mediante el desarrollo humano, el fomento a la participación social en democracia, el respeto a la pluralidad cultural y la diversidad étnica, el acceso a la educación y el fomento de la formación técnica y profesional que contribuya al crecimiento económico con equidad.
- **El Respeto y Aprovechamiento de la Vitalidad y Diversidad de la Tierra de Manera Sostenible:**
El desarrollo local, nacional y regional se basará en el aprovechamiento y manejo sostenible de los recursos de la tierra, y en la protección de la estructura, funciones y diversidad de los sistemas naturales, de los cuales depende la especie humana y otras especies. Con esta finalidad, se encaminarán las acciones correspondientes para:
 - Conservar los sistemas que sustentan la vida y los procesos ecológicos que modelan el clima y la calidad del aire y el agua, regulan el caudal de aguas, reciclan elementos esenciales, crean y generan suelos y permiten a los ecosistemas renovarse a sí mismos.

- Proteger y conservar la biodiversidad de todas las especies de plantas, animales y otros organismos; de las poblaciones genéticas dentro de cada especie y de la variedad de ecosistemas.
 - Velar por la utilización sostenible de los recursos naturales, en particular el suelo, las especies silvestres y domesticadas, los bosques, las tierras cultivadas y los ecosistemas marinos y de agua dulce.
- La Promoción de la Paz y la Democracia como Formas Básicas de Convivencia Humana: La libertad política, el respeto, tutela y promoción de los derechos humanos, el combate a la violencia, la corrupción y la impunidad, y el respeto a los tratados internacionales válidamente celebrados, son elementos esenciales para la promoción de la paz y la democracia como formas básicas de convivencia humana.

La paz y la democracia se fortalecen por medio de la participación ciudadana. En este sentido, el fortalecimiento de las instituciones democráticas, de los mecanismos de participación y del estado de derecho es indispensable para el desarrollo sostenible.

- El Respeto a la Pluriculturalidad y Diversidad Étnica de la Región:
Los países centroamericanos, en distinta medida, son sociedades conformadas por una diversidad étnica y cultural que representa una gran riqueza que debe ser preservada, creando las condiciones para que, en un marco de libertad, todas las expresiones culturales puedan desarrollarse, y en particular las indígenas, en su condición de culturas originarias que han padecido una situación de subordinación a raíz de la conquista y colonización. El derecho a la identidad cultural es un derecho humano fundamental y la base para la coexistencia y la unidad nacional.

En las áreas de mayor diversidad biológica en la región están presentes generalmente pueblos indígenas que en algunos casos practican formas de vida coherentes con la preservación del medio natural. La concepción del mundo indígena es favorable a este objetivo, en la medida en que percibe a la naturaleza como inseparable del ser humano.

Por ello, el respeto a la diversidad étnica y el desarrollo de las culturas indígenas, que es un objetivo en sí mismo, coincide con el respeto al medio natural. Sin embargo, para que el respeto al medio ambiente se concrete en una práctica coherente se necesita que, junto con las concepciones, existan opciones de desarrollo auto-sostenible accesibles a la población.

El respeto a la diversidad étnica sólo puede producirse en un marco de paz y de democracia y facilitando el acceso a las oportunidades de desarrollo sostenible.

- El Logro de Mayores Grados de Integración Económica entre los Países de la Región y de Estos con el Resto del Mundo:

Dentro de un marco de globalización es indispensable que los beneficios del libre comercio sean asequibles a toda la región, en particular, mediante la promoción y puesta en ejecución, por parte de los países más desarrollados, de políticas que permitan construir en el más breve plazo, una gran zona de libre comercio e integración económica a la que tengan acceso los países centroamericanos, en condiciones adecuadas y salvaguardando las especificidades propias de sus niveles de desarrollo.

- La Responsabilidad Intergeneracional con el Desarrollo Sostenible:
Las estrategias, políticas y programas de los Estados promoverán el desarrollo sostenible y el bienestar de las presentes y futuras generaciones, potenciando el mejoramiento humano en los distintos ámbitos: político, económico, social, cultural y ambiental.

3 PROCESO DE APRENDIZAJE No 3 REVISAR MEDIDAS PREVENTIVAS

3.1 PACTO MUNDIAL:

CREADO POR LA ONU EN 1999, LIDERADO POR EL SECRETARIO GENERAL KOFI ANNAN EN EL FORO ECONOMICO MUNDIAL. Su fin es promover el diálogo social para la creación de una ciudadanía corporativa global, que permita conciliar los intereses de las empresas, con los valores y demandas de la sociedad civil.

Enfoque:

Derechos humanos.
Estándares laborales.
Medio ambiente.
Anticorrupción.

Objetivos:

- ❖ INCORPORAR LOS 10 PRINCIPIOS EN LAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES.
- ❖ APOYAR LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO.

Antecedentes: En septiembre de 2000, los dirigentes del mundo se reunieron en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, para aprobar la comprometiéndose a sus países con una nueva alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza y estableciendo una serie de objetivos sujetos a plazo. La erradicación de la pobreza extrema sigue siendo uno de los principales desafíos de nuestro tiempo y es una de las

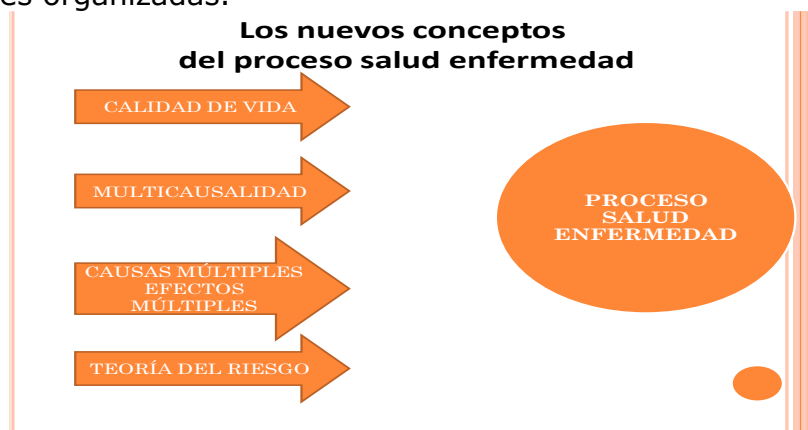
principales preocupaciones de la comunidad internacional. Para poner fin a este flagelo se necesitarán los esfuerzos combinados de todos, los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, en el contexto de una alianza mundial para el desarrollo más fuerte y más eficaz.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



3.2 DEFINICIÓN DE SALUD – OMS:

Como un proceso que posibilita el desarrollo del proyecto vital humano, de las comunidades y de la sociedad entendido como una construcción intencionada y determinada por las condiciones sociales, económicas y políticas así como por las respuestas sociales organizadas.



3.3 SALUD PÚBLICA:

Es Conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva para el mejoramiento de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo social.

¿ Cómo abordar la Salud Pública?



**A través de la Estrategia
promocional de
calidad de vida y
salud**

**La Estrategia de
Atención Primaria en
Salud Renovada**

Áreas de la salud pública

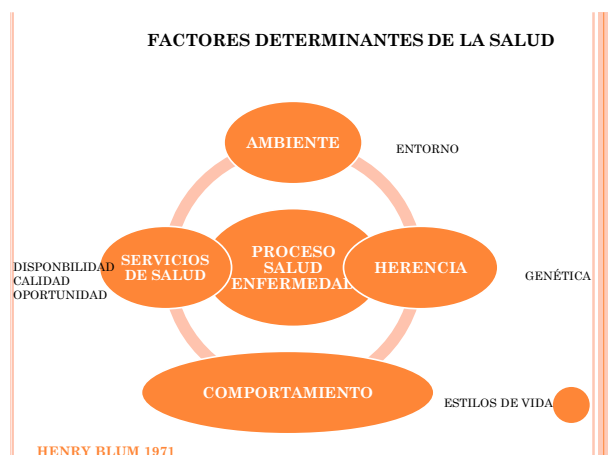
- Epidemiología
- Salud ocupacional
- Salud ambiental
- Gerencia en salud

Misión de un sistema de salud

- Mantener y mejorar el nivel de salud de la población
- Evitar muertes, enfermedades e incapacidades prevenibles
- Prolongar los años de vida saludables

Estrategia de calidad de vida: Se define como el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales.

Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada: La APS renovada concibe la salud como un derecho humano fundamental y enfatiza en la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos apoyada por compromisos legislativos y financieros, con el papel protagónico del Estado, motivando la Intersectorialidad.

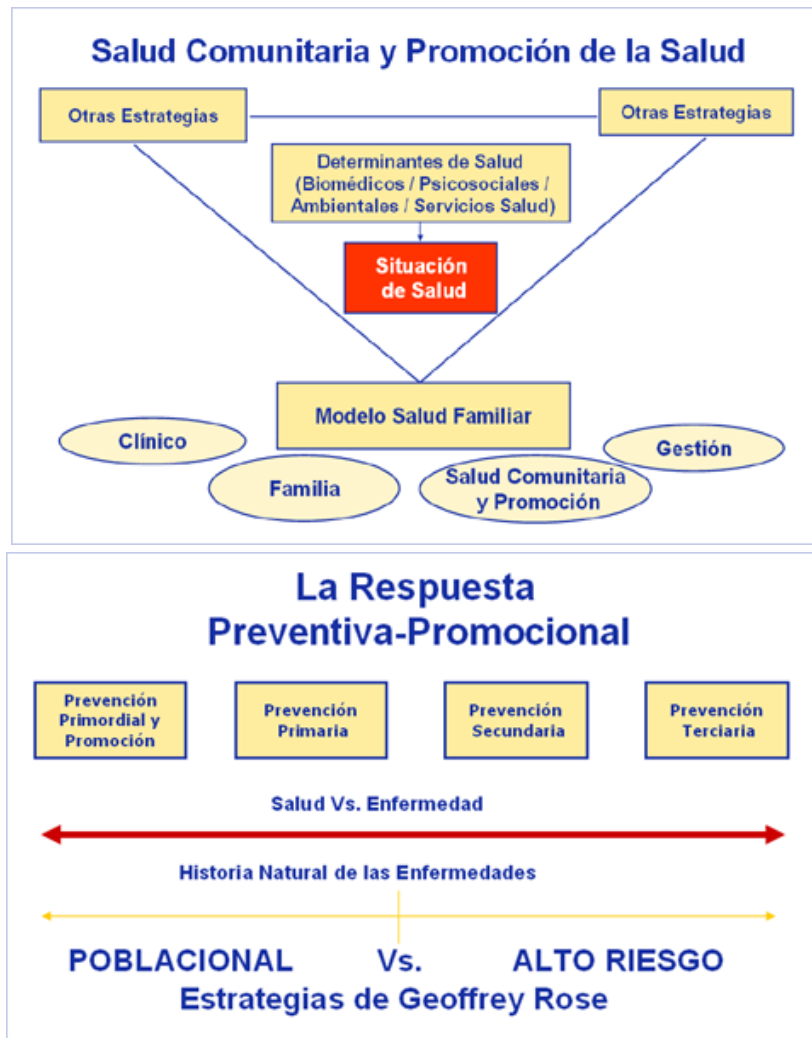


Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)

Es un listado de intervenciones incluido en el Plan Nacional de Salud Pública, adoptado mediante Decreto 3039 del 2007, cuyos contenidos son definidos por el Ministerio de la Protección Social. Su prestación es obligatoria y gratuita y está dirigido a todos los habitantes del territorio nacional, independientemente de su condición de afiliación al SGSSS, y es prestado directamente por el Estado, a través de su red de prestadores públicos o de los privados con los que él tenga contrato. Cada Ente Territorial define de manera participativa su PIC, de acuerdo con sus perfiles epidemiológicos, las características de su población y las políticas públicas vigentes.

3.4 QUÉ ES LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?

Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente. (Fuente: Cartas de Ottawa y Yakarta)



Fuente: Beaglehole R., Bonita R., Kjellström. *Epidemiología Básica*. OPS, 1994; Geoffrey Rose: 'Sick Individuals and Sick Populations'. *International Journal of Epidemiology* 1985, 14:32-38.

La Promoción de la Salud cuenta con varias estrategias centrales para alcanzar sus objetivos. Entre ellas, destacan:

- *Abordaje por Contextos - Entornos para Promoción de Salud*
- *Comunidad y Desarrollo Comunitario*
- *Trabajo Interdisciplinario e Intersectorial*
- *Educación en Promoción de Salud*

- *Comunicación en Promoción de la Salud*
- *Políticas Públicas Saludables e Inclusión Social*

3.5 DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN:

Medidas destinadas no solamente a prevenirla aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

NIVELES DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA

- Mejores condiciones económicas y sociales.
- Promoción de salud.
- Divulgación-educación.
- Mejora del ambiente.
- Protección: vacunas

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- Vigilancia Epidemiológica activa.
- Consulta médica precoz.
- Exámenes de laboratorio- tamiz.
- Tratamiento oportuno.

PREVENCIÓN Terciaria

- Reduce daño.
- Evitar secuelas.
- Evitar invalidez y muerte.
- Rehabilitación: física, síquica, social, laboral



11.3 DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES TERRITORIALES, PROYECTOS, PROYECTOS SOCIALES

3.6.1 ¿Qué es un proyecto?

Un proyecto se define como un conjunto de actividades interrelacionadas a ser llevadas a cabo bajo una gerencia unificada, para lograr un objetivo específico en un plazo determinado mediante la utilización de recursos

3.6.2 ¿Qué es un proyecto social?

Podríamos definirlo como:

- Toda intervención intencionada y limitada en el tiempo, que utiliza o no los recursos del Estado, con la finalidad de satisfacer las demandas de las personas, especialmente de aquellos grupos tradicionalmente excluidos y vulnerables para contribuir al desarrollo de sus capacidades, "empoderarlos" y mejorar su calidad de vida, de las

relaciones entre las personas y por lo tanto, la calidad de acceso a los bienes y servicios públicos.

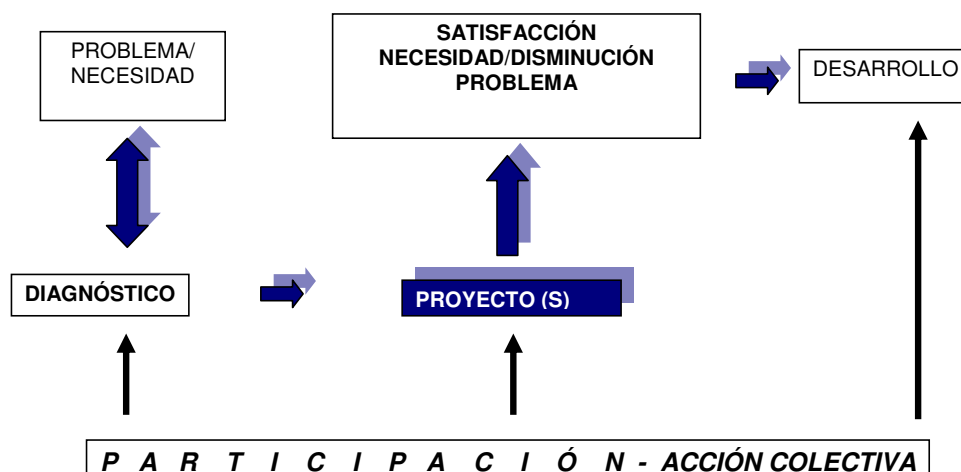
O también como:

- Un conjunto de acciones institucionales, locales, nacionales o internacionales destinadas a un fin específico, por ejemplo, promover el desarrollo de una zona deprimida social y económicamente. Es una idea de asignación de recursos que sigue un objetivo y que genera beneficios y costos, cualitativos y cuantitativos, tanto al realizador del proyecto como a terceros.

El análisis de esta última definición nos permite identificar en ella diferentes ejes:

Un conjunto de acciones (**eje: articulación**) institucionales, locales, nacionales o internacionales destinadas a un fin específico (**eje: gestión por resultados**). Es una idea de asignación de recursos que sigue un objetivo (**eje: estrategia**) y que genera beneficios y costos, cualitativos y cuantitativos (**eje: medición**), tanto al realizador del proyecto como a terceros (**eje: participación**).

De manera esquemática, lo dicho se puede representar así:



3.6.3 Algunas características de los proyectos:

- Están orientados a invertir en las personas
- Es una intervención intencionada para producir un cambio positivo en la calidad de vida, equidad y bienestar social

- Están dirigidos a satisfacer las demandas sociales, especialmente de aquellos grupos excluidos, vulnerables, de riesgo, que no poseen recursos suficientes
- Otorgan poder y libertad a las personas
- Tienen un tiempo de duración determinado

3.6.4 ¿Qué se requiere para la adecuada formulación de un proyecto social?

- Partir siempre de la práctica, desde la óptica de quién vive el problema, cómo lo vive y que posibilidades vislumbra de solución del mismo.
- Elegir un problema concreto que precise solución y que sea posible de intervenir y mejorar.
- Analizar el problema social que pretendemos mejorar y diseñar formas de abordarlo con originalidad y creatividad.
- Abordar la solución con apertura y flexibilidad.

3.6.5 Tipos de proyectos.

- De acuerdo con su naturaleza los proyectos
 - Los que apuntan a la satisfacción directa de una determinada carencia en base a estándares sociales. (Ej. elevar niveles de escolaridad)
 - Los que facilitan indirectamente la satisfacción de una necesidad especial. (Ej. recolección de depósitos sólidos)
 - Los que introducen nuevos sistemas productivos para mejorar situaciones sociales. (Ej. cooperativas)
 - Los que afectan a situaciones que se apartan de una normalidad socialmente definida.
 - Los que apuntan a introducir tecnologías organizativas para producir cambios en las situaciones sociales. (Ej. creación de centros comunales)

3.6.6 Enfoques para elaborar proyectos

- Enfoque tradicional: concepción normativa
- Nuevos enfoques: estratégico, participativo

3.6.7 Ciclo de vida de un proyecto.

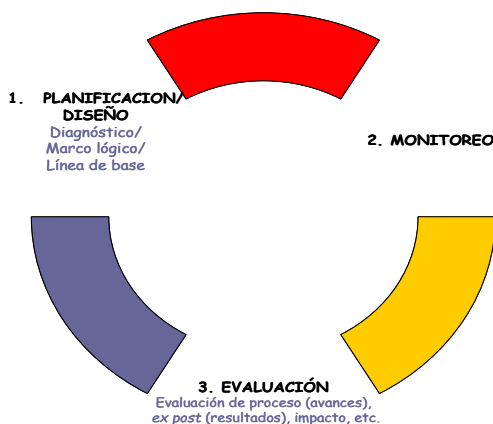
Todo proyecto tiene un comienzo y un fin, el recorrido que hace un proyecto desde que se inicia hasta que finaliza es lo que se llama su Ciclo de Vida, el cual expresa las distintas fases o etapas de madurez del proyecto. Estas son:

- Identificación del Proyecto
 - Definición del problema
 - Generación de opciones de intervención
 - Selección de la mejor opción
- Formulación o diseño del proyecto
- Ejecución del proyecto:
 - Gerencia

- Monitoreo
- Culminación, cierre y Evaluación final

3.6.8 Gestión de proyectos

Comprende la aplicación de los conocimientos, habilidades, métodos y herramientas para realizar proyectos de forma exitosa, siguiendo la secuencia de etapas correspondientes con su ciclo de vida.



La gestión colectiva de proyectos permite:

- Manejar información importante en torno a problemas sociales prioritarios y la manera cómo enfrentarlos
- Construir colectivamente, respuestas estructuradas, integrales y novedosas para atender necesidades sociales
- Captar y canalizar eficazmente recursos financieros públicos o privados, nacionales e internacionales
- Crear, ampliar y consolidar capacidades para elevar la calidad de vida de los grupos beneficiarios
- Propiciar un diálogo de “saberes” entre los involucrados
- Sistematizar los aprendizajes para consolidar prácticas exitosas

3.6.9 Esquema de fases y pasos en el desarrollo de un proyecto:



Exploración de apoyos.

Durante esta etapa se indaga si existen condiciones iniciales favorables para la realización de un proyecto dedicado a abordar el problema seleccionado:

- Apoyos de los principales involucrados, especialmente de los organismos públicos con competencias en el área del proyecto.
- Condiciones técnicas, jurídicas y de otra índole que respalden la realización del proyecto.
- Fuentes de inversión disponibles a las cuales se pueda acceder para cubrir los costos del proyecto.

3.6.9.1 Fase de formulación del proyecto.

En esta fase se responde a las siguientes preguntas:

- QUÉ se quiere hacer (Naturaleza del proyecto)
- POR QUÉ se quiere hacer (Fundamento)
- PARA QUÉ se quiere hacer (Objetivos)
- CUÁNTO y CUÁNDO se quiere hacer (Metas)
- DÓNDE se quiere hacer (Ubicación)
- CÓMO se quiere hacer (Actividades y tareas)
- QUIÉNES lo van a hacer (Recursos humanos)
- CON QUÉ se va a hacer (Recursos materiales y financieros)

Territorio en Salud: Las relaciones entre geografía y salud han sido objeto de atención desde hace tiempo por parte de las principales escuelas geográficas. Sin embargo, en nuestro país, no existen esfuerzos sistemáticos por incorporar la temática de salud y territorio. De esta manera, la aproximación entre territorio y salud puede ir mucho más allá de la mera distribución espacial o de las características ambientales físicas que inciden en los perfiles epidemiológicos de los colectivos o individuos, aportando en la comprensión del hombre concebido en su incesante proceso de totalización y cuyo fin supremo es la realización de su ser social.

3.6.9.2 Geografía

Del griego γεια, "Tierra", y γραφειν, "describir" o "representar gráficamente", es la ciencia que estudia la tierra como medio de vida, las sociedades que la habitan y los territorios, paisajes, lugares o regiones que forman al relacionarse entre sí.

Geografía general

La geografía es la ciencia que tiene por objeto la relación de los hechos y fenómenos físicos, biológicos y humanos, buscando sus causas que lo originan su distribución y su localización. La geografía se subdivide en dos grandes ramas: geografía física y geografía humana.

Geografía física

La geografía física es la ciencia de la tierra que estudia el medio físico. Los principales elementos que estructuran el medio físico corresponden al relieve, las aguas terrestres, el clima, la vegetación, la fauna y el suelo; y el estudio de cada uno de estos da origen a distintas subramas de la geografía física (Climatología, Geomorfología, Hidrología, Glaciología, Biogeografía, Edafología, el estudio de los riesgos naturales, la ecología del paisaje, Paleogeografía)

Geografía humana

La geografía humana es la ciencia social centrada en el estudio de las sociedades y de sus territorios; también estudia al ser humano y sus reacciones con su alrededor tanto en el aspecto estático de su organización, como en el dinámico de los cambios que experimentan. La geografía humana contiene también varias subdisciplinas (Geografía de la población, Geografía rural, Geografía urbana, Geografía del transporte, Geografía económica, Geografía política, Geografía social, Geografía cultural, Geografía histórica)

Geografía regional

La geografía regional o corológica (del griego "χώρα", espacio, país, región y "λόγος", conocimiento, estudio) es la disciplina que estudia los sistemas o complejos geográficos. Sin embargo, no hay consenso a la hora de definir qué es un complejo geográfico ni el papel de la geografía Regional en el conjunto de la geografía.

3.6.9.3 Economía

La economía toma su significado en el griego, en el que significa "administración de una casa o familia". Ella es la disciplina que estudia las relaciones sociales que tienen que ver con los procesos de producción, intercambio, distribución y consumo de bienes y servicios, entendidos estos como medios de satisfacción de necesidades humanas y resultado individual y colectivo de la sociedad.

Objeto de estudio

Su objeto de estudio es la actividad humana y, por tanto, es una ciencia social. Las ciencias sociales se diferencian de las ciencias puras o naturales en que sus afirmaciones no pueden refutarse o convalidarse mediante un experimento en laboratorio y, por tanto,

usan una diferente modalidad del método científico. De acá su complejidad y alto nivel de imprecisión, valiéndose de las aproximaciones o por lo menos definiendo la tendencia en el comportamiento de las variables económicas, es arriesgado aventurarse a predecir con una precisión cercana al 100%, el sujeto de estudio "el sujeto económico" es altamente dinámico y cambiante, dejando muchas veces brechas en los estudios realizados.

La ciencia económica está siempre justificada por el deseo humano de satisfacer sus propios fines. En ocasiones, al definir la economía se ha sustituido el término fines por el de necesidades humanas, y se ha dicho de ellas que son ilimitadas. Hasta el momento la economía no se ha ocupado en exceso de determinar cómo se forman las necesidades humanas ni de si son ilimitadas o no, y para ello debería avanzar en el desarrollo de la antropología y la sociología económicas.

La materia prima de trabajo de los economistas es el conjunto de recursos escasos que pueden satisfacer usos alternativos. Los recursos al alcance del hombre para satisfacer sus necesidades son escasos o, al menos, la economía sólo se ocupa de aquellos que lo son y, como tales, existe la necesidad de seleccionar entre ellos para satisfacer fines alternativos. Si un recurso no es escaso o tiene un único fin, no está justificado su tratamiento desde el punto de vista económico, a menos que pretenda asignársele otra utilidad. Al decidir si un recurso se asigna a la producción de un bien o servicio determinado, se está asumiendo el costo de no poder usar ese recurso para la producción de otros bienes y servicios. Este concepto de coste, más allá del puro concepto monetario, es propio de los economistas y se conoce como costo de oportunidad. Para asignar los recursos debe existir un criterio que permita hacerlo de la manera más eficiente posible, y la economía trata de aportar criterios racionales para la asignación de los recursos a la producción de bienes y servicios.

Definición objetiva o marxista

La definición clásica de la corriente objetiva es de Friedrich Engels, quien señala: "La economía política es la ciencia que estudia las leyes que rigen la producción, la distribución, la circulación y el consumo de los bienes materiales que satisfacen necesidades humanas.". Karl Marx a su vez señala que la economía es "la ciencia que estudia las relaciones sociales de producción". También se le llama "la ciencia de la recta administración". La corriente objetiva se basa en el materialismo histórico, se refiere al concepto del valor-trabajo, por el que el valor tiene su origen objetivo en la cantidad de trabajo requerido para la obtención de los bienes. Y es histórico porque concibe el capitalismo como una forma u organización social correspondiente a un determinado momento histórico. Esta definición ha engendrado una corriente de pensamiento económico que hoy día se le conoce como la Economía Política.

Definición subjetiva o marginalista

La definición clásica de la orientación subjetivista es de Lionel Robbins, quien afirma: "La economía es la ciencia que se encarga del estudio de la satisfacción de las necesidades humanas mediante bienes que, siendo escasos, tienen usos alternativos entre los cuales hay que optar".

Definición Sistémica

Desde otro punto de vista la economía puede ser observada como un ámbito de comunicación bien definido. Esto significa que la economía es el medio de comunicación en el cual se forman los sistemas económicos. En esta perspectiva los sistemas económicos son sistemas sociales en los cuales las comunicaciones que se reproducen son comunicaciones sobre compensaciones o pagos. Aquellas comunicaciones que tienen sentido económico, se reproducen en los sistemas económicos, aquellas que no tienen sentido, se rechazan. Esta visión sociológica de la economía posibilita comprender la economía como un aspecto integral de la sociedad y que todo esto tiene relación con la mercadotecnia.

La neoeconomía:

Es una nueva forma de llevar las finanzas actuales, su integración se basa en el desarrollo y manejo de la economía de las diferentes variantes (economía de empresas, economía espacial o economía internacional). Constituye un instrumento de análisis de la economía, la interrelación entre los distintos mercados globales, diseña planes de actuación y política económica que en general persigue el fin de las relaciones mercado-estado.

3.6.9.4 Historia

La **historia** es la ciencia que tiene como objeto de estudio el pasado de la humanidad y como método el propio de las ciencias sociales. Se denomina también historia al periodo histórico que transcurre desde la aparición de la escritura hasta la actualidad.

Más allá de las acepciones propias de la ciencia histórica, historia en el lenguaje usual es la narración de cualquier suceso, incluso de sucesos imaginarios y de mentiras. En medicina se utiliza el concepto de historia clínica para el registro de datos sanitarios significativos de un paciente, que se remontan hasta su nacimiento o incluso a su herencia genética.

A su vez, llamamos historia al pasado mismo e, incluso, puede hablarse de una historia natural en que la humanidad no estaba presente (término clásico ya en desuso, que se utilizaba para referirse no sólo a la geología y la paleontología sino también a muchas otras ciencias naturales; las fronteras entre el campo al que se refiere este término y el de la arqueología son imprecisas, a través de la paleoantropología).

Ese uso del término historia lo hace equivalente a cambio en el tiempo. En ese sentido se contrapone al concepto de filosofía, equivalente a esencia o permanencia (lo que permite hablar de una filosofía natural en textos clásicos y en la actualidad, sobre todo en medios académicos anglosajones, como equivalente a la física). Para cualquier campo del conocimiento, se puede tener una perspectiva histórica -el cambio- o bien filosófica -su esencia-. De hecho, puede hacerse eso para la misma historia.

Historia como ciencia

Dentro de la división entre ciencias y humanidades, se tiende a clasificar a la historia entre las disciplinas humanísticas junto con otras ciencias sociales, o incluso como un puente entre ambas, al incorporar la metodología de éstas a aquéllas.

Historia como escritura

La identificación del concepto de historia con la narración escrita del pasado produce, por un lado, su confusión con el término historiografía (historia se llama a la vez al objeto estudiado, a la ciencia que lo estudia y al documento resultado de ese estudio); y por otro justifica el empleo del término prehistoria para el periodo de tiempo anterior a la aparición de la escritura, reservándose el nombre historia para el periodo posterior.

Según ese uso restrictivo, gran número de pueblos y culturas (las consideradas como culturas primitivas, en una terminología ya desfasada de la antropología clásica) no tienen historia. El tópico los idealiza al considerar que son pueblos felices. Entran en ella cuando se produce su contacto, habitualmente destructivo (aculturación), con civilizaciones (sociedades complejas, con escritura). Incluso en ese momento no son propiamente objeto de la historia sino de la protohistoria (historia realizada a partir de las fuentes escritas producidas por los que generalmente son sus pueblos colonizadores por oposición a los pueblos indígenas). No obstante, independientemente de que los historiadores y los antropólogos ideológicamente tengan una tendencia etnocentrista (eurocentrista, sinocentrista o indigenista) o, de forma opuesta, multiculturalista o relativista cultural, existe la posibilidad de obtener o reconstruir un relato fiable de los acontecimientos que afectan a un grupo humano utilizando otras metodologías: fuentes arqueológicas (cultura material) o historia oral.

Del conocimiento de las características de la comunidad

La etnia, la cultura, las condiciones políticas, geográficas y económicas, la historia de una comunidad, hacen parte de los determinantes del proceso salud enfermedad.

Su combinación e interacción afecta de distintas maneras la salud de las personas, generando diferentes perfiles de salud y enfermedad en la población, obligando a respuestas diferenciadas, adecuadas a sus necesidades, lo que determina políticas públicas más específicas y particulares.

Igualmente, los perfiles de aseguramiento y la asignación de recursos para la salud deben ser diferentes.

La multiétnicidad y pluriculturalidad obligan a considerar como válidas formas de medicina autóctonas y generan la necesidad de adaptar y rediseñar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Para la prestación adecuada de servicios de salud, se hace necesario ajustar sus características, lo que incluye el desarrollo de competencias en el trabajador de la salud, que le permitan adaptarse a las particularidades y condiciones de vida de la población, así como mantener una permanente actitud crítica y disposición a la participación en la adecuación de esos servicios.

El conocimiento por parte del personal de salud de las características étnicas, culturales, geográficas, etcétera de una población dada, le facilita lograr de la comunidad su interés en afectar aquellos factores que influyen en su salud, estimulando su participación social para el desarrollo comunitario.

Es indispensable, por lo tanto, que el trabajador de la salud profundice en el conocimiento de la comunidad a la cual sirve, de manera que obtenga de su trabajo los mejores resultados y el mayor impacto en la salud de la población que tiene bajo su responsabilidad.

Diagnóstico comunitario o territorial:

Es un proceso continuo de reflexión y análisis de la realidad, partiendo de la colecta, participación y sistematización de la información del territorio poblacional. Es elaborado por la comunidad con apoyo gubernamental, con el propósito de lograr mayor logro y compromiso en los proyectos. El diagnóstico comunitario es basado en las necesidades de la comunidad y sus problemas. Se debe valorar las siguientes dimensiones:

- Social-Humano: grupo político, etnia.
- Física-Ambiental: geografía, hidrografía.
- Económica-Productiva: Industria, comercio, agricultura.
- Educación.

Herramientas recolección de información:

- Encuesta.
- Entrevistas.
- Talleres.
- Indicadores epidemiológicos.
- Cartografía.

- Historia.

11.4 PLAN DE DESARROLLO; PLAN DE DESARROLLO LOCAL.

3.6.10 Definición de Plan de Desarrollo Local.

Es un instrumento de la planeación en el que se establece el marco del desarrollo de la localidad con una visión estratégica compartida y de futuro, el cual es resultado de un proceso de concertación entre los diversos actores de la planeación local. En él se definen las prioridades del desarrollo para orientar la aplicación racional de los recursos de los fondos de Desarrollo Local, permitiendo así concebir objetivos y metas alcanzables en un período determinado.

Los principios generales, el contenido y alcance de los planes de desarrollo de las localidades, serán los mismos que rigen para las entidades territoriales, en cuanto le sean aplicables, de conformidad con las normas vigentes.

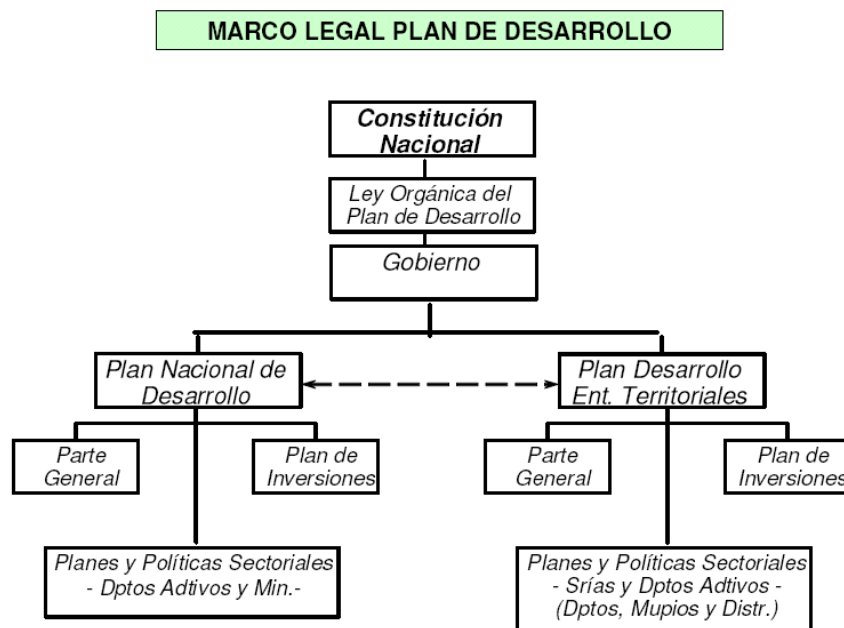
La elaboración del plan de desarrollo local se constituye como un proceso realizado y asumido de manera responsable y democrática. Esto es tanto más importante si se pretende hacer del plan de desarrollo local un verdadero instrumento de gestión para la administración local.

3.6.11 Aspectos a considerar en la elaboración del plan de desarrollo local

- El Plan de desarrollo local debe responder a los planteamientos contenidos en el Plan de desarrollo distrital.
- El plan de desarrollo local es de orientación programática, en tanto describe las acciones a realizar durante el periodo de gobierno. No obstante, debe tener una perspectiva de largo plazo del desarrollo y de continuidad en las acciones y proyectos en ejecución.
- El plan debe ser un instrumento de gestión y enlace en torno a propósitos comunes de la administración local, los diferentes sectores, estamentos sociales y comunidades. En consecuencia, se debe promover y facilitar una real, efectiva y equitativa participación durante su formulación, ejecución, seguimiento y evaluación.
- En el plan de desarrollo local, deben trazarse objetivos posibles y realizables, de acuerdo con el estado y disponibilidad de recursos de todo tipo, es decir debe ser viable.
- El plan local debe reflejar la coherencia entre el diagnóstico, la formulación de estrategias y objetivos, la definición de metas e incluso, identificación de mecanismos para su ejecución.

En el Plan de Desarrollo se consignan los objetivos de desarrollo y bienestar, las estrategias y programas que se van a impulsar, las metas que se pretenden alcanzar y los recursos que se van a invertir.

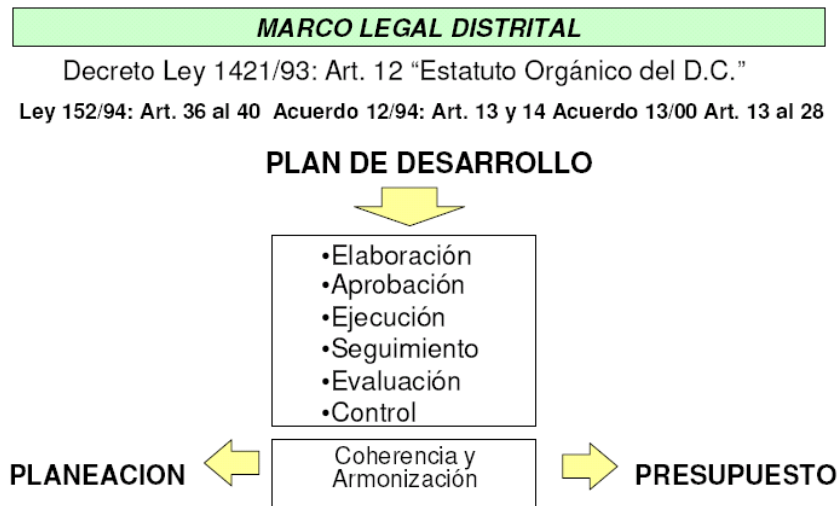
3.6.12 Marco legal del Plan de Desarrollo.



A nivel Distrital las normas que rigen este proceso son las siguientes:

- Ley 152 de 1994 (Ley Orgánica del Plan de Desarrollo)
- Decreto 1421 de 1993 (Estatuto Orgánico de Bogotá):
 - Artículos 2 y 6: las autoridades distritales deberán **promover la participación comunitaria y la veeduría ciudadana;**
 - Artículo 12, numeral 10: se deberá **dictar las normas que garanticen la descentralización, y la participación y la veeduría ciudadana;**
 - Artículo 61: cada localidad estará sometida a la autoridad del Alcalde Mayor, las Juntas Administradores Locales y a los respectivos alcaldes locales.
- El Acuerdo Distrital No. 12 de 1994, por el cual se establece el Estatuto de Planeación del Distrito Capital y se reglamenta la formulación, la aprobación, la ejecución y la evaluación del Plan de Desarrollo Económico Social y Obras Públicas del Distrito Capital.
- El Acuerdo Distrital No. 13 de 2000, por el cual se reglamenta la participación ciudadana en la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control

del Plan de Desarrollo Económico y Social para las diferentes localidades que conforman el Distrito Capital.



3.6.13 Conceptos básicos sobre el Plan de Desarrollo Local

Según el Acuerdo No. 13 de 2000, los planes de desarrollo de las localidades tendrán como fundamento:

- Planes y políticas distritales de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas del Distrito Capital
- El diagnóstico integral del Plan de Desarrollo Local Vigente
- Las estrategias y programas resultantes de los Encuentros Ciudadanos Locales
- Las políticas sectoriales, definidas por la Administración Distrital
- El Plan de Ordenamiento Físico Territorial

Para la formulación del Plan de Desarrollo Local, se debe contar con un diagnóstico que identifique y cuantifique las necesidades básicas insatisfechas -NBI- y las necesidades de desarrollo. En éste se deben destacar los problemas y potencialidades de la localidad.

En su contenido el Plan de Desarrollo Local tendrá el mismo que el Plan de Desarrollo Distrital en cuanto le sea aplicable. Según lo establece el Artículo 4 del Acuerdo No. 12 de 1994, el Plan de Desarrollo debe tener como mínimo:

- Una Parte General que contendrá:
 - Los objetivos, metas y prioridades

- Las estrategias y políticas generales y sectoriales.
 - Los programas para desarrollar las estrategias y políticas adoptadas.
 - Cronograma de ejecución y organismos responsables de la misma.
 - El señalamiento de las normas, medios e instrumentos de coordinación de la planeación distrital con la planeación nacional, regional, departamental, local y sectorial.
- Un Plan de Inversiones que contendrá los presupuestos plurianuales de los principales proyectos prioritarios y la determinación de los recursos financieros que garanticen su ejecución.

3.6.13.1 Autoridades e instancias de Planeación Local

Autoridades

Las Autoridades de Planeación Local son el Alcalde Local y la Junta Administradora Local (Acuerdo No. 13 de 2000, Artículo 4).

Instancia de Planeación

En cada localidad funcionará un Consejo de Planeación Local el cual será un ente consultivo, elegido para el período igual al del Plan de Desarrollo Local, integrado por las siguientes organizaciones (Acuerdo No. 13 de 2003, Artículo 4):

- Asociación de juntas de acción comunal
- Asociaciones de padres de familia
- Organizaciones juveniles
- Rectores de establecimientos educativos
- Organizaciones de comerciantes
- Organizaciones de industriales
- Gerentes de establecimientos de salud pública local
- Organizaciones no gubernamentales
- Organizaciones ambientales

En las localidades donde haya organizaciones indígenas y/o étnicas se elegirá un representante.

En las zonas rurales con vocación agrícola se elegirá un representante de las organizaciones campesinas.

Las funciones que desempeña el Consejo de Planeación Local (Acuerdo No. 13 de 2003, Artículo 10) son:

- Diagnosticar y priorizar las necesidades de la localidad.
- Proponer alternativas de solución a las necesidades estructurales y sectoriales de la localidad.

- Organizar, promover y coordinar una amplia discusión sobre el proyecto del Plan de Desarrollo Local, mediante la organización de foros informativos, seminarios, talleres y audiencias públicas, Encuentros Ciudadanos u otros mecanismos, con el fin de garantizar eficazmente la participación ciudadana.
- Ejercer el seguimiento a la ejecución de Plan de Desarrollo Local.
- Evaluar los informes presentados por el Alcalde Local de acuerdo con lo estipulado en el acuerdo.
- Formular recomendaciones sobre el contenido del Plan de Desarrollo Local, elaborado por el Alcalde Local, en concordancia con la concertación realizada en los Encuentros Ciudadanos.

Atribuciones de los Consejos de Planeación Local (Acuerdo No. 13 de 2003, Artículo 11):

- Darse su propio reglamento.
- Dividir el territorio de la localidad en sectores, para la realización de los Encuentros Ciudadanos, procurando que cada uno corresponda a conceptos sociales y de desarrollo urbanístico homogéneo.
- Fijar la metodología de los Encuentros Ciudadanos.
- Señalar las fechas para la realización de los Encuentros Ciudadanos y determinar el lugar de reunión.
- Requerir a las autoridades locales de planeación informes sobre el avance del Plan de Desarrollo Local.
- Recomendar a las autoridades de Planeación Local los ajustes necesarios para garantizar la debida Ejecución del Plan de Desarrollo Local.
- Organizar el Banco de Proyectos Local.

3.6.13.2 Encuentros Ciudadanos

Son espacios para que la comunidad en coordinación con las autoridades y las instancias de planeación local definan planes y programas de interés público en su respectivo sector, para la elaboración del Plan de Desarrollo Local.

La propuesta inicial de Plan de Desarrollo Local se presenta en estos encuentros y en ellos se concerta con la comunidad su contenido final, especialmente en términos de proyectos de gran impacto y propuestas estratégicas zonales.

Los Encuentros Ciudadanos definirán y priorizarán aquellos proyectos en que se concretan las propuestas estratégicas locales.

3.6.13.3 Consejos Locales de Política Social (Decreto 679 de 2001)

El Consejo Local de Política Social –CLOPS, además de las funciones que le asignen los respectivos alcaldes locales, adelantarán las siguientes:

- Coordinar la acción administrativa entre las entidades o sectores con presencia local.

- Evaluar la situación social local y efectuar recomendaciones y solicitudes a la instancia del Consejo Distrital.
- Vigilar y evaluar en la respectiva localidad, el cumplimiento y ejecución de los planes, programas y proyectos sociales contemplados en el Plan de Desarrollo.

3.6.14 AProcedimiento para la formulación y elaboración del PDL

Corresponde al Alcalde Local presentar la propuesta de Plan de Desarrollo Local a más tardar el 20 de junio del primer año del período de gobierno.

Una vez consolidado el proyecto del plan de desarrollo local el Alcalde lo someterá a consideración del Consejo de Planeación Local -CPL, para que éste rinda su concepto y formule las recomendaciones que considere convenientes en el término de 15 días teniendo como base lo concertado en los Encuentros Ciudadanos, si vencido este plazo el CPL no se hubiere pronunciado sobre la totalidad o parte del plan, se considera surtido este requisito.

El Alcalde contará con 8 días para atender las observaciones y recomendaciones que realice al Consejo de Planeación Local e incorporará las que considere pertinentes.

Una vez consolidado el proyecto del PDL por parte del Alcalde, dentro de los siete días siguientes lo presentará a la JAL, teniendo en cuenta que éste debe presentarse por programas con anexos de los proyectos que comprenden, los Proyectos de Gran Impacto y las Propuestas Estratégicas Zonales.

Las JAL decidirán sobre la aprobación de los planes de desarrollo local, tal como lo establece el Decreto 1421 de 1993 (Artículo 69, numeral 1), en caso de no ser aprobado el Alcalde Local lo adoptará por decreto.

El trabajo de identificación de proyectos así como el de formulación de los mismos, por parte de cada uno de los Encuentros Ciudadanos y de las comisiones de trabajo respectivamente, deberá ser permanente durante todo el período de ejecución del plan de desarrollo, en el sentido de estar definiendo y presentando los proyectos que concreten las propuestas estratégicas locales identificadas en el proceso de ejecución del plan de desarrollo para cada vigencia.

PLAN DE ACCION LOCAL. Es una herramienta de gestión que permite a cada alcaldía orientar estratégicamente sus procesos, instrumentos y recursos disponibles (humanos, físicos, económicos e institucionales) hacia el logro de objetivos y metas anuales, a través de la ejecución de los cronogramas de actividades por programas que contribuyen al cumplimiento de los objetivos y metas del plan de desarrollo Local.

SEGUIMIENTO Y CONTROL. Para adelantar un proceso de acompañamiento y seguimiento a la ejecución de las propuestas estratégicas locales convertidas en proyectos, los Consejos de Planeación Locales y las Comisiones de Trabajo se reunirán por lo menos tres veces al año.

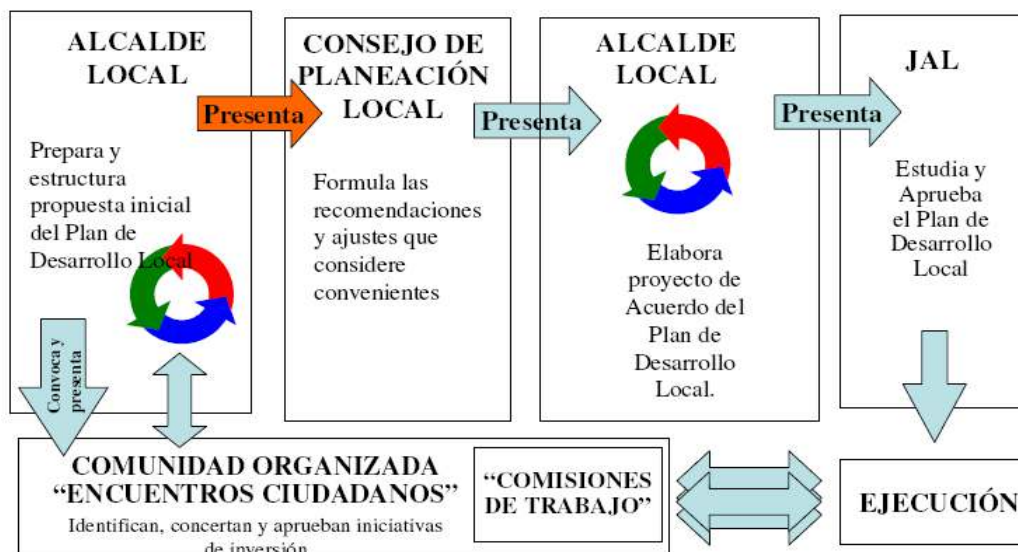
INFORMES DE LOS ALCALDES LOCALES. Los Alcaldes Locales presentarán informes semestrales de la Ejecución de los planes a las Juntas Administradoras locales y a los Consejos de Planeación Locales. Este informe sirve como criterio para la preparación del presupuesto y plan de inversiones de la vigencia siguiente, o para preparar los ajustes presupuestales y de ejecución a que haya lugar, sin perjuicio del principio de continuidad.

METODOLOGIAS DE EVALUACION. El Departamento Administrativo de Planeación Distrital define la metodología de la evaluación de gestión y de resultados de la administración local.

BANCOS DE PROGRAMAS Y PROYECTOS. Todas las localidades deben tener un Banco de Programas y Proyectos, el cual es un instrumento para la Planeación que registra los programas y proyectos viables técnica, ambiental y socio-económicamente, susceptibles de financiación con recursos del presupuesto de la localidad, el cual será organizado y permanecerá bajo el cuidado del Consejo de Planeación Local.

El Departamento Administrativo de Planeación Distrital elabora la metodología y las Oficinas de Planeación Local colaboran en la asesoría a la comunidad para la formulación e inscripción de los proyectos.

Proceso de Elaboración y Aprobación del Plan de Desarrollo Local



Estructura del Plan de Desarrollo Distrital

El Plan de Desarrollo se estructura sobre ejes temáticos y un objetivo. Cada uno de estos componentes tienen a su vez un objetivo general, políticas, estrategias y programas.

ABC DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2022-2031

a) ¿Qué es el Plan Decenal de Salud Pública?

El Plan Decenal de Salud Pública es la hoja de ruta que, a partir del acuerdo social y ciudadano, establece los objetivos, las metas y estrategias para afrontar los desafíos en salud pública de los próximos 10 años, orientado a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas que viven en Colombia.

b) ¿Para qué se hace un Plan Decenal de Salud Pública?

Para que sea un instrumento de planeación de carácter nacional y regional, para un periodo de 10 años, y comprometa a los diferentes niveles de gobierno y a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -en el marco de sus competencias- a que orienten sus acciones y esfuerzos para dar respuestas efectivas a las necesidades de la población y alcanzar los resultados en salud deseados.

c) ¿Qué se quiere transmitir con el nuevo Plan?

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 busca ser ejemplo de un desarrollo pluralista, éticamente compasivo, técnico-científico y participativo de política pública. Por ello, su formulación consideró principios, virtudes y valores alrededor del mayor propósito ético de cualquier acción de la humanidad: la dignidad, que permitió reconocer las diferencias de los participantes en torno a este propósito trascendente.

Está centrado en las personas y poblaciones; reconoce la participación y la movilización social y ciudadana como pilares para la concertación y deliberación. Asimismo, destaca a todos los actores que han aportado a la formulación de esta política, que reconoce los logros del Plan que finaliza, y asume los nuevos retos en salud pública del país.

La nueva política de Estado invita a la acción y promueve la solidaridad, unidad y empatía para consolidar resultados que permitan garantizar la salud y el bienestar de todas las personas que habitan en Colombia.



4. Análisis de la Situación de Salud en Colombia en 2010

El Análisis de la Situación de Salud de Colombia en 2010 es la línea de base del Plan Decenal de Salud Pública y resume la situación de salud en Colombia a partir de múltiples documentos: la síntesis del Análisis de la Situación de Salud ASIS en Colombia 2002-2007, la Encuesta Nacional de Salud ENS 2007, las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud ENDS de 2005 y 2010, las Encuestas Nacionales de Situación Nutricional ENSIN de 2005 y 2010, los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios), los registros del Sivigila (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública), la información censal, los registros vitales compilados por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) y otras informaciones de salud disponibles en el Sispro (Sistema Integral de Información de la Protección Social).

Objetivos estratégicos

1. Avanzar hacia la garantía del goce del derecho a la salud

La equidad en salud es el razonable beneficio que requiere cada individuo para el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral, en ausencia de diferencias evitables e injustas (Gómez, 2002). Alcanzar la equidad en salud requiere la acción sinérgica de todos los sectores involucrados en el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud.

La equidad en salud comprende mucho más que el acceso a los servicios o la atención en salud. El análisis y confrontación de las inequidades en salud presupone reconocer que subyacen profundos desequilibrios generados por las formas de organización de la distribución del poder, el prestigio y los recursos entre los grupos sociales (OMS, 2010).

La equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado. La mala salud de los pobres y las grandes desigualdades sanitarias están provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios y por las injusticias que afectan las condiciones de vida de la población.



2. Mejorar las condiciones de vida y salud de la población

Las desigualdades en la sociedad limitan las posibilidades de desarrollo y de gozo de buena salud en todas las etapas del ciclo de vida. Frente a estas diferencias injustas que determinan el grado de desarrollo social y la salud de las personas, el Estado debe garantizar una respuesta equitativa que garantice unas condiciones de vida (medios materiales necesarios para la supervivencia, evitar la miseria y contribuir al desarrollo humano sostenible y saludable).

El PDSP 2012-2021 armoniza las políticas de protección y de desarrollo humano del país, con el fin de contribuir, desde su competencia, al mejoramiento de la calidad de vida de la población, mediante la definición y puesta en marcha de estrategias que aporten al cumplimiento de este propósito, para que se reflejen en una modificación positiva de la situación de salud de la población colombiana.

3. Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables

Los servicios pueden considerarse necesarios pero no suficientes, ya que contribuyen a disminuir la morbilidad y mortalidad máximo en un 25%, mientras los Determinantes Sociales de la Salud aportan el 50%, los biológicos el 15% y los ambientales el 10% (Canadian Institute for Advanced Research, 2000)

Entre los daños en salud existe una proporción de mortalidad, morbilidad y discapacidad que puede clasificarse como evitable, teniendo en cuenta la existencia de los servicios de salud y la tecnología necesaria, de modo que su presencia significa fallas en el proceso de atención.

La equidad sanitaria se refiere a la ausencia de diferencias en el acceso, uso y calidad en la atención de los servicios de salud poblacional (equidad horizontal), y a la presencia de servicios diferenciales mediante la adaptación inteligente del acceso, uso y estándares de los servicios.

El PDSP 2012-2021 imparte las políticas para que todos los actores corresponsables del sistema de salud garanticen efectiva y equitativamente los servicios con todos los componentes que definen la calidad de la atención, incorporando el enfoque de riesgo en todos sus procesos de atención.

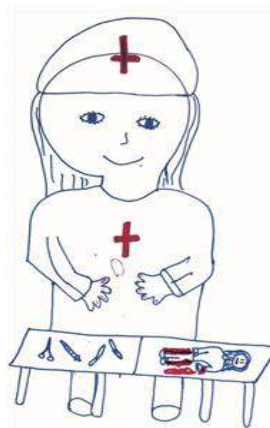
4.1.1 Dimensiones prioritarias

Las ocho (8) dimensiones prioritarias que establece el Plan Decenal de Salud Pública representan aspectos fundamentales para el bienestar y la calidad de vida de las personas y sus comunidades y que por su importancia se deben intervenir, preser

var o mejorar. Cuentan con cuatro entradas: Curso de vida, Eventos en salud, Diferenciales desde sujetos y colectivos y Perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud.

Las dimensiones prioritarias son:

1. Salud ambiental,
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles
3. Convivencia social y salud mental
4. Seguridad alimentaria y nutricional
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
6. Vida saludable y enfermedades no transmisibles
7. Salud Pública en emergencias y desastres
8. Salud u ámbito laboral



4.1.1.1 Salud ambiental

Conjunto de políticas, planificado y desarrollado de manera transectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.



Objetivos de la dimensión

- Promover la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales mediante la gestión intersectorial y la participación social comunitaria
- Promover el desarrollo sostenible a través de la implementación de tecnologías y modelos de producción limpia y consumo responsable
- Atender de forma prioritaria las necesidades sanitarias y ambientales de las poblaciones vulnerables, con enfoque diferencial
- Contribuir al mejoramiento de malas condiciones de vida de la población colombiana mediante la prevención, vigilancia y control sanitario de los riesgos ambientales que puedan afectar su salud y bienestar.



Componentes de la dimensión:

Hábitat saludable. Conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales e interdisciplinarias, encaminadas a mejorar la calidad de vida y salud de la población, afectando positivamente los determinantes ambientales y sanitarios de la salud en los entornos donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, con corresponsabilidad de las comunidades.

Los nueve objetivos del componente se orientan a: reducir la inequidad en el acceso a agua potable, acueducto, alcantarillado y aseo; intervenir en temas como calidad del aire, ruido, emisiones electromagnéticas, impacto del urbanismo, ruralidad, vivienda, espacios públicos y movilidad; intervenir en el manejo de residuos peligrosos de uso médico y estético; adoptar sistemas de producción limpia, promover la salud de los trabajadores y proteger y recuperar ecosistemas muy vulnerables.

El componente tiene 22 estrategias; entre ellas:

Coordinación, cooperación y participación entre los actores involucrados; estilos de vida sanos y hábitos responsables de consumo; acuerdos nacionales e internacionales con

equidad y justicia ambiental; transporte público, combustibles y vehículos no contaminantes; medios alternativos de transporte y señalización adecuada; agua potable y saneamiento ambiental; manejo de residuos sólidos; protección y bienestar de grupos étnicos y mejoramiento de capacidades de autoridades ambientales, de salud y productivas.

Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales. Son las acciones sectoriales e intersectoriales orientadas a mejorar la salud pública mediante la intervención positiva de los factores, riesgos y daños de orden social, sanitario y ambiental, modificando la carga ambiental de la enfermedad.

Los cuatro objetivos del componente están orientados a identificar y abordar eventos de salud relacionados con factores ambientales, determinar la incidencia ambiental de enfermedades prioritarias en salud pública para identificar estrategias y actuar sobre ellas basadas en estudios, y prevenir nuevas amenazas relacionadas con factores ambientales.

4.1.1.2 Vida saludable y condiciones no transmisibles

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.



Objetivos de la dimensión

- a. Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que incluya como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las enfermedades no transmisibles y las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa, combatiendo así la pobreza y fortaleciendo el desarrollo socioeconómico.
- b. Disminuir la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de vida.
- c. Fortalecer la capacidad de gestión de los servicios de salud, el acceso y la atención de las enfermedades no transmisibles y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva.
- d. Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, el monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública.
- e. Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Modos, condiciones y estilos de vida saludables. Conjunto de acciones colectivas e individuales dirigidas a promover entornos y hábitos que favorezcan una vida saludable; pueden ser de origen sectorial, transectorial o comunitario.

Los cuatro objetivos del componente están orientados a promover políticas y normativas transectoriales y comunitarias para favorecer las condiciones de vida y bienestar de las personas, incluyendo infraestructura, bienes y servicios saludables, incluyentes y con enfoque diferencial, y crear condiciones individuales y sociales favorables para un mayor control de la propia salud y del medio ambiente, con alianzas, redes, movilización, corresponsabilidad y cultura de la salud.

El componente tiene catorce estrategias; entre ellas:

- Gestión de infraestructuras, bienes y servicios saludables, diferenciales e incluyentes;
- Desarrollo de aptitudes personales y sociales para tomar decisiones que propicien la salud propia y la de los demás;
- Movilización, alianzas y redes de apoyo a una cultura saludable;
- Generación de una cultura antitabaco y hábitos de consumo de frutas y verduras;
- Desestímulo al consumo sal/sodio, bebidas y alimentos no saludables;
- Promoción de la actividad física;
- Disminución del consumo nocivo de alcohol y la edad de inicio;
- Fortalecimiento del autocuidado de la salud bucal, visual y auditiva.

Condiciones crónicas prevalentes. Conjunto de respuestas integrales del sector salud y de coordinación transectorial y comunitaria, orientadas a promover el acceso y abordaje efectivo de las enfermedades no transmisibles ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva en los servicios de salud y otros servicios sociales. Esto se hace a través de la gestión del riesgo y la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud, incluidos los factores de riesgo y el daño acumulado, para así disminuir la carga de enfermedad evitable y la discapacidad de los individuos, familias y comunidades de acuerdo con las realidades territoriales.

Los tres objetivos del componente se orientan hacia el mejoramiento de las capacidades de respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el desarrollo de las capacidades para la investigación, la gestión y sus resultados y la promoción de servicios socio-sanitarios para un envejecimiento activo y la atención a grupos vulnerables interviniendo integralmente las enfermedades no transmisibles y la salud bucal, visual, y auditiva.

El componente tiene trece estrategias; entre ellas:

- Planes, programas, guías y normas técnicas, evaluación y monitoreo para planes de cáncer, salud cardiovascular y diabetes;
- Control de enfermedades pulmonares crónicas, salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y ent;
- Estilos de vida saludable;
- Mejoramiento de los servicios hospitalarios y domiciliarios;
- Mejoramiento de la producción, disponibilidad y acceso a los medicamentos;
- Tecnologías apropiadas para la promoción y la atención integral;
- Tamizaje poblacional y atención para la población de alto riesgo cardiovascular;
- Desarrollo de la telemedicina y de aplicaciones operadas por el usuario final;
- Promoción de una cultura solidaria, mediante la donación y transplante de órganos.

4.1.1.3 Convivencia social y salud mental



Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria, que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos



Objetivos de la dimensión

- Generar espacios** que contribuyan al desarrollo de oportunidades y capacidades de las personas para disfrutar de la vida y de sus potencialidades individuales y colectivas.
- Contribuir a la gestión integral de los riesgos** asociados a la salud mental y la convivencia social, interviniendo los factores de riesgo y mejorando la capacidad de respuesta institucional y comunitaria.
- Disminuir el impacto** que tienen sobre las personas los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, con el fortalecimiento de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental.

Componentes de la dimensión

Promoción de la salud mental y la convivencia. Conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales y comunitarias orientadas al óptimo despliegue de recursos individuales y colectivos para disfrutar de la vida cotidiana, estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos, para el logro del bien común y el desarrollo humano y social.

Los cuatro objetivos del componente apuntan al fomento del autocuidado y la corresponsabilidad social, a cambiar los imaginarios sociales de la salud mental y a la promoción de sus factores protectores en personas y poblaciones en riesgo. Busca intervenir de forma transectorial sobre la población víctima del conflicto armado.

El componente tiene ocho estrategias:

1. fortalecimiento de entornos y factores protectores para la salud mental;
2. fortalecimiento de entornos favorables para la convivencia;
3. construcción de entornos de diálogo, manejo del poder y autorregulación favorables para la convivencia;
4. conformación, fortalecimiento y acompañamiento de redes institucionales y comunitarias protectoras de la salud mental y la convivencia social;
5. uso de tecnologías de la información y las comunicaciones en pro de la salud mental;
6. información, educación y comunicación para la convivencia;
7. movilización social por la atención psicosocial y salud integral a las víctimas del conflicto armado;
8. agenda psicosocial para víctimas del conflicto y gestión del conocimiento en salud mental.

Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia. Estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados temporales o permanentes de las personas que afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismas, con la comunidad y el entorno, impidiéndoles trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad; incluye la prevención de la violencia en entornos familiares, escolares, comunitarios y laborales. Se prioriza a los sobrevivientes y víctimas del conflicto armado, sus familias y comunidades por las graves violaciones de derechos humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

los cinco objetivos del componente se orientan a la intervención de los factores de riesgo asociados a formas de violencia, trastornos mentales y problemas asociados (consumo de sustancias psicoactivas, violencia escolar, suicidio, epilepsia, etc.), al fortalecimiento de la capacidad de respuesta y de gestión institucional, comunitaria y de redes, y a la identificación de las necesidades, efectos y daños en las víctimas del conflicto armado que requieren atención psicosocial, sectorial y transectorial.

El componente tiene once estrategias, entre ellas:

1. Participación social y comunitaria para la prevención, atención y mitigación de problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas;
2. Información, educación y comunicación para la prevención de la violencia;
3. Implementación de políticas públicas para el control de armas;
4. Acciones transectoriales y comunitarias para promover la reducción del consumo nocivo de alcohol y su impacto en la salud pública;
5. Implementación de un modelo intersectorial de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado colombiano;
6. Desarrollo de rutas con servicios sociales y de salud mental para atención a víctimas de diferentes formas de violencia;
7. Gestión del conocimiento sobre el impacto de las diferentes formas de violencia en la salud mental;
8. Fortalecimiento de las competencias en salud mental de los actores del sistema de protección social integral y vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.

4.1.1.4 Seguridad alimentaria y nutricional

Conjunto de acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.



Objetivo de la dimensión

Propender por la Seguridad Alimentaria y nutricional de la población colombiana a través de la implementación, seguimiento y evaluación de acciones transectoriales, con el fin de asegurar la salud de las personas y el derecho de los consumidores.

Componentes de la dimensión

Disponibilidad y acceso a los alimentos. Acciones que contribuyen a potenciar la oferta de alimentos a nivel nacional, regional y local para satisfacer las necesidades de una alimentación adecuada y sostenible para la población.

Los dos objetivos del componente se orientan a contar con una adecuada oferta de alimentos prioritarios de acuerdo con el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional y a garantizar el acceso a ellos para todos los colombianos.

El componente tiene siete estrategias:

1. gestión de la Política y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional,
2. mediante el fortalecimiento de las entidades que integran la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional CISAN;
3. articulación transectorial de la Seguridad Alimentaria y Nutricional para la lucha contra el hambre;
4. participación social y comunitaria en los temas de SAN;
5. estrategias de gestión del conocimiento y de comunicación transectoriales con perspectiva integral que incluya sistemas y fuentes de información de todos los actores de SAN;
6. planes departamentales y municipales de SAN con participación comunitaria: establecimiento y desarrollo del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación y el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional;
7. implementación del modelo de vigilancia del estado nutricional en la población colombiana.

Consumo y aprovechamiento biológico. Acciones que buscan fortalecer en la población la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuados.

Los dos objetivos del componente se orientan al consumo de alimentos de forma completa, equilibrada, suficiente y adecuada y al mejoramiento del nivel de aprovechamiento y de su utilización biológica.

El componente aplica las mismas estrategias definidas para el componente anterior.

Inocuidad y calidad de los alimentos.

Acciones para garantizar que los alimentos no causen daño al consumidor cuando se preparen o consuman de acuerdo con el uso al que se destinan.

Los cuatro objetivos del componente se orientan al desarrollo de un marco institucional que promueva el trabajo público transectorial y estimule la participación de

todos los actores de la cadena alimenticia, el perfeccionamiento del marco regulatorio para proteger a los consumidores, el fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control de alimentos y la promoción del autocontrol en la industria alimentaria.

El componente tiene seis estrategias:

1. Gestión de las políticas y medidas sanitarias y fitosanitarias para garantizar la inocuidad y la calidad de los alimentos tanto nacionales como importados;
2. Reglamentación para la producción, manipulación y comercialización de alimentos;
3. Inspección, vigilancia y control sanitario;
4. Fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública.
5. Desarrollo de capacidades técnicas y analíticas y fortalecimiento de los laboratorios de análisis de alimentos, para proteger a los consumidores;
6. Acciones de información, educación y comunicación para cualificar la toma de decisiones que mejoren la calidad e inocuidad de los alimentos

4.1.1.5 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades.



Objetivo de la dimensión

Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas.

Componentes de la dimensión

Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género.

Proceso permanente y articulado de los sectores e instituciones del Estado y de la sociedad civil, que contribuye a que las personas, grupos y comunidades gocen del nivel más alto de salud sexual y reproductiva y ejerzan los derechos sexuales y reproductivos a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

el objetivo del componente es garantizar los derechos sexuales y reproductivos y la reproducción, libre de violencias, en un marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, etnia, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima del conflicto armado.

El componente tiene ocho estrategias:

1. Políticas públicas sectoriales y transectoriales, con participación comunitaria, para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, prevenir las enfermedades de transmisión sexual y la discriminación por razones de orientación sexual e identidad de género, promover la salud sexual de los adolescentes y garantizar la salud materna;
2. coordinación transectorial y comunitaria para garantizar los derechos relacionados con la sexualidad;
3. Información, educación y comunicación para garantizar el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación alguna;
4. fomento de espacios y mecanismos de participación y movilización social alrededor de la equidad de género, la generación de nuevas masculinidades y feminidades y la transformación de creencias, imaginarios y normatividades culturales que legitiman las violencias de género y limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos;
5. cumplimiento y apropiación de la normatividad internacional y nacional sobre derechos sexuales y reproductivos;
6. Empoderamiento ciudadano para la exigibilidad y veeduría del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos;
7. Compromiso social de los medios de comunicación para la promoción del respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos;
8. Consolidación de la política de educación sexual, que involucre a toda la comunidad educativa.

Prevención y atención integral en salud sexual reproductiva desde un enfoque de derechos.

Acciones coordinadas sectoriales, transectoriales y comunitarias para garantizar el nivel más alto de salud sexual y reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos, de género y diferencial.

Los cinco objetivos del componente se orientan a la garantía de la salud sexual y reproductiva con atención integral, humanizada y de calidad; la atención oportuna y de calidad a las mujeres gestantes y lactantes y la prevención del aborto inseguro; el mejoramiento del acceso a los servicios integrales y de los sistemas de seguimiento y evaluación, priorizando la población de 10 a 19 años; la atención integral de las víctimas de violencia de género y sexual; la intervención en infecciones de transmisión

sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones vulnerables. Todo en el marco de los enfoques de derechos, de género y diferencial.

El componente tiene cuatro estrategias:

1. Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico;
2. Fortalecimiento a la atención y promoción de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, previniendo el embarazo temprano, la explotación sexual y la trata de personas;
3. Abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales, que incluye consolidación de sistemas de información, gestión articulada entre programas e instituciones y atención integral a víctimas;
4. Fortalecimiento de capacidades de atención y acceso universal a la prevención y atención integral en ITS-VIH/ SIDA, con enfoque de vulnerabilidad y coordinación sectorial, transectorial y comunitaria, que involucre a los sectores educativo, cultural, laboral, eclesial y militar, entre otros.

4.2.15.6 Vida saludable y enfermedades transmisibles

Espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible.



Objetivos de la dimensión

- a) **Garantizar y materializar el derecho** de la población colombiana a vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y de equidad, mediante la transformación positiva de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, re-emergentes y desatendidas.
- b) **reducir la exposición a condiciones y situaciones de riesgo** ambientales, sanitarios y biológicos, en procura del acceso, integralidad, continuidad, vínculo y sostenibilidad de la atención de las situaciones o daños producidos por las enfermedades transmisibles.
- c) **Crear condiciones y capacidades en el sector**, en el nivel transectorial y la comunidad para gestionar planes, programas y proyectos que reduzcan el riesgo de la población a las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales y a las enfermedades transmisibles.

Componentes de la dimensión

Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas. Conjunto de intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan reducir el impacto, sobre la salud y el bienestar social y económico de la población colombiana, de las enfermedades infecciosas consideradas emergentes, re-emergentes y desatendidas.

Los cuatro objetivos del componente se orientan a la reducción de las enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo (tuberculosis, infección respiratoria aguda de Hansen IRA) y las enfermedades reemergentes y desatendidas; a la vigilancia y control de las enfermedades generadas por patógenos y condiciones nuevas y re-emergentes y a la reducción de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS y la contención de los antimicrobianos.

El componente tiene tres estrategias:

1. gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo, que incluye estrategias como las salas ERA, la prevención comunitaria y los planes contra las enfermedades de Hansen y tuberculosis;
2. gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas, que incluye fomento a la participación comunitaria;
3. acciones específicas contra distintas enfermedades y gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria, como la Enfermedad Diarreica Aguda y las Enfermedades Transmitidas por Alimentos.

Enfermedades inmunoprevenibles. Conjunto de intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias, que se realizan para prevenir, controlar o minimizar los riesgos que propician la aparición de las enfermedades prevenibles por vacunas y sus consecuentes efectos negativos en la población.

El componente tiene cuatro estrategias:

1. Generación de conocimiento sobre nuevas vacunas y su inclusión;
2. Implementación de la estrategia de vacunación sin barreras;
3. Implementación del sistema de información nominal del plan ampliado de inmunizaciones pai en todo el país;
4. Garantía de la suficiencia y disponibilidad, con oportunidad y calidad, de los insumos, biológicos y red de frío en todo el territorio nacional.

Condiciones y situaciones endemo-epidémicas.

Conjunto de intervenciones sectoriales y transectoriales dirigidas a intervenir los determinantes sociales y a prevenir, controlar y minimizar los riesgos de aparición de eventos que se caracterizan por presentar endemias focalizadas, escenarios variables de transmisión y patrones con comportamientos seculares, temporales, estacionales y cíclicos en poblaciones de riesgo.

Los dos objetivos del componente buscan la reducción de las Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV (malaria, dengue, leishmaniosis, enfermedad de Chagas), mediante la estrategia de intervención integral para las ETV y la reducción de las enfermedades transmitidas por animales vertebrados (encefalitis, rabia, leptospirosis, brucelosis, toxoplasmosis, entre otras).

El componente tiene dos estrategias:

► La primera es la gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores ETV y zoonosis, que incluye la creación de entornos saludables en los ámbitos de vivienda, escuela y comunidad, así como estrategias de cambio de comportamientos que involucran los sectores educativo, cultural, ambiental, agrícola e industrial, desarrollo del componente comunitario para la atención, prevención y control de las ETV y Zoonosis y desarrollo de capacidades del talento humano vinculado a la atención de estas enfermedades;

► La segunda es la gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vía sanguínea, que propone el levantamiento de líneas de base de estas enfermedades, la sistematización de experiencias exitosas, la implementación de lineamientos para el manejo clínico y programático, la promoción y educación a la comunidad y a los donantes de sangre.

Igualmente se implementan estrategias transversales para los componentes de enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, endemo-epidémicas e inmunoprevenibles, que incluyen temas como la articulación transectorial, el abordaje diferencial de grupos poblacionales (indígenas, habitantes de calle y población pediátrica) y el empoderamiento de la comunidad y el personal de salud en temas como estilos de vida saludables.

4.2.15.7 Salud pública en emergencias y desastres

Espacio de acción transectorial, sectorial y comunitaria que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias y desastres, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo.



Objetivo de la dimensión

Promover la gestión de riesgo de desastres como una práctica sistemática con el fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para educar, prevenir, enfrentar y manejar situaciones de urgencia, de emergencia o de desastres, así como aumentar la capacidad de resiliencia y recuperación de las comunidades, aportando a la seguridad sanitaria y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

Componentes de la dimensión

Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres. Conjunto de acciones e intervenciones tendientes a identificar, prevenir y mitigar los riesgos y las vulnerabilidades en los territorios, mediante el trabajo sectorial, transectorial y comunitario para fortalecer la capacidad de respuesta del país frente a los desastres y reducir el impacto negativo de estos sobre la salud de los colombianos.

Los cuatro objetivos del componente se orientan a la generación de espacios de información y conocimiento sobre el riesgo de desastres, la planificación y gestión de las emergencias, la reducción de riesgos asociados a los impactos del cambio climático, el mejoramiento de capacidades de vigilancia y capacidad de respuesta y la disposición del suministro de sangre y componentes sanguíneos en los centros de atención hospitalaria.

El componente tiene cinco estrategias:

1. Acciones de capacitación, asistencia técnica y asesoría en planeación, vigilancia, monitoreo y supervisión de la respuesta nacional y territorial y la gestión de infraestructura e insumos tecnológicos e informáticos;
2. Planificación de la gestión integral del riesgo de desastres mediante formulación de los planes sectoriales con actores intersectoriales;
3. Implementación, seguimiento y evaluación de los Planes sectoriales de gestión integral del riesgo de Desastres
4. Protección de instalaciones de salud y asignación de recursos para atención en hospitales priorizados mediante el programa hospitales seguros frente a los desastres;
5. Fortalecimiento de acciones para el suministro de sangre y componentes sanguíneos, a través de la red nacional de bancos de sangre y servicios transfusionales.

Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres.

Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias de respuesta en salud ante situaciones de emergencias o desastres, incluidas en los Planes para la Gestión del Riesgo de Desastres, dirigidas a gestionar la atención de las contingencias que puedan afectar la salud de la población.

El objetivo del componente se orienta al fortalecimiento de los sistemas de respuesta a emergencias y desastres implementando estrategias de atención, reconstrucción y recuperación.

El componente tiene cuatro estrategias:

1. Acciones comunitarias, sectoriales y transectoriales para detectar eventos de importancia nacional e internacional y dar una respuesta coordinada desde el Centro Nacional de Enlace;
2. Fortalecimiento de la Estrategia Nacional de Respuesta a Emergencias, garantizando la efectividad de su atención;
3. Fortalecimiento de la Red Nacional de Toxicología y movilización de actores para su operación;
4. Redefinición y reorganización de la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales.

4.2.15.8 Salud y ámbito laboral

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía.



Objetivo de la dimensión

- a) Ampliar cobertura en el Sistema de Riesgos Laborales.
- b) Mejorar las condiciones de salud y medio ambiente de la población trabajadora colombiana a través de la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales.
- c) Promover la salud de las poblaciones laborales vulnerables a riesgos ocupacionales, con enfoque diferencial, aunando esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación social.

Componentes de la dimensión

Seguridad y salud en el trabajo. Conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales, que se gestionan en los ámbitos laborales (formal e informal) para propiciar entornos saludables.

Los cuatro objetivos del componente buscan caracterizar las condiciones de salud y los riesgos laborales de las poblaciones vulnerables del sector formal e informal de la economía; facilitar el acceso al Sistema General de Riesgos Laborales; fortalecer y promover la organización y participación de los trabajadores en la protección de la salud en el trabajo y lograr el cubrimiento progresivo de las poblaciones laborales vulnerables, mediante un plan de acción por fases.

El componente tiene ocho estrategias:

1. Fortalecimiento y conocimiento del sistema por parte de sus actores;
2. Adopción de herramientas de acceso al sistema
3. General de riesgos laborales; articulación entre instituciones del estado, los gobiernos departamentales, distritales y municipales, y los gremios para la protección de la salud de los trabajadores;
4. Fortalecimiento de la organización y la participación social en la intervención de los determinantes de la salud de los trabajadores;
5. Promoción de entornos laborales saludables en el sector formal e informal de la economía;

6. Programas, campañas y acciones de educación y prevención dirigidos a garantizar que las empresas conozcan y cumplan las normas y reglamentos técnicos en seguridad y salud en el trabajo;
7. Prevención de los riesgos derivados del trabajo en el sector informal de la economía;
8. Fortalecimiento de la prevención de los riesgos laborales en las micro y pequeñas empresas.

Situaciones prevalentes de origen laboral. Conjunto de acciones dirigidas a disminuir los accidentes de trabajo, evidenciar las enfermedades laborales y fortalecer el proceso de calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral en las diferentes instancias.

Los tres objetivos del componente apuntan a fortalecer la determinación del origen de la enfermedad, su causalidad y su registro en el sistema de información en salud; definir la política nacional de investigación científica en seguridad y salud en el trabajo e identificar e intervenir los problemas emergentes o sin intervención de mayor incidencia en la salud de los trabajadores.

El componente tiene seis estrategias:

1. Cualificación del recurso humano para orientar el diagnóstico de la enfermedad laboral y mejorar los registros de los eventos;
2. Construcción de los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población trabajadora por parte de los entes territoriales;
3. Fomento de la vigilancia epidemiológica ocupacional;
4. Implementación del plan nacional de cáncer ocupacional para trabajadores del sector formal e informal de la economía (talleres de mantenimiento de frenos, construcción, minas y canteras, entre otros);
5. Desarrollo de proyectos de investigación en salud y seguridad en el trabajo;
6. Atención de eventos emergentes, con inclusión de personas con discapacidad en el sector productivo e identificación de riesgos ocupacionales diferenciados por regiones.

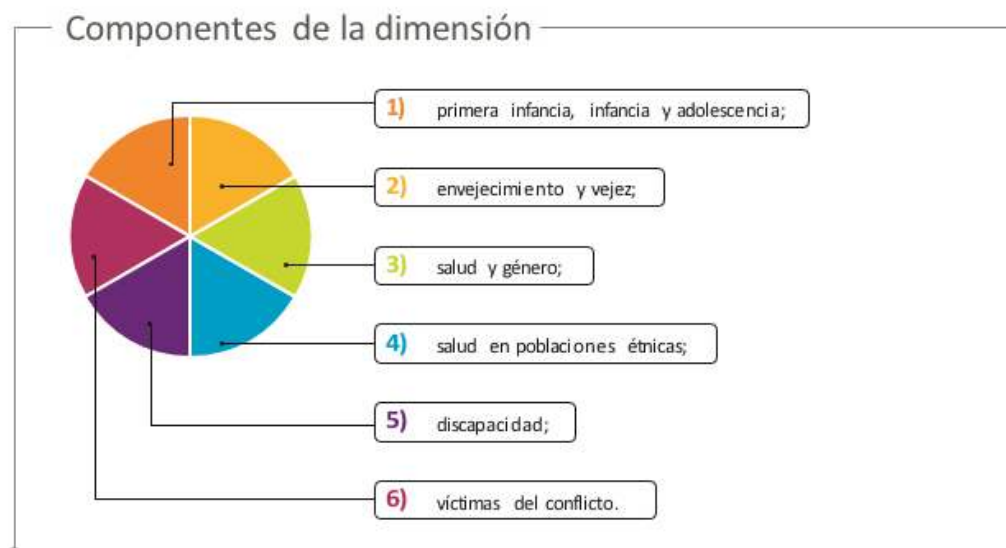
4.2.16 Dimensiones transversales

Las dos (2) dimensiones transversales representan aspectos fundamentales a tener en cuenta en todas las dimensiones prioritarias. La **Gestión diferencial de poblaciones vulnerables** da cuenta de los desarrollos diferenciales en sujetos y colectivos específicos

(en procesos y algunas veces en estructura y recursos), para algunas fases del ciclo de vida, género, grupos étnicos, personas con discapacidad y víctimas, bajo los principios del respeto y el reconocimiento del derecho a las diferencias poblacionales y de las mayores vulnerabilidades. El **Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud** se relaciona con los desarrollos orientados al fortalecimiento institucional y de los servicios de salud. Estas dimensiones cuentan cada una con componentes, objetivos, metas y estrategias.

4.1.1.6 DIMENSIÓN TRANSVERSAL: GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES

Esta dimensión consagra el reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos. Las acciones transversales a las poblaciones que presentan mayor vulnerabilidad se enmarcan en los siguientes componentes, para los cuales se establecen objetivos sanitarios, metas y estrategias diferenciales:



Objetivos de la dimensión



- a) **Atender los determinantes particulares** que conllevan inequidades sociales y sanitarias persistentes en la primera infancia, infancia y adolescencia; envejecimiento y vejez; salud y género; salud en poblaciones étnicas; discapacidad y víctimas del conflicto armado.
- b) **Fomentar buenas prácticas de gestión y desarrollo de capacidades** que favorezcan la movilización social de todos los sectores, la participación de la sociedad civil y de los grupos organizados en los procesos de planeación y control social a la ejecución de las intervenciones y recursos, controlando los conflictos de intereses.

Componentes de la dimensión

Componente: Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes. Las niñas, niños y adolescentes son sujetos de derechos; lo cual es una plataforma vinculante para el Plan Decenal de Salud Pública y los procesos intersectoriales implicados en el abordaje de determinantes sociales, para la generación de las condiciones que aseguren su desarrollo integral.

Los dos objetivos del componente buscan lograr que las políticas públicas intersectoriales y sectoriales orientadas a alcanzar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes se implementen en los territorios en coordinación y alineación con el sector privado, la cooperación y la comunidad; y garantizar que el sector salud provea una atención humanizada, de acuerdo con las particularidades poblacionales y territoriales, y que propenda por la disminución de brechas de inequidad en el país.

El componente tiene once estrategias; entre ellas:

1. Gerencia de las políticas públicas de primera infancia, infancia y adolescencia;
2. Estrategias de disminución de barreras de acceso a los servicios de salud;
3. Estrategias de tecnologías de la información y las comunicaciones al servicio de la salud;
4. Estrategias de fortalecimiento de la vigilancia en salud pública;
5. Estrategias de movilización social y participación de niñas, niños y adolescentes para la exigibilidad de sus derechos;
6. Activación de procesos comunitarios para la exigibilidad de la garantía y restitución de los derechos de la primera infancia, infancia y adolescencia;
7. promocionar los medios de comunicación como herramienta en la promoción del respeto y reconocimiento de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes.

Componente: envejecimiento y vejez.

Proyección hacia futuras generaciones de personas mayores, menos dependientes y más saludables y productivas; lo que repercutirá en la disminución de los costos del sistema de salud colombiano y en la sostenibilidad del mismo, como estrategia prioritaria para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población y de las personas mayores en particular.

Los seis objetivos del componente buscan reconocer el impacto del envejecimiento poblacional como fenómeno irreversible que debe ser abordado con efectividad, promoviendo la participación integral de la población mayor, su atención integral y las políticas públicas en su beneficio, que incluyan garantías de promoción y protección social.

El componente tiene cinco estrategias:

1. Envejecimiento demográfico y dinámica poblacional para el desarrollo económico y social del país;
2. Promoción del envejecimiento activo y fomento de una cultura positiva de la vejez;
3. Adaptación y respuesta integral de la institucionalidad responsable de la protección y atención de la población mayor;
4. Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos y a las necesidades y demandas de las personas mayores;
5. sistema de calidad para los servicios de protección y promoción social.

Componente: Salud y género. Las desigualdades en salud asociadas al género implican riesgos diferentes para hombres y mujeres, los cuales aumentan de acuerdo con los roles establecidos socialmente: para las mujeres, por posiciones y condiciones de inequidad y discriminación, y para los hombres, por el establecimiento de exigencias en el desarrollo de la masculinidad. Este componente se propone dar respuestas diferenciales para el goce pleno de la salud por parte de hombres y mujeres.

Los dos objetivos del componente buscan promover condiciones que favorezcan el acceso a la atención efectiva en salud de los hombres y mujeres, ajustado al contexto familiar, social, económico y político, desde la perspectiva de género y equidad; y garantizar la adecuación de los servicios de salud con perspectiva de género, según edad, pertenencia étnica, discapacidad, orientación sexual e identidad de género.

El componente tiene dos estrategias:

1. Promoción de la equidad de género para la salud;
2. Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, necesidades y demandas

Componente: Salud en población étnica. Se espera que en 2014 Colombia haya incorporado al PDSP el capítulo étnico, el cual definirá los objetivos sanitarios, metas, estrategias y acciones concertadas con los grupos étnicos, como sujetos de derechos, para promover la atención con calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales.

El objetivo único del componente es asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos, tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo étnico que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

El componente tiene una estrategia única:

Planeación en salud con adecuación etnocultural, la cual incluye: levantamiento de insumos regionales para el capítulo étnico del PDSP; adopción, adaptación y armonización del capítulo étnico con los Planes de Salud Territorial y los Planes Operativos Anual e Institucional; consolidación de alianzas con los gestores comunitarios de los diferentes grupos étnicos, para facilitar el desarrollo de modelos y rutas de atención y acceso a los servicios, preservando las raíces culturales de la medicina tradicional y el reconocimiento de los médicos tradicionales y parteras como alternativas de atención en salud.

Componente: Discapacidad. El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención transectorial, sectorial y comunitaria, así como de su participación activa para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social.

los seis objetivos del componente buscan prevenir la discapacidad en la población general del país; generar acuerdos intersectoriales para su atención; promover el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho, promover estrategias de información, educación y comunicación accesibles a personas con discapacidad y cualificar a las personas que trabajen en el sector salud acerca de las necesidades diferenciales de atención de esta población.

El componente tiene seis estrategias:

1. Articulación y gestión intersectorial para el acceso de la población con discapacidad al ámbito educativo, laboral, social, cultural, de participación ciudadana, a las tecnologías de la información y las comunicaciones;
2. Atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial;
3. Movilización de voluntades políticas para desarrollar proyectos de inversión social, por ejemplo, en la inclusión laboral y productiva;

4. Promoción del trato digno hacia las personas con discapacidad, mediante procesos como la formación dirigida a las familias, cuidadores y agentes comunitarios e institucionales;
5. Educación y comunicación en salud: lenguaje incluyente, campaña de información, comunicación y educación en derechos y deberes para las personas con discapacidad;
6. Gestión de la información y el conocimiento en discapacidad.

Componente: víctimas del conflicto armado. Se consideran como víctimas “aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de derechos humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno”.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado acercamientos con la población víctima del conflicto para definir y concertar los contenidos del capítulo específico del Plan Decenal de Salud Pública.

Hasta cuando el capítulo para población víctima del conflicto armado se estructure, los responsables de la ejecución del PDSP deberán incluir en sus líneas de acción, estrategias sectoriales, transectoriales y comunitarias las acciones para la atención de las vulnerabilidades de estas poblaciones, con la orientación aquí descrita.

El objetivo del componente busca asegurar las acciones diferenciales en salud pública entre la población víctima del conflicto armado tendiente a garantizar el acceso, a mejorar las condiciones de vida y salud y a lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo específico para esta población, que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

El componente tiene una estrategia, planeación en salud, que se expresa en acciones como:

Implementación y promoción de la ruta PAPSIVI (Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas);

Implementación, seguimiento y evaluación del Observatorio Nacional de Víctimas del Observatorio de Violencias;

Promoción de la participación de las víctimas del conflicto en los comités de justicia transicional y en los comités ampliados de justicia transicional;

Formación de líderes comunitarios y población en general sobre derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario;

Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, a las necesidades y demandas de las víctimas;

Asistencia humanitaria en casos de emergencia.

4.1.1.7 DIMENSIÓN TRANSVERSAL: FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD



Objetivos de la dimensión

- a) **Disminuir el riesgo de enfermedad:** aparición de nuevos eventos.
- b) **Controlar el riesgo técnico:** disminuir las fallas en los servicios de salud.
- c) **reducir** la discapacidad evitable.

Metas proyectadas al año 2021



Componentes de la dimensión

Componente: Fortalecimiento de la autoridad sanitaria

Busca que la entidad territorial mejore su función como autoridad sanitaria, mediante el ejercicio de planificación e integración de las acciones relacionadas con la producción social de la salud, dentro y fuera del sector salud, y con la respuesta del sector, por medio del fortalecimiento de las funciones de regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.

Los objetivos del componente buscan incorporar el bienestar y la reducción de inequidades en todas las políticas públicas; facilitar el acceso a los planes de beneficios en salud (individuales y colectivos) para toda la población; fortalecer la protección financiera de manera que los eventos de enfermedad o daño no signifiquen la afectación de los recursos de la canasta básica y ahorros financieros de los individuos o su familia.

El componente tiene cinco grupos de estrategias:

1. Fortalecimiento de la regulación, que incluye:

- Plan de fortalecimiento de la rectoría nacional de la salud pública (Plan Decenal de Salud Pública, fortalecimiento de la promoción de la salud; restructuración de programas nacionales como Estrategias de Gestión Integrada EGI; Plan de recuperación de capacidades sanitarias básicas de las entidades territoriales; desarrollo del modelo de asistencia técnica territorial unificado; desarrollo de criterios de habilitación para entidades territoriales, Estrategia Nacional de Comunicación en Salud y Actualización del Sistema Nacional de Vigilancia, entre otros.
- Desarrollo del Sistema de Información en Salud Sispro; que incluye la Bodega de Datos Única en Salud, el mejoramiento continuo de fuentes primarias y la Agenda Nacional Única de Estudios Poblacionales en Salud.
- Desarrollo del Sistema de Gestión del Conocimiento en Salud.
- Estrategia de articulación intersectorial y transectorial, que incluye la puesta en marcha de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.
- Estrategia de armonización de la cooperación internacional para el Plan Decenal de Salud Pública PDSP.

2. Estrategias para el fortalecimiento de la conducción, que incluye:

- Análisis de Situación de Salud ASIS, con enfoque de determinantes sociales.
- Fortalecimiento de las capacidades locales de gestión de la salud pública.
- Fortalecimiento de medios y recursos territoriales.
- Normalización de las acciones colectivas para la salud pública.

3. Estrategias para el fortalecimiento de la gestión administrativa y financiera:

- Control del exceso de demanda, exceso de frecuencias de uso y sobre costo en los servicios de salud.
- Garantía de suficiencia del reconocimiento per cápita en el sistema.
- Plan de saneamiento fiscal y financiero.
- Desarrollo del Sistema de Evaluación de Costo-Beneficio / Efectividad de Tecnologías en Salud y los mecanismos de referenciación de mercado.

4. Estrategias para el Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria, que incluye:

- Plan de recuperación de las capacidades
- básicas del sistema de vigilancia y
- respuesta en salud pública e IVC para la
- seguridad sanitaria.

- Proceso de actualización y modernización del Sistema Nacional de Vigilancia (Sivigila).
- 5.** Estrategias para garantizar el aseguramiento y provisión adecuada de servicios de salud:
 - Gestión de la oferta de servicios
 - Política Farmacéutica Nacional.
 - Eliminación de barreras de acceso a servicios de salud.
 - Modelo Atención Primaria en Salud.
 - Política Nacional del Talento Humano en Salud.
 - Estrategia para incrementar la resolutivez y disponibilidad de talento humano en salud.
 - Implementación del Mecanismo de Evaluación de Actores del Sistema por Resultados en Salud.

4.1.2 RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD

La implementación del Plan Decenal de Salud Pública, por ser una política de Estado, es una responsabilidad compartida de las autoridades administrativas y sanitarias, en sus distintos niveles territoriales, así como de las empresas privadas vinculadas al Sector Salud y las comunidades. Los actores con responsabilidades frente al PDSP son:



4.2 REFORMAS REALIZADAS A LA LEY 100 DE 1993

4.2.1 Ley 1122 de 2007

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>

Mediante la cual se hacen modificaciones al SGSSS, el objetivo de esta reforma fue realizar ajustes al SGSSS teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios con este fin se hacen reformas en los espacios de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortaleciendo en los programas de Salud Pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control de la organización y funcionamiento de las redes para la prestación de los servicios de salud.
CRES (Artículo 137 de la resolución 5521 de 2013)

4.2.2 Ley 1438 De 2011.

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

Mediante esta ley se busca el fortalecimiento del SGSSS, para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

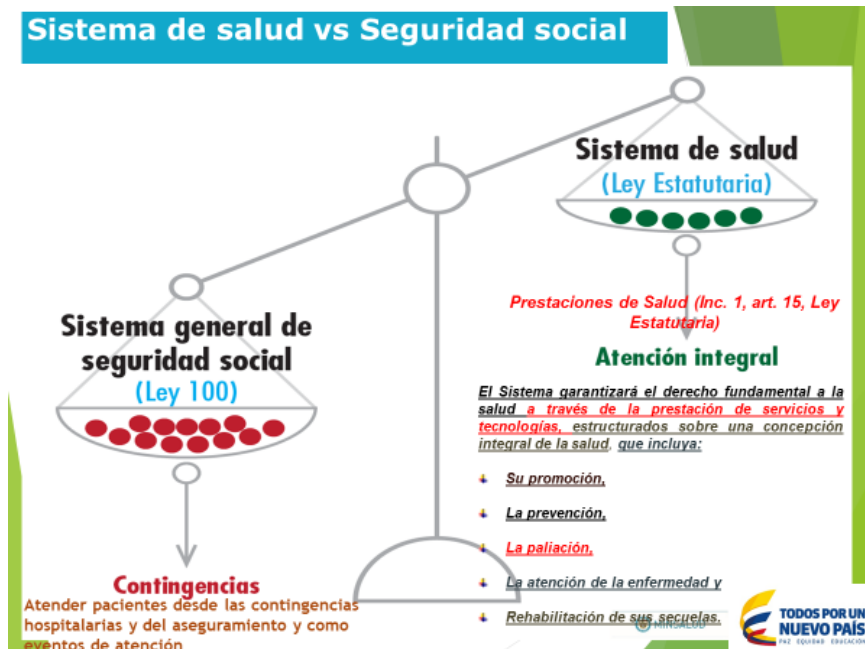
Plan decenal para la Salud Pública
Observatorio Nacional de Salud.
Uso de los recursos de promoción y prevención
Atención primaria en salud
Equipos básicos de salud
Atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia
Universalización del aseguramiento.
Portabilidad nacional.
Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud.
Programa de fortalecimiento de hospitales públicos.
Actualización del Plan de Beneficios.
Administración del Régimen Subsidiado.
Multas por inasistencias en las citas médicas.
Trámite de glosas.
Articulación del sistema de información

4.2.3 Ley Estatutaria 1751 de 2015

<http://www.ins.gov.co/normatividad/Leyes/LEY%201751%20DE%202015.pdf>

POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. Ley Estatutaria es la primera ley de su clase para un derecho social y reconoce a la salud como un derecho fundamental.

- ✓ Al establecerse que la salud es un derecho fundamental, a ninguna persona se le podrá negar la atención médica de urgencia para la protección de su salud y su vida.
- ✓ El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.
- ✓ En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:
 - a. Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
 - b. Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
 - c. Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
 - d. Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
 - e. Que se encuentren en fase de experimentación;
 - f. Que tengan que ser prestados en el exterior.
- ✓ Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.
- ✓ Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.
- ✓ La Ley Estatutaria confirma la atribución del Estado para ejercer inspección, vigilancia y control al sector farmacéutico.
- ✓ La Ley Estatutaria fortalece la política de control de precios de los medicamentos.



4.2.4 Política de Atención Integral en Salud- PAIS

Resolución 429 de 2016

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf)

Atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población. El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de los Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud.

Se fundamenta en la atención primaria en salud-APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los

distintos territorios y poblaciones. Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.



4.2.5 MIAS

GIRS Implementación Integral Del Riesgo En Salud

MIAS Modelo Integral de Atención en Salud

La PAIS establece un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas.

Componentes del Modelo integral de Atención en Salud- MIAS-. El MIAS cuenta con diez componentes, así:

- ✓ Caracterización de la Población.
- ✓ Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.
- ✓ Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS.
- ✓ Delimitación Territorial del MIAS.
- ✓ Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.
- ✓ Redefinición del rol del asegurador.
- ✓ Redefinición del Esquema de incentivos.
- ✓ Requerimientos y procesos del sistema de información.
- ✓ Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud – RHS
- ✓ Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

PROPOSITO

Mejorar los resultados en salud de los habitantes de cada territorio del país.

Las estrategias de operación del modelo se centran en:

- ☐ Mejorar la calidad del servicio, orientada a la población;
- ☐ Mejorar la efectividad (costo-beneficio) de las intervenciones y, por tanto, la capacidad resolutoria en todos los niveles de atención;
- ☐ Fortalecer la continuidad asistencial, al favorecer la coordinación entre la salud pública, las acciones de los servicios primarios y especializados, y la comunidad:
- ☐ Mejorar el desarrollo profesional, enmarcado en la política de talento humano en salud;
- y
- ☐ Mejorar la eficiencia, la gestión y la organización

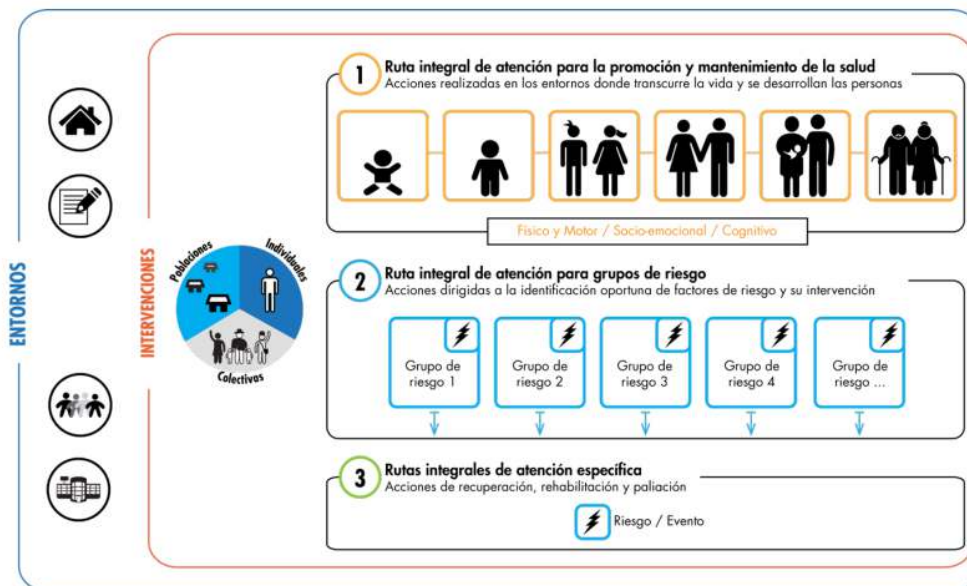
4.2.6 RIAS rutas integrales de atención en Salud

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

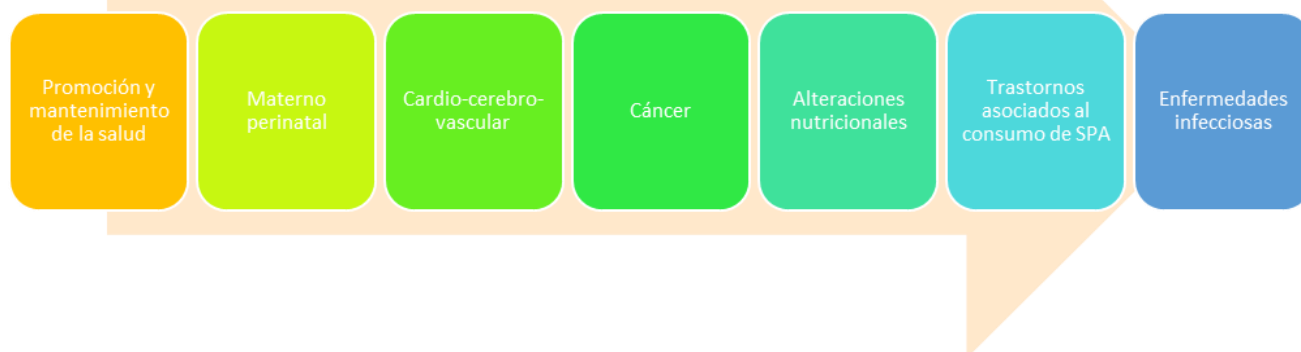
Las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan

del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

Se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención



RUTAS:



4.2.7 Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud –RIPSS.

Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS.

- La atención /cuidado debe ser **continuada y longitudinal**, *Oportuna, Eficaz, integral, resolutive*: desarrollando sus actividades en todo el curso de vida de las personas, en los diferentes entornos.
- Le rigen los principios de: **disponibilidad, aceptabilidad, calidad**
- Debe contar con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los **resultados en salud**.

Comprende un **componente primario** y un **componente complementario**.

Componente Primario:

1. Conjunto de servicios habilitados (servicios primarios) por diferentes prestadores (públicos, privados o mixtos) en un territorio,
 2. Prestadores primarios habilitados (públicos, privados o mixtos),
 3. Como una combinación de las anteriores,
- Constituye una red de servicios primarios de salud, circunscrita a un territorio y población definidas.
Debe servir de soporte para el desarrollo de las acciones requeridas para la GIRS
Es responsable del Cuidado de la población asignada
Encargado de la prestación de servicios que contienen:
-Acciones/intervenciones costo-efectivas: individuales, colectivas y poblacionales en salud,
-Definidas como Primarias de acuerdo con las RIAS y priorizadas de acuerdo con las necesidades de la población a nivel territorial.

Sujetos de atención: Individuos, familias y comunidades

Cuándo: Durante todos los momentos del curso de la vida de las personas asignadas a su cuidado.

Ámbito: ámbito geográfico cercano a la población.

-En los entornos: Hogar, Educativo, Laboral, Comunitario e Institucional.

Características tecnológicas:

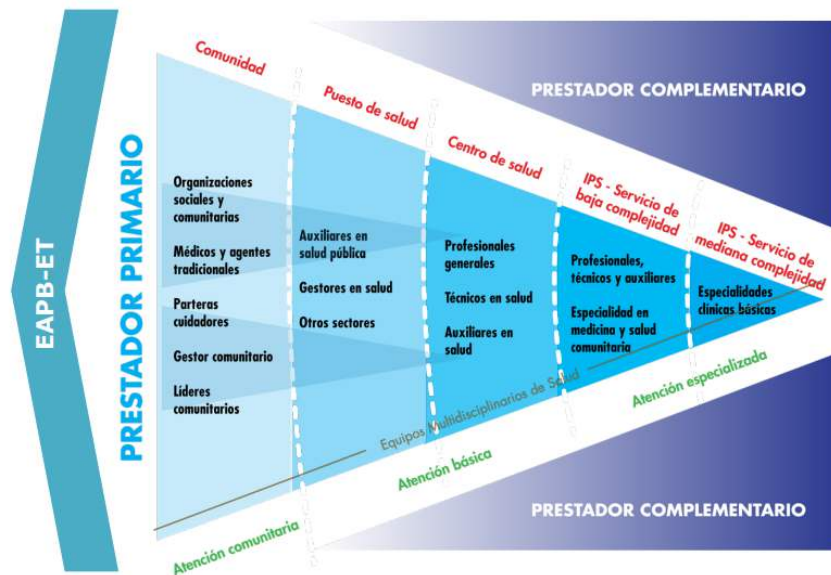
Incorporando tecnologías necesarias, disponibles y aceptadas por la comunidad.

Adecuadas a los entornos

Con servicios de baja y mediana complejidad tecnológica

Con pertinencia socio-cultural,

Componente: Redes integrales de servicios - **Prestador primario**



- ✓ Base: médico familiar y/o médico general certificado, quien es responsable por acciones asistenciales y de agenciamiento para la gestión intersectorial, con otros prestadores primarios, complementarios y con otros sectores.
- ✓ Incluye las especialidades medico-quirúrgicas adecuadas para resolver dichas necesidades, con tecnologías que permitan manejo ambulatorio y/o de corta estancia.
- ✓ Presta los servicios de salud con las características de:

Complejidad: Adecuados a las prioridades de salud de la población asignada, en su propio marco de necesidades y expectativas

Suficiencia: con capacidad para anticiparse y resolver los problemas de salud considerados como prioritarios, con enfoque diferencial, con calidad y de manera cabal, a la población asignada,

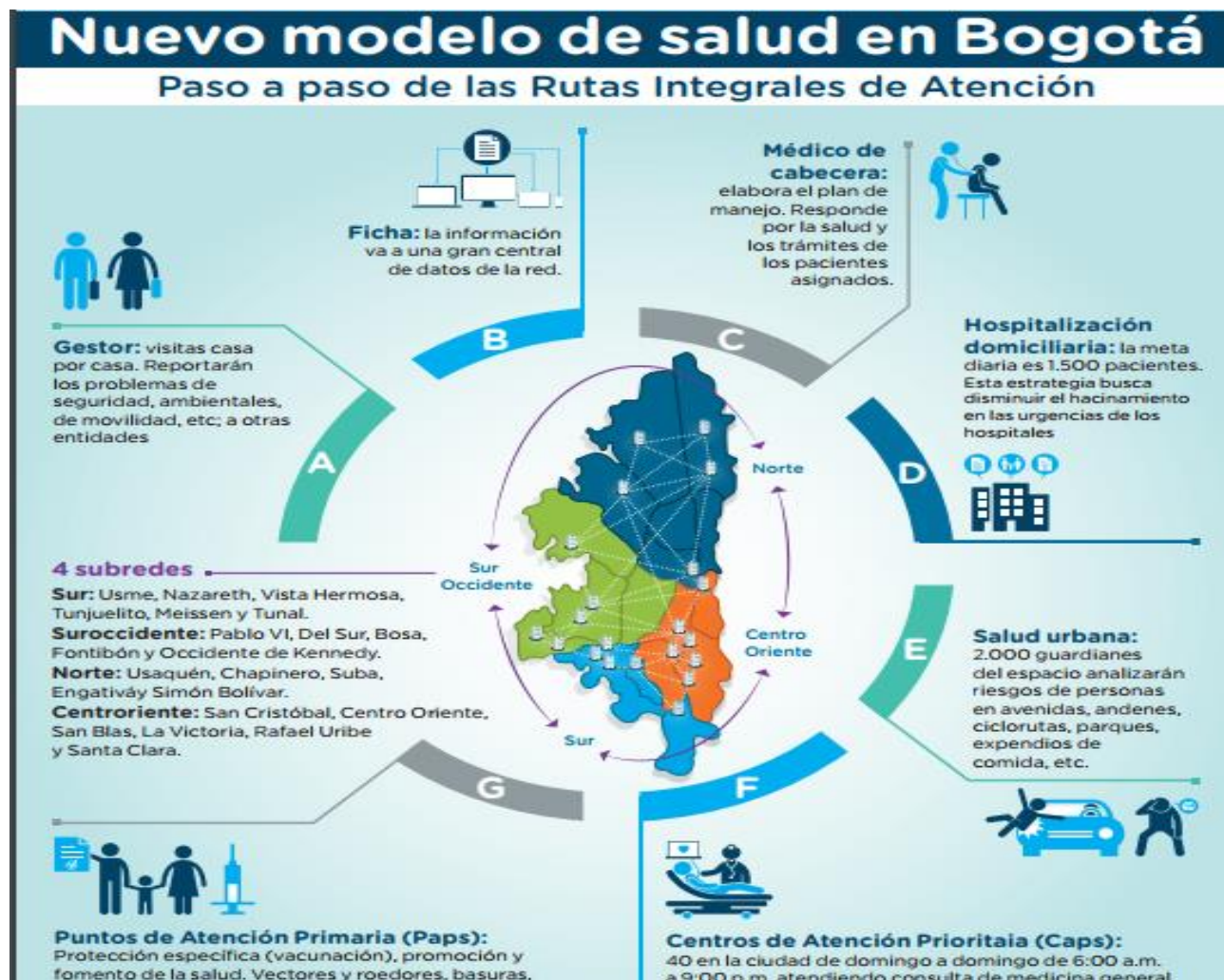
Disponibilidad: organizados y gestionados acorde con las costumbres y practicas de la población asignada, quienes deben ser partícipes de su diseño y disposición

Componente **Complementario**

Componente complementario de la red integral de prestación de servicios de salud:

- Encargado de las **acciones individuales de mayor complejidad** en la atención,
- Requiere **referencia desde el componente primario** y su **contra referencia a éste**, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención.
- Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnologías y competencias especializadas y sub-especializada, no disponibles en el componente primario

- Son **prestadores de servicios de salud con servicios habilitados** de mediana y alta complejidad tecnológica



Se expone en los artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981:

Artículo 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

Artículo 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. (El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados).

Mediante el documento escrito se deberá obtener el consentimiento informado para procedimientos médicos mayores, no urgente, como cirugías electivas. El consentimiento informado se podrá pasar por alto si su obtención es imposible en condiciones de emergencia. (Ley 23/81 Art. 7; Decreto 3380/81 Art. 3).

MARCO NORMATIVO COLOMBIANO

LEY 100/1993

LEY 1122/2007:
CAPITULO VI: SALUD PUBLICA
PLAN NACIONAL 3039/2007. PIC
REEMPLAZA AL PAB
Comisión de Regulación de Salud
CRES.
Actualización del POS, Proceso de
calidad Acreditación.

PROMOCION DE LA APS,
OBSERVATORIO NACIONAL DE
SALUD, CONFORMACION DE
EQUIPOS TERRITORIALES,
PORTABILIDAD NACIONAL

LEY
1438/2011

4.3 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Régimen de Referencia y Contrarreferencia

El Régimen de Referencia y Contrarreferencia, es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

El régimen de referencia y contrarreferencia tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por la racional utilización de los recursos institucionales.

El Régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz.

Se entiende por Referencia, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para la atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

Se entiende por Contrarreferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la Referencia, dan al organismo o la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra-remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario de la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

En la Referencia

- Identificación de la institución y el servicio referentes y de la institución a la cual se remite.
- Identificación completa del usuario incluyendo el tipo de seguridad social al cual pertenece.
- Diagnóstico presuntivo.
- Resumen de historia clínica incluyendo informe del resultado de las pruebas de ayuda diagnóstica realizadas.
- Motivo de la Referencia.
- Nombre del profesional responsable de la referencia.

En la contrarreferencia

- Diagnóstico final.
- Pertinencia de la remisión.
- Resumen de historia clínica incluyendo informe del resultado de las pruebas de ayuda diagnóstica realizadas.
- Indicaciones sobre conducta a seguir con el paciente referido.
- Costo de la atención prestada.
- Nombre del profesional responsable de la atención prestada.

Modalidades de solicitud de servicios

Dentro del Régimen de Referencia y Contrarreferencia se dan las siguientes modalidades de solicitud de servicios:

- **Remisión.** Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.
- **Interconsulta.** Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.
- **Orden de servicio.** Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: Personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.

- **Apoyo tecnológico.** Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación e insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios.

4.4 DEBERES, DERECHOS Y OBLIGACIONES

Mis Derechos

A conocer

- De forma clara mi condición de salud y el tratamiento que recibiré.
- El Portafolio de servicios y los costos derivados de la atención que obtendré.
- Los escenarios de participación social y cómo acceder a los mecanismos de escucha.

A elegir

- La Unidad de servicios de salud y los profesionales de salud que me atenderán.
- Si deseo o no, recibir el tratamiento y/o procedimiento ordenado por el profesional de la salud.
- Si acepto o no, la donación de órganos y/o sangre.
- Morir con dignidad.
- Si acepta o rechaza participar en programas de investigación.

A recibir

- Información, apacitación y educación en temas de salud.
- Una atención segura, integral, oportuna y eficiente de acuerdo a mi condición de salud, género y edad.
- Un trato digno; respetando mi religión, costumbres y creencias.
- Manejo confidencial de mi condición de salud y de lo consignado en mi Historia Clínica.
- Apoyo espiritual y/o emocional, cuando sienta que lo requiero.
- Consulta de segunda opinión en casos especiales.
- Atención en salud que respete mi privacidad.

 **Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.**

Mis Deberes

A informar

- Mis antecedentes en salud, entorno familiar y hábitat u otra situación asociada a mi situación étnica.
- Si acepto o rechazo el tratamiento y/o procedimiento de salud ordenado por el profesional.
- Sobre situaciones irregulares que evidencie en la unidad de servicios de salud.

A cumplir

- Puntualmente con las citas asignadas por la unidad de servicios de salud y presentarme en adecuadas condiciones de aseo.
- Con el tratamiento y recomendaciones ordenadas por el equipo de salud.
- Con el pago oportuno de los servicios y derivados de mi condición de aseguramiento.
- Con el cuidado de los recursos físicos y materiales de la unidad de servicios de salud.

A respetar

- Los principios, valores y objetivos que promulga la unidad de servicios de salud.
- Al personal de salud y a la comunidad usuaria de los servicios.
- Las condiciones de raza, género y culto de los colaboradores de la unidad de servicios de salud, usuarios, sus familias y la comunidad.

 **BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

4.5 MEDICINA FAMILIAR.

La **medicina de familia** es la disciplina médica que se encarga de mantener la salud en todos los aspectos, analizando y estudiando el cuerpo humano en forma *global*. Según cada país puede cambiar su denominación oficial, habitualmente se usan las expresiones: "General", "Familiar (o de familia)" o "Comunitaria", incluso haciendo combinaciones entre ellas.

El Médico de familia realiza un tipo de ejercicio profesional de la medicina con un cuerpo doctrinal claro, y delimitado por un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes. Si bien los médicos de familia por su formación pueden desempeñar su trabajo en diversos campos laborales (servicios de urgencias y emergencias, unidades técnicas, etc.) su ámbito natural de actuación es la atención primaria.

Familia: Grupo de personas vinculadas por un lazo sanguíneo, biológico y emocional. Grupo de convivencia bajo el mismo techo.

Tipos de familia:

- Nuclear o yugular.
- Extensa.
- Unipersal.
- Variaciones: Incompleta, reconstituida, ampliada y compuesta.

Funciones:

- Emociones.
- Socialización de los miembros.
- Reproducción.
- División de trabajo.
- Formación de límites.

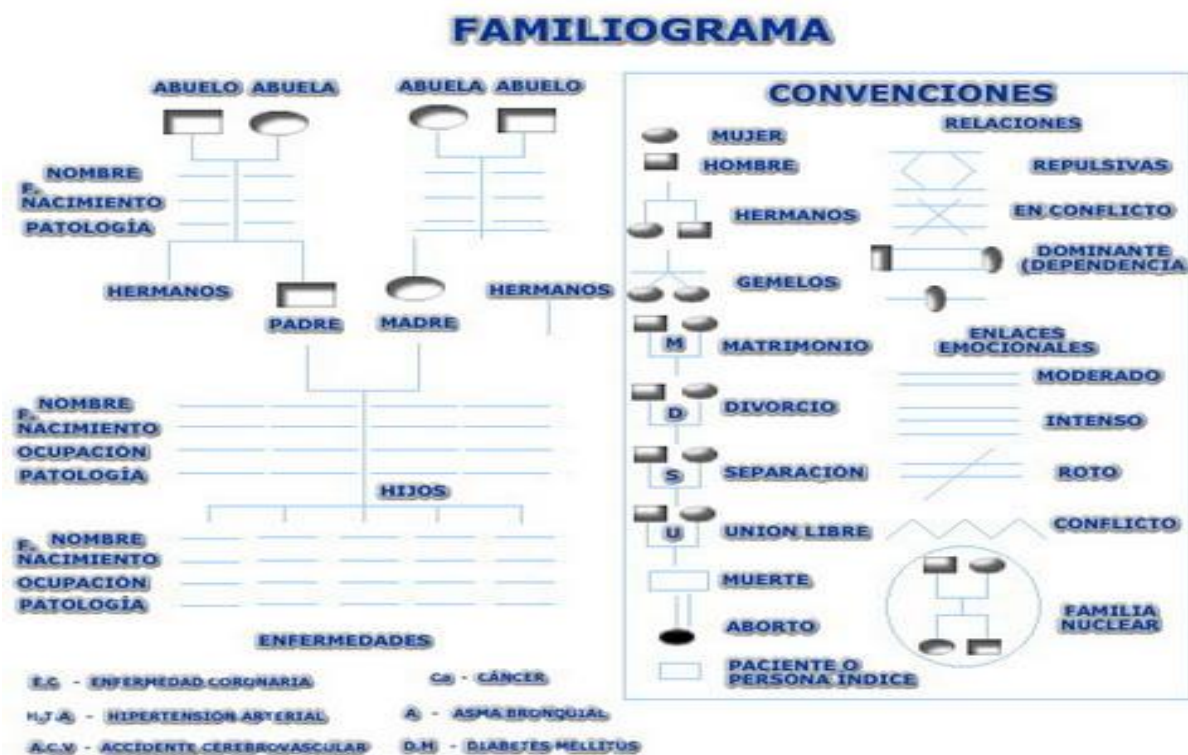
Ciclo Vital Familiar:

- Formación de la pareja: noviazgo, matrimonio.
- Crianza de los hijos- ideal el primero a los 2 años.
- Familia con hijos preescolar.
- Familia con hijos Escolar.
- Familia con hijos Adolescentes.
- Familia con plataforma de lanzamiento.
- Familia en la etapa media.
- Familia en la etapa adulta o nido vacío.

Instrumentos de medicina Familiar:

- Familiograma familiar.
- Apgar familiar.
- Ecomapa.
- Visita Domiciliaria.

Familiograma: es una representación esquemática de la familia, la cual provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. Permite conocer en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra la familia, el tipo de familia, los eventos de salud más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros, y aspectos relevantes de las interrelaciones entre ellos, con lo que constituye un resumen bastante completo de los diversos elementos que el profesional requiere para su estudio de la dinámica familiar, y posterior planteamiento de hipótesis que orienten la ayuda a la familia.



Área de Informática para la Docencia - Heidy Muñoz - Johanna Sandoval 2004

APGAR Familiar: puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el

manejo del paciente El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.



APGAR FAMILIAR

Nombre completo: _____
 Edad: _____ Sexo _____ Estado civil _____ Ocupación: _____
 Fecha de aplicación: _____

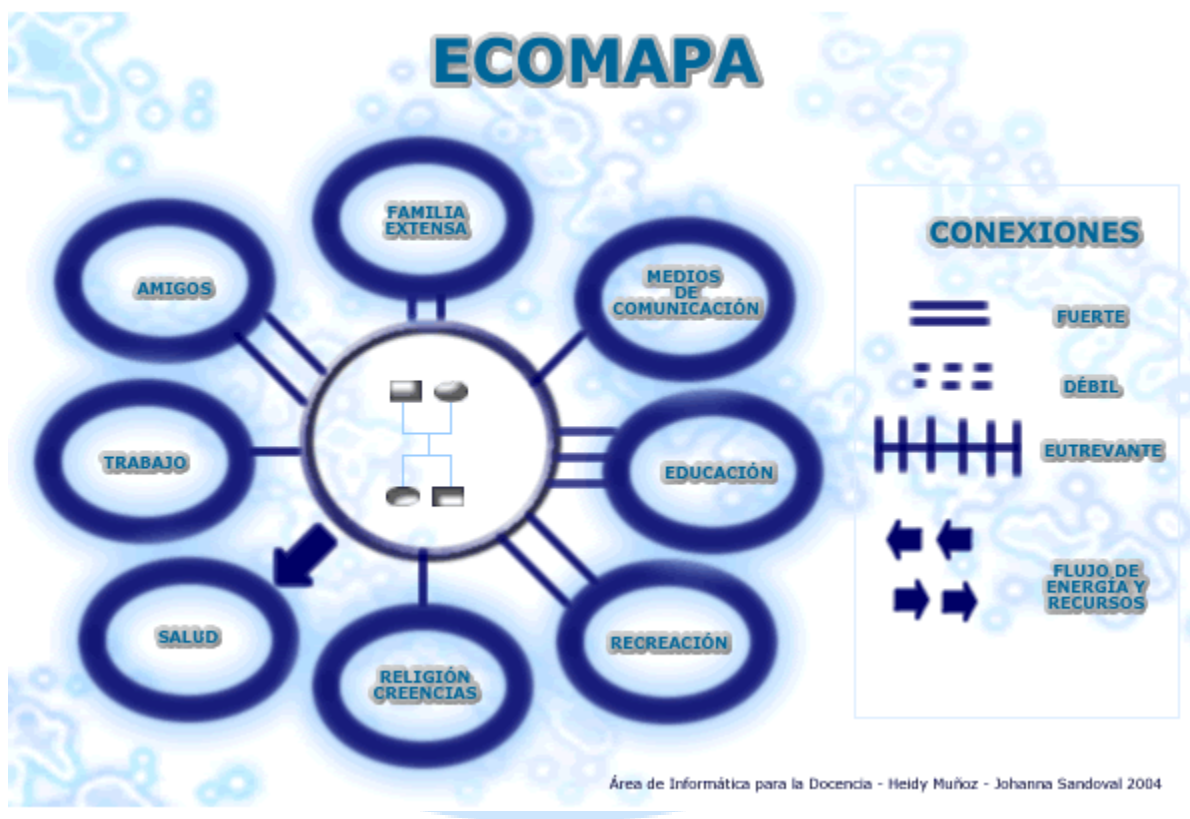
Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia es definida como el(los) individuo(s) con quien (es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su "familia" consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Para cada pregunta marcar sólo una X en el caso específico para usted

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia a. El tiempo para estar juntos b. Los espacios en la casa c. El dinero					
¿Usted tiene algún amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigas o amigos					
TOTAL					

BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	18-20 PUNTOS	☐
DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE	14-17 PUNTOS	☐
DISFUNCIÓN FAMILIAR MODERADA	10-13 PUNTOS	☐
DISFUNCIÓN FAMILIAR SEVERA	9 PUNTOS O MENOS	☐

Ecomapa: es un complemento del familiograma y una gran ayuda visual para el equipo de salud familiar en la comprensión del entorno en que se desarrolla la vida de las familias a cargo. Su uso rutinario tiene el propósito de representar la familia y sus contactos con sus suprasistemas, es decir, con el ambiente que les rodea: la familia extensa, el trabajo, la recreación, la educación, los servicios de salud, las instituciones educativas, la religión, etc.



Vista Domiciliaria:

La visita domiciliaria integral ha sido definida por el Ministerio de Salud "como la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud, con uno o más integrantes de la familia, generada por el problema de salud de uno de sus miembros (caso índice), por la necesidad de establecer un conocimiento más profundo con la familia a su ingreso o por solicitud de algunos de sus integrantes. Se caracteriza por abordar además del motivo inicial, otros temas de salud de interés para la familia y por formular de común acuerdo con la familia un plan de trabajo (ya sea preventivo/promocional o de tratamiento).

Objetivos

La finalidad de la atención domiciliaria, como el resto de los servicios de salud, es elevar el nivel de salud de la comunidad, a través de los siguientes objetivos:

- Conocer la realidad de la familia en los aspectos relacionados con la salud.
- Procurar un mayor nivel de independencia de los individuos y familias con respecto a su salud.
- Fomentar actitudes positivas en el individuo y familia ante las diferentes necesidades de salud.
- Aumentar el grado de satisfacción de los usuarios al ser atendidos en su propio domicilio.
- Acercar los servicios de salud a la comunidad.

Actividades

La atención domiciliaria debe ser un proceso que permita de forma sistemática la valoración, diagnóstico, y aplicación de cuidados en el medio familiar. Estas actividades se llevan a cabo mediante el desarrollo de una serie de etapas:

Conocer la situación familiar:

El conocimiento de la situación familiar se realiza mediante la revisión de la información disponible en el centro.

Historia personal

Otros registros existentes relacionados con la familia o algunos de sus miembros.

Otros profesionales como el médico, trabajador social etc., que están atendiendo o hayan atendido a esta familia.

En caso de que no exista información registrada en el centro de salud, es útil el conocimiento de las características de la zona donde se ubica la vivienda, en cuanto a los parámetros socio sanitarios predominantes en la zona, recursos de los que se dispone, etc.

Programar y organizar la visita:

- Establecer los objetivos de la visita, los datos a recoger y las actividades a realizar.
- Conectar la visita con la familia. Es necesario determinar el día y la hora más adecuados, para de esta forma, garantizar que la familia se encuentra en la disposición adecuada para la realización de esta actividad. Este contacto se puede hacer por teléfono, si es posible.

Introducción a la familia:

Es imprescindible establecer una buena relación, mostrando interés por los problemas de salud del grupo familiar y crear ambiente de confianza, para esto es necesario tener en cuenta una serie de consideraciones:

- En el caso que la enfermera no sea conocida por la familia; el primer paso de la visita es presentarse por su nombre, explicando su condición de enfermera, llevar una credencial que evalúe su condición.
- dirigirse a cada miembro de la familia por su nombre.
- Explicar el motivo de la visita.
- Exponer los posibles servicios o recursos que pueden esperar de nosotros, sin crear falsas expectativas
- Hablar con un lenguaje comprensible y adaptado a las características socioculturales de la Familia.
- Mostrar interés y preocupación por la situación familiar, manteniendo contacto visual, adoptando una actitud de escucha activa y respondiendo a las posibles preguntas y dudas planteadas por cualquier miembro de la familia.

Desarrollo de la visita:

En esta se desarrolla en toda su extensión el proceso de atención de enfermera. Dependiendo si es una primera visita o sucesivas, se hará mayor hincapié en unos aspectos u otros del proceso, procurando en la primera visita centrarnos en aspectos y específicos a valorar.

Valoración:

Identificar problemas y situaciones de salud ya que requieran atención, mediante la recogida, selección y análisis de datos. La recogida de datos que sustenta la valoración se puede realizar a través de:

Los sistemas de registros.

- La observación.
- La entrevista.
- La exploración.

La valoración debe centrarse en los aspectos personal, familiar y de vivienda.

Valoración personal:

Dependerá de las situaciones a atender; entre otros se consideran:

- Signos y Síntomas.
- Alimentación y Nutrición.
- Eliminación.
- Higiene.
- Reposo / Sueño.
- Movilidad.
- Grado de independencia.
- Nivel de auto cuidados asumidos por el individuo.
- Ocupación del tiempo libre.
- Integración del núcleo familiar.
- Actitud y conocimientos del individuo ante su proceso.
- Recursos personales para cobrar sus necesidades.

- Hábitos.

Valoración familiar:

- Composición familiar: miembros, edad, sexo, parentesco.
- Relaciones familiares
- Patrones de comportamiento.
- Características de la convivencia.
- Nivel de apoyo al usuario que se atiende y quien lo realiza.
- Funciones y responsabilidad que asume cada miembro de la familia.
- Relaciones extrafamiliares.

Valoración de la vivienda y su entorno:

- Tipo de vivienda
- Dotación de aguas corrientes.
- Sistema de eliminación de aguas residuales.
- Dotación de aseo y cuarto de baño.
- Características ambientales: humedad, ruidos, ventilación, etc.
- Presencia de animales.
- Condiciones higiénicas.

Planificación

Con las siguientes acciones:

Priorización de los problemas: esto se debe hacer conjuntamente con la familia, teniendo en cuenta:

- Problemas que hacen peligrar la vida del paciente.
- Problemas que afectan directamente a la salud de algún miembro de la familia o de la unidad familiar.
- Problemas percibidos como más importantes para la familia.

Determinación de las actividades a realizar:

La intervención de la enfermera debe ir dirigido a:

- Evitar la sobrecarga física y emocional, que genera la responsabilidad de asumir los cuidados, posibilitando que algún otro miembro de la unidad familiar o próxima asuma, con cierta periodicidad, las tareas asignadas al cuidador.
- Capacitar al cuidado familiar en lo referente a la atención que debe prestar, la identificación de signos de alarma y como actuar ante ellos, las situaciones en las que es necesario contactar con el centro médico.
- Facilitar los recursos necesarios para que los cuidados se puedan realizar de la forma más eficaz.

Ejecución

Es la base de realización de las actividades programadas; pasa por:

- Aplicación de los cuidados necesarios que pueden ser aplicados por los familiares según la necesidad.
- Demostración de auto cuidado, teniendo en cuenta los recursos familiares.

Evaluación

Es la fase en que se analiza la evolución del proceso y en qué medida se van cumpliendo los objetivos propuestos. La evaluación de plan de cuidados se realiza en muchas ocasiones, a través de las valoraciones de vistas domiciliarias posteriores, cerrando de este modo el proceso de atención.

La evaluación permite introducir las modificaciones oportunas en el plan de cuidado, así como determinar la frecuencia de las visitas.

Registros de la visita

El registro de información generada en la visita domiciliaria es una actividad clave en la atención debido a:

- Garantiza la continuidad de la atención familiar por parte de los diferentes miembros del equipo de atención primaria y por los diferentes niveles de atención del sistema sanitario.
- En el registro se recoge gran parte de la información necesaria para la identificación de los posibles problemas.
- Permite evaluar el proceso de atención de forma continua y permanente.
- Facilita la planificación y organización de los recursos.
- Permite evaluar la calidad asistencial en la atención domiciliaria.
- Facilita la caracterización de las familias de la zona básica de salud.
- Constituye una base esencial para la evaluación de los programas de salud.

5. PROCESO DE APRENDIZAJE No 5 PARTICIPAR EN EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, DEFINIDAS DE ACUERDO CON LOS FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN LA COMUNIDAD

5.1 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

EPIDEMIOLOGÍA

Es el estudio de la distribución de las enfermedades en el hombre y de los factores que determinan su frecuencia

Mac Mahon

La Epidemiología está constituida por un razonamiento y un método propios del trabajo objetivo en Medicina y otras ciencias de la salud, aplicados a la descripción de los fenómenos de salud, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de los métodos de intervención más eficaces.

Jenicek y Cleroux

5.2 SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

GENERALIDADES

La vigilancia en salud pública es un proceso de recolección, análisis y divulgación sistemática de información sobre eventos en salud, que se realiza con el objetivo de orientar las acciones individuales, comunitarias e institucionales necesarias para la promoción de la salud, la prevención y el control de los eventos bajo vigilancia.

La implementación de un buen sistema de vigilancia permite conocer la magnitud y la tendencia de los eventos de salud, los factores de riesgo y la población afectada. Además, puede ser útil para evaluar las intervenciones en salud pública.

Objetivos de un sistema de vigilancia:

Contribuir y mantener actualizado el diagnóstico de la situación de salud de una población.

- Estimar la magnitud de los problemas de salud.
- Determinar la distribución y diseminación de un evento de salud.
- Identificar grupos susceptibles y de alto riesgo.
- Tomar medidas oportunas para prevenir, controlar o erradicar la enfermedad.
- Evaluar el impacto de medidas de prevención y control tomadas.
- Conocer el comportamiento de las enfermedades sujetas a notificación obligatoria y de eventos relacionados con la salud.
- Detección de epidemias y/o brotes de eventos.
- Monitorear cambios en los agentes infecciosos.
- Priorizar necesidades de investigación en salud.
- Planeación de servicios de salud.

Atributos del sistema:

Se han identificado algunas características o atributos cualitativos y cuantitativos que debe tener un sistema de vigilancia para su adecuado funcionamiento. Dichos atributos dan cuenta de la calidad y el manejo de la información:

1. Oportunidad:

Tanto la información que se recoja, como la que provea el sistema de vigilancia, debe generarse con la agilidad necesaria en su recolección y análisis, de manera que permita tomar decisiones orientadas al manejo y control del evento objeto de la vigilancia cuando todavía es posible actuar.

2. Simplicidad:

Un sistema adecuado debe permitir recuperar la información necesaria para garantizar la vigilancia deseada del evento, para ello se requiere que se diseñen fichas de reporte sencillas y de uso fácil considerando las características del nivel local.

3. Flexibilidad:

Los sistemas de vigilancia deben tener la capacidad de adaptarse a las condiciones cambiantes, tanto de los eventos de salud como de las instituciones. Así, la flexibilidad permite hacer cambios sin producir mayores traumatismos en todo el sistema.

4. Aceptabilidad:

Como el funcionamiento del sistema requiere el concurso del personal de los servicios de salud y de funcionarios de otras instituciones que proveen información, es necesario que éste sea ampliamente divulgado y posicionado en distintos niveles, a fin de lograr la aceptación de la vigilancia y, por ende, la participación activa de quienes se requiera.

5. Sensibilidad:

Se refiere a la capacidad del sistema para identificar y captar la mayor cantidad de todos los casos del evento objeto de vigilancia; es decir, es la cobertura que el sistema posee. La sensibilidad podría verse afectada por los mecanismos de recolección de información utilizados, por la calidad del diagnóstico de los casos o por la clasificación de los mismos.

6. Valor predictivo positivo:

Se define como la proporción de personas identificadas como caso, que tienen la condición objeto de vigilancia. El cálculo del valor predictivo positivo requiere la confirmación de todos los casos reportados, para lo cual es necesario tener una definición clara y estandarizada del caso.

7. Representatividad:

El sistema debe generar información que permita describir la ocurrencia del evento en tiempo, lugar y persona. Una alta representatividad significa que se han eliminado o controlado los sesgos que el sistema de vigilancia puede tener. Esto se refiere a que el sistema capte información de la misma población en distintos períodos de tiempo o que la información de todos los casos sea completa y válida.

8. Sostenibilidad:

Tanto el diseño como la puesta en marcha de los sistemas de vigilancia requieren inversiones de tiempo, recursos financieros, la participación de personal de salud y de otros sectores. Para garantizar la sostenibilidad de los sistemas es necesario que dichos recursos técnicos, administrativos y la vinculación del personal de salud se mantenga en el tiempo. Incluso se sugiere que se deben realizar evaluaciones de costo-efectividad del sistema.

Etapas de un sistema de vigilancia en salud pública

1. Identificación del evento objeto de la vigilancia
2. Definición de objetivos de vigilancia
3. Identificación de fuentes de información
4. Recolección de información
5. Análisis de la información
6. Divulgación de la información
7. Uso de los resultados
8. Evaluación del sistema de vigilancia.

Identificación del evento objeto de la vigilancia:

Corresponde en este momento definir los **criterios de priorización**, con los cuales seleccionar los eventos que serán objeto de vigilancia. Dichos criterios pueden ser:

- Magnitud del evento
- Tendencia histórica
- Potencial epidémico
- Letalidad
- Población afectada.

Adicionalmente, se deben tener en cuenta criterios como **factibilidad y existencia de una intervención costo-efectiva**, que ayudan a identificar la capacidad que tiene la entidad responsable de la vigilancia del evento y la posibilidad de intervenirlo.

La actividad de priorización se hace teniendo en cuenta los recursos existentes y la posibilidad real de realizar una efectiva vigilancia de todos los eventos de salud que afectan a una población. Por ello, debe entenderse que priorizar es, principalmente, tomar decisiones.

Una vez haya un acuerdo sobre cuáles eventos vigilar, se debe proceder a definirlos claramente. La definición de caso permitirá la estandarización de la información, en ella se deben incluir **criterios de persona, lugar y tiempo**.

Definición de objetivos de vigilancia:

Los objetivos deben estar planteados de acuerdo a los propósitos de los programas de salud pública que se estén desarrollando para impactar el evento a vigilar; es decir, se deben formular sobre la base de que el evento está siendo objeto de intervención.

Identificación de fuentes de los datos y recolección de información:

Los datos para el sistema de vigilancia pueden provenir de distintas fuentes:

- Estadísticas vitales (certificados de defunción o nacimiento)
- Registros institucionales
- Encuestas poblacionales periódicas
- Registros poblacionales
- Unidades de notificación definidas por el ente que realiza la vigilancia.

La selección de las fuentes depende de las características del evento y de la oportunidad con la cual se requiera obtener información para la óptima vigilancia del evento. Adicionalmente, se debe considerar y evaluar la calidad de la información.

Se sugiere hacer uso de información existente proveniente de otros sistemas de vigilancia u otras fuentes, de tal forma que sólo se deban realizar pequeños ajustes y evitar la implementación de sistemas de vigilancia o de información paralelos. Esta opción requiere fortalecer las relaciones con otras instituciones y contribuye a la intersectorialidad en el uso de la información.

En cualquier caso, las fichas únicas de reporte deben ser estandarizadas, a fin de posibilitar la comparación año tras año, entre períodos o entre instituciones o lugares. Estas fichas incluyen variables de persona, tiempo y lugar, necesarias para garantizar una buena caracterización de la ocurrencia del evento. Así mismo, las instituciones deben designar los responsables de llenar las fichas de reporte y de notificación de los casos.

Los sistemas de vigilancia, dependiendo del mecanismo de obtención de la información, se clasifican en activos y pasivos:

- En los **sistemas activos** los casos se buscan en la comunidad y, generalmente, se utilizan para propósitos especiales, por ejemplo para certificar la erradicación o eliminación de un evento de salud.
- Los **sistemas pasivos**, se caracterizan porque la información del evento bajo vigilancia proviene solamente de los casos que llegan a los servicios de salud.

La **vigilancia centinela** es otra forma de recolección de información, en ella se definen fuentes de información concretas, por lugar o por personal de salud, dependiendo de las características particulares del evento objeto de la vigilancia y de los recursos disponibles para vigilarlo.

Análisis de la información:

El procesamiento de los datos puede realizarse de forma **manual o electrónica**.

Independiente de ello, la definición de un plan de análisis es fundamental para establecer los posibles alcances de la información que generará el sistema.

Generalmente, el análisis se inicia estableciendo frecuencias absolutas y tasas brutas y, posteriormente, se describe la ocurrencia del evento según variables de tiempo, lugar y persona. Se puede comparar la información en períodos de tiempo previamente determinados. Es útil el uso de gráficos porque permiten visualizar rápida y fácilmente la información obtenida.

En el análisis de la información es recomendable que participen diferentes sectores y funcionarios de distintas áreas de los servicios de salud, con el fin de aumentar la integralidad de los análisis. También, cuando se considere necesario, es conveniente invitar a expertos para apoyar a los equipos de vigilancia en el análisis de la información. El trabajo del análisis debe ser orientado por los COVES locales y centrales (Comités de Vigilancia Epidemiológica).

Finalmente, la interpretación de la información debe permitir identificar epidemias, monitorear tendencias, identificar nuevos síndromes, evaluar políticas o programas y definir necesidades futuras de investigación e intervención.

Divulgación de la información y uso de los resultados:

Desde el diseño del sistema de vigilancia, es necesario identificar a quién o quiénes se debe dar a conocer la información producida por el sistema. Esta definición va a depender del uso que los receptores pueden darle a la información. Para esto, se debe diseñar el formato de presentación de los resultados según las características de la audiencia y la periodicidad de la divulgación de la información.

Las audiencias claves recomendadas son el personal de salud que notifica, las autoridades locales, regionales, nacionales e internacionales, el sector privado, universidades, grupos de investigación y público en general. Una difusión amplia de información con propósito definido, contribuye a promover la utilización de los resultados y a posicionar la importancia de la vigilancia.

De esta manera, la implementación del sistema de vigilancia en salud pública tiene sentido si se hace uso de la información que éste provee. Es decir, los sistemas de vigilancia se conciben como "información para la acción".

Evaluación del sistema de vigilancia:

En la evaluación del sistema, se debe considerar dos aspectos fundamentales:

- El primero, relacionado con el proceso, en donde las preguntas orientadoras son, por ejemplo:
 - ¿Cuál es el porcentaje de unidades notificadoras que están informando?
 - ¿Con qué oportunidad se está realizando la notificación?
 - ¿El sistema está operando de forma eficiente?

- ¿La calidad de la información obtenida a través del sistema es congruente con la de otros sistemas similares?
- El segundo, relacionado con el resultado plantea preguntas como:
 - ¿Se cumplieron los objetivos de vigilancia?
 - ¿La información obtenida fue utilizada para tomar decisiones?
 - ¿La información generada se está utilizando para mejorar las condiciones de salud de la población o para mejorar los programas de prevención y control de los eventos vigilados?

5.3 DEFINICIONES:

El Decreto 3518 del 2006, que creó y reglamentó el Sistema de Vigilancia en salud Pública, en su Artículo 3 hace las siguientes definiciones:

- **Vigilancia en Salud Pública.** Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.
- **Vigilancia y Control Sanitario.** Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.
- **Autoridades Sanitarias.** Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.
- **Entidades Sanitarias.** Entidades del Estado que prestan servicios sanitarios o de sanidad con el propósito de preservar la salud humana y la salud pública.
- **Estándares de Calidad en Salud Pública.** Son los requisitos básicos e indispensables que deben cumplir los actores que desempeñan funciones esenciales en salud pública, definidos por el Ministerio de la Protección Social.
- **Estrategias de Vigilancia en Salud Pública.** Conjunto de métodos y procedimientos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, diseñadas con base en las características de los eventos a vigilar; la capacidad existente para detectar y atender el problema; los objetivos de la vigilancia; los costos relacionados

con el desarrollo de la capacidad necesaria y las características de las instituciones involucradas en el proceso de la vigilancia.

- **Eventos.** Sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad y que para efectos del presente decreto, se clasifican en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes; factores protectores y factores de riesgo relacionados con condiciones del medio ambiente, consumo y comportamiento; acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades y demás factores determinantes asociados.
- **Eventos de Interés en Salud Pública.** Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.
- **Factores de Riesgo / Factores Protectores.** Aquellos atributos, variables o circunstancias inherentes o no a los individuos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud.
- **Medidas Sanitarias.** Conjunto de medidas de salud pública y demás precauciones sanitarias aplicadas por la autoridad sanitaria, para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población.
- **Modelo de Vigilancia en Salud Pública.** Es la construcción conceptual que ordena los aspectos con que se aborda un problema específico que requiere ser vigilado por el sistema y que permite obtener información integral sobre un grupo de eventos de interés en salud pública.
- **Protocolo de Vigilancia en Salud Pública.** Es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
- **Red de Vigilancia en Salud Pública.** Conjunto de personas, organizaciones e instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como otras organizaciones de interés distintas del sector, cuyas actividades influyen directa o indirectamente en la salud de la población, que de manera sistemática y lógica se articulan y coordinan para hacer posible el intercambio real y material de información útil para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud, así como el

intercambio de experiencias, metodologías y recursos, relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública.

- **Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.** Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.
- **Unidad Notificadora.** Es la entidad pública responsable de la investigación, confirmación y configuración de los eventos de interés en salud pública, con base en la información suministrada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos y cualquier otra información obtenida a través de procedimientos epidemiológicos.
- **Unidad Primaria Generadora de Datos – UPGD.** Es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.
- **Usuarios del Sistema.** Toda entidad e institución, persona natural o jurídica que provea y/o demande información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Finalidades de la vigilancia:

- Estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública;
- Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud pública;
- Detectar brotes y epidemias y orientar las acciones específicas de control;
- Identificar los factores de riesgo o factores protectores relacionados con los eventos de interés en salud y los grupos poblacionales expuestos a dichos factores;
- Identificar necesidades de investigación epidemiológica;
- Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control;
- Facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud;
- Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud;
- Orientar la formulación de políticas en salud pública.

Para que el Sivigila cumpla exitosamente con sus finalidades, son indispensables y obligatorios tanto el apoyo intersectorial, como la integración funcional en el ámbito internacional. Esta última busca la armonización eficaz de las medidas de vigilancia y control epidemiológico de los eventos de salud pública de importancia internacional, y las medidas de vigilancia necesarias para detener la propagación transfronteriza de enfermedades y otros eventos de interés en salud pública.

Responsables del Sivigila:

- Ministerio de la Protección Social – dirige el Sivigila

- Instituto Nacional de Salud (INS)
 - Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima)
 - Direcciones Departamentales, Distritales y municipales de Salud – Gerentes del sistema.
 - Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)
 - Unidades Notificadoras – configuran los casos de los eventos bajo vigilancia en el nivel municipal, departamental o distrital
 - Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) - responsables de la captación inicial de datos y de su transferencia a las Unidades Notificadoras,
- Las **funciones** de cada uno de los responsables del SIVIGILA están definidas en los artículos del 7 al 13 del Decreto 3518 del 2006.

Componentes básicos de la vigilancia en salud pública:

- Acceso obligatorio a la información
- Carácter confidencial de la información.
- Notificación obligatoria
- Sistema de información
- Análisis de la información
- Divulgación de resultados
- Orientación de acciones en salud pública
- Modelos y protocolos de vigilancia
- Estandarización de normas
- Pruebas especiales para estudio de eventos de interés en salud pública

Procesos básicos de la vigilancia en salud pública:

- Recolección y organización sistemática de datos
- Análisis e interpretación
- Difusión de la información y su utilización en la orientación de intervenciones en salud pública.

Obligación de informar:

Además de la obligación de sus integrantes de informar al SIVIGILA, la comunidad podrá concurrir como fuente informal de datos, debiendo toda persona natural o jurídica que conozca de hechos graves que afecten la salud, dar aviso en forma inmediata a la autoridad sanitaria competente.

Acceso obligatorio a la información.

Es obligación de quien disponga de información relacionada con la ocurrencia de un evento de interés en salud pública, permitir su acceso a la autoridad sanitaria y, en ningún caso, podrá considerarse el secreto profesional como un impedimento para suministrarla.

Confidencialidad.

En garantía del derecho a la intimidad, la información relativa a la identidad de las personas, obtenida durante el proceso de vigilancia en salud pública, es de carácter confidencial. Su uso es exclusivo de las autoridades sanitarias para fines de la vigilancia, o por las autoridades judiciales, siempre que medie solicitud previa del juez de conocimiento.

Notificación obligatoria.

Todos los integrantes del SIVIGILA, que generen información de interés en salud pública, deben notificar aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados por ellos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

En los ámbitos nacional y territorial se cuenta con organismos con funciones asesoras y técnicas, así:

- Comisión Nacional Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública (Nación).
- Comités de Vigilancia en Salud Pública (departamentos, distritos y municipios).

Como Comités de Vigilancia en Salud Pública pueden actuar los siguientes:

- Los Comités de Vigilancia Epidemiológica (Cove)
- Los Comités de Infecciones Intrahospitalarias
- Los Comités de Estadísticas Vitales
- Los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (Covecom)
- Otros Comités afines que se hayan conformado para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y organismos de los regímenes de excepción, están obligados a constituir comités de vigilancia en salud pública institucionales para el análisis y difusión de la información de vigilancia en salud pública de su competencia.

Medidas sanitarias.

Tienen como fin prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva.

Medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control:

- Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos;
- Cuarentena de personas y/o animales sanos;
- Vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales;
- Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios;
- Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas;
- Clausura temporal parcial o total de establecimientos;
- Suspensión parcial o total de trabajos o servicios;

- Decomiso de objetos o productos;
- Destrucción o desnaturalización de artículos o productos si fuere el caso;
- Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos.

En caso de epidemias o situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional, se podrán adoptar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en principios científicos recomendadas por expertos con el objetivo de limitar la diseminación de una enfermedad o un riesgo que se haya extendido ampliamente dentro de un grupo o comunidad en una zona determinada.

Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio.

NOTIFICACIÓN

Eventos que se deben notificar en forma inmediata, **ante la sospecha de aparición en un individuo:**

- Abuso sexual y menor en riesgo
- Accidentes Rápidos
- Cólera
- Difteria
- Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA)
- Hepatitis A
- Intoxicación Exógena
- Intoxicación metálica
- Meningitis por Haemophilus Influenzae
- Meningitis por Neisseria Meningitidis
- Mortalidad materna hasta un año posparto
- Mortalidad perinatal (entre 28 semanas de gestación y 7 días de nacido con peso superior a 1000 gr.)
- Mortalidad por EDA e IRA en menores de 5 años
- Mortalidad por malaria
- Tos ferina
- Varicela

Eventos que se deben notificar en forma inmediata, **ante la sospecha de aparición en un colectivo:**

- Botes de Difteria
- Brotes de ETAs (Enfermedades transmitidas por alimentos).
- Brotes Intoxicación por plaguicidas, gases, vapores etc.
- Brotes de parotiditis viral
- Brotes de varicela
- Otros brotes
- Situaciones de emergencia y desastre.

Otros eventos que se deben notificar:

- Lesiones por causa externa
- Número de casos de EDA e IRA en menores y mayores de 5 años.
- Uso indebido de sustancias psicoactivas
- Violencia intrafamiliar (excepto abuso sexual y menor en riesgo que son de notificación inmediata)
- Quemaduras por pólvora

Eventos que se deben notificar **solo cuando sean confirmadas por laboratorio:**

- Dengue clásico y hemorrágico
- Fiebre amarilla
- Malaria
- Enfermedades de transmisión sexual
- Lepra
- Sífilis congénita
- Tuberculosis
- Parálisis flácida aguda en menores de 15 años
- Peste bubónica y neumónica
- Rabia animal
- Rabia humana
- Reacciones post-vacúnales
- Rubéola
- Rubéola congénita
- Sarampión
- Parotiditis viral
- Tétanos neonatal
- Tétanos otras formas

PROTOCOLOS DE VIGILANCIA

- **Protocolos enfermedades transmisibles**
 - Enfermedades transmitidas por alimentos
 - Cólera
 - Hepatitis A
 - Enfermedades transmitidas por alimentos
 - Enfermedades transmitidas por vectores
 - Malaria
 - Fiebre amarilla
 - Dengue
 - Peste
 - Enfermedades transmitidas sexualmente
 - Síndrome de enfermedades de transmisión sexual
 - VIH/sida

- Hepatitis B y D
- Hepatitis C
- Sífilis congénita
- **Enfermedades inmunoprevenibles**
 - Meningitis por *Haemophilus influenzae*
 - Meningitis meningocócica
 - Parotiditis
 - Parálisis flácida aguda (poliomielitis)
 - Sarampión
 - Rubéola
 - Tos ferina
 - Difteria
 - Tétanos (otras clases)
 - Tétanos neonatal
 - Varicela
 - Rabia
 - Tuberculosis
 - Lepra
- **Farmacovigilancia**
 - Eventos adversos seguidos a la inmunización
 - Reacciones adversas a medicamentos
- **Mortalidad evitable**
 - Mortalidad materna
 - Mortalidad perinatal
 - Mortalidad por neumonía
 - Mortalidad por enfermedad diarreica aguda .EDA.

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional (SISVAN)
- Sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IHH)
- Sistema de vigilancia epidemiológica del consumo
- Sustancias psicoactivas – VENTANA DE CENTROS DE TRATAMIENTO.
- Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar (SISVIN)
- Sistema de vigilancia epidemiológica de lesiones por causa externa
- Sistema de vigilancia epidemiológica de registro civil y estadísticas vitales
- Sistema de vigilancia epidemiológica en Salud Oral (SISVESO)

5.4 VIVIENDA SALUDABLE (ver Anexo 1)

Se entiende por vivienda saludable, aquella que cumple con condiciones suficientes para el desarrollo de los individuos y la familia. Tales condiciones brindan seguridad, protección, intimidad y contribución al bienestar de cada uno de sus habitantes. Entre ellas están:

- Ubicación en un lugar sin riesgos de deslizamientos e inundaciones.

- Paredes, techos y pisos sin huecos ni grietas, que permitan la nidación de vectores.
- Espacios limpios, seguros, con un mínimo de privacidad.
- Que garantice aire limpio, libre de humo y otros agentes contaminantes.
- Espacios limpios y ordenados para el manejo adecuado de alimentos.
- Espacios limpios y apropiados para la tenencia de animales domésticos.
- En caso de realizar alguna actividad productiva, debe permitir la adecuación de una zona separada para ello, reduciendo el riesgo de aparición de enfermedades o de exposición a situaciones peligrosas para la salud.

La vivienda debe contar con fuentes de agua protegidas, de tal manera que se reduzca el riesgo de su contaminación. La manipulación del líquido debe cumplir con normas mínimas que aseguren el mejoramiento, si este fuera el caso, o mantenimiento de su calidad. Se debe evitar el desperdicio de agua.

En la vivienda saludable debe asegurarse una adecuada disposición de excretas y aguas grises o de lavado, evitando el contacto con las personas o con las fuentes de agua potable. El acceso a aguas contaminadas puede ser causa de infecciones del sistema gastrointestinal o de la piel, así como intoxicaciones por sustancias diluidas en ellas, potencialmente nocivas para la salud. A estas afecciones son particularmente susceptibles los niños y niñas.

Los residuos sólidos que se produzcan en la vivienda deben ser adecuadamente recolectados, almacenados, clasificados, tratados y dispuestos. Aquellos que ofrezcan posibilidades de aprovechamiento, deben ser manejados de manera especial, pudiendo, incluso, ser fuente de recursos para la familia, además de reducir notablemente su impacto sobre el medio ambiente.

En la vivienda y sus alrededores se deben implementar medidas para reducir el ingreso y establecimiento de insectos, roedores y otros vectores. Se debe tener especial cuidado en el aseo de camas, ropas, cocinas y sanitarios.

La higiene en la vivienda se consigue con la implementación de medidas de orden y aseo, tanto en ella misma como en las personas. Se debe asegurar un adecuado almacenamiento, manipulación e higiene de los alimentos. La tenencia de animales debe cumplir con condiciones que reduzcan el riesgo de adquisición y transmisión de enfermedades antropozoonóticas. Debe garantizarse su frecuente ventilación.

5.5 EMERGENCIAS Y DESASTRES

5.5.1 Normograma de emergencias y desastres

Es la relación de normas internacionales, nacionales y territoriales vigentes, en materia de Emergencias y Desastres (ver Anexo 2).

5.5.2 Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres

Se crea y organiza mediante la Ley 46 de 1988.

Objetivos:

- Definir las responsabilidades y funciones de todos los organismos y entidades públicas, privadas y comunitarias, en las fases de prevención, manejo, rehabilitación, reconstrucción y desarrollo a que dan lugar las situaciones de desastre.
- Integrar los esfuerzos públicos y privados para la adecuada prevención y atención de las situaciones de desastre.
- Garantizar un manejo oportuno y eficiente de todos los recursos humanos, técnicos, administrativos, económicos que sean indispensables para la prevención y atención de las situaciones de desastre.

¿Qué es un Desastre?

Daño grave o alteración grave de las condiciones normales de vida en un área geográfica determinada, causada por fenómenos naturales y por efectos catastróficos de la acción del hombre en forma accidental, que requiera por ello de la especial atención de los organismos del Estado y de otras Entidades de carácter humanitario o de servicio social.

Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres:

- Lo elabora la Oficina Nacional para la Atención de Desastres, con apoyo de las entidades y organismos públicos y privados a los que ella solicite colaboración, de acuerdo con su competencia.
- Lo aprueba el Comité Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.
- Lo adopta el Gobierno Nacional mediante decreto.

¿Qué comprende?

El Plan incluye y determina todas las orientaciones, acciones, programas y proyectos, tanto de carácter sectorial como del orden nacional, regional y local, referidos, entre otros, a los siguientes aspectos:

- Fases de prevención, atención inmediata, reconstrucción y desarrollo en relación a los diferentes tipos de Desastres;
- Temas de orden técnico, científico, económico, de financiación, comunitario, jurídico e institucional;
- Educación, capacitación y participación comunitaria;
- Sistemas integrados de información y comunicación a nivel nacional, regional y local;
- Función de los medios masivos de comunicación;
- Recursos humanos y físicos de orden técnico y operativo;
- Coordinación interinstitucional e intersectorial;
- Investigación científica y estudios técnicos necesarios;

- Sistemas y procedimientos de control y evaluación de los procesos de prevención y atención.

Los organismos territoriales de planeación tendrán en cuenta las orientaciones y directrices señaladas en el Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y contemplarán las disposiciones y recomendaciones específicas sobre la materia, en especial en lo que hace relación a los planes de desarrollo regional, los planes y programas de desarrollo departamental y los planes de desarrollo municipal.

Sistema integrado de información del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.

El sistema integrado de información de la Oficina Nacional para la Atención de Desastres permite conocer y ubicar territorialmente los riesgos existentes en el país y los análisis de vulnerabilidad.

Organismos e instancias según niveles.

- La Oficina Nacional para la Atención de Desastres:
 - Ubicada en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República
 - Cumple funciones de dirección y orientación de las áreas de estudio técnico, científico, económico, de financiamiento, comunitario, jurídico e institucional.
 - Es ella quien dirige, coordina y controla todas las actividades administrativas y operativas que sean indispensables para atender la situación de Desastre.
- Comité Nacional para la Prevención y Atención de Desastres:
 - Conceptúa sobre la declaratoria de situación de desastre, su nivel de impacto y el retorno a la normalidad.
- Comités Regionales para la Prevención y Atención de Desastres (en cada departamento, intendencia y comisaría)
- Comités Operativos Locales para la Prevención y Atención de Desastres en el Distrito Especial de Bogotá y en cada uno de los municipios del país.
- El Fondo Nacional de Calamidades

El Jefe de Planeación de la entidad territorial correspondiente o quien haga sus veces, actuará como secretario del Comité Regional u Operativo Local respectivo.

Los comités territoriales elaboran los Plan Específicos para el manejo de la situación de desastre calificada como territorial.

La Oficina Nacional para la Atención de Desastres es quien elabora, con base en el Plan Nacional, el Plan Específico para el manejo de una situación de desastre declarada como nacional.

5.6 GENERALIDADES DE LAS ESTRATEGIAS AIEPI, IAMI, IAFI Y LA RESOLUCIÓN 412/2000.

5.6.1 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

CREACION

Durante los primeros años de la década de los 90, OMS y UNICEF trabajaron en conjunto para diseñar una estrategia que integre todas las intervenciones de prevención, tratamiento y de promoción de la salud que puedan contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez y a fomentar mejores condiciones para la salud y el desarrollo de los niños y niñas durante los primeros cinco años de edad: AIEP. Todos los países se adhirieron a la iniciativa "Niños Sanos": la meta de 2002 (lanzamiento oficial de la iniciativa, diciembre 1 de 1999); y en 10 de ellos, se realizaron lanzamientos nacionales y locales con el fin de fomentar la participación institucional y comunitaria para acelerar la velocidad de descenso de la mortalidad, mediante la aplicación de la estrategia IAEP.

La estrategia de Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, comprende un rango de intervención para prevenir y atender las enfermedades más frecuentes en la infancia, tanto en las instituciones de salud como en el hogar y en la comunidad en general. Incorpora elementos de los programas de control de enfermedades diarreicas, e infecciones respiratorias agudas, así como los programas de control de malaria, nutrición, vacunación, promoción del buen trato, hábitos de higiene y evaluación del desarrollo entre otros.

Esta estrategia permite al personal de salud: identificar, evaluar, clasificar y tratar la mayoría de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños menores de cinco años; efectuándose una evaluación más completa de su estado de salud.

NOTA: Enfermedades Prevalentes Son aquellas enfermedades que por su frecuencia, por el número de niños que afecta y por el sufrimiento o consecuencias que ocasionan, sobresalen o predominan frente a otras.

MISION

Orientar el diagnóstico y toma de decisiones con relación a los problemas que afectan la salud del niño, así como orientar los cuidados que deben recibir en el hogar, incluyendo prevención de las enfermedades a través de la promoción de los factores protectores como son: vacunación, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y una adecuada alimentación complementaria, pretendiendo reducir los factores de riesgo de estas enfermedades y sus complicaciones.

VISION

Motivar la participación de la comunidad en el cuidado y protección de la salud del niño a través de la educación para la salud que permita mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres y/o cuidadores con relación de la atención del niño en el hogar.

COMPONENTES

- La estrategia Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia se operacionaliza a través de tres componentes:
- Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente del personal de salud).
- mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud).
- mejorar los conocimientos y prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario).

La estrategia beneficia también al niño que acude al control de crecimiento y desarrollo, en los dos casos, ya sea el motivo por morbilidad o atención del niño sano, se pretende que en primer lugar se busque activamente signos que podrían agravarse rápidamente si no son detectados oportunamente y además sistematizar la evaluación de aspectos preventivos promocionales para brindar una atención más completa de la que actualmente se ofrece.

La estrategia AIEPI contempla una secuencia ordenada de pasos que permiten al personal de salud evaluar, clasificar y tratar diferentes problemas de salud que el niño puede presentar y que habitualmente no son detectados, al focalizar la atención solo en el motivo de consulta expresado por los padres.

OBJETIVOS

- Reducir la mortalidad por enfermedades prevalentes en los niños menores de 5 años, específicamente las muertes producidas por EDA, ERA, DNT, malaria e inmunoprevenibles.
- Reducir la morbilidad por estas enfermedades.
- Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años en los servicios de salud como en el hogar.
- Fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.
- Apoya los esfuerzos dirigidos a fortalecer el desarrollo local para la atención de la salud mejorando las actitudes, habilidades y destrezas en la familia, la comunidad y los sectores para el cuidado de los menores de 5 años y la protección del ambiente.

CARACTERÍSTICAS

- Aborda los principales problemas de salud del niño
- Responde a la demanda actual de atención
- Promueve la aplicación de acciones de Promoción y Prevención.
- Es eficaz en función costo-beneficio
- Refuerza el concepto de integralidad

- Fortalece la capacidad de planificación y resolución en el primer nivel de atención
- Fortalece la participación comunitaria
- Se adapta a la situación epidemiológica local
- Posee componentes clínicos y comunitarios

PRINCIPIOS:

- Integralidad
- Coordinación Intersectorial
- Trabajo en Equipo
- Participación Social

Integralidad

Entender y atender al niño como un ser con cuerpo, mente, espíritu y sentimientos, que depende de la familia, la sociedad y la comunidad para desarrollarse.

Evaluar la integralidad del niño, para no pasar por alto problemas o enfermedades que deben ser atendidos en conjunto.

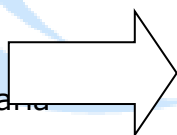
Ofrecer servicios de salud orientados a la atención y prevención de las enfermedades, favoreciendo la creación de estilos de vida saludables.

Coordinación Intersectorial

Empleo,
Alimentación
Vivienda

Infraestructura sanitaria
Cultura educación

Transporte
Infraestructura Social
Poder adquisitivo



proceso de salud enfermedad

acceso a servicios de salud

Trabajo en Equipo

Permite explorar diferentes formas de intervención de cada uno de los sectores presentes en la localidad para trabajar juntos en el desarrollo de espacios de protección de la salud en los que la interdisciplinariedad de paso a la construcción colectiva.

Participación Comunitaria

Favorece la creación de espacios organizados de participación activa, es el conjunto de decisiones tomadas consciente e intencionalmente a partir o como resultado de un proceso enseñanza – aprendizaje.

Busca fortalecer o cambiar comportamientos en pro de la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

PROCESO DE ATENCION INTEGRADA

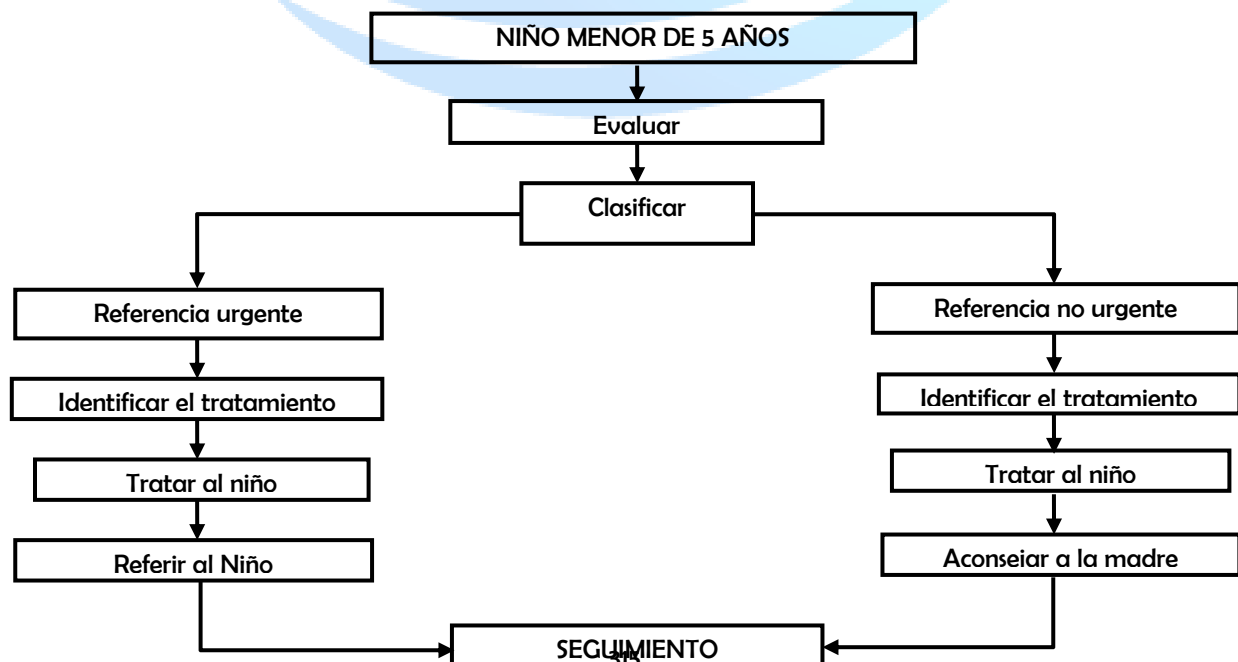
- Entrevista y comunicación
- Evaluación
- Clasificación (código de colores)
- Identificación del tratamiento.
- Proporcionar tratamiento, medicamentos, alimentación y control.
- Evaluar alimentación, conserjería.
- Atención de seguimiento

Instrumentos necesarios

- Cuadro de procedimientos
- Tarjeta para la madre
- Libro de curso clínico
- Rejillas nutricionales
- Escala abreviada desarrollo.
- Carne salud infantil
- Rotafolios educativos.

Cuadro de procedimientos

- Tratamiento a la madre durante el embarazo.
- Tratamiento al recién nacido.
- Tratamiento al lactante menor de 2 meses.
- Tratamiento del niño entre dos meses y 5 años.



Las intervenciones de la estrategia AIEPI en el hogar son:

- Educar a la madre y otros responsables del cuidado, del niño o niña.
- Enseñar los signos generales de peligro para la búsqueda oportuna de atención.
- Manejo precoz de los casos.
- Búsqueda apropiada de atención
- Brindar atención de seguimiento para controlar la evolución del niño o niña a partir del tratamiento indicado, o de las recomendaciones para su cuidado.

5.6.2 Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI):

CREACIÓN

Uno de los problemas de salud pública más comprometedores para nuestra niñez es la introducción temprana de alimentos y la lactancia artificial que conllevan a estados carenciales, enfermedades digestivas y la tendencia a padecer alergias infantiles. La lactancia materna, es la medida nutricional más efectiva por sí sola que se haya identificado contra la morbilidad infantil ante enfermedades como la desnutrición proteico calórico, infecciones respiratorias y la enfermedad diarreica del lactante. Lo que la constituye en un elemento valioso tanto para la familia como para la sociedad.

La historia de la IAMI se inicia en Colombia en el año de 1991 con el Plan Nacional de Lactancia Materna, formulado en respuesta a los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de la Infancia. Constituye la estrategia eje del plan con el propósito de recuperar los beneficios de la práctica de la lactancia materna y disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad infantil, derivadas del consumo inadecuado de fórmulas infantiles y del inicio precoz de alimentos complementarios.

OBJETIVO

Promover la lactancia materna como herramienta fundamental en la protección de la mujer y la infancia.

IMPORTANCIA

La Leche Materna es la mejor alimentación para el RN y el niño en su primer año de vida. Debe ser exclusiva durante los primeros seis meses de vida y constituye parte importante de la alimentación durante todo el primer año.

La OMS recomienda amamantar hasta los dos años o más años de vida, especialmente en países en vía de desarrollo. El amamantamiento reduce la morbilidad infantil, disminuye las enfermedades infecciosas, especialmente las diarreas e infecciones respiratorias, aporta una óptima nutrición al niño favoreciendo su adecuado desarrollo, beneficia la salud materna, contribuye con la relación psicoafectiva entre la madre y el niño, colabora con el espaciamiento de los embarazos y constituye un ahorro valioso de recursos económicos, tanto para las familias como para la sociedad.

La lactancia materna es un proceso natural en el que la glándula mamaria de la mujer produce leche materna el cual, es el único alimento capaz de adaptarse perfectamente a la fisiología del recién nacido.

El acto de amamantar se constituye en una experiencia placentera tanto para la madre como para el niño.

5.7 ESTRATEGIA DE INSTITUCIONES AMIGAS DE LA FAMILIA GESTANTE Y LA INFANCIA (IAFI)

DEFINICIÓN:

Se define como el proceso que permite inducir un modelo de atención frente a las acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, prevención y atención de la enfermedad dirigidas a las mujeres gestantes, madres de niños y/o niñas lactantes, los niños hasta los cinco (5) años de edad y sus respectivas familias y/o cuidadores, desarrollados por las instituciones de salud que contribuya a largo plazo en la disminución de la morbilidad y mortalidad más frecuente de la población.

OBJETIVOS

- Promover amigabilidad, oportunidad, calidad, calidez, integralidad y efectividad en las acciones dirigidas al abordaje de las problemáticas prioritarias en salud pública para la población materna infantil.
- Inducir un modelo de atención con altos estándares de calidad para la atención de familias, mujeres gestantes, lactantes y los niños.
- Favorecer el desarrollo de los programas vinculados a la IAFI como mecanismo para contribuir al mejoramiento de la situación de salud y nutrición de la población materna infantil.
- Contribuir a la articulación de los programas dirigidos a la población materna infantil para fortalecer la atención integral de esta población e incidir en la disminución de su morbilidad y mortalidad más frecuente.
- Lograr la optimización de las intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, dirigidas a las familias gestantes y de la infancia, que contribuyan en el largo plazo a la disminución de su morbilidad y mortalidad

FINALIDAD

Promover en las instituciones prestadoras de servicios un **modelo** de atención materno e infantil en entornos amigables con calidad y calidez.

POBLACIÓN

Mujeres y familias gestantes, madres lactantes, niños y niñas hasta de cinco (5) años y sus familias y/o cuidadores.

EJES, descritos en el marco de la estrategia

- **Amigabilidad** de la institución prestadora y su personal:

- La **integralidad** como enfoque.
- La **calidad** como estrategia.
- La **calidez** como principio orientador.

COMPONENTES

○ **Componente en la gestante**

Control prenatal.

- Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo.
- Suministro de micronutrientes.
- Salud sexual y reproductiva.
- Infecciones de transmisión sexual.

○ **Componente de la infancia**

- Control de crecimiento y desarrollo.
- Lactancia materna.
- Vacunación.
- ERA – EDA – Dolor de oído y garganta, fiebre.
- Anemia - Desnutrición – Buen trato.
- Enfermedades infectocontagiosas

PROCESO DE EVALUACION

- Diligenciar instrumento de semaforización que evalúa el cumplimiento de las estrategias.
- Si el ejercicio no tiene más de 90% de cumplimiento, hacer plan de mejoramiento.
- Envío de solicitud de visita por parte del gerente, anexando formulario de (datos básicos de la institución).
- Coordinación de visita de evaluadores externos.
- Ejecución de la visita: reunión previa con el gerente, todo el equipo de trabajo y diligenciamiento de formularios de evaluación.
- Análisis de resultado de la visita en comité distrital de IAFI, SDS, OPS UNICEF.
- Acreditación

Estrategia IAFI de bienestar, busca la optimización de las intervenciones con el fin de contribuir con la captación temprana y canalización efectiva a los servicios de salud y a largo plazo a la disminución de la enfermedad y mortalidad.

5.7.1 Resolución 412 del 2000.

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

5.7.1.1 Normas técnicas:

Artículo 8°. **Protección específica.** Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

- a) Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI);
- b) Atención Preventiva en Salud Bucal;
- c) Atención del Parto;
- d) Atención al Recién Nacido;
- e) Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.

Parágrafo. Los contenidos de las normas técnicas de protección específica serán actualizados periódicamente, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

Aclaraciones:

- 1. La Resolución 3442 del 2006 definió la "Guía para el Manejo de VIH/sida basada en la evidencia", la cual es, a diferencia de la establecida por la Resolución 412/00, Norma Técnica y, consecuentemente, de obligatorio cumplimiento.
- 2. El Acuerdo 366 del 2007 incluyó en el PAI la vacunación contra el neumococo y el rotavirus, en menores de 2 años de edad que cumplan con determinadas condiciones de riesgo y en recién nacidos con bajo peso.
- 3. La Resolución 769/08 adoptó la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.

Artículo 9°. **Detección temprana.** Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación:

- a) Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menores de 10 años);
- b) Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años);
- c) Detección temprana de las alteraciones del embarazo;
- d) Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años);
- e) Detección temprana del cáncer de cuello uterino;
- f) Detección temprana del cáncer de seno;
- g) Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Parágrafo. Los contenidos de las normas técnicas de detección temprana serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de

la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país y el desarrollo científico y la normatividad vigente.

5.7.1.2 Guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública:

Capítulo III, artículo 10 Guías de atención de enfermedades de interés en salud pública. Adóptense las guías de atención contenidas en el anexo técnico 2-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:

- Bajo peso al nacer;
- Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórico y obesidad);
- Infección respiratoria aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía;
- Enfermedad Diarreica Aguda /Cólera;
- Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar;
- Meningitis Meningocócica;
- Asma bronquial;
- Síndrome convulsivo;
- Fiebre reumática;
- Vicios Retracción de Estrabismo, Cataratas;
- Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica. Sífilis, VIF;
- Hipertensión arterial;
- Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo;
- Menor y Mujer Maltratados;
- Diabetes Juvenil y del Adulto;
- Lesiones preneoplásicas de cuello uterino;
- Lepra;
- Malaria;
- Dengue;
- Leishmaniasis cutánea y visceral;
- Fiebre Amarilla.

Parágrafo. Los contenidos de las guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

5.8 ANEXOS

ANEXO 1 – GUÍA DE EVALUACIÓN DE VIVIENDA SALUDABLE Y REGISTRO DE VISITAS.

Guía de observación

Se utiliza para evaluar el cambio alcanzado en cada familia y para señalarlo en el cartel con fichas de colores, como se describe en el Anexo 3.

Se proponen cuatro (4) factores de protección por tema, para su observación y evaluación durante las respectivas visitas, así:

Tema	Factor a observar
1. LA VIVIENDA COMO ESPACIO VITAL 	1. La vivienda está en un lugar seguro (ejemplo alejada de las orillas de los ríos, de terrenos que presenten deslizamientos y otros) 2. Las paredes, pisos y techos no tienen huecos ni grietas 3. La vivienda tiene orientación e iluminación adecuada (la vivienda cuenta con suficientes ventanas y la cocina está ubicada en un espacio con buena ventilación) 4. La vivienda tiene la cocina separada del baño y habitaciones y cuenta con espacios separados para dormir
2. SORBOS DE VIDA –AGUA PARA CONSUMIR EN LA VIVIENDA 	1. La familia tiene agua tratada 2. El agua para beber y cocinar está en vasijas tapadas y elevadas del piso 3. Las vasijas para almacenar agua están limpias 4. Las llaves no tienen escapes de agua, la familia no desperdicia agua
3. LAS EXCRETAS Y LAS AGUAS GRISAS O DE LAVADO ANDAN POR AHÍ 	1. La letrina o la taza sanitaria está limpia y tiene un recipiente con tapa para el material de limpieza 2. La familia se lava las manos con agua y jabón al salir del baño 3. La eliminación de excretas es adecuada, no están a campo abierto. 4. Las aguas grises o aguas que utiliza la familia en las actividades de la vivienda, drenan por canales o por tubería
4. LOS RESIDUOS SÓLIDOS EN LA VIVIENDA 	1. Los recipientes que almacenan residuos sólidos están adecuadamente ubicados y en un recipiente con tapa 2. La vivienda está aseada no hay residuos sólidos regados por todo lado 3. En la vivienda separan lo orgánico de lo inorgánico 4. No hay basureros cerca de la vivienda

5. ÉCHELE QUO A LAS PLAGAS.



1. En la familia usan toldillo
2. En la vivienda hacen lavado y mantenimiento de las pilas (albercas) de agua
3. La familia realiza jornadas para recoger inservibles que se encuentran en la casa
4. La familia mantiene los alimentos tapados

6 VIVIENDA CON HIGIENE Y SALUD



1. La vivienda está limpia y ordenada.
2. La presentación personal de la familia es buena (están calzados, con ropa limpia, bañados y peinados)
3. Los alimentos están bien almacenados y la cocina está limpia
4. Los animales están bien cuidados, limpios, vacunados y tienen un lugar fuera de la vivienda

Cronograma de trabajo

[illegible]

6. PROCESO DE APRENDIZAJE No 6 PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA SEGÚN LINEA DE INTERVENCIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

11.5 ATENCIÓN EN SALUD AL MENOR DE 10 AÑOS DE EDAD

Normas técnicas de atención, aplicables en el periodo de edad hasta los 10 años.

Norma técnica para la atención al recién nacido

Justificación

Dar respuesta al Derecho a la Vida de los colombianos en trance de nacer o recién nacidos, justifica plenamente el establecer parámetros básicos obligatorios que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, y con oportunidad, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el nacimiento y período neonatal precoz, disminuyendo las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal.

11.6 DEFINICIÓN

La Atención del Recién Nacido está representada en el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o de morir.

La mayoría de las complicaciones del período neonatal son prevenibles, controlables o tratables, y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del período neonatal.

11.7 OBJETIVO

Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir así las múltiples secuelas discapacitantes en la niñez y las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto neonatal como infantil.

11.8 POBLACIÓN OBJETO

Todas las niñas y los niños en el momento de su nacimiento.

Características del servicio

Las normas básicas son de carácter obligatorio y contienen actividades, procedimientos e intervenciones que deben ser garantizadas por las instituciones responsables de la atención del recién nacido, las que deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado que garantice la atención humanizada y de calidad para lograr un recién nacido sano. Además de la obligación administrativa y técnica, implican por parte de los

ejecutores un compromiso asistencial, ético y legal para garantizar la protección y mantenimiento de la salud de los recién nacidos.

El detalle de la atención al recién nacido debe consultarse en la norma técnica correspondiente, definida por la Resolución 412/2000 o por aquellas normas que se encuentren vigentes.

6.1.1.1 Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años

Justificación

El 90% del desarrollo físico y psíquico, ocurre durante los primeros años de vida; esto quiere decir, que el ser humano sólo tiene una oportunidad de desarrollarse y ésta debe protegerse hasta donde sea posible.

Las enfermedades perinatales, las infecciones respiratorias agudas, las diarreas, las enfermedades inmunoprevenibles, los accidentes y la desnutrición, son la causa de más de 50.000 muertes en Colombia. Éstas y otras enfermedades y problemas como la carencia afectiva, el retardo mental, las enfermedades bucales, las alergias y trastornos visuales y auditivos, impiden el bienestar de los niños y de las niñas y dificultan su desarrollo. Las mencionadas situaciones se pueden prevenir y controlar a través de la vigilancia y el acompañamiento adecuado del proceso de crecimiento y desarrollo.

Por estas razones, es necesario asumir un compromiso social que dé la máxima prioridad a los niños y las niñas, que permita un abordaje más equitativo, le asigne a la niñez los recursos suficientes para la promoción y fortalecimiento de los factores protectores, la prevención y control de los factores de riesgo, para lograr así, el mejoramiento de su salud, bienestar y calidad de vida.

Objetivo

Disminuir las tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años.

Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades.

Definición

Se entiende la Atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantiza su atención periódica y sistemática.

Concepto de crecimiento

Es un proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño; es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales.

Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico (esta de gran importancia en los dos primeros años de vida postnatal), perímetro torácico, envergadura y segmento inferior. Al nacer, los niños(as) deben pesar en promedio entre 3200 y 3500 gramos, y medir entre 49 y 51 cm. Para eso contamos con las tablas de peso y talla.

Concepto de desarrollo

El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social.

Para la evaluación del desarrollo se han diseñado varios instrumentos, entre los cuales el más usado en Colombia es la Escala Abreviada de Desarrollo.

La escala abreviada del desarrollo, es un instrumento o herramienta para la medición de los siguientes parámetros del crecimiento y desarrollo del niño(a): Motricidad Gruesa- Motricidad Fina- Audición- Lenguaje- Persona Social.

Población objeto

Todos los niños y niñas desde su nacimiento, hasta los diez años.

Características del servicio

Las normas básicas mínimas de manejo contienen actividades, procedimientos e intervenciones que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención a los niños y niñas menores de diez años, las cuales deben tener capacidad resolutoria, disponer del talento humano como médicos y enfermeras debidamente capacitados en el tema del crecimiento y desarrollo, con el fin de brindar atención humanizada y de calidad, que garantice intervenciones eficientes, oportunas y adecuadas.

Además de la obligación administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar la protección y el mantenimiento de la salud de los niños y niñas menores de diez años.

Se deben hacer intervenciones en edades claves del crecimiento y desarrollo; brindar a los niños, a las niñas y a sus familias, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso.

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

La identificación e inscripción de los niños y niñas debe hacerse antes de la salida del organismo de salud donde ocurra su nacimiento.

Se debe motivar la participación y apoyo del padre y la madre en las consultas de crecimiento y desarrollo,

Informar a los participantes sobre cada uno de los procedimientos a realizar en un lenguaje sencillo y apropiado.

Si el niño no se inscribe en el periodo neonatal inmediato, debe hacerlo en cualquier momento hasta los nueve años (lactante menor, lactante mayor, preescolar o escolar).

El detalle de la atención al menor de 10 años de edad debe consultarse en la norma técnica correspondiente, definida por la Resolución 412/2000 o por aquellas normas que se encuentren vigentes.

6.1.1.2 Norma técnica para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

Definición

El programa ampliado de inmunizaciones es una acción conjunta de las naciones del mundo y organizaciones internacionales, que busca lograr coberturas universales de vacunación con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad de la población menor de cinco años, causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

Justificación

La inmunización en niños y adultos se fundamenta en hechos científicos conocidos acerca de los inmunobiológicos, de los principios sobre inmunización activa y pasiva y de consideraciones epidemiológicas y de salud pública.

El uso de las vacunas implica la protección parcial o completa contra un agente infeccioso. La vacunación es la mejor estrategia demostrada universalmente para la reducción de la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles y la mortalidad con ellas asociada.

Objetivo General.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI - tiene a cargo la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años.

Específicos

El PAI se ha planteado la certificación de la erradicación de la Poliomiélitis, la erradicación del Sarampión, la eliminación del Tétanos Neonatal; la reducción de la morbilidad y mortalidad por Meningitis tuberculosa, Difteria, Tos ferina, Rubéola y Rubéola Congénita; Neumonías, Meningitis y epiglotitis por Haemophilus influenza tipo b, Hepatitis B y Fiebre Amarilla.

El PAI garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto del PAI y es una excelente herramienta para el control de problemas de Salud Pública que se puedan intervenir a través de la vacunación.

Población Objeto

- Recién nacido de bajo peso.
- Menores de 2 años de edad con condiciones predisponentes (Cardiopatía congénita, asplenia, Inmunodeficiencia primaria, Diabetes mellitus, Asma bronquial en tratamiento con corticoesteroides, Inmunocompromiso por Cáncer o por Insuficiencia Renal Crónica o síndrome nefrótico o por Quimioterapia inmunosupresora, infección por el VIH, fístulas de líquido cefalorraquídeo y enfermedad pulmonar crónica de más de un mes de evolución) a adquirir enfermedades inmunoprevenibles
- Niños menores de 1 año y hasta los 5 años
- Niños mayores de 5 años que deben recibir vacunas específicas en áreas de riesgo
- Mujeres gestantes para inmunización antitetánica
- Población mayor de un año en todas las zonas de riesgo para fiebre amarilla.

Normas para conservación de biológicos. Cadena de frío

Definición

Se entiende por Cadena de Frío el conjunto de normas, actividades y procedimientos que aseguran la correcta conservación de los inmunobiológicos durante su transporte, manejo y distribución, desde el laboratorio que las produce hasta que son aplicadas a la población.

Normas generales de conservación de las vacunas

Nivel	Nacional – Departamental		Municipal
Tiempo	6 a 8 meses	3 a 6 meses	1 a 3 meses

Vacunas	Cuartos fríos	
Antisarampionosa Antiamarílica Antipoliomielítica	15° C a - 25° C	
Triple Viral DPT, BCG, HEPATITIS B, TT, TD, T.d, Hib	0° C a 8° C	

Con excepción de la vacuna OPV y la Antiamarílica producida por el INAS, ningún otro biológico inmunizante comercializado en Colombia debe conservarse en congelación (1). La vacuna VPO una vez descongelada, deberá conservarse en el refrigerador entre +2 y +8°C hasta un máximo de 6m protegida de la luz.

Composición y Vía de Aplicación de **la Vacuna Pentavalente**

Esta vacuna está constituida por un frasco que contiene DPT celular y Hepatitis B (Tritanrix-HB) cuya presentación es en forma líquida y se utiliza como diluyente del frasco con la vacuna contra Haemophilus tipo B (Hiberix) cuya presentación es polvo liofilizado.

Una vez reconstituida la vacuna se aplica en el tercio medio cara lateral externa del muslo por vía intramuscular profunda.

Dosis: La vacuna pentavalente requiere tres dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Protección de la vacuna

La aplicación de las tres dosis de la vacuna protege al niño de las siguientes enfermedades:

- Difteria
- Tétanos
- Tos ferina
- Hepatitis B
- Infecciones causadas por la bacteria Haemophilus Influenza tipo B (meningitis, neumonía y otitis)

Efectos secundarios

La vacuna pentavalente puede producir los mismos efectos secundarios que las vacunas en presentación individual utilizadas con el esquema de vacunación anterior es decir:

- Dolor y enrojecimiento en el sitio de aplicación, fiebre, irritabilidad.
- Malestar general

Estos efectos son normales sin embargo en raras ocasiones se puede presentar convulsiones o llanto incontrolable por más de cuatro horas, estos efectos requieren valoración médica si ocurren.

Normas técnicas y administrativas de la red de frío

Se denomina cadena o red de frío al sistema de conservación estable y controlado (temperatura idónea) manejo, transporte, y distribución de la vacuna, que permita conservar su eficiencia desde su salida del laboratorio fabricante, hasta el lugar donde se va a efectuar la vacunación.

Elementos de una Cadena de Frío

Refrigerador - Nevera

Para el funcionamiento eficiente del refrigerador debe asegurarse la instalación en un ambiente fresco y bien ventilado, a la sombra y alejado de toda fuente de calor, separada de la pared a 15 centímetros de distancia y sobre una base debidamente nivelada.

El refrigerador está dividido en dos compartimentos:

Zona de Congelación: Localizada en la parte superior, con una temperatura bajo 0° C., que facilita la congelación de los paquetes fríos; estos se ubican de tal manera que llenen la capacidad de este espacio separados entre sí y de las paredes por un espacio de 2.5 centímetros. Para la congelación se ordenan verticalmente y, una vez congelados, pueden apilarse horizontalmente.

Zona de Almacenamiento (o refrigeración): Corresponde a toda el área del refrigerador ubicada debajo del congelador. Esta puede estar dividida en dos o tres espacios, de acuerdo al tamaño del refrigerador así: superior, medio e inferior; en los dos primeros se puede almacenar la vacuna separada entre sí, y en el inferior se colocan botellas con agua. La cantidad de botellas con agua puede variar desde 3 litros hasta 12 litros y dependerá del tamaño del refrigerador. Las botellas pueden ser de vidrio o plásticas y debidamente colocadas permitirán una distribución más uniforme de la temperatura.

Los frascos y ampollas de vacunas se colocan en bandejas de plástico sin perforaciones y se ubican en el espacio correspondiente. Las bandejas permiten mantener las vacunas en orden y clasificadas. Las bandejas ubicadas convenientemente y dejando espacio entre sí permiten mantener la circulación del aire frío dentro del gabinete refrigerado.

Precauciones de almacenamiento

El refrigerador es para uso exclusivo de las vacunas del programa: por lo tanto, no podrá ser utilizada para otros fines. Sólo se abre para sacar las vacunas necesarias para la jornada laboral; simultáneamente se debe medir la temperatura y ajustarla de ser necesario mediante la graduación del botón de control. El refrigerador sólo podrá abrirse

dos veces en el día, en razón de que, cada vez que se abre, se altera la temperatura interior, con 30 segundos de apertura de la puerta, tarda una hora en restablecerse la temperatura de 0 – + 8 grados.

Es importante tener en cuenta que en el nivel local no se debe almacenar vacunas por más de un mes. Esto no es aplicable en los consultorios privados. Se recomienda incluir tabla de estabilidad de las distintas vacunas.

Separar biológicos que se devuelven al refrigerador después de una jornada laboral, de los que permanecieron dentro del. Dando prioridad de utilización a los primeros.

Se debe dar prioridad de utilización a biológicos de envíos anteriores frente a Biológicos de envíos recientes. No se deben colocar vacunas en los espacios inferiores ni en la puerta del refrigerador por considerarse puntos críticos que representan serios peligros para su conservación.

Las vacunas más sensibles al calor, son: Polio oral, Triple Viral, Sarampión, Rubéola, BCG y Fiebre Amarilla deben estar en la parte más fría del refrigerador, pero, nunca en el congelador.

Las vacunas que en su composición lleven coadyuvantes, que contribuyan a formas físicas de suspensiones coloidales nunca deben ser congeladas porque perderían su potencia inmunogénica.

Control de la temperatura:

Mantener en el espacio central de la nevera un termómetro específico para red de frío. Verificar diariamente, mañana y tarde, la temperatura y registrarla en el formulario respectivo: Ficha de Registro y Control de la Temperatura Diaria. Esta hoja de control de temperatura deberá ubicarse en la puerta del refrigerador o congelador.

Si la temperatura no se encuentra dentro del rango establecido, deben tomarse inmediatamente las medidas necesarias del caso para solucionar esta situación.

En los refrigeradores de Kerosén o gas, la regulación de la temperatura se realiza mediante el control del tamaño de la llama; con un mayor tamaño se obtendrá menor temperatura (más frío) y viceversa.

No se deben meter paquetes fríos con agua caliente al congelador del refrigerador, pues calentaría el espacio interno.

Mantenimiento del refrigerador / nevera:

La limpieza y aseo de la refrigeradora se debe efectuar cada mes. Se debe hacer limpieza del evaporador y del condensador que están en la parte de atrás, tener el cuidado de no mover el termostato antes de la limpieza para poder regular la temperatura después.

Los paquetes fríos que se ponen a congelar deben desinfectarse cada 3 meses como mínimo, revisar permanentemente el estado del empaque de la puerta, y limpiarse con algodón empapado en glicerina para retirar suciedad dentro del mismo. Siempre se debe mantener 6 paquetes fríos congelados para garantizar la temperatura interna de la nevera, ante emergencias como la interrupción de cualquiera de las fuentes de energía.

No debe usarse líquidos diferentes al agua para los paquetes fríos. El uso de líquidos eutécticos (que nunca congelan) puede ocasionar la congelación de biológicos de refrigeración

Antes de realizar el mantenimiento se deben almacenar los biológicos en el termo o en la caja térmica y manipularlo de acuerdo con las Normas de cadena de frío.

Preparación de los equipos térmicos para transportar vacunas

Los contenedores isotérmicos, permiten transportar grandes cantidades de vacuna hacia el lugar de vacunación. Tienen que estar bien aislados, y sólidos, Permiten guardar la vacuna en frío durante el transporte y en caso de avería de la nevera.

Las neveras portátiles, se utilizan cuando hay que transportar pocas vacunas. Procurar un tiempo mínimo de transporte y abrirlas solamente cuando sea imprescindible. Para una mejor conservación de las vacunas, se dispondrá de los paquetes fríos. Se evitará el contacto directo de las vacunas con estos paquetes y las paredes de las neveras y contenedores, mediante aislamiento con papel o cartón para evitar la congelación de las vacunas inactivadas, sobre todo aquellas absorbidas.

Antes de sacar las vacunas del refrigerador o nevera debe cerciorarse que el termo está limpio, seco.

Se sacan dos paquetes fríos de la nevera o el refrigerador se debe mantener a temperatura de refrigeración en la parte baja del mismo, se saca las vacunas a utilizar en el día y se sacan los 4 paquetes congelados que serán los que quedarán durante la jornada en el termo.

Importancia del Personal

En los puntos de vacunación debe existir una persona responsable de la cadena de frío que realizará las siguientes actividades:

- Comprobar al comienzo y al final de cada jornada laboral que las temperaturas máxima y mínima que marca el termómetro se encuentren entre 2 y 8° C, y registrar dichas temperaturas en el instrumento diseñado para tal fin.
- Comprobar que el almacenamiento de las vacunas se realiza de manera adecuada.
- Comprobar periódicamente el espesor de capa de hielo del congelador (no debe superar los 5 mm de espesor).
- Comprobar las existencias con el fin de asegurar la disponibilidad de vacuna en todo momento y evitar el exceso de almacenamiento.
- Controlar las fechas de caducidad de cada lote, retirando aquellas vacunas que lo superen.
- En el momento de recepción de las vacunas, comprobar si no hay viales rotos congelados o con etiqueta desprendida, verificar la cantidad y fecha de caducidad.
- Igualmente, revisar la tarjeta de control tiempo – temperatura.

Norma de tiempo máximo de utilización de vacunas abiertas y reconstituidas almacenadas a temperaturas entre 0° C A 8°C

Inmunobiológico	Institucional	Extramural
Anti polio	8 horas	8 horas
D.P.T.	5 días	8 horas
BCG	8 horas	8 horas
Anti sarampión	8 horas	8 horas
Triple Viral	8 horas	8 horas
TT.	5 días	8 horas
TD – Td.	5 días	8 horas
Hepatitis B	5 días	8 horas
Anti Hib	8 horas	8 horas
Antiamarílica	8 horas	8 horas

Conservación

Apertura de los envases

Los envases multidosis deben ser agotados durante la sesión de vacunación. Conviene ajustar los horarios y citas vacúnales de modo que todo el envase pueda ser agotado en la primera jornada. En todo caso su manejo tendrá que realizarse con la máxima asepsia para evitar su contaminación. Las dosis no aplicadas de estos viales abiertos deben ser eliminadas.

Las vacunas liofilizadas reconstituidas no aplicadas durante las 8 horas siguientes a su preparación, deberán ser desechadas. Una vez abierto el envase multidosis no debe ser expuesto a la luz ni a la temperatura ambiente mientras se administran las sucesivas dosis. Se debe retornar el envase al frigorífico si la aplicación de la siguiente dosis no es inmediata.

Las vacunas víricas deben preservarse de la luz. Su conservación y manipulación ha de ser muy cuidadosa debido a su inestabilidad, ya que sufren pérdida del 50% de actividad después de la 5ª hora de exposición a la temperatura ambiente.

Temperatura

La temperatura ideal de almacenamiento es de 2º C a 8º C. La Temperatura interna del refrigerador no debe exceder los 8º C.

Las vacunas inactivadas o absorbidas no deben congelarse nunca, se anula su actividad y contraindicándose su utilización (DTP, DT). Las vacunas absorbidas congeladas, presentan partículas granulosas y flóculos al descongelarse, que sedimentan en treinta minutos y forman un depósito con una capa de líquido claro Indicando de la vacuna ha sido congelada y está inactivada.

Interrupción de la Cadena de Frío

En caso de interrupción de la cadena de frío es imprescindible:

- Valorar la duración de la interrupción.
- Tomar medidas para proteger las vacunas: En caso de corte de fluido eléctrico mantener cerrado el frigorífico. Las neveras están capacitadas para mantener mantengan cerradas.
- Temperaturas máximas y mínimas registradas. Si son mayores a 15º C o inferiores a 0º C.
- Aspecto físico de las vacunas.
- Tipo de vacunas afectadas (consultar su termo estabilidad).
- Caducidad: La fecha de caducidad será siempre el último día del mes indicado en el envase. Nunca utilizar vacunas vencidas
- En todo carné debería figurar número de lote y fecha de vencimiento de la vacuna, fecha y vía de aplicación.

6.1.1.3 Esquema de vacunación PAI

 REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN 			
EDAD	VACUNA		ENFERMEDAD QUE PREVIENE
Recién nacido	Tuberculosis (BCG)		Meningitis tuberculosa
	Hepatitis B		Hepatitis B
A los 2 meses	PENTAVA-LENTE	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Difteria - Tos ferina - Tétanos
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B	Hepatitis B
		Polio	Poliomielitis
		Rotavirus	Diarrea por Rotavirus
		Neumococo	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
A los 4 meses	PENTAVA-LENTE	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Difteria - Tos ferina - Tétanos
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B	Hepatitis B
		Polio	Poliomielitis
		Rotavirus	Diarrea por Rotavirus
		Neumococo	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
A los 6 meses	PENTAVA-LENTE	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Difteria - Tos ferina - Tétanos
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B	Hepatitis B
		Polio	Poliomielitis
		Influenza estacional	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 7 meses		Influenza estacional*	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 12 meses		Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Sarampión - Rubeola - Paperas
		Varicela	Varicela
		Neumococo	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
		Hepatitis A	Hepatitis A
A los 18 meses		Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Difteria - Tos ferina - Tétanos
		Polio	Poliomielitis
		Fiebre amarilla (FA)	Fiebre amarilla

EDAD	VACUNA	DOSIS	ENFERMEDAD QUE PREVIENE
A los 5 años	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Polio	Segundo refuerzo	Poliomielitis
	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Refuerzo	Sarampión - Rubeola - Paperas
Niñas escolarizadas de cuarto grado de básica primaria y no escolarizadas que hayan cumplido 9 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera: Fecha elegida Segunda: 6 meses después de la primera dosis Tercera: 60 meses después de la primera dosis	Cáncer de cuello uterino
Mujeres en edad fértil (MEF) entre los 10 y 49 años	Toxoide tetánico y diftérico del adulto (Td)**	5 dosis: Td1: dosis inicial Td2: al mes de Td1 Td3: a los 6 meses de Td2 Td4: al año de la Td3 Td5: al año de la Td4 Refuerzo: cada diez años	Difteria - Tétanos - Tétanos neonatal
Gestantes	Influenza estacional	Una dosis a partir de la semana 14 de gestación	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
	Tdap (Tétanos - Difteria - Tos ferina Acelular)	Dosis única a partir de la semana 26 de gestación en cada embarazo	Tétanos neonatal - Difteria - Tos ferina al recién nacido

* Aplicar una dosis de refuerzo de influenza estacional entre los 12 y 23 meses de edad.

** De acuerdo al antecedente vacunal

NIÑOS Y NIÑAS CON ESQUEMA TARDÍO DE VACUNACIÓN	
Entre 12 a 23 meses sin antecedente vacunal: 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa. 3 dosis de Polio con intervalo de 4 semanas. 1 dosis de pentavalente. Se completa con: 2 dosis de DPT con intervalo de 4 semanas. 2 dosis de Hepatitis B con intervalo de 4 semanas. 1 dosis de triple viral. 1 dosis de fiebre amarilla 1 dosis de hepatitis A 2 dosis de neumococo con un intervalo de 2 meses. 1 dosis de varicela (si nació a partir del 1ro de julio de 2014) Niños con esquema de vacunación incompleto: Revisar, continuar y completar el esquema según sea el caso.	Entre 2 a 5 años sin antecedente vacunal: 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa. 3 dosis de Polio con intervalo de 4 semanas. 3 dosis de DPT con intervalo de 4 semanas. Completar esquema con los 2 refuerzos respectivos con DPT o Td pediátrico según sea el caso. 3 dosis de Hepatitis B con intervalo de 4 semanas. 1 dosis de SRP y el refuerzo a los 5 años de edad (mínimo un año entre dosis y refuerzo). 1 dosis de fiebre amarilla. 1 dosis de hepatitis A (si nació a partir del 1ro de enero del 2012) 1 dosis de neumococo. 1 dosis de varicela (si nació a partir del 1ro de julio del 2014). Niños con esquema de vacunación incompleto: Revisar, continuar y completar el esquema según sea el caso.

Actualizado a Enero 2016

Niños de alto riesgo

Todos los niños hasta de dos años con Infección por HIV, Cardiopatía congénita, asplenia, Inmunodeficiencia primaria, Diabetes mellitus, Inmunocompromiso por Cáncer o por Insuficiencia Renal Crónica o síndrome nefrótico, Quimioterapia inmunosupresora, fístulas de líquido cefalorraquídeo y enfermedad pulmonar crónica (de más de un mes de evolución) recibirán:

- Tres dosis de vacuna de neumococo a los dos y cuatro meses de edad y un refuerzo a los 12 meses.

Niños de bajo peso al nacer (menor a 2.500 g)

- Tres dosis de vacuna de neumococo a los dos y cuatro meses de edad y un refuerzo a los 12 meses.

- Dos dosis de vacuna contra el rotavirus a los dos y a los cuatro meses.

El detalle de la atención en el PAI debe consultarse en la norma técnica correspondiente, definida por la Resolución 412/2000 o por aquellas normas que se encuentren vigentes.

6.1.1.4 Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

La limitación visual es la alteración visual que trae como consecuencia dificultades en el desarrollo de actividades que requieran el uso de la visión. En el contexto de la limitación visual se encuentran las personas ciegas y con baja visión; considerando baja visión, según la OMS, a aquellas que después de la mejor corrección óptica convencional o quirúrgica; no supera una agudeza visual de 20/60.

La detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual permite promover la salud visual, prevenir enfermedades oculares y reducir la ceguera prevenible o curable.

Las alteraciones en la visión se constituyen en un problema de salud pública.

Las alteraciones visuales producen consecuencias adversas en el individuo, lo cual limita el desarrollo escolar. Así mismo la productividad en el adulto

La detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual, da cuenta del conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones orientadas a detectar precozmente la existencia de alteraciones de la agudeza visual.

Población objeto

- Niños de 4 años, adolescentes de 11 y 16 años, y adultos de 45, 55, 65 años.

La toma de la agudeza visual se realiza teniendo en cuenta las siguientes actividades:

Examen de visión lejana.

- Contar con la tabla de Snellen apropiada para la edad.
- Buena iluminación.
- Contar con un área mínimo de 6 metros para realizar la prueba.
- Realizar la valoración individual a cada ojo, sin cerrarlo, ni ejercer presión sobre el mismo.
- Registrar el resultado del examen en forma numérica de fraccionarios

Examen de visión cercana

- Se realiza a personas mayores de 45 años.
- Contar con una cartilla de visión próxima para alfabetos y analfabetas.
- Ubicar a la persona a una distancia de 33 a 40 cm.

- Contar con iluminación adecuada.
- Realizar la valoración individual a cada ojo, sin cerrarlo, ni ejercer presión sobre el mismo.

Recurso humano

La toma de la agudeza visual se puede hacer por personal de salud debidamente entrenado y capacitado.

El examen oftalmológico debe ser practicado por oftalmólogo calificado, éste se realiza a personas de 55, 65 y mas años, a partir de los 65 años el examen se debe realizar cada 5 años. En la consulta se debe realizar: anamnesis, valoración de parpados, orbita y anexos, valoración de motilidad palpebral y ocular, valoración de conjuntivas, valoración de corneas,

Valoración de reactividad pupilar, Medición de tensión ocular, valoración del fondo de ojo.

El detalle de la atención para la DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL debe consultarse en la norma técnica correspondiente, definida por la Resolución 412/2000 o por aquellas normas que se encuentren vigentes.

6.1.1.5 Norma técnica para la atención preventiva en salud bucal

La atención preventiva en la salud oral, es el conjunto de actividades, encaminadas a mantener la salud oral y disminuir la presencia de principales patologías orales en la población.

La **población objeto** es toda aquella mayor de dos años.

Objetivo general

Disminuir los riesgos más importantes para la aparición de caries y enfermedades periodontal en la población.

Objetivos específicos

- Control y remoción de placa bacteriana.
- Aplicar flúor
- Aplicación de sellantes.
- Detartraje supragingival.

Control y remoción de placa bacteriana.

Todas las actividades están encaminadas a conservar un bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral, mediante la identificación y demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de placas dentales y de los tejidos blandos.

Actividades realizadas por el auxiliar de higiene oral, supervisión del odontólogo o por el mismo. No se debe olvidar aquellas personas que presentan discapacidades físicas o cognitivas.

- Aplicación de las pastillas reveladoras.
- Evaluar la técnica de limpieza diaria e indicar la adecuada.

Aplicación del flúor

La aplicación de esta sustancia genera mayor resistencia a la caries

La actividad es realizada por personal capacitado por el alto grado de toxicidad del producto.

Aplicación de sellantes

Es la modificación morfológica de la superficie dental mediante la aplicación de una barrera física que permita disminuir la placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma.

Los dientes sellados se evalúan cada seis meses a cada año, a juicio del operador.

Detartraje supragingival

Remover y eliminar en forma mecánica de la placa bacteriana y los cálculos de la porción coronal del diente para evitar daño en los tejidos de soporte y así disminuir la gingivitis y la periodontitis

El detalle de la atención preventiva en salud bucal debe consultarse en la norma técnica correspondiente, definida por la Resolución 412/2000 o por aquellas normas que se encuentren vigentes.

6.1.1.6 Guías de atención, aplicables en el periodo de edad hasta los 10 años. guía de atención del menor maltratado

Definición de maltrato infantil

Toda acción, y omisión que infiera negativamente en el desarrollo físico, y mental o emocional de un menor, causado por un adulto a cuyo cuidado se encuentra el menor.

Tipo de maltrato

Físico:

Es toda agresión física a un menor causado por parte de los padres, personas del grupo familiar o cuidadores. Puede ser intensidad leve, moderado o grave y su ocurrencia antigua, reciente, o recurrente.

Factores de riesgo

Del niño o niña:

Retardo mental, parálisis cerebral, deformaciones físicas, dificultades en la alimentación o defecación, niños inquietos o chillones, con enfermedades crónicas, menores de 5 años.

Riesgos sociales:

Desempleo, tolerancia social al maltrato en general hacinamiento, desplazamiento, forzado, corrupción, bajo nivel de ingresos, ausencias de redes de apoyo.

Signos y síntomas de un niño maltratado

SISTEMA-ÓRGANO Y ÁREA	SÍNTOMAS
Piel y tejidos blandos	Edema, equimosis y hematomas, en cara, extremidades, glúteos y tronco, cicatrices que evidencian el objeto con el que fueron hechas, quemaduras con cigarrillo, plancha, líquidos etc. Laceraciones en cavidad oral.
Esqueléticos	Fracturas en menores de un año, fracturas frecuentes maltratados o mal cicatrizadas, dislocación del hombro o del codo, contusiones de hombro o codo, machacamientos.
Sistema Nervioso Central	Trauma craneoencefálico desde leve a severo.
Respiratorio	Casi ahogamiento y bronco aspiraciones.
Órganos de los sentidos	Heridas y hematomas de párpados sin compromiso del globo ocular, lesiones corneales, herida del pabellón auricular, hemorragia del oído medio o interno, desviaciones del tabique. Hemorragias nasales que ceden fácil al taponamiento.
Cavidad abdominal.	Golpes, hematomas, contusiones que no comprometen las vísceras, rupturas de vísceras.

Emocional o psicológico

Dentro de esta variante de maltrato se encuentra numerosas conductas de padres maestros y cuidadores que realizan con los niños, por ejemplo: rechazo, la crítica, la constante burla de sus aptitudes o de sus errores y equivocaciones infantiles, la ridiculización de sus acciones, amenazas de abandono, o daño si no cumple con las expectativas de los padres, exigencias inapropiadas para la edad del niño. Es importante recordar que todos los tipos de maltrato a niños y niñas están acompañados de maltrato psicológico.

Factores de riesgo:

Del niño o niña

- Bajo rendimiento escolar, exigencia excesiva de los padres en el rendimiento escolar, etapa en que los padres desean que el niño o niña controle su esfínteres, trastornos en el desarrollo físico y mental.

Familia o de sus miembros:

- Padres que ignoran, rechazan, aíslan, aterrorizan, hervienten, atacan verbal/ o presionan al niño o niña.
- Padres que no responden a las necesidades de niño o niña y fracasan en estimularlos.
- Padres que no establecen contacto visual con los niños.
- Padres que presentan depresión profunda.
- Embarazos indeseados
- No participación del papa con la crianza
- Conflictos de parejas.
- Alcoholismo o drogadicción.
- Trastornos mentales.
- Antecedente de maltrato. etc.

Abuso sexual

Contacto o interacción entre un adulto y el menor, en el que este último es utilizado para satisfacción sexual del adulto o de terceros.

El abusador puede ser un menor cuando es significativo / mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre el meno.

Factores de riesgo

Del niño o niña

- Condición de sentimiento y dependencia de los niños y las niñas son mas abusadas intrafamiliar/ y los niños más frecuente fuera de casa.
- Niño que ha sido expuestos desde muy temprana edad al comportamiento sexual del los adultos.
- Con autoestima negativa.
- Con poco vinculo afectivo con los padres.
- Niños muy pequeños o con discapacidades físicas, o intelectuales.
- Niños que desconocen el abuso sexual y la manera de evitarlos.

De la familia o de sus cuidadores

- Con historia de abuso sexual infantil y abuso psicológico y físico en la infancia y en la vida actual.
- Impera el silencio por temor al qué dirán.
- Hacinamiento
- Familias autoritarias.
- Familias con nivel de comunicación bajas.
- Poca claridad en las normas familiares y en particular la de los comportamientos sexuales y auto cuidado. Etc.

Sociales

- Significado social de la mujer desde la niñez.
- Sobre la valoración de la figura masculina en la familia.

- Su misión de la madre y de los hijos ante padres autoritarios.
- Tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad.

Del abusador

- Personalidad controladora, dominante.
- Consumidor de alcohol o drogas.
- Posiblemente fueron objeto de abuso sexual en la infancia.
- Predilección por establecer relaciones sexuales con el menor etc.

Gestación y maltrato

Conductos que por acción u omisión agraden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto.

Factores de riesgo:

- Embarazo no deseado
- Intentos de abortos o abortos anteriores
- Mujeres que planean dar su hijo en adopción
- Mujeres abandonadas por su pareja o rechazadas por su familia
- Alcoholismo
- Madres adolescentes
- Antecedentes de maltrato
- Fármaco-dependencia
- Padres con enfermedad mental grave o sociopatía.

Síndrome de bebe zarandeado

Es cuando se sacude fuertemente a los bebés. El realizar estos movimientos puede producir lesiones graves y en algunas ocasiones puede llevar hasta la muerte.

Los bebés más pequeños recién nacidos y lactantes son extremadamente/ venerables, porque sus cabezas son muy grandes en comparación de su cuerpo los músculos del cuello son muy débiles y su cerebro no se ha desarrollado completamente.

Este síndrome se presenta porque el adulto vuelca su frustración o ira en el bebé. Esto puede causar daño cerebral, ceguera, parálisis, factores incluso hasta la muerte.

Negligencia:

Deprivación de los elementos básicos cuando se pueden brindar, necesarios para garantizar el desarrollo armónico e integral del niño (educación, alimentación, salud, cuidado y afecto).

Factores de riesgo:

- Niños con enfermedades crónicas, discapacitados física o mentalmente, comportamientos como hiperactividad, hipo-actividad o rebeldía, enfermedades como Síndrome de Down, Autismo y Parálisis Cerebral, sexo del niño que no

satisface las necesidades del padre, bajo nivel educativo de los padres, pobreza, madre cabeza de hogar, débiles lazos afectivos, adicciones .

Maltrato social o institucional:

Falta de satisfacción de las necesidades básicas de los niños y las niñas como consecuencia de la ausencia de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia de quienes tienen a cargo su crianza y cuidado.

Factores protectores generales

Promover la formación de un sólido vínculo afectivo entre los padres o cuidadores y sus hijos capaces de amortiguar las dificultades de la crianza sin que ocurra el maltrato en cualquiera de sus formas.

Educar e informar a los niños o niñas sobre sus derechos.

Enseñar las diversas etapas psicosexuales a los padres.

Ayudar a las comunidades a la información de las diversas redes que aporten enriqueciendo emocionalmente y ofreciendo contenciones en las situaciones de crisis.

Red del buen trato

Es la que tiene las relaciones en las diferentes organizaciones, servidores públicos; ciudadanos y ciudadanas que promueven la cooperación, la coordinación, construcción y organización proactiva para construir una ciudad donde niños, niñas y familias fundamente su relación en el afecto; su capacidad para solucionar conflictos y la convivencia.

Objetivos generales

- Promover el respaldo político y administrativo de las instituciones participantes de la red.
- Promover una gestión para que las redes articulen y coordinen los recursos institucionales, distritales y locales.
- Promover la participación comunitaria.
- Detectar oportunamente el maltrato infantil y brindar un tratamiento integral que disminuya las secuelas y la muerte.

Objetivos específicos

- Promover la identificación, notificación y denuncias en casos de violencias intrafamiliar y delitos sexuales.
- Implementar el plan para la atención integral a niños y niñas en abuso y explotación sexual.
- Quien participa en la red.

Instituciones participantes:

- ICBF

- Comisaría de familia.
- Unidad de medición y conciliación.
- Hospitales de I nivel. ESE.
- DABS (Departamento administrativo de bienestar Familiar)
- CADEL.
- Y todos los ciudadanos y ciudadanas que deseen participar activamente en la transformación y fortalecimiento de relaciones familiares.

Denuncia:

Todos los miembros de una institución que tengan conocimiento o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de maltratos, tiene la obligación de denunciar el hecho ante la comisaría de familia, el centro zonal de ICBF o cualquiera de las instituciones que participan en la red.

El detalle de la atención al menor maltratado debe consultarse en la guía correspondiente, definida por la Resolución 412/2000 o por aquellas normas que se encuentren vigentes. Igualmente, el Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud, definido en el año 2008 en Bogotá D.C.

6.1.1.7 Guía de atención del bajo peso al nacer

Definición

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, mediante las cuales se asegura un manejo adecuado de las condiciones bio-psico-sociales de los neonatos cuyo peso al nacer sea inferior a 2500 gr., independiente de la edad gestacional, o que nazcan antes de 37 semanas de edad post-concepcional, así su desarrollo intrauterino haya sido normal.

El cuidado tradicional en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal en incubadoras para estos neonatos de Bajo Peso al Nacer consiste, por una parte, en tratar las enfermedades que puedan presentar y, por otra, apoyar la debilidad de las funciones fisiológicas. Este manejo implica recursos económicos, técnicos y humanos calificados. Además implica separación prolongada de la madre y del niño y representa una situación de desequilibrio afectivo.

El Método Madre Canguro no reemplaza el cuidado intensivo humanizado, ni el abordaje clínico inicial del recién nacido de Bajo Peso al Nacer y/o prematuro, ni el cuidado intermedio, por el contrario los continúa y complementa. El método canguro consiste en:

- 1) Contacto piel a piel una vez estabilizado el neonato de Bajo Peso al Nacer y/o prematuro 24 horas al día
- 2) Alimentación materna exclusiva siempre que sea posible y
- 3) Salida Precoz con estricto seguimiento ambulatorio

Objetivos de la atención

- Brindar una atención adecuada a los neonatos con Bajo Peso al Nacer durante el período postnatal, mejorando su calidad de vida y la de sus familias, y disminuyendo las tasas de mortalidad perinatal.
- Detectar precozmente las alteraciones producidas por la prematurez o el bajo peso al nacer y en consecuencia actuar oportunamente para proporcionar mejores condiciones de vida a través del desarrollo del apego, del vínculo afectivo y una adecuada nutrición mediante un estricto seguimiento ambulatorio, que asegure un desarrollo bio-psico-social integral.

Población objeto

Todos los recién nacidos con peso al nacer menor de 2500 gr. o que nazcan con menos de 37 semanas de edad post-concepcional.

Características de la atención

Las guías básicas de manejo del recién nacido con bajo peso al nacer contienen actividades, procedimientos e intervenciones que deben ser realizadas durante su atención, en instituciones con capacidad resolutive y un equipo de salud capacitado que garantice la atención humanizada y de calidad para lograr un recién nacido sano.

El detalle de la atención del bajo peso al nacer debe consultarse en la guía correspondiente, definida por la Resolución 412/2000 o por aquellas normas que se encuentren vigentes.

6.1.1.8 Estrategias de impacto en salud en el periodo de edad hasta los 10 años.

ESTRATEGIA IAMI: Instituciones Amigas de la Mujer y el Infante / lactancia materna

Definición

La leche materna constituye, por sí sola, el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de vida y con otros alimentos hasta los dos años.

La leche materna es la mejor fuente nutricional y natural para su hijo.

Anatomía y fisiología de la glándula mamaria

En la mujer la glándula mamaria se encuentra en la estructura anatómica denominada mama, compuesta de alvéolos formados por ácinos y esto a su vez por las células acinares. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo las proteínas, grasas, carbohidratos, sales minerales, anticuerpos y agua que son los principales constituyentes de la leche.

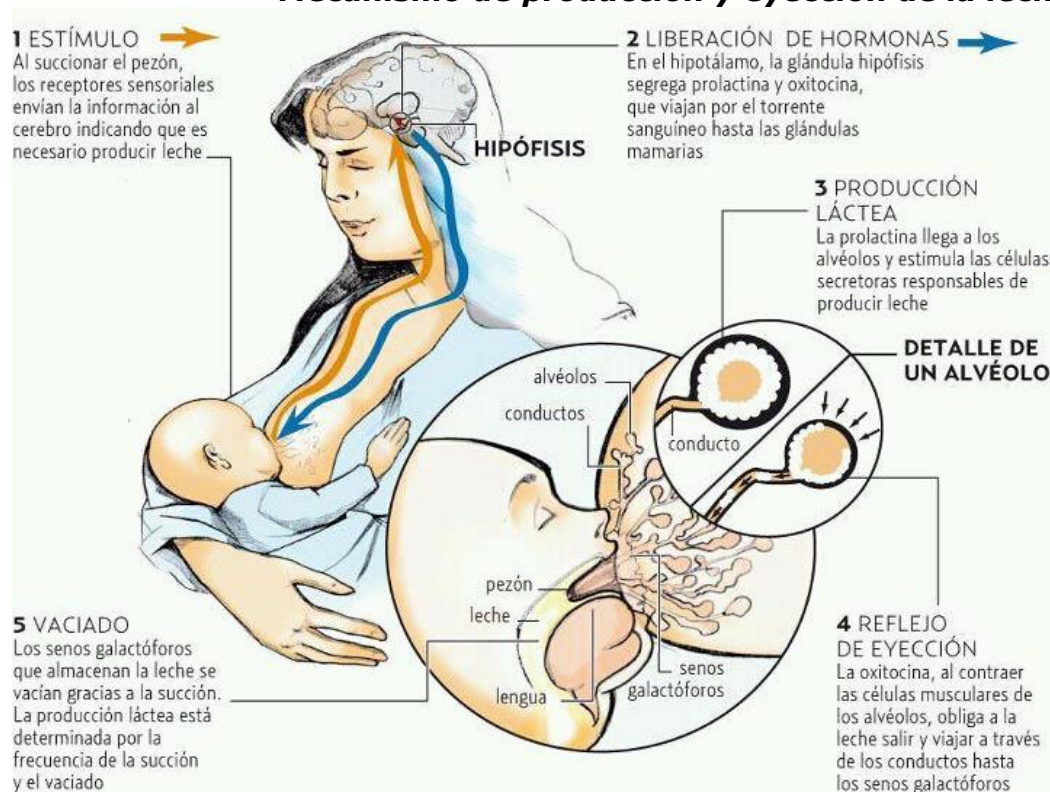
Fisiología de la lactancia **Secreción de la leche**

Proceso mediante el cual las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan a los conductos lactíferos. En la mujer la secreción láctea abundante se inicia tres a cuatro días después del parto.

Para que la producción de la leche sea posible es necesario el desarrollo de la glándula mamaria a través de cuatro etapas:

- Mamogénesis o desarrollo embrionario.
- Lactogénesis: Es el inicio de la producción de leche, la hormona prolactina producida en la hipófisis es necesaria para el establecimiento de la lactancia.
- Galactopoyesis: mantenimiento de la secreción una vez establecida. La prolactina es la hormona galactopoyética más importante en la mujer. El cortisol, la insulina y la hormona del crecimiento son también necesarios para la mantenimiento de la secreción láctea.
- Eyección: salida de la leche materna.

Mecanismo de producción y eyección de la leche



Evacuación de la leche

La secreción láctea fluye desde los alvéolos al sistema de conductos mayores por la compresión de los alvéolos que produce la contracción de fibras mioepiteliales gracias a la oxitocina hormona liberada por la hipófisis. El estrés puede inhibir el reflejo lácteo en la mujer. La descarga de oxitocina como consecuencia de la succión del pezón también produce contracción de la fibra muscular uterina y es un proceso fisiológico que colabora con la involución uterina en el puerperio.

Amamantamiento

El reflejo eyecto-lácteo desencadenado por la succión determina que la leche fluya de los alvéolos mamarios hasta los conductos mayores y senos lactíferos desde dónde puede ser removida por el lactante. El amamantamiento requiere de la completa introducción del pezón y de la areola en la boca del niño, de tal forma, que la punta del pezón alcance el paladar blando. Para lograrlo se debe utilizar el reflejo de búsqueda, que se desencadena al estimular el labio inferior del lactante y que produce la apertura de la boca y la ubicación de la lengua sobre el piso de ella.

Amenorrea

A mayor duración de la lactancia exclusiva mayor duración del período de amenorrea, aunque esta asociación decrece en períodos más largos de lactancia.

Tipos de leche

La leche humana: La leche materna ofrece al niño el alimento ideal durante los primeros meses de vida. Los elementos que la constituyen y la proporción en que éstos se encuentran, aportan al lactante los elementos nutricionales e inmunológicos para un crecimiento óptimo.

Calostro: Líquido viscoso y amarillento y espeso que se segrega a partir del cuarto o quinto mes de embarazo. Después del parto el niño debe tomar el calostro, pues es rico en proteínas, hierro y vitaminas y posee menos grasa que la leche materna. Contiene inmunoglobulinas o sea anticuerpos que protegen al niño de las infecciones y es laxante natural que favorece las deposiciones del RN o meconio.

Tiene una duración de dos a tres días después del parto, hasta la aparición de la leche de transición o subida de leche, las glándulas aumentan de tamaño y de temperatura lo cual indica que los pechos están preparados para la succión del bebé. El volumen de calostro durante los tres primeros días post parto es de 2 a 20ml por mamada siendo suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del RN.

Leche de transición: Es la que se produce entre el cuarto y decimoquinto día post parto el volumen es de aproximadamente 600 a 700ml al día. La composición de la leche va cambiando con el transcurso de los días de las características del calostro a las características de la leche madura.

Leche madura: En ella se encuentran sustancias alimenticias que necesita el niño perfectamente adaptadas a las características de su aparato digestivo. La leche materna en comparación con la leche de otros mamíferos es rica en lactosa y pobre en proteínas y minerales. Las proteínas de la leche humana son altas en proteínas del suero como la alfa lactoalbúmina, lactoferrina e inmunoglobulina A estas dos últimas protege al niño contra las infecciones gastrointestinales. La leche humana contiene una proporción mayor de grasas comparadas con las proteínas, y con relación a la leche de vaca contiene mayor proporción de ácidos insaturados con relación a los saturados lo que va a favorecer la digestión, las vitaminas se encuentran en una menor proporción pero en las cantidades adecuadas para el niño. Los minerales también se encuentran en una menor proporción como el hierro pero el encontrado en la leche humana tiene una alta digestibilidad y junto con las reservas del lactante puede evitar una deficiencia de éste mineral durante el cuarto hasta el sexto mes.

Leche pretérmino: Las madres que tienen un parto pretérmino producen durante uno o más meses leche con una composición mayor de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa que la leche madura, por lo tanto es apropiada para el niño inmaduro que tiene requerimientos elevados de proteínas y menor capacidad de lactosa. La lactoferrina y la Ig A son más abundantes en ella. La leche de pretérmino no alcanza a cubrir los

requerimientos de calcio y fósforo por lo que estos niños deben ser suplementados con estos elementos.

Ventajas de la lactancia materna

En el niño:

- Protege contra las alergias.
- Contiene todos los nutrientes.
- Las células vivas de la lactancia materna inhiben el desarrollo de bacterias y virus sobre el sistema inmaduro del RN protegiendo de enfermedades.
- Ganancia de peso adecuada para el niño.
- Fortalece músculos de boca, lo que favorece una buena articulación para el habla.
- Vínculo de seguridad y amor entre madre e hijo.
- Disminuye la incidencia de caries dental
- Los niños alimentados con leche materna, presentan coeficientes inteligentes más altos.
- Previene la malnutrición.
- Disminuye la incidencia de diarrea y de enfermedades respiratorias.
- La lactancia materna previene la anemia en el niño, por ser el hierro de alta biodisponibilidad y por tener otros factores como cobre y folatos.
- Interviene en la maduración del tubo digestivo a través de elementos como inmunoglobulinas A, el tipo de proteínas, el lactobacillus bifidus y el factor de crecimiento epidérmico.
- Favorece la maduración del sistema nervioso central.
- Disponibilidad inmediata y temperatura ideal.

En la madre:

- La lactancia total retarda los periodos menstruales y de ovulación lo que disminuye las posibilidades de un nuevo embarazo, sin embargo, no es un método seguro de planificación.
- La lactancia minutos después del parto ayuda a impedir hemorragia ya que produce contracción del útero y reduce el flujo de sangre. A su vez contribuye a que el útero recupere su tamaño normal.
- Amamantar al niño reduce la probabilidad de cáncer de seno, ovárico y uterino.
- La lactancia materna ahorra tiempo, esfuerzo y dinero en comparación con la lactancia artificial.
- Fomenta el vínculo de unión entre madre e hijo.
- Ayuda a la recuperación de la figura corporal.
- Favorece los sentimientos de plenitud y su realización como madre.

En la familia.

- Es más económica.
- Esta siempre lista.

- Esta siempre a la temperatura ideal.
- Favorece la alimentación nocturna
- Favorece el vínculo padre-madre-hijo.

Técnicas de amamantamiento

- La técnica correcta es la base para una lactancia exitosa. Para amamantar la madre debe colocarse cómoda ya sea sentada con su espalda apoyada en un respaldo o decúbito lateral (recostada) sobre el antebrazo de la madre homólogo de la mama que está amamantando.
- La cabeza del niño debe apoyarse en la parte interna del codo y quedar orientada al eje de su cuerpo. Debe tomar al niño por la región glútea de tal manera que la madre con sólo desplazar el brazo pueda acercar o alejar al niño de la mama.
- Con la otra mano, la madre debe tomar su mama con el dedo pulgar colocado en la parte superior y los otros cuatro dedos en la parte inferior formando una C por detrás de la areola y en esta forma llevar el pezón a estimular el labio inferior del niño, de tal forma, que el niño abra la boca grande y bajar la lengua. En este momento con un rápido movimiento la madre debe atraer el niño hacia la mama, no la mama al niño, los dedos de su mano no deben sobrepasar, para introducir el pezón y la areola en su boca. Cuando la madre ofrece la mama al niño, los dedos de su mano no deben sobrepasar la región de la areola, ni tampoco deben ser colocados en forma de tijera.
- El pezón y la areola deben quedar completamente introducidos en la boca del niño, de tal manera que la nariz y el mentón de éste quede en íntimo contacto con la piel de la mama. El niño puede respirar normalmente debido a la conformación anatómica de la nariz.
- En ciertas situaciones, como amamantamiento de gemelos, mamas muy grandes, grietas del pezón, niños hipertónicos, niños hipotónicos, es útil colocar al niño sentado frente a la madre. Para esto, la madre sostiene la cabeza del niño entre el dedo pulgar y el dedo medio de la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama, su antebrazo sostiene la espalda del RN quien se encuentra sentado frente a ella con sus piernas entre el brazo y el tronco de la madre, la mano contraria ofrece la mama. Esta posición resulta más cómoda sentando al niño sobre un cojín.
- Una modificación de esta posición es la del "caballito" en la que el niño se sienta montado sobre la pierna de la madre con su cuerpo enfrentándola. En caso de reflejo de eyección excesivo de leche es la madre acostada de espalda con el niño recostado en posición ventral sobre ella.
- Si bien el ideal es permitir al niño determinar la duración de la mamada, en ocasiones puede ser necesario interrumpirla. Para retirar al niño de la mama, no se le debe traccionar, porque puede producir dolor y lesionar el pezón. Para hacerlo la madre debe introducir su dedo índice o meñique por la comisura labial de la boca del niño hasta las encías, presionando subviente la encía inferior de tal manera que el dedo reemplace por un momento el pezón al ser retirado.

- Amamantar empleando la técnica correcta no produce dolor. Es conveniente que el niño vacíe totalmente la mama antes de ofrecerle la otra, de forma que reciba la leche de final de mamada que tiene mayor contenido de grasa. Se recomienda amamantar por libre demanda hasta que llegue a establecer su propio ritmo.
- Para el cuidado de las mamas, lo más importante es utilizar la técnica correcta de amamantamiento. No es necesario limpiar los pezones antes o después de la mamada, ni aplicar cremas ni lociones. Basta con lavar las mamas con agua sin usar jabón una vez al día. Después de la mamada es conveniente cubrir el pezón y la areola con algunas gotas de leche materna que se dejan secar al aire.

Técnica de extracción manual de leche.

- Escoger un lugar tranquilo y estar relajada.
- Lavado de manos.
- Masaje circular de la mama, seguido de otro desde arriba hacia la areola estimulada suavemente la areola y los pezones para desencadenar el reflejo de eyección antes de comenzar de extraer la leche.
- Extraer la leche hacia un envase limpio de plástico o de vidrio.
- Colocar el pulgar por arriba y el índice por debajo en el borde externo de la areola, mantenerlos fijos y no deslizarlos sobre la piel.
- Compresión rítmica hacia las costillas con los dedos abiertos juntándolos luego hacia el pezón, con la frecuencia del niño al mamar. Al principio aparecerán gotas y luego saldrán chorros de leche.
- Evite sostener el pecho con la palma
- Rotación de la posición de los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas.
- Alternar la mama cuando disminuya el flujo de leche y repetir el masaje y el ciclo varias veces.

Conservación de la leche.

- La leche materna no contiene preservativos, por lo tanto debe tomarse cuidado para su manipulación.
- Conserve la leche en un recipiente plástico con tapa rosca.
- Use un recipiente distinto y limpio cada vez que se extraiga la leche.
- Inmediatamente después de extraer la leche, cierre y marque con una etiqueta el recipiente.

Tabla de tiempos de conservación de la leche materna

Temperatura Ambiente	12 HORAS
Refrigerador (no en la puerta)	72 HORAS
Congelador (Dentro Del Refrigerador)	14 DIAS
Congelador (Externo)	3 MESES

Complicaciones y contraindicaciones de la lactancia.

En la madre:

- Dolor al amamantar, se trata con una correcta técnica de lactancia.
- Grietas en el pezón, se trata con una correcta técnica de lactancia.
- Congestión mamaria, es la retención de leche producida por el vaciamiento infrecuente o insuficiente de las mamas, se debe extraer leche.
- Micosis mamaria, es una infección del pezón y la areola producida por la *cándida albicans*, en casos severos, puede llegar a comprometer conductos mamarios se trata con antimicóticos locales (nistatina) tanto en la madre como en el niño.
- Retención de leche, produce nódulos mamarios, se recomienda masaje y calor y usar distintas posiciones para amamantar.
- Mastitis, proceso infeccioso del intersticio que rodea al lóbulo mamario, se trata médicamente.
- Pezones invertidos.
- Cirugía reductora de seno.
- Mamas supernumerarias, se puede presentar tejido mamario en las axilas, se trata médicamente.
- Reflejo de eyección inhibido por inseguridad, tensión y dolor puede tratarse con una adecuada técnica de lactancia.
- Reflejo de eyección excesivo, se debe amamantar al niño en posición ventral y extracción de leche.

En el niño

- Disfunción motora oral, presentan problemas en la succión debido a hipertoniá (niño con posición de extensión), hipotoniá (niño con flexión disminuida), prematuridad.
- Malformaciones físicas como dificultades respiratorias, labio leporino, paladar hendido, malformaciones en esófago que producen trastornos digestivos que producen vómitos y diarrea post-prandial.
- Incompatibilidad Rh, si la madre tiene Rh negativo y el padre y el niño Rh positivo, el calostro materno posee anticuerpos que pueden perjudicar al niño. Para evitar esta posibilidad se recomienda sacar el calostro y hervirlo antes de dárselo al niño. Tras la subida de leche los anticuerpos desaparecen y ya no existe peligro alguno.

Razones que se aducen más frecuentemente para no amamantar:

- Integración de la mujer en el mundo del trabajo.
- Progreso de la tecnología en la industria láctea.
- Por estética.
- Por temor, no puedo amamantar.
- Por ignorancia, creen que van a enfermar al bebé.
- Por descuido.

- Mitos.

Inconvenientes en el uso del biberón

- Los productos lácteos, a diferencia de la leche materna, no incorporan anticuerpos, o sea, las proteínas que protegen al bebé de afecciones gastrointestinales o respiratorias o de reacciones alérgicas.
- Exige a los padres estar siempre alerta para proteger al niño de gérmenes causantes de indigestión o diarrea.
- Suprimir la propia producción láctea produce en la madre malestar en los pechos durante algún tiempo.
- Una dosis exagerada de leche puede producir sobrealimentación.
- Contar con un equipo de lactancia y mantenerlo en perfectas condiciones exige una permanente dedicación de lavado y dedicación de lavado y esterilización.
- Deforma paladar y dientes, entre otras.

Diez pasos para una lactancia feliz

- Disponer de una política por escrito relativa a lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
- Capacitar a todo el personal de salud de modo que estén en condiciones de poner en práctica esta política.
- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrecen la lactancia natural y la forma de ponerlo en práctica.
- Ayudar a las madres e iniciar la lactancia durante media hora siguiente al parto.
- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si ha de separarse de sus hijos.
- Dar a los RN sólo leche materna, sin otro alimento o bebida a no ser que esté médicamente indicado.
- Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas al día.
- Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
- No dar chupetes de entretención a los niños alimentados al pecho.
- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital o clínica.

Plan institucional de capacitación

Resumen del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna OMS / UNICEF. Decreto 1397 de 1992, código de sucedáneos de la lactancia materna.

Objetivo:

El código tiene por objeto proteger y fomentar la lactancia materna, mediante la reglamentación de una distribución y comercialización adecuadas de los sucedáneos de la leche materna.

Alcance:

El código se aplica a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, cuando estén comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplear para sustituir parcial o totalmente a la leche materna. Los sucedáneos de la leche materna incluyen los siguientes alimentos y bebidas:

- Fórmulas infantiles
- Otros productos lácteos
- Cereales (en papillas)
- Jugos
- Mezclas de verduras y jugos para bebés
- Leches de seguimiento.

El código se aplica además a los biberones y tetinas. Algunos países han ampliado el alcance de código para abarcar además de los alimentos comercializados o de otro modo indicado como sucedáneos de la leche materna, también los alimentos usados como sucedáneos de la leche materna.

Publicidad:

El código no permite ninguna publicidad destinada al público de los productos arriba mencionados.

Muestras:

No permiten muestras a las madres y a sus familiares ni a los agentes de salud.

Sistema de atención de salud:

No se permite ninguna promoción de los productos en los servicios de salud, es decir ninguna exposición de productos, afiches, ni distribución de materiales promocionales. No se permite el uso de personal de las compañías fabricantes de dichos productos en los servicios de salud.

Agentes de salud:

Los fabricantes no pueden dar regalos ni muestras a los agentes de salud. La información que distribuyan a los agentes de salud sobre productos debe ceñirse a datos científicos y objetivos.

Suministros:

No se permite la distribución gratuita de suministros de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y clínicas.

Información:

El material informativo y educativo debe explicar los beneficios de la lactancia materna, los riesgos para la salud vinculados al uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles.

Etiquetas:

Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la lactancia materna es superior, explicar la necesidad de consultar a un agente de salud antes de usar un sucedáneo y deben contener una advertencia sobre los riesgos de su uso para la salud.

Productos:

Los productos que no son apropiados para lactantes, como la leche condensada azucarada, no se deben promover para bebés. Todos los productos deben ser de buena calidad, de acuerdo con las normas del *codex alimentarius*, y deben adecuarse al clima y a las condiciones de almacenamiento donde del país donde se usan.

AIEPI (ATENCIÓN DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA)

COMPONENTE INFANTE.

PROBLEMAS DE GARGANTA

Cuando la madre o el cuidador lleven al niño al centro asistencial debemos **evaluar el dolor de garganta** teniendo en cuenta las respuestas indicadas a continuación:

- ¿Puede beber el niño?

Se debe observar y palpar:

- Palpe los ganglios del cuello, que están en la parte delantera del cuello para ver si están abultados y sensibles.
- Ver si hay exudado en la garganta

Enseñar a la madre o cuidador los cuidados en casa:

- Indique a la madre remedios suavizantes para mantener húmeda la garganta.
- Ofrecer líquido a tolerancia.
- Puede aliviar el dolor dándole bebidas calientes y dulces.
- Como tratar la fiebre.
- Tratar el dolor también con acetaminofén según orden médica.
- Enseñar a la madre como administrar los antibióticos recordando la importancia de cumplir el tratamiento aun sintiendo el niño mejoría.

PROBLEMA DE GARGANTA			
PREGUNTE:		OBSERVE Y PALPE	
Puede beber el niño		Palpe los ganglios en la parte delantera del cuello. Vea si hay exudado en la garganta.	
CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD:			
SIGNOS	No puede beber	Ganglios del cuello sensible y abultado. Exudado blanco en la garganta.	Secreción y exudado nasal. Garganta roja. Dolor o ardor de garganta.

CLASIFIQUE COMO:	ABCESO DE GARGANTA	INFECCION DE GARGANTA (estreptocócica)	FARINGITIS VIDAL.
TRATAMIENTO	Refiéralo al hospital De le penicilina Trate la fiebre Trate el dolor	Darle un antibiótico Tratar la fiebre Tratar el dolor	Indicaciones sobre el cuidado en la casa. Dar un medicamento suave para suavizar el dolor de garganta Tratar el dolor Tratar la fiebre Ofrecer líquidos Decirle a la madre que regrese si empeora.

PROBLEMAS DE OÍDO

Una madre puede llevar a su hijo al centro de salud porque tiene dolor de oído o porque esta superando. Si el trabajador de la salud tiene un otoscopio y sabe usarlo, puede valorarlo.

Evalué - Pregunte

- ¿Tiene el niño dolor de oído?
- ¿Le esta supurando el oído?
- ¿Desde cuándo?

Observe y palpe

- Observe si esta supurando el oído, o tiene el tímpano rojo.
- Palpe detrás de la oreja para ver si tiene inflamación sensible.

Recordemos:

- El dolor de oído puede significar que hay infección.
- El oído supurante es signo de infección, incluso si el niño ya no tiene dolor.
- También se observa si hay cuerpos extraños.
- En los lactantes la inflamación puede estar sobre la oreja.

Enseñar a la madre a cuidar el niño en la casa:

- Niño con oído supurante.
- No dejar nada en el oído, tal como algodón entre un tratamiento de mucho y otro.
- No poner aceite ni ningún otro liquido en el oído.
- No dejar que el niño nade o se introduzca agua al oído.

- La madre debe mantener el oído seco, hasta que deje de salir material purulento, esto puede de uno a dos semanas.
- Aplicar a la madre el uso de las mechas.
- Calmar la fiebre.
- Tratar el dolor.
- Enseñar a la madre como administrar el medicamento.

PROBLEMA DE OIDOS	
PREGUNTE	OBSERVE y PAPEL
¿Tiene el niño dolor de oído? ¿Le esta supurando el oído? ¿Desde cuándo?	Observe si le esta supurando el oído, o tiene el tímpano inflamado. Papel detrás de la oreja para ver si tiene inflamación sensible.

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD.			
SIGNOS	Inflamación sensible detrás de la oreja.	Esta supurando el oído hace menos de 2 semanas. Dolor de oído. Tímpano rojo.	Oído supurando hace mas de 2 semanas o menos
CLASIFIQUESE COMO	MASTODITIS	INFECCION AGUDA DEL OIDO	INFECCION CRONICA DEL OIDO
TRATAMIENTOS	Refiéralo con urgencias al hospital. Dar primeras dosis de antibiótico. Trátele la fiebre. Trate el dolor.	Dale antibiótico oral Seque el oído con mecha Haga otra evaluación en 5 días Trate la fiebre si hay Trate el dolor.	Seque el oído con mecha. Trátele la fiebre si hay. Trate el dolor.

ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA

La ERA es la segunda causa de mortalidad infantil y comprende un conjunto de afecciones del aparato respiratorio causadas por virus, bacterias, hongos y otros agentes infecciosos que después de un período de evolución no mayor a quince días, originan varios síntomas y signos como por ejemplo: tos, rinorrea, odinofagia, disfonía, otalgia, dificultad respiratoria y respiración ruidosa; los cuales pueden o no estar acompañados de fiebre.

El medio ambiente, el hospedero y el agente infeccioso son los tres componentes que interaccionan y condicionan la aparición de los síntomas y signos de la ERA.

Factores Ambientales:

La contaminación ambiental y la existencia de sustancias irritantes en el aire aumentan hasta diez veces la posibilidad de desarrollar uno o varios episodios de ERA. Entre estos tenemos:

- Humo de Cigarrillo.
- Humo de Madera o Desechos Orgánicos.
- Exposición a Irritantes Industriales o Domésticos (gas de cocina, lanas, pelusas, aserrín, etc.).
- Hacinamiento.
- Malas condiciones higiénicas.

Factores del Hospedero

- Bajo peso al nacer y menores de dos meses.
- Vacunación Incompleta.
- Falta de Lactancia Materna.
- Malnutrición.
- Deficiencia de Vitamina A.
- Alta prevalencia de adultos asintomáticos portadores de bacterias patógenas.

Factores del Agente Infeccioso:

El 90% de los casos de ERA del tracto respiratorio superior en los niños son causados por virus, los cuales originan cuadros clínicos de baja severidad, aunque también pueden conducir a lesiones importantes de las vías inferiores. También es importante considerar que las infecciones virales abren las puertas a la sobre infección bacteriana. Los virus respiratorios más comunes son el Sincitial Respiratorio, Adenovirus, Influenza, Parainfluenza, Rinovirus, Citomegalovirus, Sarampión y Varicela.

Las bacterias ocupan un importante papel en la producción de infecciones respiratorias, especialmente en países como Colombia en donde las condiciones de la población infantil no son óptimas para desarrollar un sistema inmune competente. Esta situación no debe ser argumento para que ante todo niño con ERA se plantee la necesidad de iniciar una terapia con antibacterianos, sino que por el contrario se impone el conocimiento de la epidemiología, los síntomas y los signos de las diferentes entidades que conforman este síndrome. Entre las bacterias más frecuentes tenemos el *Streptococcus pneumoniae*, el *Haemophilus influenzae* y el *Staphylococcus aureus*.

Entre las patologías incluidas en la ERA, la neumonía cobra entre un 30% y 70% de defunciones, por lo tanto es la entidad que debe lograr un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz, con el objetivo de disminuir la gran mortalidad que origina.

La **clasificación de la ERA** utilizada en el programa AIEPI está basada en la severidad, dirigida al diagnóstico precoz, a la atención inmediata, metódica e integral. El nivel de atención de los niños con ERA debe ser:

- Enfermedad Grave y Neumonía Grave → Médico – Hospital.
- Neumonía, Otitis y Amigdalitis → Auxiliar de Enfermería, Enfermera o Médico.
- No Neumonía (Resfriado Común) → Madre o Cuidador.

Actividades de enfermería

- Enseñar a la madre o cuidador a cuidar el niño en la casa.
- La atención en la casa es muy importante para el niño con ERA, una buena atención en la casa significa que la madre:
 - Aumente la lactancia
 - Alimentar al niño para evitar que pierda peso
 - Aumentar el líquido para evitar que se deshidrate. La deshidratación puede debilitar al niño y ponerlo todavía más enfermo.
 - Aliviar la tos y el dolor de garganta.
- Lo más importante... vigilar los signos que indique que el niño se esté poniendo más enfermo y deba llevarlo de vuelta al hospital (respira con dificultad, la respiración se vuelve rápida, no puede beber, la salud del niño empeora).
- Enseñar a la madre como administrar el medicamento.
- Si no sabe leer, dibuje una imagen sencilla.
- Explicarle que debe darle el antibiótico por 7 días.
- Terminar el tratamiento incluso si el niño parece sentirse mejor.
- Asegurarse que la madre entienda todas las instrucciones, pidiendo que repita las instrucciones.

Para un lactante

- Mantener abrigado al lactante
- Continuar la lactancia
- Limpiar la nariz si interfiere con la alimentación.
- Un lactante pequeño empeora con mucha rapidez, se le indica a la mama que lo lleve al hospital rápidamente si presenta (respiración con dificultad, respira rápidamente, es difícil alimentarlo, salud empeora).
- No olvidemos que el tratamiento y todas las indicaciones deben terminar con que la madre sabe que hacer en la casa y cómo hacerlo.

¿Cómo prevenir la gripa o problemas de oído y garganta?

- Ponga todas las vacunas.
- Evite contacto con fumadores.
- Tape la boca y la nariz del niño al salir de un lugar cerrado al aire libre.
- Si vive en zonas no pavimentadas, rocíe permanentemente para evitar el polvo.

- No cocine con leña, no haga quemas esto genera contaminación, si barre no lo haga cerca del niño o niña.
- No utilice almohadas, cobijas o prendas de material que boten plumas o motas, pueden ser aspiradas.
- No de alimentos en biberón; use vaso o cuchara y nunca lo alimente acostado.

Para ampliar sus conocimientos sobre el tema de enfermedad respiratoria aguda (ERA), debe consultarse la GUIA DE ATENCION DE LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, definida por la Resolución 412 del 2000.

FIEBRE

El aumento de la temperatura corporal es un motivo de consulta muy frecuente en urgencias, por lo cual su medición e interpretación debe ser muy acuciosa. Se define fiebre como un aumento de la temperatura corporal por encima de los 38°C, siendo llamada febrícula si se encuentra entre 37,5°C y 38°C; y fiebre alta cuando sobrepasa los 39°C.

Generalmente la fiebre se acompaña de otros síntomas como por ejemplo astenia, adinamia, taquicardia (la frecuencia cardiaca aumenta 10 latidos por grado de temperatura elevado), taquipnea, cefalea, algias diversas y aumento de la velocidad de la sangre, lo que puede conllevar a la aparición de soplos cardíacos fisiológicos. La fiebre va precedida usualmente por una sensación de frío que puede ser tan intensa que ocasiona estremecimientos musculares llamados escalofríos, los cuales son seguidos por diaforesis al caer la temperatura (acceso febril).

Los sitios más utilizados para medir la temperatura son las cavidades bucal y rectal, y los pliegues axilares o inguinales. Siempre que sea posible, la temperatura debe medirse en la boca y el recto, porque la axila no se considera muy exacta. El termómetro debe dejarse en estos sitios por un tiempo mayor a dos minutos. En la axila la temperatura normal es de 36,5 grados, en la boca 37 y en el recto 37,5.

El personal de enfermería debe realizar la medición periódica de la temperatura y dibujar una

Curva Térmica, la cual es en ocasiones muy importante para llegar a un diagnóstico adecuado. Según la forma de esta curva térmica, la fiebre puede ser clasificada en:

- **Fiebre Continua:** Es aquella que no tiene una variación diaria mayor a un grado, sin que la temperatura llegue nunca a su nivel normal.
- **Fiebre Remitente:** Las variaciones de la temperatura son mayores a un grado, pero tampoco se llega a un nivel normal.
- **Fiebre Intermittente:** Es aquella en que la temperatura desciende hasta lo normal, pero vuelve rápidamente a subir a los niveles previos.

- **Fiebre Recurrente:** Caracterizada por episodios febriles que alternan con períodos de temperatura normal que pueden extenderse por días o semanas.

Se resalta que no todas las causas de fiebre son infecciosas; este síntoma puede ser originado por tumores malignos, enfermedades del colágeno como el lupus, hemorragias, politraumatismos severos, trauma craneoencefálico severo y deshidratación severa.

A la hora de evaluar la causa de fiebre se debe tener en cuenta el tiempo de evolución de este síntoma y la procedencia del paciente: si la fiebre ha estado presente por más de siete días, el paciente debe ser estudiado, preferiblemente intrahospitalariamente, para descartar enfermedades neoplásicas o crónicas; por otra parte, si el paciente vive o ha estado en áreas geográficas endémicas de algunas enfermedades tropicales como la malaria, el dengue, la fiebre amarilla; o zonas epidémicas de sarampión, debe ser sometido a pruebas diagnósticas para descartar estas patologías.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

En la última década del siglo XX las Enfermedades Diarreicas Agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, causando aproximadamente 3.2 millones de muertes al año por esta causa. En promedio, los niños padecen 3.3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas pasa de nueve episodios anuales. Dentro de este grupo de edad los niños menores de dos años son los que sufren mayor morbilidad y mortalidad. Se estima que aproximadamente 80-90% de las muertes por diarrea ocurre en estos niños

La causa principal de muerte es la deshidratación (DHT), la cual resulta por la pérdida de líquidos y electrolitos. Otras causas de muerte son la disentería, la desnutrición y otras infecciones graves. Las Enfermedades Diarreicas también afectan a otros grupos de población.

El Cólera ataca proporcionalmente más a la población de niños mayores, jóvenes y adultos con tasas de ataque muy altas. Sin embargo, con el tratamiento apropiado la mortalidad por Cólera es baja.

Se estima que del total de muertes que ocurren por diarrea en todo el mundo, más del 90% ocurren en menores de 5 años y son causadas por diarreas diferentes al Cólera.

En Colombia, a pesar de los logros alcanzados en la última década, las Enfermedades Diarreicas Agudas continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con menor grado de desarrollo.

Objetivo:

Diagnosticar oportunamente la enfermedad diarreica aguda, disminuyendo las complicaciones y la mortalidad por su causa.

Definición:

La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa, que se acompaña de la expulsión frecuente de heces de menor consistencia de lo normal y a menudo vómitos y fiebre. Es causada principalmente por agentes infecciosos como bacterias, virus y parásitos, pero también puede ser producida por ingestión de fármacos o toxinas, alteraciones en la función intestinal, intolerancia a algunos alimentos, reinstauración de nutrición enteral después de un ayuno prolongado.

Factores de riesgo

Factores de la conducta	No lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses de vida). Usar biberones. Conservar los alimentos a temperatura ambiente durante varias horas antes de su consumo. No lavarse las manos después de defecar o antes de tocar los alimentos, no desechar correctamente las heces. Deficiencias en higiene personal, doméstica y/o ambiental.
Factores del huésped	Desnutrición. Inmunosupresión por infecciones virales.
Variaciones climáticas	Diarreas virales se incrementan durante el invierno. Diarreas por bacterias se incrementan en épocas de sequía.

Factores Protectores

- Lactancia materna exclusiva durante un mínimo de 6 meses.
- Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses
- Inmunizaciones.

Infecciones asintomáticas

La mayoría de las infecciones entéricas son sintomáticas. La proporción de las asintomáticas se incrementa después de los 2 años de edad, por el desarrollo de la inmunidad activa que evita que algunas infecciones intestinales se manifiesten clínicamente. Los sujetos con infecciones asintomáticas, las cuales pueden durar varios días o semanas, eliminan en sus heces fecales virus, bacterias o quistes de protozoos. Las personas con este tipo de infecciones juegan un papel importante en la diseminación de muchos patógenos entéricos, principalmente porque no saben que están infectadas,

no toman precauciones higiénicas especiales y se movilizan de un sitio a otro como normalmente lo hacen, ya que no se sienten enfermas.

Por mecanismo las diarreas pueden ser:

- **Diarrea osmótica:** Presencia de solutos no absorbido, laxantes.
- **Diarrea secretora:** Virus, bacterias, parásitos trastornos asociados a VIH.
- **Diarrea motora:** Diabetes mellitus, hipertiroidismo, síndrome de intestino inestable.
- **Diarrea exudativa:** Infecciones bacterianas (*salmonella*, *clostridium*), *Entamoeba*, enfermedad de Crohn, enterocolitis, proctocolitis.

Etiología

- Infecciosas:
 - Bacterias: *E. coli*, *salmonella*, *síguela*, *vibrio cholerae*, *streptococcus aureus*
 - Protozoos: *giardia lamblia*, *entamoeba histolitica*
 - Virus: Rotavirus, adenovirus
 - Hongos: *cándida albicans*
- No infecciosa: cuando la diarrea no está asociada a la presencia de microorganismos patógenos: Enfermedad inflamatoria del intestino de etiología variable (por ejemplo, autoinmune), alteraciones de la motricidad por afecciones sistémicas como la diabetes, alimentos hiperosmolares, intolerancia a alimentos, etc.

Signos y síntomas

- Aumento de la frecuencia de las deposiciones
- Disminución en la consistencia de las heces, con o sin presencia de moco, sangre o pus. Relacionado con la etiología, se pueden dar algunos cambios característicos en el aspecto de las heces, como por ejemplo, aspecto de agua de arroz en la diarrea por cólera.
- Dolor abdominal tipo cólico
- Distensión abdominal
- Náusea o vómito
- Fiebre
- Cefalea
- Malestar general, asociado a mialgias y artralgias
- Irritación perianal
- Expulsión de parásitos

Diagnostico:

- Básicamente clínico, con excepción de aquellos cuadros que generan la necesidad de establecer el agente causal por razones epidemiológicas, o por evolución tórpida, que hace necesario el manejo medicamentoso específico.

- En los niños reviste gran importancia la evaluación de su hidratación (que se expresa en términos del grado de DHT), dado que la mayoría de las muertes se asocia precisamente es a la pérdida profusa de líquidos y electrolitos, con alteración de la homeostasis y los parámetros vitales. Entre los signos de DHT están:
 - Fontanela deprimida en los lactantes
 - Enoftalmo
 - Mucosa oral seca
 - Llanto sin lágrimas
 - Labios cuarteados
 - Ánimo irritado o alteración de la conciencia, que puede ir desde somnolencia leve hasta el coma.
 - Pliegue cutáneo prolongado
 - Taquicardia
 - Llenado capilar retardado

Tratamiento

- Lo más importante: restablecer el estado de hidratación con el uso de sales de rehidratación oral (SRO) o líquidos endovenosos (LEV)
- Uso de tratamiento específico según el agente causante: antibióticos en las diarreas bacterianas, imidazoles en las de origen protozoario, antimicóticos para las diarreas micóticas. Las diarreas virales no poseen tratamiento específico.

Para ampliar sus conocimientos sobre el tema de enfermedad diarreica aguda (EDA), debe consultarse la GUIA DE ATENCION DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, definida por la Resolución 412 del 2000.

DESNUTRICIÓN (DNT)

Definición

La desnutrición es una condición patológica inespecífica que puede ser reversible o no, ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes, derivada de un desequilibrio provocado por un insuficiente aporte de energía, un gasto excesivo, o la combinación de ambos, que afecta en cualquier etapa del ciclo vital, en especial lactantes y niños.

En los niños la desnutrición se caracteriza por retardo en el crecimiento, peso y estatura bajos, aspecto débil, anemia, raquitismo, retardo en la dentición, piel delgada, cabello fino y de aspecto pajizo, uñas quebradizas; en los casos severos la piel se mancha y se descama, se presenta hepatomegalia, abdomen distendido, edema generalizado, entre otras.

Clases de desnutrición:

Primaria: cuando se consume poca cantidad de alimento y de mala calidad.

Secundaria: cuando hay dificultad o alteración en la digestión, en la absorción, por falta de apetito, dieta inadecuada o enfermedad.

Mixta: cuando se combinan las anteriores.

Dependiendo del grado y tipo de desnutrición, se pueden presentar diferentes grupos de manifestaciones, agrupables en:

Peso insuficiente: es un niño que parece sano, pero más delgado, más pequeño y no hay desarrollo muscular.

Marasmo: El niño presenta enflaquecimiento excesivo del cuerpo humano, se observa poco desarrollo muscular y disminución de la grasa corporal, su pelo es seco y opaco.

Kwashiorkor: se presenta por deficiencia en las proteínas, Estos niños tienen abultado el abdomen, edemas en piernas y brazos, la cara en luna llena, la piel escamosa, pelo seco y opaco.

Objetivo del manejo

Lograr una mejoría del estado nutricional, aumentando el aporte calórico proteico del individuo, mediante tratamiento con dieta y educación para disminuir el riesgo de desnutrición y sus complicaciones.

Factores de riesgo

La mayor parte de las alteraciones del estado nutricional no están condicionadas a una sola causa, sino que presentan una combinación de condiciones necesarias y propicias que influyen en el estado de la población: factores sociales, económicos, culturales, nutricionales, entre otros, que influyen en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos.

Factores de riesgo a tener en cuenta en la atención de la población por desnutrición proteico-calórica:

Factores de riesgo	Características
Socio-económicos	Consumo limitado por el bajo nivel de ingresos Limitación en la disponibilidad de los alimentos Escasa escolaridad de los padres Aislamiento social, alto crecimiento demográfico Estructura de edades de la población
Ambientales	Falta en el suministro de agua potable, servicios higiénicos inadecuados, alcantarillado insuficiente y falta de eliminación de desechos sólidos y líquidos.

Biológicos	Prematuros, Enfermedades crónicas. Defectos congénitos (labio leporino, paladar hendido) Defectos genéticos (síndrome de Down, fenilcetonuria) Infecciones gastrointestinales frecuentes que se acompañan de una reducción del apetito, del consumo de alimentos y de la absorción de nutrientes Cirugía gastrointestinal, traumatismo, diálisis renal Problemas dentarios Disminución de la capacidad física para comprar alimentos o preparar una comida.
Nutricionales	Abandono de la lactancia materna antes de los seis (6) meses de edad Ablactación antes del segundo mes o después del sexto mes de edad Inclusión temprana e inadecuada de sucedáneos de la leche materna y otros alimentos Hábitos alimentarios: creencias y costumbres alimentarias inadecuadas Trastornos de la alimentación caracterizado por el rechazo a comer, anorexia, bulimia Alergias alimentarias reales o imaginarias Ignorancia sobre una buena nutrición o la preparación adecuada de alimentos
Psicosociales y comportamentales	Las perturbaciones emocionales, donde se observan casi todos los tipos de trastornos psicológicos, incluidos la ansiedad, la culpa, la frustración, la depresión y los sentimientos de rechazo y vulnerabilidad. Trastornos mentales Alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas
Otros	Medicamentos que afectan la ingestión de alimentos, la absorción, utilización o eliminación de nutrientes (quimioterapia, esteroides catabólicos, estrógenos, etc.)

Características de la atención:

- Todos los pacientes que presentan desnutrición proteico-calórica, deben recibir manejo nutricional por Nutricionista-Dietista.
- Se realiza una valoración nutricional completa, se hace el diagnóstico pertinente, prescripción del tratamiento, entrega y explicación de la dieta, como se describe a continuación y con el tiempo suficiente para desarrollarlo en forma completa e individualizada.

Recomendaciones en DNT

- En la atención de la población infantil es necesario tener en cuenta los factores protectores para aliviar o disminuir el riesgo de desnutrición.
- El personal de enfermería debe educar, recalcar y fortalecer conocimientos respecto a la importancia de:
 - La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.
 - Alimentación complementaria adecuada.
 - El compartir la alimentación en familia permite el fortalecimiento del afecto: es importante informar a la población de la importancia de compartir en familia por lo menos una comida al día.
 - El fácil acceso a los alimentos.
 - Ingreso económico estable.
 - Buena salud oral.
 - Manejo adecuado de los niveles de estrés.
 - Higiene y conservación adecuada de los alimentos.
 - Estilos de vida saludables.
 - Educar a los cuidadores del niño la importancia de asistencia a control de crecimiento y desarrollo.
 - Realizar una evaluación nutricional a la madre teniendo en cuenta: antecedentes maternos, edad, peso, talla, antecedentes de lactancia materna, antecedentes de enfermedades previas.
 - Vigilancia estrecha de trastornos alimentarios (anorexia- bulimia).

Para ampliar sus conocimientos sobre el tema de desnutrición (DNT), debe consultarse la GUIA DE ATENCION DE LA DESNUTRICION, definida por la Resolución 412 del 2000.

ANEMIA

Actividades de enfermería en anemia:

- Realizar un examen minucioso en busca de sintomatología de:
 - Palidez, cansancio, decaimiento, somnolencia, irritabilidad, anorexia.
- Realizar los respectivos registros de enfermería encontrados en el examen minucioso y reportar las alteraciones.
- Realizar una anamnesis completa a los cuidadores en busca de antecedentes: embarazo, neonatal, antecedentes anemia previas, ingesta de medicamentos, sustancias químicas.
- Toma de muestras sanguíneas según indicación.
- Estar pendiente de los reportes.
- Si la anemia es ferropénica, se debe verificar una nutrición alta en hierro.
- Proporcionar un ambiente agradable durante la alimentación.
- Proporcionar periodos de descanso y sueño.

- Verificar las características de materia fecal y vómitos si los presenta reportar de inmediato.
- Aplicar técnica aséptica durante la manipulación del alimento para prevención de infecciones.
- Cumplir con el tratamiento farmacológico según indicación.
- Aplicar las actividades de enfermería según procedimiento a realizar (exanguinotransfusión)
- Educar a los padres respecto a nutrientes altos en hierro y la importancia de controles periódicos de laboratorios.

6.1.1.9 Enfermedades bajo vigilancia, con impacto en la salud de la población menor de 10 años de edad

En la población en edad hasta los 10 años se presenta una gran variedad de condiciones mórbidas, que afectan en mayor o menor medida su salud y su supervivencia. Sin embargo, el perfil de morbilidad y mortalidad en esa etapa del ciclo vital varía en gran medida de un país a otro, de una región a otra, como expresión del nivel de desarrollo, equidad y justicia social alcanzados por su población.

En los países subdesarrollados ese perfil de morbilidad y mortalidad está dominado por las enfermedades infecciosas y parasitarias, las que generan un elevado costo económico y social, convirtiéndose muchas de ellas en grandes problemas de salud pública para los Estados y la comunidad mundial, por su capacidad de producir daño, su velocidad de diseminación, altos costos de manejo, selectividad por ciertos grupos poblacionales, alta adaptabilidad a los cambios en el ambiente y en el huésped, etc., lo que ha determinado la necesidad de establecer su vigilancia para seguir, predecir y reaccionar oportuna, eficaz y efectivamente a su comportamiento.

Pero no son sólo las enfermedades infecciosas las que impactan la salud poblacional. La magnitud del impacto de muchas enfermedades no infecciosas es tal, que se ha determinado también la necesidad de su vigilancia.

Contra muchas de las enfermedades infecciosas la humanidad desarrolló la vacunación, como mecanismo para generar en las personas inmunidad específica contra los agentes causales, por lo que se les ha llamado enfermedades inmunoprevenibles.

Enfermedades inmunoprevenibles:

Tuberculosis

Difteria

Tétanos

Tétanos neonatal

Tos ferina

Enfermedades asociadas al *Haemophilus influenzae*

Hepatitis B
Poliomielitis
Influenza
Sarampión
Rubéola
Síndrome de rubéola congénita
Paperas
Fiebre amarilla
Neumonía por neumococo
Enfermedades por rotavirus
Rabia humana
Varicela
Hepatitis A

Los eventos de salud en vigilancia pueden ser infecciosas y no infecciosas, de **control internacional**, como el cólera, la peste, la fiebre amarilla; de **control nacional**, como las transmitidas por alimentos, dengue, difteria, infección respiratoria aguda grave y enfermedad similar a influenza (IRAG-ESI), Encefalopatía espongiforme bovina (EEB) y la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vCJ), leishmaniasis, malaria, meningitis infecciosa (diferentes agentes), parotiditis (paperas), tétanos accidental, tos ferina, tuberculosis, VIH/Sida, accidente ofídico, mortalidad materna, mortalidad perinatal, leucemias; **en eliminación**, como lepra, rabia, rubéola congénita, rubéola, sarampión, sífilis, tétanos neonatal, **en erradicación**, como la parálisis flácida.

La vigilancia del ambiente permite a su vez la vigilancia y el control de muchas de las enfermedades arriba mencionadas.

Entre los eventos arriba mencionados, revisten importancia para la población menor de 10 años:

El cólera, la fiebre amarilla; las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), dengue, difteria, infección respiratoria aguda grave y enfermedad similar a influenza (IRAG-ESI), malaria, meningitis infecciosa (diferentes agentes), parotiditis (paperas), tétanos accidental, tos ferina, tuberculosis, VIH/Sida, mortalidad perinatal, leucemias, rabia, rubéola congénita, rubéola, sarampión, sífilis congénita, tétanos neonatal, la parálisis flácida.

7. PROCESO No 7 PARTICIPAR EN ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA SEGÚN LÍNEA DE INTERVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

11.9 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La incursión de los derechos sexuales y los reproductivos es relativamente nueva. Fue durante la conferencia internacional sobre población y desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, cuando ampliamente se discutió la importancia de empezar a construir el concepto de derechos sexuales dentro de un entorno de género y de salud sexual.

El principal objetivo de la conferencia intencional sobre población y desarrollo fue el adelantar un programa de acción tendiente a mejorar la calidad de vida de la actual población y de las generaciones futuras, sobre la base del desarrollo sostenible. El principio, de que todos los seres humanos tienen derecho a una vida sana y productiva en armonía con la naturaleza, así como el acceso universal de todas las personas a los servicios de atención médica, incluidos naturalmente los relacionados con la salud reproductiva.

¿Cuáles son los instrumentos legales internacionales sobre Derechos Humanos?; ¿cuáles los derechos sexuales y reproductivos?

Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y por otros documentos de las Naciones Unidas; entre los principales instrumentos legales internacionales que los apoyan están:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976)
- Pacto de Derechos Económicos y Sociales (1976)
- Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981)
- Convención sobre los Derechos del Niño (1990)
- Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1993)
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994)
- Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995).

La aparición de la infección por VIH y el SIDA condujo a modificaciones importantes en todos los campos humanos. Uno de los cuestionamientos que la infección trajo consigo, hace referencia a los derechos sexuales de las personas. Estos surgen, en parte, a raíz de la intolerancia de los equipos de salud y de la sociedad como un todo frente a las minorías sexuales. Se ha planteado que tales derechos son:

- Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos.
- Derecho a la integridad física, psíquica y social.
- Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva.

- Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual.
- Respeto a la opción de la reproducción.
- Elección del estado civil.
- Libertad de fundar una familia.
- Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o pro-conceptivos.
- Derecho al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado.
- Derecho a la igualdad de sexo y de género.
- Derecho al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas respecto a la sexualidad.
- Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual.
- Libertad de elegir compañero (a) sexual.
- Elegir si se tienen o no relaciones sexuales.
- Elegir las actividades sexuales según las preferencias.
- Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.
- Derecho a espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad.
- Derecho a la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre.
- Derecho a disponer de opciones con mínimo riesgo.
- Derecho a disponer de servicios de salud adecuados.
- Derecho a recibir un trato justo y respetuoso de las autoridades.
- Derecho a recibir protección ante la amenaza o la violación de los derechos fundamentales, sexuales y reproductivos.

11.10 LA SEXUALIDAD

A lo largo de la historia de la humanidad la sexualidad ha sido fuente de preocupaciones. Sobre el tema abundan temores alimentados por mitos e información errónea. Para muchos la sexualidad equivale a los actos genitales, negando así el carácter de totalidad que posee nuestra sexualidad.

La sexualidad tiene que ver con el hecho de ser un hombre o una mujer y la actividad genital es solo parte de la expresión de nuestra sexualidad.

La sexualidad es parte indivisible de nuestra existencia es la forma mas importante de la comunicación; algunas de sus manifestaciones son aprendidas, es individual, única, cambia a lo largo de la vida del ser humano y es placentera.

“La sexualidad tiene como finalidad el placer, la comunicación y la reproducción”:

- **Placer:** Es la satisfacción de ser hombre o mujer; el goce de las posibilidades que brindan los sentidos como es el caso de disfrutar de un paisaje, contemplar un niño, deleitarnos con la música o comer una rica fruta.
- **Comunicación:** La sexualidad es la forma más importante de comunicación porque es a partir de ser hombre o mujer que se establece, múltiples relaciones entre amigos, padres e hijos, hermanos y vecinos, compañeros de estudio, trabajo y relaciones de pareja.

Los mensajes que el niño recibe desde el momento desde su nacimiento respecto a su cuerpo, su aceptación y valoración en la familia, influyen para que en un futuro se sienta bien como hombre / mujer, lo cual se proyectará en las relaciones con los demás.

- **Reproducción:** Función biológica de la sexualidad que implica una gran responsabilidad y un correcto manejo, para que sólo se engendren hijos por una decisión libre, voluntaria y planeada.

En la sexualidad influyen las costumbres, las creencias, los mensajes, los medios de comunicación, las charlas con los amigos y las actitudes de los padres, maestros y adultos.

Desafortunadamente, los medios masivos de comunicación distorsionan el concepto de sexualidad y afectan las relaciones familiares, de ahí la necesidad de promover una educación sexual que desarrolle en el ser humano el verdadero sentido de la sexualidad.

La educación sexual es un proceso continuo: se inicia con la vida y termina con la muerte; debe ser un camino para aprender a vivir plenamente en relación con los demás y un medio para analizar los mensajes que se reciben constantemente en la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad.

La familia es la primera educadora sexual. En ella se aprende a dar y a recibir afecto; a expresar o a negar sentimientos de alegría, duda y miedo; a respetar a los demás, a compartir y ayudar a otras personas.

Vivir la sexualidad plenamente significa: reconocer nuestras capacidades y limitaciones, aprender a expresar sentimientos y emociones y permitir a otros que lo hagan; disfrutar de la exploración que se puede hacer a través de cada uno de los sentidos como fuente de placer y comunicación consigo mismo y con los demás; desarrollar la imaginación y la creatividad para aprovechar las posibilidades que tiene el ser humano en cada etapa de la vida; respetar las expresiones de la sexualidad de los demás; disfrutar de las expresiones de la sexualidad (placer, comunicación y reproducción) de manera libre y responsable.

La sexualidad como construcción social y por tanto modificable

La sexualidad es una forma más de percibir la realidad de nuestra existencia, interpretada desde diferentes dimensiones: reproducción, género, erotismo y vínculo afectivo, las cuales constituyen las diferentes potencialidades sexuales del humano. Todas las experiencias vividas por este, son filtradas e interpretadas a nivel de cada una de esas esferas, motivando conceptualizaciones de esa realidad, compuestas a su vez por elementos que son producto de cada una de ellas. Estos elementos son

significaciones que se le otorgan a cada experiencia y se complementan e interactúan entre si conformando la sexualidad.

La potencialidad para vivir experiencias esta biológicamente determinada y eso las hace ser compartidas por la mayoría de los individuos. De la misma manera, las características específicas e inigualables del individuo determinan que la realidad sea percibida de manera distinta a como otro la percibe.

En el interactuar con el grupo, las significaciones que cada persona otorga a sus experiencias se modelan y se erigen como interpretaciones propias de la realidad y actúan como pilares en la definición de la autonomía y dignidad del individuo.

De lo anterior se colige, que la sexualidad no es un producto netamente biológico, psicológico o social. Es el resultado de la interacción de estas determinantes y como tal es susceptible de construirse y modificarse. Es ahí donde está el valor, el significado que tiene la educación en la creación de contextos culturales que logren una sexualidad que permita la realización del individuo, bajo el principio del ejercicio del derecho a la vida, la dignidad, la libertad y la igualdad.

La **reproducción** (preconcepción, gestación, parto y crianza), como dimensión de la sexualidad humana, es mucho más del simple ejercicio biológico de procrear seres similares. A diferencia del mundo animal, el humano puede decidir si se reproduce o no, convirtiéndolo en un acto consciente (a nivel de la abstracción) y de voluntad. La reproducción ha dejado de ser el fin único de la sexualidad en el humano. Es aquí cuando aparece otra nueva dimensión: el **erotismo**.

La sexualidad se vive para proporcionar y proporcionarse placer. Esta dimensión, la erótica, esta predeterminada biológicamente. Se expresa desde que nacemos y cambia durante la vida, modificada por las nuevas experiencias que se viven en sociedad, de tal manera que nuestra percepción y respuesta a un mismo estímulo es diferente en diferentes edades. Tanto reproducción como erotismo se encuentran en relación interdependiente con el **género**, entendido como la caracterización que la sociedad le da a un individuo en relación a su sexo, la cual es aceptada por él y con la cual se identifica, y que se expresa en sus actitudes, aptitudes, habilidades, comportamientos, roles, dentro del mismo grupo social con cuyos integrantes interactúa desde la misma dimensión.

Por ser determinado por la sociedad y no por la naturaleza, el género es susceptible de crearse, desarrollarse, modificarse, cambiarse.

El **vínculo afectivo**, finalmente, determina los lazos espirituales, sentimentales, que se establecen entre los individuos humanos y tiene, incluso, expresión a nivel biológico-orgánico, que son susceptibles de medirse (respuestas hormonales; nerviosas-cambios

en los potenciales de las membranas celulares; sexuales-erección, lubricación; otras). A través de esta dimensión el individuo puede abstraer realidades e igualmente realizarse. Ella, a su vez, responde también a las mismas variables sociales y culturales que las otras, e interactúa constantemente con ellas.

La realización del individuo, de su proyecto de vida, del que es arte y parte su sexualidad, se da a lo largo de todo su ciclo vital y se encuentra en una dinámica constante, en respuesta a la misma que presentan la sociedad y la cultura. Las condiciones y garantías esenciales para ello se expresan en los derechos fundamentales del humano. Es así como la ininterrumpibilidad no natural y la calidad del ciclo vital de un individuo, se garantizan a través de su existencia digna, libre de factores y circunstancias evitables que la impidan (Derecho a la vida y a la dignidad); de su posibilidad de decidir libre, voluntaria y conscientemente sobre su propio ser (individualidad, especificidad), con respeto de la diversidad de los demás (Derecho a la libertad y a la igualdad).

Siendo la sexualidad parte de la condición humana, ésta puede potencializar al individuo y la sociedad, o generar repercusiones negativas o no deseadas como son el embarazo inoportuno y las infecciones de transmisión sexual. Pero por ser realidades inmersas en lo social y lo cultural, requieren de un abordaje intersectorial e interdisciplinario, para lograr generar verdaderos y durables cambios socio-culturales que favorezcan modificaciones en las prácticas, en los hábitos, en las habilidades, en las creencias, conducentes al ejercicio de una sexualidad segura y responsable, donde el condón sea sólo un instrumento.

Todo lo arriba expuesto es susceptible de crearse, desarrollarse, moldearse, cambiarse, perfeccionarse, enseñarse, realizarse, desde y para la sociedad, a través de acciones directas sobre la educación y la cultura.

Aspectos que implican el ejercicio de los derechos sexuales

➤ La salud sexual

Es el derecho de cada uno a vivir su sexualidad de forma placentera, autónoma y responsable.

Es también tener derecho a servicios de atención en salud de forma integral.

Es tener las mismas oportunidades hombres y mujeres.

➤ Óptimas condiciones psicoemocionales

La confianza, la autoestima, el dominio de sí mismo y la autodeterminación generan el empoderamiento en cada persona para el ejercicio libre y autónomo de los derechos sexuales. Igualmente, un nivel de vida aceptable, con mínimas condiciones de bienestar, asegura una mejor vida emocional.

Los programas estatales de promoción de la salud sexual deben enfocarse ante todo a que los hombres y mujeres se quieran y valoren como seres capaces de decidir, así como

a que tengan seguridad en sí mismas, participen y negocien las decisiones que afecten su entorno familiar.

El ejercicio de la autoestima y autonomía.

Las relaciones de poder son muy notorias en el plano sexual, en donde uno de los dos se impone sobre el otro decidiendo cuando tiene relaciones, cuantas veces y de que forma sin que el otro tenga la posibilidad de decidir si quiere o no tener relaciones y de negociar, por ejemplo, el uso del preservativo.

➤ **Acceso a la información sobre planificación**

Implica el derecho a la información sobre todos los métodos disponibles de regulación de la fecundidad, que eviten un embarazo inoportuno, así como el uso del condón como medio eficaz para prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Debe darse la información al hombre y mujer pues la responsabilidad es por igual.

➤ **Entornos saludables:**

Es decir optimas condiciones de saneamiento ambiental y garantía de los derechos, que la ONU ha denominado derechos sociales, económicos y culturales (trabajo, educación, vivienda, atención en salud) y del medio ambiente, pues tales condiciones están ligadas al desarrollo físico, emocional y social del ser humano.

➤ **Enfoque de género:**

El género es una construcción social que describe la relación entre lo que es femenino y lo que es masculino; género es asumir nuestra identidad, nuestras aspiraciones, nuestros comportamientos, inevitablemente condicionados al tiempo y al espacio en que vivimos; es "...soñar la posibilidad de asociar, por ejemplo, hombre con femenino, con emoción, con sensibilidad, con cuidado, sin que esto signifique abandono de masculinidad..." y "...el concepto de mujer empezar a relacionarlo con autonomía, afirmación de sí misma, independencia, autoridad, credibilidad, creación, cultura, afuera, saber y goce..." (Florence Thomas).

La perspectiva de género no implica un enfrentamiento de sexos (hombres y mujeres).

➤ **Ciclo vital del ser humano**

El enfoque de ciclo vital del ser humano cuando se habla de derechos sexuales debe comenzar en la infancia hasta el ocaso de la vida, pues cada estadio de la vida y la forma de su desarrollo prepara para la asunción de la siguiente. Por eso la importancia de atar la salud sexual con la atención integral desde el comienzo de una nueva vida. La sexualidad es una actividad que acompaña al ser humano desde siempre.

➤ **Autonomía**

La claridad en el desarrollo y enfoque de los derechos sexuales son un producto de la garantía de los derechos fundamentales, en especial de la autonomía, concebida como derecho y entendida como el poder decisorio de autodeterminación.

"Valorar la autonomía individual es valorar los derechos y libertades y otras condiciones necesarias para que los individuos desarrollen sus propios objetivos e intereses, y es hacer que sus preferencias sean efectivas en conformar sus propias vidas y en contribuir a la formación de políticas sociales..." (Thomas Scanlon)

Bienes protegidos cuando hablamos de autonomía:

- Libertad de realizar cualquier conducta que no perjudique a terceros.
- Libertad de expresión
- Libertad en el desarrollo de una vida privada.
- Seguridad personal.

➤ **Garantía de derechos sociales y económicos**

El Estado tiene una función muy importante sobre la protección del valor de la dignidad de cada una de las personas. En Colombia, la constitución de 1991 funda el estado social de derecho en el respeto a la dignidad humana, es decir, la garantía del acceso a las condiciones necesarias, que permitan una subsistencia, que se traduce en el desarrollo y la prestación de los servicios.

Los derechos sexuales están condicionados a la efectividad de los demás derechos.

11.11 SISTEMAS REPRODUCTORES Y SEXUALES DE LA MUJER Y EL HOMBRE: MUJER

El sistema sexual y reproductor femenino está formado por órganos cuya función se encamina a la formación del gameto femenino u óvulo, a brindar un sitio de crecimiento para el embrión en formación, y por estructuras que participan en los procesos de concepción y fecundación. Se han dividido anatómicamente en genitales externos e internos, además de poseer glándulas accesorias con función particular dentro del sistema

Genitales externos

Monte de Venus:

Es una eminencia triangular ubicada por encima de la sínfisis púbica, los bordes laterales en los pliegues inguinales y vértice en los labios mayores. La piel que los recubre posee gran cantidad de folículos pilosos y glándulas sudoríparas apocrinas asociados a glándulas sebáceas.

Labios mayores:

Son unos pliegues cutáneos en forma de paréntesis de aproximadamente 5 cm. de largo, que contienen una gran cantidad de tejido adiposo subcutáneo y cuya superficie externa está recubierta de vellos y posee numerosos melanocitos. Su superficie interna es lisa, húmeda y sin vellos. En ambas caras hay una gran cantidad de glándulas sebáceas y sudoríparas, así como también están ricamente inervadas por terminaciones nerviosas sensitivas. Su función es la de proteger los labios menores y la entrada vaginal, así como también de ser órganos que participan en la excitación femenina.

Labios menores:

Se encuentran inmediatamente por debajo de los labios mayores. Son también pliegues de tejido conjuntivo de 3 a 4cm de longitud, recubiertos por epitelio sin folículos pilosos. Tienen una gran cantidad de vasos sanguíneos y glándulas sebáceas en ambas superficies. Hacia arriba se unen para formar el capuchón del clítoris. A ambos lados de

los labios menores se encuentren las glándulas vestibulares mayores o de Bartholino encargadas de producir un moco lubricante para la vagina.

Clítoris:

Es un órgano análogo al pene del hombre, está constituido por dos cuerpos cavernosos pequeños, eréctiles que terminan en un rudimentario glándulo clitorídeo. Lo ubicamos en el borde superior de los labios menores, protegido por un pliegue denominado capuchón del clítoris. Por debajo del clítoris se encuentra el meato urinario de la uretra femenina. Se encuentra ricamente innervado por terminaciones nerviosas sensitivas, por lo cual se considera al clítoris como el principal órgano sexual femenino y al igual que el pene, aumenta de tamaño durante la excitación.

Genitales Internos

Vagina:

La vagina es un tubo muscular de aproximadamente 10 cm. de largo, distensible, elástico, que se extiende desde los genitales externos hasta el cuello o cérvix uterino, ubicándose por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto. La entrada o extremo inferior de la vagina, en la mayoría de las mujeres, se encuentra marcada por la presencia del himen, una membrana elástica de tejido conectivo con una perforación de diversas formas que permite el paso del sangrado menstrual. El himen, por su carácter elástico, puede no rasgarse posterior a la primera relación sexual, es común observar esto post traumas locales y es definitiva posterior al primer parto vaginal, momento en el cual los vestigios del himen reciben el nombre de carúnculas. La mucosa vaginal, su capa más superficial está muy irrigada por vasos sanguíneos, lo cual permite la administración de medicamentos por esta vía. Además, posee, especialmente en sus porciones externas, gran cantidad de terminaciones nerviosas que participan en la excitación sexual. La capa muscular ubicada por debajo de la mucosa vaginal es la que le confiere su característica de elástica, fundamental para permitir el paso del feto durante el parto, llegando a aumentar su diámetro hasta 10 cm. o más. Otras funciones de la vagina son la de permitir la expulsión del sangrado menstrual proveniente del útero y recibir al pene erecto durante el coito y a su vez a los espermatozoides.

Útero:

Es un órgano formado por músculo liso que se ubica por encima de la vejiga y por delante del recto. Mide, en la mujer no gestante, 6 a 7 cm. de largo, 3 de ancho y 3 de grosor; medidas que pueden multiplicarse hasta 6 veces durante el embarazo.

Es el órgano encargado de recibir el óvulo fecundado procedente de las trompas de Falopio, le provee anidación o implantación y establece las condiciones necesarias para el sostenimiento del embrión a lo largo de su desarrollo.

Descriptivamente el útero se ha dividido en cuatro porciones: La porción media ensanchada que constituye la parte principal del órgano se llama cuerpo del útero; el

extremo superior redondeado del cuerpo, en donde las trompas se unen al útero, se llama fondo del útero; la porción inferior al cuerpo en donde se estrecha el órgano recibe el nombre de istmo y la parte cilíndrica más inferior es el cuello o cérvix uterino, el cual se abre a la porción proximal de la vagina. El cérvix posee un conducto estrecho de un centímetro de largo, que posee un orificio cervical interno hacia la cavidad uterina y un orificio cervical externo que se abre a la vagina; es en el cérvix uterino en donde se toma la citología cervico vaginal (CCV), paraclínico de tamizaje en la detección de cáncer de cuello uterino.

Transversalmente, el útero tiene varias capas, de adentro hacia fuera encontramos en primera instancia al endometrio, formado por un tejido epitelial con abundantes glándulas que reviste la superficie de la cavidad uterina y el cual aumenta en grosor de forma cíclica esperando la implantación del óvulo fecundado para darle nutrición y soporte; si no hay embarazo, el endometrio se desprende en forma de detritus y sangrado durante la menstruación. La segunda capa del útero, es el miometrio, formado por fibras musculares lisas distribuidas principalmente en sentido longitudinal, pero también oblicuas y circulares. Las fibras musculares del miometrio se estiran durante el embarazo y producen las contracciones uterinas durante el parto, encaminadas a la expulsión del feto a través del canal vaginal.

En la mujer no gestante, el miometrio regularmente se contrae, siendo más la actividad e intensidad de estas contracciones durante la menstruación produciendo los llamados cólicos menstruales, los cuales pueden a ser tan intensos que incapacitan la vida diaria, recibiendo el diagnóstico clínico de dismenorrea. La contracción uterina durante el parto es estimulada por la oxitocina, una hormona producida en la neurohipófisis y cuya concentración en sangre se aumenta durante los últimos meses del embarazo. En la práctica obstétrica se utiliza la oxitocina como inductor del trabajo de parto.

Trompas de Falopio:

Las trompas de Falopio u oviductos, son las encargadas de recibir al óvulo procedente del ovario posterior a la ovulación. Es un tubo muscular de aproximadamente 12 cm. de longitud que se comunica con la cavidad uterina por un extremo y por el otro se abre a la cavidad peritoneal. Se describen varias porciones de las trompas: La parte que atraviesa la pared del útero recibe el nombre de segmento intersticial, el tercio medio cercano a la pared uterina es el istmo el cual se dilata para formar la ampolla y ésta se abre a la cavidad abdominal en forma de embudo y recibe el nombre de infundíbulo en donde encontramos numerosas prolongaciones en forma de flecos llamadas fimbrias.

Las trompas de Falopio poseen en su interior cilios que conducen al óvulo hacia la cavidad uterina. En las trompas sucede la fecundación del óvulo por el espermatozoide, el cual ha debido ascender desde la vagina; también es un sitio en donde se puede implantar el óvulo fecundado produciendo un embarazo ectópico, que se considera una urgencia obstétrica.

Ovarios: Los ovarios humanos son órganos ovalados ligeramente aplanados que miden de 2,5 a 5cm de largo, 1,5 a 3cm de ancho y 1cm de grueso, localizados a ambos lados del útero y unidos a éste por un ligamento. Al realizar un corte transversal de un ovario se pueden identificar dos zonas, una periférica denominada corteza y una central o médula. En la corteza encontramos los folículos ováricos, pequeñas cavidades en donde se desarrollan las células sexuales femeninas u ovocitos.

En una mujer adulta joven se pueden contar hasta 400.000 folículos en cada ovario, de éstos solo unos 500 ovocitos son liberados durante la ovulación a lo largo de toda la vida fértil de la mujer. Los folículos ováricos entran en un proceso de maduración, en el cual aumentan de tamaño progresivamente y reciben sucesivamente los nombres de folículos primarios, secundarios y maduros o de Graaf, estos últimos ya contienen los óvulos listos para la ovulación, es decir la liberación del óvulo del ovario.

Este proceso involucra a las hormonas hipofisiarias folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH); así como también a los estrógenos producidos por los mismos folículos. Generalmente, cada 28 días aproximadamente es liberado un solo óvulo, en la cavidad vacía del folículo se forma un conglomerado de células denominado cuerpo lúteo, el cual sintetiza grandes cantidades de la hormona progesterona, encargada de mantener el endometrio del útero engrosado y listo para una posible gestación. Si no hay embarazo, el cuerpo lúteo se atrofia y degenera cesando la producción de progesterona, lo que conlleva a un desprendimiento del endometrio en forma de menstruación.

HOMBRE

El sistema reproductor y sexual masculino incluye a los órganos encargados de dar origen y madurar a las células germinales masculinas llamadas espermatozoides, a las estructuras que transportan a éstos hacia el exterior en el proceso de concepción de un nuevo ser y a las glándulas accesorias necesarias para una adecuada función de dichas células. Según lo anterior, los órganos del sistema reproductor masculino son:

Testículos. / Conductos eferentes. / Epidídimo. / Conductos deferentes. / Conducto eyaculador. / Pene y uretra. / Vesículas seminales. / Próstata. / Glándulas bulbouretrales o de cowper.

Testículos:

Los testículos son glándulas mixtas de aproximadamente 3cm x 2cm de diámetro, ubicadas en el interior del escroto, una bolsa de piel localizada en el periné anterior del hombre y a la cual los testículos descienden posterior al nacimiento. Alrededor de cada testículo se encuentran vasos sanguíneos conocidos como plejo venoso panpiniforme y fibras del músculo dartos o cremaster, encargado de subir los testículos por el conducto inguinal en respuesta al miedo, el frío y durante la eyaculación (reflejo cremasterino). Los testículos se originan en la cavidad abdominal del feto y descienden a los escrotos en los minutos siguientes al parto, si esto no sucede se diagnostica una criptorquidia.

En cada testículo encontramos aproximadamente 800 a 1200 túbulos seminíferos, los cuales son conductos de 150 a 250 micras de diámetro y 30 a 70 centímetros de largo, muy tortuosos y en cuyas paredes se encuentran las células que se van a transformar en espermatozoides. Los túbulos seminíferos vierten a los espermatozoides en una serie de conductos laberínticos que forman una malla denominada rete testis, la cual drena a su vez en los conductos eferentes. Se calcula que diariamente se producen 94×10^6 espermatozoides por testículo y en cada eyaculación se expulsan 40 a 100 millones por mililitro. Se consideran estériles los varones con recuento menor a 20 millones por mililitro. Los espermatozoides se encuentran "anclados" a unas células especiales de soporte denominadas células de sertoli, las cuales se encargan de aislar y proteger a los espermios de cualquier sustancia dañina que pueda encontrarse en la sangre, formando una barrera hémato - testicular.

El componente endocrino del testículo lo constituyen las células de leydig, las cuales se ubican entre los túbulos seminíferos, contienen un aparato de Golgi muy desarrollado y una gran reserva de lípidos, encaminados a la síntesis de la hormona sexual masculina llamada testosterona. La espermatogénesis llevada a cabo en los túbulos seminíferos; la función de las glándulas accesorias del aparato reproductor masculino; el desarrollo y mantenimiento de los rasgos sexuales masculinos secundarios como la distribución del vello púbico, la barba, el tono de voz y la arquitectura muscular del cuerpo, son responsabilidad de la testosterona.

Conductos eferentes: Por la cara posterior del testículo emergen doce o más conductos eferentes, miden aproximadamente un centímetro de largo, son muy tortuosos y desembocan en la cabeza del Epidídimo. En su interior poseen células ciliadas que conducen a los espermatozoides hacia el epidídimo.

Epidídimo:

El conducto del Epidídimo es un órgano muy retorcido de unos 7cm de largo ubicado en la cara posterior de cada testículo y que si se desenrollara podría llegar a medir 6m. Es el sitio de almacenamiento y maduración de los espermatozoides. Suele dividirse en tres porciones: cabeza, cuerpo y cola, esta última se endereza y se continúa con el conducto deferente. Alrededor de la pared del epidídimo se encuentran fibras musculares lisas, involuntarias que ayudan al avance de los espermatozoides por el conducto mediante movimientos peristálticos y además participan en la eyaculación.

Conducto deferente:

Es un órgano tubular de unos 15cm de longitud, es la continuación del epidídimo, saliendo del escroto e introduciéndose en el abdomen a través del conducto inguinal de la pared abdominal junto con la arteria espermática, el plexo venoso panpiniforme, los nervios espermáticos y el músculo cremaster, en una estructura que en conjunto recibe el nombre de cordón espermático. Dentro del abdomen, el conducto deferente se une al

conducto de la vesícula seminal, recibiendo entonces el nombre de conducto eyaculador, el cual mide 2cm de largo y perfora el cuerpo de la glándula prostática y desemboca en la uretra prostática.

Pene y uretra:

La uretra masculina, como ha sido descrita en el sistema urinario, se divide en tres porciones a partir de su nacimiento en la vejiga: la más proximal es la prostática que transcurre por el centro de esa glándula y mide unos dos centímetros; sigue la uretra membranosa desde el polo inferior de la próstata hasta el pene, midiendo otros 2cm; y por último, la uretra peneana, de aprox. 15cm de longitud y la cual transcurre a través del cuerpo esponjoso del pene. Los espermatozoides pasan del conducto eyaculador hacia la uretra durante la eyaculación.

El pene es un órgano tubular formado por tres cuerpos cilíndricos de tejido cavernoso o eréctil: dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso. Los dos primeros se encuentran en la cara superior del pene, dejando un surco en su cara inferior, por el cual transcurre el cuerpo esponjoso. Estas tres estructuras están formadas por un tejido esponjoso vascular el cual se llena de sangre a presión llevada por arterias aferentes durante el mecanismo de erección. Alrededor de ellos se encuentra tejido conectivo formado por colágeno y elastina rodeados de piel externa. La punta del pene es denominada glándula, el cual está formado por tejido conectivo y una gran cantidad de venas grandes que también le otorgan una capacidad eréctil, además en su superficie se ubican una gran cantidad de terminaciones nerviosas que se encargan de captar los estímulos que llevan a la erección y sensación de placer. La piel que rodea al pene forma alrededor del glándula un pliegue retráctil llamado prepucio, cuya cara interna es húmeda por la presencia de glándulas sudoríparas especiales. El glándula se une al prepucio en el surco balanoprepucial, sitio en donde se ubican glándulas sebáceas productoras de esmegma. La uretra sale al exterior a través del glándula. Los mecanismos de erección son controlados a nivel del Sistema Nervioso Autónomo.

Vesículas seminales:

Son órganos alargados de 3 a 5cm de longitud, ubicados a ambos lados de la vejiga y las cuales se unen al conducto deferente para formar el conducto eyaculador. La secreción de las vesículas seminales es un líquido viscoso rico en fructosa, unos carbohidratos que le brinda la energía suficiente a los espermatozoides para su movimiento.

Próstata:

Es la mayor de las glándulas accesorias del aparato reproductor masculino, midiendo aproximadamente 3cm de diámetro y ubicándose en la base de la vejiga, rodeando la uretra prostática y por delante del recto. Está formada por un conglomerado de 30 a 50 glándulas pequeñas cuyos conductos se abren independientemente en la uretra. La próstata está rodeada por una cápsula fibrosa que contiene una gran cantidad de músculo liso, el cual se contrae durante la eyaculación. La secreción prostática es un

líquido opalescente, ligeramente ácido y contiene una serie de enzimas necesarias para la fecundación y la sobre vivencia de los espermatozoides en la vagina. La valoración de la próstata se realiza mediante un tacto rectal y exámenes de laboratorio, examen necesario para diagnosticar varias enfermedades de la próstata y para descartar cambios sugestivos de cáncer prostático.

Glándulas de cowper:

Las glándulas uretrales o de Cowper son del tamaño de una arveja y se ubican alrededor de la uretra membranosa. Se encargan de producir una sustancia viscosa, mucoide y lubricante que cambia el pH de la uretra, generalmente ácido por el paso de orina, con el fin de evitar el daño de los espermatozoides.

11.12 REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Justificación

A pesar que Colombia es un país con buena aceptación en los programas de planificación familiar, existe un gran número de personas que necesitan estos servicios especialmente en poblaciones rurales y en áreas urbanas menos favorecidas. Este programa pretende disminuir las altas tasas de gestaciones no deseadas y la mortalidad materna y perinatal, para brindar mayor calidad de vida.

Es un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil dentro de los cuales se encuentra la información, educación, conserjería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente si quieren o no tener hijos, así como su número y espaciamiento entre ellos.

El objetivo del programa es brindar a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones de regulación anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas.

Consideraciones para la primera consulta sobre métodos de regulación

- Información sobre todos los métodos disponibles, su mecanismo de acción, ventajas y desventajas, efectividad.
- Responder a las necesidades y dudas con un lenguaje sencillo y apropiado.
- Consulta individual que asegure su entendimiento.
- Realizar anamnesis completa con énfasis en salud sexual y reproductiva, condiciones de salud, hábitos y medicamentos.
- Examen físico general y énfasis en el aparato reproductivo.
- Orientar al usuario sobre signos de alarma, importancia de los controles y prevención de ITS.

Métodos Naturales

La OMS los ha definido como “métodos para planear o evitar los embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de la fase fértil e infértil de la mujer”. Ellos son:

Ritmo o de Ogino – Knauss / Temperatura basal. / Moco cervical o Método de Billings. / Coito interrumpido. / Lactancia materna.

El **ciclo de fertilidad** puede dividirse en tres fases:

- **Fase infértil o de infertilidad relativa:** Va desde la menstruación hasta el principio del desarrollo del folículo.
- **Fase fértil:** Se extiende desde el desarrollo del folículo hasta 48 después que se ha producido la ovulación. Las 48 referidas permiten 24 horas de vida fértil del óvulo y 24 horas para cubrir la imprecisión de los indicadores clínicos de fertilidad en la detención del momento de la ovulación. La vida fértil del espermatozoide en la vagina es de 5 días con la ayuda del moco cervical, tiene un promedio de 6 a 8 días el ciclo.
- **Fase de la infertilidad absoluta:** Se extiende desde las 48 horas después de la ovulación hasta la aparición de la menstruación que marca el final del ciclo. La duración de esta fase es de aproximadamente de 10 a 16 días.

Los métodos naturales están indicados para parejas que:

- Tienen deseo de saber cómo observar, registrar e interpretar los signos de fertilidad de la mujer.
- Aceptan la posibilidad de un embarazo no intencionado.
- Por razones religiosas o filosóficas no pueden usar otros métodos.
- Mujeres con ciclos menstruales regulares.
- Mujeres que no pueden usar otros métodos.

Ventajas:

- El uso hace aumentar los conocimientos de la filosofía de la reproducción en la mujer.
- Hace mejorar la comunicación en la pareja.

Desventajas:

- Tasa de fracaso alta.
- Requieren mucha motivación y capacidad de seguir instrucciones.
- Requieren participación del compañero.
- No protegen contra ETS / VIH.
- Puede ser difícil detectar el periodo fértil en mujeres cerca a la menopausia y mujeres con ciclos irregulares.

Ritmo o de Ogino – Knaus:

- Para llevar a cabo este método la mujer debe registrar por 6 meses las fechas en que tiene su menstruación. Se establecen los días del periodo y al mes más corto, se le restan 18 días y al más largo 11 días.
Ejemplo: Ciclo más corto fue de 26 días – 18 = 8

- Ciclo más largo fue de 32 días _ 11 = 21
Entonces entre el día 8 y 21 debe existir abstinencia.
- Efectividad: 80%
- **Ventajas:**
 - Natural
 - Económico
 - No tiene efectos secundarios.
- **Desventajas:**
 - Condiciona la relación
 - Difícil de usar en mujeres con periodo irregulares o ovulaciones inesperadas por situaciones emocionales.

Temperatura basal:

- La mujer debe tomar diariamente la temperatura de su cuerpo al despertarse y antes de levantarse. En ayunas la temperatura corporal baja ligeramente 12 a 24 horas antes de la ovulación y después de la ovulación la temperatura sube entre 0.2 a 0.5 grados centígrados. La usuaria de este método debe considerar fértiles todos los días desde el comienzo de su ciclo menstrual hasta 3 días después que su temperatura se haya elevado.
- Efectividad: 45%
- **Ventajas:**
 - No tiene efectos secundarios.
- **Desventajas:**
 - Algunas enfermedades de tipo infeccioso pueden afectar la temperatura corporal. El cambio de la temperatura es mínimo y no se puede diferenciar fácilmente, tiene un alto periodo de abstinencia.

Moco cervical o método de Billings:

- Consiste en enseñarle a la mujer a identificar los cambios del moco cervical producidos por los esteroides sexuales, para que ella pueda detectar la fase fértil del ciclo y el día de la ovulación. Después de la menstruación, los niveles de estrógenos y progesterona están muy bajos y se produce poco moco. Cuando los folículos del ovario empiezan a madurar, secretan cantidades aumentadas de estrógeno, lo que conduce a que las glándulas del cérvix comiencen a producir moco y que de esta manera se inicia la fase fértil en donde deben evitarse las relaciones sexuales. El máximo de fertilidad se sitúa en el último día de moco de tipo fértil. Después de la ovulación, la caída de los estrógenos produce un rápido cambio en las cantidades y características del moco; el moco se hace espeso, pegajoso y opaco produciendo una sensación de sequedad. Se puede tener relaciones sexuales tres días después que el moco haya desaparecido.
- Efectividad: 65%

- **Ventajas:** No tiene efectos secundarios.
- **Desventajas:**
 - Infecciones vaginales pueden afectar los cambios del moco cervical, este método no puede ser utilizado conjuntamente con preservativos, píldoras, DIU, puesto que estos producirán alteraciones en el moco cervical.

El método sintotérmico

- Es la conjugación de los métodos del ritmo, temperatura basal y moco cervical.

Coito interrumpido o método del retiro

- Durante el coito, el hombre retira el pene de la vagina antes de eyacular
- Efectividad: 50% cuando es usado correctamente
- **Ventajas:**
 - No requiere medicamentos, ni aparatos
 - No tiene costo
 - No tiene efectos secundarios.
- **Desventajas:**
 - No protege de enfermedades de transmisión sexual
 - Secreciones emitidas antes de la eyaculación (líquido prostático el cual puede contener espermatozoides), capaces de fecundar el óvulo y causar un embarazo
 - Muchos hombres: No saben cuándo van a eyacular, no pueden contener la eyaculación.
- **Como hacerlo:**
 - El hombre retira el pene de la vagina antes o cuando siente que ha llegado el punto donde ya no puede contener la eyaculación. El hombre eyacula fuera de la vagina, teniendo mucho cuidado que el semen no tenga ningún contacto con la vulva de su pareja.

Lactancia materna:

- La mujer debe alimentar a su hijo desde el momento del nacimiento como mínimo cada 3 horas, tanto de día como de noche. Entre mayor sea el número de veces que se alimente el bebe, mayor será la efectividad, siempre que no se presente la menstruación y que el bebé no inicie otro alimento.
- Efectividad: Es efectiva hasta un 98% durante los primeros seis meses de lactancia, siempre y cuando no llegue el periodo menstrual.
- **Ventajas:** No es costoso, no tiene efectos adversos, es natural.
- **Desventajas:** La frecuencia con que tiene que alimentar la madre al bebé se hace molesto para ella optando por otro alimento.

Métodos Artificiales:

Temporales

Métodos de Barrera

Interfieren el encuentro de los espermatozoides con el óvulo impidiendo la fecundación. Los encontramos físicos (condón o preservativo, tanto masculino como femenino; diafragma) y químicos (espermicidas: cremas, jaleas, óvulos, espumas, tabletas vaginales).

La doble protección se define como la prevención simultánea de la infección de ETS /VIH y el embarazo no deseado, y no como el uso de doble condón.

Condón:

- Es una cubierta o funda fabricada en látex delgado y resistente que utiliza el hombre durante la relación sexual que impide el paso de espermatozoides hacia la vagina.
- Efectividad: 85%; asociado a espermicidas, 93%.
- **Ventajas:**
 - Se consigue fácilmente
 - Es económico
 - De fácil colocación
 - Protege de ETS
 - No requiere prescripción
 - La fertilidad regresa inmediatamente después de discontinuar su uso.
- **Desventajas:**
 - Puede romperse, lo que sobre todo está asociado a malas prácticas en su uso (apertura del envase con los dientes, las uñas, tijeras, etc.; mala postura en el pene, que haya permitido restos de aire entre la piel del mismo y el condón; uso de lubricantes contraindicados por su acción solvente sobre el látex, como aceites, vaselina, etc.)
 - Puede resbalar, generalmente por malas prácticas, como la no extracción del pene inmediatamente después de la eyaculación.
 - Puede causar alergias leves, lo que es realmente de muy baja incidencia entre la población.
 - En algunos casos disminuye la sensibilidad del pene, lo que ha venido siendo superado en gran medida, gracias a las nuevas tecnologías utilizadas en la fabricación de condones. Esta "desventaja" es relativa, por cuanto en los hombres con eyaculación precoz puede trocarse en una ventaja.
 - Solo puede usarse una vez
 - Puede interferir en el acto sexual, lo que está determinado en gran medida por aspectos psicológicos, culturales, la presencia de tabúes en torno al condón y el desconocimiento de su uso adecuado, que producen cierta intimidación e inseguridad, sobre todo, a nuevos usuarios. El conocimiento del condón como medio para el ejercicio de una sexualidad placentera y segura, muy por el contrario potencia el placer y el erotismo, aumentando el

disfrute, según datos arrojados por investigaciones realizadas en la población sobre el tema.

➤ **Que no debe hacer:**

- No deberá introducir el pene sin haberse puesto el condón ya que el líquido prostático puede contener espermatozoides.
- No use vaselina u otras cremas o lubricantes que contengan aceites ya que estos pueden dañar el preservativo causando su rompimiento
- Evite guardar los preservativos en donde puedan estar expuestos al calor, la luz y el aire ya que estos factores pueden dañarlos causando que se rompan durante su uso.

➤ **Como usarlo:**

- Busque fecha de vencimiento, asegúrese de que esté vigente.
- Abra el sobre con cuidado para que el condón no se rompa.
- Revise que esté lubricado.
- No desenrolle antes de ponérselo.
- Apriete la punta del condón con los dedos y coloque en el extremo del pene en erección.
- Teniendo apretada la punta del condón desenróllelo hasta cubrir completamente el pene.
- Inmediatamente después de la eyaculación sujete el condón y retire el pene, antes que se pierda la erección.
- Quítese el condón con cuidado para que no se derrame el semen, procurando no tener contacto con las secreciones que se encuentren sobre su superficie, para lo cual se deben introducir los dedos entre la superficie interna del condón y la piel del pene.
- Después de usarlo deséchelo, no lo reutilice, es decir, por cada relación un condón. No lo anude y no lo arroje al sanitario.

Diafragma:

- Es un dispositivo vaginal, fabricado de caucho delgado, tiene forma de copa ancha pero profunda, con el borde envuelto alrededor de un soporte semirígido. Se coloca en el cuello uterino.
- Efectividad: 95% si es usado correctamente y con espermicidas. Sólo 80%.
- **Ventajas:**
 - No interfiere directamente con el coito ya que se puede aplicar horas antes del mismo.
- **Desventajas:**
 - Debe acudir con el personal de salud para el uso de este
 - Requiere siempre espermicida lo cual aumenta su costo
- **Como usarlo:**
 - Se puede insertar 6 o más horas antes del coito

- Colocar espermicida por las dos caras del diafragma y alrededor del ano
- Inserte el diafragma revisando el ajuste correcto verificando:
 - Que al anillo del diafragma toque las paredes laterales de la vagina
 - El cuello del útero esté detrás del caucho
 - El diafragma se ajuste cómodamente
- No debe retirarse el diafragma antes de 6 u 8 horas de realizado el coito y no efectuar duchas post-coitales
- Retirar el diafragma con el dedo índice. Lavarlo con agua tibia y jabón sin esencias ni perfume guardar en sitio fresco.

Espermicidas:

- Son sustancias químicas que se aplican en la vagina para impedir el paso del semen y destruir los espermatozoides.
- Es un método temporal para la mujer
- Existen varios tipos de espermicidas tales como: óvulos, tabletas vaginales, espumas y jaleas
- Efectividad: 85%, pero si al mismo tiempo se utiliza condón su efectividad mejora 93%.
- **Ventajas:**
 - Mujeres de cualquier edad pueden utilizar este método
 - No requiere prescripción medica
 - Fáciles de aplicar.
- **Desventajas:**
 - Menos efectivo que otros métodos
 - Efectivo solo por una hora
 - Puede producir irritación.
- **Como usar:**
 - Las jaleas y espumas se introducen con un aplicador dentro de la vagina 10 minutos antes del coito.
 - Es importante, sin embargo, seguir las instrucciones de cada producto.
 - Estos espermicidas son de difícil consecución en Colombia.
- Las tabletas vaginales y óvulos, sí se consiguen fácilmente en el país. Se aplican de la siguiente manera:
 - Coloque una tableta u óvulo entre los dedos índice y medio
 - Acostada o parada con las piernas separadas, introduzca una tableta u óvulo lo más profundo que pueda dentro de la vagina.
 - La tableta se puede humedecer con saliva o agua limpia antes de introducirla para que resbale fácilmente.
 - Los óvulos son grasosos y con el calor del cuerpo se deslizan fácilmente.
 - Es importante esperar 10 minutos después de haber insertado la tableta u óvulo vaginal para tener la relación sexual.

Métodos Hormonales

- Son aquellos que inhiben la ovulación:
 - Anticonceptivos orales

- Anticonceptivos inyectables
- Implantes.

Anticonceptivos orales: Es una pastilla que contiene una o dos hormonas (estrógenos y progesterona), que se toman diariamente para evitar el embarazo.

- Existen ciertos tipos de píldoras según su contenido hormonal:
 - Estrógeno y progestágeno:
 - Mayor dosis
 - Menor dosis
 - Mini-píldora
- Mecanismo de acción:
 - Inhiben la ovulación
 - Espesan el moco cervical.
- Efectividad: 99% si son tomadas correctamente
- **Ventajas:**
 - Uno de los métodos más efectivos
 - Fácil de conseguir
 - Reduce el riesgo de Cáncer de ovario, inflamación pélvica, quistes de ovario,
 - Ayudan a regular el sangrado menstrual, la anemia, dismenorrea.
- **Desventajas:**
 - Deben ser tomadas diariamente
 - No protegen contra ETS.
- Efectos secundarios menores:
 - Intolerancia gástrica
 - Cefalea
 - Aumento de peso
 - Alteración del metabolismo de carbohidratos y lípidos
 - Cloasma
 - Alopecia
 - Depresión
 - Cambios en la libido.
- Efectos secundarios mayores:
 - Várices
 - Predisponen a tromboflebitis, TEP, ECV, disfunción hepática, carcinoma de mama, carcinoma de cérvix.
- Está contraindicado en:
 - Diabetes
 - HTA
 - Cardiopatía grave
 - Menopausia
 - Anemia falciforme
 - Mayores de 35 años.

- **Como usarlas:** Hay algunas que se inician en el primer día de la menstruación, es decir si el sangrado aparece el miércoles, debe empezar a tomar la píldora ese mismo día.
- **Opción de 21 píldoras:** Todas son de un mismo color, se toma una todos los días sin interrupción; al terminar la caja se deja de tomar una semana y luego comienza uno nuevo. Ejemplo: si termina la caja el jueves debe comenzar uno nuevo el jueves siguiente. La menstruación aparece en los días en que no se toma la píldora, aunque continúe sangrando se debe iniciar el cartón el día indicado.
- **Opción de 28 píldoras:** Viene de dos colores, para empezar a tomarlas se siguen las mismas instrucciones del anterior. Se inicia por el grupo de las 21 píldoras del mismo color y se deja para el final el grupo de 7 píldoras de diferente color. Durante estos siete días se presentará el sangrado menstrual, cuando se termine la caja empieza uno nuevo el día siguiente.
- **Píldora trifásica:** Viene dividida en tres grupos de 7 pastillas cada uno. Debe iniciarse el primer día de sangrado menstrual, tomando una píldora diaria. Comenzar por el grupo 1 (pastillas blancas), continuar con el grupo 2 (pastillas crema), y por último el grupo 3 (pastillas naranja. Al terminar las 21 pastillas se dejan de tomar 7 días antes de tomar un nuevo paquete.
- Ejemplos:
 - **Mayor dosis:**
 - Etinilestradiol 0.05 mg + Levonorgestrel 0.25 mg (Neogynon, Noral)
 - **Menor dosis:**
 - Etinilestradiol 0.03 mg + Levonorgestrel 0.15 mg (Microgynon, Nordette, Microfemin);
 - Etinilestradiol 0.03mg + gestodeno 0.075 mg (Gynovin y Minulet);
 - Etinilestradiol 0.03 mg + desosgestrel 0.15 mg (Marvelon y Miravelle);
 - Etinilestradiol 0.02 mg + desosgestrel 0.15 mg (Mercilon y Miravelle Suave);
 - Etinilestradiol 0.02 mg + Levonorgestrel 0.1 mg (Microgynon suave);
 - Etinilestradiol 0.02 mg + Norgestimato 0.25mg (Ciles y Tricilest).
 - **Mínima dosis:** Etinilestradiol 0.0015 mg + gestodeno 0.06 mg (Meliane, Minesse);
 - **Micro píldora:**
 - Levonorgestrel (Microlut, por 35 tabletas)
- Si olvida tomar la píldora:
 - Por un día: Tome dos el día siguiente y continúe tomando una diariamente
 - Por dos días: Tome dos píldoras durante dos días seguidos y continúe hasta terminar el paquete
 - Por tres días o más: Suspenda el paquete de píldoras. Usted y su pareja deben protegerse utilizando condón o tabletas vaginales durante las siguientes relaciones hasta terminar el paquete.

Inyectables: Es un método anticonceptivo temporal para la mujer, que contiene hormonas sintéticas similares a las que produce el cuerpo femenino (estrógenos y progestágenos).

➤ **Mecanismo de acción:**

- Actúa principalmente sobre los ovarios para que estos no liberen óvulos.
- Aumentan el espesor del moco cervical haciendo más difícil el paso de los espermatozoides hasta el interior del útero.
- Adelgazan el endometrio dificultando la implantación.

➤ Existen dos tipos:

- Estrógenos y progestágenos: de uso mensual como Perlutal, Synovular, Mesigyna, Nofertyl, Cyclofem.
- Progestágenos: de uso trimestral como Depoprovera, Megestron.

➤ Efectividad: 98%

➤ **Ventajas:**

- Efecto duradero
- Evita la dismenorrea
- Se adquiere fácilmente
- Bajo costo
- No interfiere en el acto sexual
- Ofrecen privacidad.

➤ **Desventajas:**

- No protegen contra ETS.

➤ **Efectos secundarios menores:**

- Intolerancia gástrica
- Cefalea
- Aumento de peso
- Sangrado intermenstrual
- Alteración del metabolismo de carbohidratos y lípidos
- Cloasma
- Depresión
- Cambios en la libido.

➤ **Efectos secundarios mayores:**

- Várices
- Predisponen a tromboflebitis, TEP, ECV, disfunción hepática, carcinoma de mama, carcinoma de cérvix.

➤ **Está contraindicado en:**

- Diabetes
- HTA
- Cardiopatía grave
- Menopausia
- Anemia falciforme
- Mayores de 35 años.

➤ **Como usarla:**

- En la de uso mensual se inyecta una ampolla entre el primer y el séptimo día de iniciada la menstruación. Al mes exacto se administra una nueva inyección y se continúa así durante el tiempo que desee planificar. Por ejemplo, si la primera dosis se aplica el 3 de enero la próxima será el 3 de febrero y así sucesivamente.
- En la de uso trimestral:
 - La aplicación es similar a la anterior, pero con periodicidad cada tres meses.
 - Se recomienda las dos primeras semanas utilizar métodos de barrera en la primera inyección.

Implante: Está compuesto por pequeñas cápsulas fabricadas en material plástico que contienen una hormona llamada levonorgestrel (progestina) que impide la ovulación.

➤ **Norplant:**

- Conformado por seis cápsulas de 31 mm., cargadas con 36 mg de Levonorgestrel para un total de 216 mg.
- Su efecto se mantiene por cinco años.

➤ **Jadelle:**

- Conformado por dos cápsulas de 43 mm., cargadas con 75 mg de Levonorgestrel para un total de 150 mg.

- El mecanismo de acción se centra en la inhibición de la ovulación suprimiendo o reduciendo la hormona luteinizante (LH), alterando el endometrio y aumentando la viscosidad del moco cervical.

➤ **Efectos colaterales:**

- Cefalea
- Depresión
- Aumento o disminución de peso
- Disminución de la libido
- Mareos
- Cambios en el cabello
- Acne
- Cambios de humor
- Dolor abdominal bajo
- Quistes ováricos
- Amenorrea
- Mastalgia
- Hirsutismo.

- Efectividad: Tiene una eficacia del 98% sin embargo la mujer puede pedir que se retire antes si desea quedar en embarazo

➤ **Ventajas:**

- Este implante dura 5 años

- La fertilidad regresa inmediatamente después de ser removidos los implantes
- Funciona 24 horas después de ser implantado
- No interfiere en el acto sexual.
- **Desventajas:**
 - No protege contra ETS
 - Debe ser colocado por un médico o enfermera entrenada
 - Su costo es elevado
 - No debe ser usado en mujeres con Ca de mama, problemas hepáticos, sangrados uterinos, HTA, periodos irregulares, hipercolesterolemia, cefalea, epilepsia medicada, diabetes mellitus.
 - Puede producir efectos secundarios tales como:
 - Periodos irregulares
 - Periodos prolongados
 - Alopecia
 - Acné
 - Pérdida del interés en el sexo
 - Aumento de peso
 - Depresión
 - Cefaleas
 - La cirugía puede dejar una pequeña cicatriz.
- **Como usarlo:** Se insertan por vía subdérmica, quirúrgicamente, en el brazo no dominante de la mujer, los tubos con progestágeno.

Dispositivo Intrauterino (DIU): Es un pequeño elemento de plástico con revestimiento de cobre, que se coloca dentro del útero evitando la implantación del óvulo fecundado en la pared uterina. Se aplica en cualquier momento, preferiblemente durante el segundo día de la menstruación.

- **Mecanismo de acción:**
 - Impide la implantación del cigoto.
 - Hace que el endometrio sea hostil para el cigoto.
- **Efectividad:** 99.2%
- **Ventajas:**
 - Muy eficaz
 - No requiere cuidados especiales
 - No interfiere en el acto sexual
 - El DIU de cobre puede durar hasta 10 años inserto
 - La fertilidad regresa inmediatamente luego de retirado.
- **Desventajas:**
 - Debe ser insertado por personal de salud
 - La inserción puede ser dolorosa.
- **Efectos secundarios como:**
 - Lumbalgia

- Periodo irregular y doloroso
- Inflamación pélvica
- Embarazos ectópicos
- Infecciones vaginales
- Coitos dolorosos.
- El DIU de cobre no se recomienda a las mujeres con:
 - Embarazo sospechado.
 - ETS – EPI o cervicitis purulenta actual o reciente.
 - Cáncer cervical, endometrial, de los ovarios o sangrado vaginal inexplicable.
 - Enfermedad de trofoblasto o tuberculosis pélvica.
 - Distorsión uterina que impide la colocación correcta del DIU.
 - Infecciones después del parto o de aborto incompleto.
 - Comportamientos con riesgo de adquisición de ETS.
- **Momento de la inserción:**
 - Intervalo: En cualquier momento, después de seis (6) semanas posparto.
 - Posparto preferiblemente después de 10 minutos del alumbramiento, aceptable hasta 48 horas o esperar para insertarlo por intervalo.
 - Post-cesárea: Inmediatamente después de la cesárea.
 - Post-aborto: En cualquier momento, durante el primer trimestre o en el segundo trimestre.
- **Prevención de la infección al inserción:**
 - Lavarse las manos
 - Usar guantes estériles y sometidos a desinfección.
 - Usar DIU estériles.
 - Desechar en forma segura residuos contaminados.
- **Dispositivo Intrauterino Mirene**
 - Dispositivo intrauterino liberador de Levogestrel, es un dispositivo intrauterino (DIU), libera hormona directamente hacia el útero.
 - Es 99.9% efectivo en la prevención del embarazo hasta por 5 años.
 - No produce un aumento de peso significativo.
 - Puede ser retirado fácilmente cuando se quiera
 - Una vez removido se puede intentar el embarazo.
 - Proporciona niveles de hormonas más bajos y estables que la píldora.
 - Mecanismo de acción
 - Detiene el esperma para que no alcance y fecunde el óvulo.
 - Hace el endometrio más delgado.
 - Impide que el ovario elimine el óvulo

MÉTODOS DEFINITIVOS

Ligadura de trompas: Operación quirúrgica donde las trompas de Falopio son bloqueadas, lo que previene que los espermatozoides se unan al óvulo. Se realiza en mujeres que ya no deseen tener más hijos y que tengan más de dos.

- Efectividad: Es el método más seguro 99.5%

➤ **Ventajas:**

- Muy efectivo
- No interfiere en el coito

➤ **Desventajas:**

- Es permanente
- No protege contra ETS
- Solo se efectúa en mujeres totalmente seguras de no tener mas hijos.

➤ **Como usarlo:** Se corta y liga las trompas de Falopio. Luego cauteriza la zona utilizando un laparoscopio, bloqueando las trompas.

Vasectomía: Simple operación quirúrgica donde los tubos deferentes son cortados, ligados o cauterizados, esto previene que los espermatozoides sean eyaculados.

➤ Efectividad: 99.5%

➤ **Ventajas:**

- No interfiere en la erección o en la eyaculación.
- No se conocen efectos secundarios, no interviene en la relación sexual.

➤ **Desventajas:**

- Es permanente
- Requiere chequeo medico previo
- Se efectúa cuando el hombre está completamente seguro.

➤ **Como funciona:** Corta los vasos deferentes, que es el tubo que transporta los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra. Este tubo es cauterizado o amarrado. Se debe utilizar condón por las 20 primeras relaciones sexuales o 3 meses.

MÉTODOS DE EMERGENCIA DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD

Métodos que las mujeres pueden usar como respaldo para emergencias contraceptivas, dentro de la oportunidad más inmediata posterior a una relación sexual en la que no usó método, o el usado presentó falla.

Es importante resaltar que NO debe usarse como método de uso reiterado. Como su nombre lo indica, es una opción de emergencia que contribuye a prevenir embarazos no deseados.

➤ **Indicaciones:**

- Una relación sexual voluntaria sin empleo de métodos de la regulación.
- Uso incorrecto o falla del método empleado en la relación sexual.
- Una relación sexual forzada (violación) en la cual la mujer o la adolescente no se encontraban protegida previamente.

➤ **Ventajas:**

- Eficaces y fáciles de usar.
- Pueden usarse en cualquier momento del ciclo menstrual.
- Actualmente están ampliamente disponibles.

➤ **Desventajas**

- No protegen contra ETS / VIH.

- Pueden tener efectos secundarios a corto plazo.
- Los métodos de emergencia pueden ser:
 - Hormonales
 - DIU.
- **Hormonales:** Anovulatorios orales combinados. De acuerdo con el día del ciclo menstrual en que se encuentre la mujer el método de emergencia puede:
 - Inhibir o retrasar la ovulación
 - Disminuir la motilidad ciliar en la trompa uterina.
 - Aumentar la densidad del moco cervical.
 - Alterar la migración espermática
 - Aumentar el pH del fluido uterino, lo cual inmoviliza a los espermatozoides.
 - Es importante dejar claro que una vez implantado el huevo, el método **no induce interrupción del embarazo**.
 - Los efectos hormonales actúan para evitar la fecundación y es poco probable que se tengan efectos en periodo posterior a la fecundación.
 - Las píldoras no afectan al óvulo fecundado que se ha implantado, por consiguientes **no produce aborto**.
- **Dispositivo intrauterino:** Método eficaz, porque cuando se inserta el DIU aún puede interferir en la implantación, si otros mecanismos de acción fallaron. La T de cobre está indicada cuando han pasado más de 72 horas de la relación sexual no protegida y cuando la mujer desea continuar usando éste método como regulador de la fecundidad.
 - No se recomienda:
 - En mujeres con riesgo de ETS.
 - En mujeres víctima de violación.
 - Enfermedades pélvicas actuales o en los últimos tres meses.
 - ETS actuales o en los últimos tres meses.
 - Anomalías congénitas del útero.
 - Enfermedad de trofoblasto.
 - TBC pélvica.

11.13 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y SEGURA DEL EMBARAZO¹

ABORTO ESPONTÁNEO: Es la interrupción de un embarazo sin que medie una maniobra abortiva. Sus causas, excepto cuando hay traumatismos, no suelen ser evidentes y a menudo tienen relación con problemas genéticos del feto o trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la madre. Este tipo de aborto requiere por lo

¹ Texto tomado de la Norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), del Ministerio de la Protección Social.

general tratamiento y hospitalización, aunque resulta menos fatal que un aborto inseguro.

ABORTO INDUCIDO: Es el embarazo terminado deliberadamente con una intervención. Puede ocurrir tanto en recintos médicos seguros, siguiendo las normativas legales y de salud pública, como fuera del sistema médico.

Aborto seguro:

Cuando el aborto lo realiza personal calificado, usando técnicas y criterios higiénicos adecuados, es por lo general un procedimiento seguro, con una baja tasa de mortalidad y morbilidad.

Los abortos son más seguros cuando se realizan en una etapa temprana del embarazo y en las condiciones de seguridad arriba mencionadas.

Aborto inseguro:

El aborto inseguro, en cambio, se caracteriza por la falta de capacitación por parte del proveedor, quien utiliza técnicas peligrosas, y por llevarse a cabo en recintos carentes de criterios higiénicos.

Un aborto inseguro puede ser inducido por la mujer misma, por una persona sin entrenamiento médico o por un profesional de la salud en condiciones antihigiénicas. Este tipo de aborto puede realizarse introduciendo un objeto sólido (como una raíz, rama o catéter) en el útero, provocando un proceso de dilatación y curetaje inapropiado, ingiriendo sustancias tóxicas, o aplicando fuerza externa. Entre el 10% y el 50% de los abortos inseguros requieren atención médica, aun cuando no todas las mujeres la soliciten.

El aborto inducido y el embarazo no deseado constituyen dos problemas de salud pública íntimamente relacionados. La literatura nacional e internacional coincide en que la mayor parte de los abortos inducidos son producto de embarazos no planeados y que existe un conjunto de factores individuales, sociodemográficos y culturales correlacionados con ambos fenómenos.

La Organización Mundial de la Salud calcula que de los 210 millones de embarazos que ocurren en el mundo, 2 de cada 5 (80 millones) son no planeados y 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose. 19 millones de estas interrupciones ocurren en países donde el aborto es ilegal.

A pesar de los avances que el país ha mostrado en la reducción de la fecundidad, de tal modo que la tasa de fecundidad global pasó de 2.9 hijos por mujer en 1990 a 2.4 en 2005 y de un mayor acceso a métodos modernos de planificación familiar en las mujeres en unión, tanto en zona urbana como rural, pasando de 54.6% en 1990 a 68.2% en

2005, la proporción de embarazos no planeados aumentó de 33.6% en 1990 a 54.0 en 2005, concomitante a un notable descenso en la fecundidad deseada y la persistencia de la brecha de este indicador con la fecundidad observada.

No obstante, persisten grandes **diferencias asociadas con la zona de residencia, el nivel educativo y la situación socioeconómica**:

Mientras la fecundidad urbana es de 2.1 hijos por mujer, la rural es de 3.4. Como se ha indicado en anteriores ocasiones, esta brecha entre lo urbano y lo rural se expresa además en marcadas diferencias regionales y locales, que se reflejan en que más de 100 municipios del país presentan tasas de fecundidad total entre 4 y 7 hijos por mujer. En estos municipios confluyen, como ejemplo del círculo pobreza – fecundidad, los más elevados índices de necesidades básicas insatisfechas (entre el 56.6% y 96%), baja escolaridad (no mayor de 4 años) y mayor deterioro de otros indicadores de salud como mortalidad materna e infantil, como reflejo de las desigualdades y los rezagos en el desarrollo social en que viven estas comunidades.

Deriva de lo anterior una persistente demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar, más evidente en los municipios y regiones menos desarrolladas, y en los grupos poblacionales más pobres y con mayores barreras de acceso a servicios de salud; situación que determina que cerca de la cuarta parte de los embarazos ocurridos en Colombia terminen en aborto y otro tanto corresponda a nacimientos no deseados (PROFAMILIA).

La situación antes descrita es más dramática en grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad como los desplazados por el conflicto armado y los adolescentes.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005 reveló que el embarazo adolescente sigue en aumento al pasar de 19 al 21 por ciento entre el año 2000 y 2005, lo que significa que una de cada cinco adolescentes de 15 a 19 años esta o ha estado alguna vez embarazada.

La encuesta revela que son las mujeres jóvenes las que más dificultades tienen para controlar su fecundidad, para ejercer sus derechos y recibir información oportuna sobre salud sexual y reproductiva, y que el nivel educativo, el índice de riqueza y el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente.

Mientras en la zona urbana el embarazo adolescente es de 18.5%, en la rural la cifra es de 27 por ciento. De igual forma, mientras el embarazo adolescente es tan solo del 9% entre las mujeres con educación superior, la proporción aumenta al 52% entre las mujeres sin educación.

La ENDS revela que las adolescentes saben y emplean menos la planificación familiar, con respecto al resto de las mujeres. Solo el 20% de las adolescentes utilizan métodos

de planificación familiar. Del total de mujeres adolescentes en unión, solo el 57% utiliza métodos anticonceptivos, las demás (43 por ciento), están expuestas al riesgo de embarazo. Dos de cada cinco adolescentes (43 por ciento) ha tenido relaciones sexuales y el 14 por ciento de las adolescentes tiene su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad. Este inicio temprano de la actividad sexual implica no solo un mayor riesgo fisiológico para las complicaciones de la fecundidad, sino una menor madurez para el ejercicio asertivo de la sexualidad.

Como lo revela la casuística internacional, aunque la mayoría de las mujeres que solicitan abortos están casadas o viven en uniones estables y ya tienen hijos, en el mundo han aumentado considerablemente los casos de abortos entre las adolescentes, particularmente en los lugares donde el aborto es ilegal.

El hecho de que las adolescentes tengan menos acceso a servicios de salud e información de calidad y de carácter confidencial, incluyendo anticonceptivos, las sitúa en la categoría de riesgo de un embarazo no deseado y, por consiguiente, de un aborto inseguro. Especialmente las adolescentes de bajos recursos económicos que tienen menos contactos sociales, difícil acceso a transporte y medios financieros para obtener abortos seguros en comparación con las mujeres de mayor edad.

Cada año, al menos 4 millones de abortos inseguros ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años, muchos de los cuales terminan en muerte o daños irreparables que incluyen infertilidad. Más de un tercio de las muertes maternas entre las adolescentes de Chile y Argentina, se produce como resultado de un aborto inseguro. En Perú, un tercio de las mujeres que son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con aborto tiene entre 15 y 24 años.

EL ABORTO INSEGURO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La seguridad está estrechamente correlacionada con la legalidad del aborto: la mayoría de los abortos ilegales son inseguros y la mayoría de los abortos legales se realizan en condiciones seguras. De acuerdo a Henshaw et al. (1999), de los 46 millones de abortos inducidos estimados para 1995, 26 millones corresponden a abortos legales, generalmente seguros y veinte millones a intervenciones ilegales, en mayor parte inseguras.

En los países con una legislación restrictiva frente al aborto y en aquellos en los que aún estando legalizado el sistema de salud no provee este tipo de servicio, el aborto inseguro constituye un problema de salud pública sumamente grave, no solo por la magnitud de su ocurrencia, sino por sus repercusiones en la salud de la mujer y en la mortalidad materna.

Magnitud del problema

A pesar de las prohibiciones legales, millones de mujeres que viven en países con legislaciones restrictivas solicitan abortos. Como consecuencia, la mayor parte de estos

abortos se producen en clínicas clandestinas, sin condiciones higiénicas suficientes y sin un personal preparado para proveer un servicio de aborto seguro que proteja la vida de la mujer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año en el mundo aproximadamente 50 millones de mujeres se someten al aborto. Se considera que el 40% de estos eventos ocurren en deficientes condiciones sanitarias. Los 20 millones de abortos inseguros que suceden cada año dan por resultado cerca de 78,000 muertes maternas y cientos de miles de incapacidades en las mujeres, la mayoría de las cuales ocurren en las regiones en desarrollo. Debido a que la mayoría de los abortos se hace en la clandestinidad, resulta muy difícil estimar el número real de abortos inducidos y obtener datos confiables en los países donde esta práctica es ilegal. No obstante, se puede aseverar que el fenómeno del aborto inseguro en los países de América Latina que tienen leyes restrictivas alcanza dimensiones epidémicas.

En 1994 el Instituto Alan Guttmacher de Nueva York publicó una investigación sobre el aborto realizada en cinco países de América Latina, tomando como base el año 1989. Los resultados de esta investigación concluyen que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos. De lo anterior se infiere que cada año aproximadamente 4 millones de mujeres latinoamericanas recurren a abortos inseguros, 30 al 45% de las cuales sufren complicaciones que imponen un costo enorme a los sistemas de atención a la salud.

“Estimaciones más recientes de las tasas de abortos inseguros por región muestran que la incidencia más elevada, por cada mil mujeres entre 15 y 49 años, se observa en América Latina (26/1000), seguida por Asia (22/1000), esta última influida por la inclusión de China. Si se consideran las regiones dentro de cada continente, el índice más alto se encontrará en América del Sur (30/1000), seguida por África Oriental (29/1000) y África Occidental (24/1000) y el centro y sur de Asia (20/1000). El índice de abortos inseguros en las regiones más desarrolladas es de solo 2/1000 (Ahman y Shah, 2002)”

En Colombia, de acuerdo a Henshaw et al, la tasa de aborto para 1989 fue de 36 por mil mujeres en edad fértil, valor que es similar a otros países donde su realización no es permitida por la ley. También, Zamudio et al. estimaron que para el año 1998, el 22,9% de todas las mujeres de 15 a 55 años habían tenido al menos una experiencia de aborto inducido, lo cual equivale a 1.722.578 mujeres.

Repercusiones del aborto inseguro en la salud de la mujer:

Las repercusiones del aborto para la salud física y mental de la mujer resultan de su práctica clandestina e insegura ya que, cuando este se realiza por un proveedor calificado, en condiciones seguras y con métodos modernos es, como lo ha reconocido la Organización Mundial de la Salud, uno de los procedimientos médicos de menor riesgo.

En países donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, la probabilidad de muerte como consecuencia de un aborto llevado a cabo con procedimientos modernos no es mayor a 1 de cada 100.000 (Instituto Alan Guttmacher, 1999). En países en desarrollo, el riesgo de muerte como consecuencia de un aborto inseguro es varios cientos de veces

mayor que aquel del aborto realizado profesionalmente bajo condiciones de seguridad (Organización Mundial de la Salud, 1998). El proveer servicios para un aborto temprano salva la vida de las mujeres y evita los costos usualmente sustanciales del tratamiento de complicaciones prevenibles del aborto inseguro (Fortney 1981, Tshibangu y col 1984, Figa-Talamanca y col 1986, Mpangile y col 1999).

Se estima que de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo, entre el 10 y el 50% necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones. Las más frecuentes son los abortos incompletos, sepsis, hemorragia y lesiones intrabdominales, al igual que complicaciones infecciosas que pueden dejar en la mujer secuelas crónicas conducentes a la esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico. No existe, sin embargo, una estadística clara sobre el asunto, ya que, como se mencionó antes, la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo determina un gran subregistro, de tal forma que las mujeres hospitalizadas por complicaciones de este tipo sólo representan una ínfima parte del total. El subregistro incluye todas aquellas mujeres que sufrieron complicaciones pero no encontraron o temieron recibir tratamiento en un hospital. También incluye a las que fueron a las farmacias, a los centros de salud, o a las consultas privadas para el tratamiento de complicación, los abortos incompletos que no fueron reportados a través de los RIPs, así como aquellas que mueren a consecuencia del aborto, sin haber recibido un tratamiento en algún hospital.

Como reporta el Centro para los Derechos Reproductivos el aborto inseguro produce grandes efectos psicológicos en la mujer:

“La decisión de obtener un aborto pone a la mujer en conflicto con los valores sociales, culturales y religiosos relacionados con la maternidad y es, por lo tanto, una decisión que ninguna mujer toma a la ligera. Estudios realizados indican que los efectos psicológicos negativos que resultan de la práctica del aborto se aminoran en los países donde es legal, donde existe buena información y servicios médicos adecuados. En Estados Unidos se llevó a cabo una investigación, publicada por la Sociedad Psicológica Americana, que demostró que no había evidencia científica que probara que el aborto voluntario tiene un efecto psicológico negativo en la mujer. Sin embargo, en los países donde la práctica del aborto se penaliza y donde las mujeres actúan en la zozobra de la clandestinidad, existen mayores probabilidades de que las mujeres experimenten traumas psíquicos. A pesar de ello, cabe señalar que muchas mujeres prefieren asumir los posibles efectos psicológicos negativos que pudieran surgir como producto de un aborto inducido, antes que verse obligadas a enfrentar un embarazo no deseado.”

Como lo señalan varios organismos internacionales, el contexto de penalización crea un estigma desfavorable que generaliza las actitudes negativas con respecto al aborto, influyendo negativamente incluso en la prestación de servicios apropiados para las mujeres que requieren atención por un aborto espontáneo (y que se estiman entre el 15 y 25% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, según un estudio realizado en seis países latinoamericanos), así como a las que solicitan la interrupción legal del embarazo, en aquellos países que lo permiten en situaciones de riesgo para la mujer.

Impacto en la Mortalidad Materna:

A pesar del peligro que representa para la salud de la mujer, el aborto inseguro sigue siendo un recurso utilizado por millones de mujeres para terminar con embarazos no deseados, de tal forma que cada año fallecen en el mundo alrededor de 600.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, el 95% en países en vías de desarrollo y el 13% como resultado de abortos inseguros.

En América Latina y el Caribe, 5,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros (más de un quinto del total de muertes maternas), representando el más alto porcentaje (21%) entre las regiones a nivel mundial. También se estima que, en la región, 800,000 mujeres de bajos recursos económicos son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto inseguro.

En 1996, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indicó que el aborto es la causa primordial de mortalidad materna en Argentina, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú. El aborto es la segunda causa de muerte en Costa Rica y tercera causa en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México y Nicaragua.

Impacto del aborto inseguro en los sistemas de salud:

Evidencia de distintos países nos permite tener una idea de los costos que las complicaciones del aborto inseguro generan sobre los sistemas de salud.

En términos generales podría afirmarse que el costo de oportunidad de atender un aborto inseguro es sumamente alto comparado con el aborto seguro y legal: con los mismos recursos puede atenderse a otra población en otros servicios de salud. Los gastos derivados de las complicaciones son:

- hospitalización (alimentación, camas, ropa de cama, remuneraciones y gastos administrativos en general),
- laboratorio e insumos,
- medicamentos,
- gastos de bolsillo de los pacientes antes y después de la hospitalización (consultas médicas, medicamentos, alimentación, transporte, teléfono),
- entre otros (gastos de recuperación post-aborto).

Los gastos de recuperación post-aborto se derivan de las consecuencias en la salud de las mujeres:

“hemorragia, infecciones, lesiones traumáticas de los genitales y otros órganos y reacciones tóxicas por productos ingeridos o puestos en los genitales con propósitos abortivos, e inclusive complicaciones de largo plazo como el impedimento para volver a quedar embarazada o la muerte de la mujer”.

Li y Ramos (1994) estimaron los costos hospitalarios y económicos del aborto en el Perú, para el caso del legrado uterino instrumental. Entre los principales hallazgos se encuentra que:

- El costo de oportunidad por atender a una paciente de aborto incompleto (o inducido) es el dejar de atender aproximadamente a 10 pacientes que pudieran acceder a servicios seguros;
- La estancia hospitalaria es una variable muy importante pues influye en el gasto de hospitalización, el costo total del servicio a pacientes de abortos sin complicaciones y la posibilidad de reducir los costos de la atención;
- El costo privado de la hospitalización es el más alto del promedio, por lo que no podría ser pagado por todas las pacientes a pesar de ser subsidiado.

En la República de Tanzania un estudio estimó que el costo diario del tratamiento de las complicaciones del aborto, incluidos los medicamentos, las comidas, la estancia y las intervenciones quirúrgicas, equivalía a más de siete veces el presupuesto anual por habitante del Ministerio de Salud. En Guyana, alrededor del 25% de la sangre disponible en el principal hospital público se utilizó para tratar las complicaciones del aborto antes de que se modificara la ley.

Las consecuencias en el sector salud son sumamente importantes pues las complicaciones se relacionan con una alta demanda de recursos, como camas hospitalarias, equipamiento médico, antibióticos, entre otros, originados por complicaciones prevenibles. Por ejemplo, el costo promedio de un aborto inducido en condiciones inseguras y con complicaciones por infección en un hospital de Nigeria fue de USD\$223, mientras que el ingreso mensual promedio es de USD\$45. De acuerdo a Konge y otros (1992), si los abortos fueran legalizados, costarían alrededor de USD\$5 por caso, asegurándose un personal calificado e instalaciones no sépticas. Otro estudio realizado en Perú entre 1992 y 1993 registró un promedio de estancia hospitalaria de 3.8 días para mujeres internadas para tratamiento de complicaciones post-aborto en el Instituto Materno-Perinatal y 3.1 días en el Hospital Rebagliati. Los recursos utilizados en la atención post-aborto en el Instituto ascendían a 13% del presupuesto total del hospital.

Es por ello que una política estatal de garantía de derechos sexuales y reproductivos, necesariamente debe incluir el acceso efectivo a información y servicios de regulación de la fecundidad.

Como lo indica el Centro para Derechos Reproductivos: "En contra de las creencias populares, los países que han legalizado el aborto inducido y creado programas accesibles de planificación familiar, combinados con un acceso efectivo a información, muestran un marcado descenso en el número de abortos realizados.

En Holanda, donde el aborto no está penalizado y existen servicios gratuitos de aborto junto con un amplio acceso a anticonceptivos y servicios, así como protección social para la mujer, la tasa de abortos se calcula en 0,53 por cada 100 mujeres, convirtiéndose en el país con una de las tasas más bajas de Europa. En el caso de Cuba, que cuenta con una legislación liberal sobre aborto, la tasa permanece alta debido a que no cuenta con servicios suficientes de información y acceso a métodos anticonceptivos. En los países de América Latina con legislaciones restrictivas sobre aborto, la tasa llega a ser hasta diez veces mayor, comparada con las de países donde las leyes sobre aborto han sido liberalizadas."

En cuenta de lo anterior, la evidencia científica y la experiencia internacional confirman no solo la gravedad del aborto inseguro como problema de salud pública, sino también que una legislación restrictiva frente al aborto no reduce la ocurrencia de abortos, ni protege los derechos del no nato, sino que pone en riesgo la salud de las mujeres, especialmente las de los grupos de mayor vulnerabilidad, incluyendo las adolescentes, las desplazadas, las de menor educación y menores ingresos.

Como lo plantea Faúndes y Barzelatto:

"Las restricciones más severas y el estricto cumplimiento de las leyes contra el aborto, incluida la pena de prisión para las mujeres que se someten a abortos inducidos, no son eficientes en modo alguno para reducir la cantidad de intervenciones.

Por otra parte, no hay pruebas contundentes de que las leyes muy liberales, que proporcionan un fácil acceso a la interrupción del embarazo, no determinan por sí solas una alta incidencia de aborto.

Los países latinoamericanos, donde el aborto es objeto de severas restricciones o de una completa prohibición, tienen tasas relativamente elevadas, oscilantes entre 35 y 50 abortos anuales por cada mil mujeres en edad fértil (Singh y Wolf, 1994). Estas tasas son entre cinco y diez veces más altas que las vigentes en los países de Europa Occidental como Holanda o Alemania o donde el aborto está ampliamente liberado y es de fácil acceso (Singh y Wolf, 1999).

El problema es que las leyes restrictivas no afectan la condición fundamental que siempre precede el aborto, la existencia de un embarazo no deseado... Los principales determinantes de dichos embarazos son la incapacidad de las mujeres de controlar su actividad sexual, su falta de educación – incluyendo un conocimiento escaso e incorrecto de los métodos anticonceptivos--, la dificultad de acceso a una anticoncepción eficaz y la ausencia de protección social para las embarazadas y sus hijos.

Mientras estas condiciones persistan, seguirá habiendo gran cantidad de embarazos no deseados, la mayoría de los cuales terminarán en un aborto a despecho de prohibiciones y sanciones legales, morales o religiosas."

JUSTIFICACIÓN

Mediante Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, la Honorable Corte Constitucional declaró exequible el artículo 122 del Código Penal, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos:

- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico;
- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico;
- Cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

En consonancia con la anterior determinación, la Corte decidió también declarar exequible el artículo 32-7 del Código Penal, e inexecutable la expresión “o en mujer menor de catorce años” contenida en el artículo 123 y el artículo 124 del mismo ordenamiento.

Los avances en la legislación sobre despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo - IVE son imprescindibles, pero no suficientes para garantizar el acceso a servicios, integrales, oportunos y seguros, y concebidos en el marco de los derechos sexuales y reproductivos y de equidad de género y social.

En la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1999, los gobiernos decidieron ratificar lo acordado en la Conferencia de Beijing en relación con los servicios de aborto seguro: “en circunstancias donde el aborto no esté en contra de las leyes, los sistemas de salud deben entrenar a sus proveedores y tomar otras medidas para asegurar que el aborto sea seguro y accesible. Deben tomarse medidas adicionales para proteger la vida de las mujeres”.

La **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**, cuyo objetivo es el de “mejorar la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas”, está orientada por una serie de principios entre los que destaca el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos y la equidad de género, que son definitivos para el logro de este objetivo. De la misma manera lo son sus estrategias y algunas de sus metas como la reducción de la mortalidad materna y el incremento de la oferta anticonceptiva para reducir la fecundidad no deseada.

La **Norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** recoge los lineamientos técnicos propuestos por la Organización Mundial de la Salud en el documento “Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud” y define los estándares de calidad necesarios para garantizar el goce de los derechos protegidos por la Sentencia C-355/06 en el marco de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

El detalle actualizado de la atención en regulación de la fecundidad para hombres y mujeres, así como lo establecido en materia de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), debe consultarse en los siguientes documentos:

- Regulación de la fecundidad:
 - Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, que incluye la anticoncepción de emergencia y métodos modernos de regulación, la cual fue actualizada por la Resolución 769 del 2008.
 - Acuerdo 356 del 2007, que incluyó la vasectomía en el POS-S
 - Acuerdo 380 del 2007, que adicionó el POS con nuevos medicamentos para la regulación de la fecundidad y el condón masculino.

- Interrupción voluntaria del embarazo (IVE):
 - Sentencia C-355 de 2006, que despenalizó el aborto realizado en determinadas situaciones.
 - El Decreto 4444 de 2006, que reglamentó la IVE
 - Resolución 4905 del 2006, que adoptó la Norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)
 - La Norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), que estableció las condiciones mínimas para la IVE sin riesgo.
 - Circular externa 0031 de 22 de mayo del 2007 del Ministerio de la Protección Social, que instruyó sobre la provisión de servicios seguros de IVE, no constitutiva del delito de aborto.

A estos documentos puede acceder en la biblioteca de la escuela.

11.14 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Síndrome de ETS

El control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) es fundamental para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Entre las estrategias de intervención que han demostrado ser eficaces para su control es básica la búsqueda, detección, el manejo precoz y eficaz de los casos, al permitir no solo la prevención secundaria a nivel individual, sino también la prevención primaria a nivel colectivo; adicionalmente, el tratamiento precoz y eficaz de las ETS previene la propagación del VIH. Para lograr lo anterior es necesario proveer servicios accesibles, aceptables, que satisfagan las expectativas de los pacientes, eficaces y oportunos, y promover ampliamente su uso; para lo cual es necesaria la normalización del proceso de atención de las ETS en el marco del plan obligatorio de salud.

El abordaje sindromático constituye la mejor alternativa, por lo que se ha seleccionado como el manejo de elección de la mayoría de casos de ETS en Colombia.

El enfoque o abordaje sindromático comprende la identificación clínica de un síndrome asociado a un número de agentes etiológicos bien definidos, ofreciendo tratamiento para la mayoría de los agentes responsables más frecuentemente de dicho síndrome en la localidad.

Definición

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano, o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo. Su transmisión sexual ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos UN contacto sexual penetrativo sin protección (sin uso de condón) con una persona de la cual se ignora si tiene o no una ETS, o se conoce que la tiene.

Objetivo de la atención

- Permitir un diagnóstico precoz de la ETS, en el grupo de 10 a 29 años

- Prevenir la diseminación de las ETS, en el grupo de 10 a 29 años.
- Ofrecer un tratamiento eficaz y oportuno de las ETS, a cualquier edad

Descripción clínica

Las ETS pueden ser sintomáticas o asintomáticas; alrededor de 5 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres con ETS no desarrollan síntomas. Por eso deben buscarse en toda persona que presente un comportamiento sexual de riesgo, así no presente síntomas. De hecho, las ETS son transmitidas usualmente por personas que tienen infecciones asintomáticas o que tienen síntomas que ignoran.

Cuando una ETS es sintomática, se puede manifestar más frecuentemente como alguno de los síndromes relacionados en la clasificación por síndromes, sin embargo no son las únicas manifestaciones posibles; en general, es importante recordar que así como no toda manifestación en genitales es una ETS, no todas las ETS presentan manifestaciones en genitales. Los períodos de incubación son muy variables para cada síndrome. Los períodos de transmisibilidad también son variables, e incluyen estados asintomáticos; sin embargo algunas infecciones parecen requerir de lesiones activas (HSV 2, VPH).

Las ETS pueden clasificarse, entre otras maneras, según el síndrome asociado con mayor frecuencia; la presente guía hace referencia al manejo de los síndromes de secreción uretral, cervicitis mucopurulenta, epididimitis, enfermedad pélvica inflamatoria aguda, vulvovaginitis, vaginosis bacteriana, lesiones ulcerativas de los genitales, bubón o inflamación inguinal, verrugas anales y genitales, escabiosis, y pediculosis púbica.

MODULO DE FORMACION PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD I-II

ACA-DA-016 / V6

ALGUNOS ASPECTOS DE LAS ETS MÁS FRECUENTES SEGÚN ETIOLOGÍA

Enferme- dad	Agente etiológico	Forma de contagio	Signos y síntomas	Diagnostico	Tratamiento
SÍFILIS	Espiroqueta llamada Treponema Pallidum	Sexual: orogential, vaginal anal. Contacto con lesiones cutáneas de la sífilis secundaria. Transplacentario y perinatal.	Depende del estadio de la enfermedad: Sífilis primaria: Aparición de un chancro indoloro, ulcerado (glande, surco balanoprepucial y cuerpo del pene). En la mujer (vulva, vagina, cérvix uterina). Puede aparecer de 2 a 3 semanas del contacto. Sífilis secundaria: 6 a 12 semanas después del contagio, si no hay tratamiento, aparecen lesiones exantemáticas maculares mucocutáneas en boca, encías, palmas de las manos, plantas de los pies y superficies de flexión; adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia. Las lesiones pueden estar presentes por una semana y hasta por un año. Sífilis latente: Asintomática o presentar recidivas de sífilis secundaria. Sífilis terciaria: Se puede presentar como forma benigna que se caracteriza por una lesión llamada goma, una masa indolora, de crecimiento lento, localizadas en la piel, boca, nariz, faringe, laringe y huesos. Puede aparecer sífilis cardiovascular que puede producir aneurismas aórticas, torácicas y valculopatías cardíacas. También puede presentarse neurosífilis donde hay parálisis de los pares craneanos, signos meníngeos. Sífilis congénita: Puede suceder en cualquier momento del embarazo, puede ocasionar abortos o manifestarse en el recién nacido hepatoesplenomegalia, ictericia, hemorragias, lesiones óseas (tibia en sabel) y dentales.	Signos y síntomas. Prueba presuntiva VDRL (Veneral disease laboratory) o RPR (reanina plasmática rápida) Prueba confirmatoria FTA- ABS (flourescent treponema antibody absortion). En pacientes que se sospecha neurosífilis realizar VDRL en LCR. Rx de huesos largos. Cuadro hemático. Perfil hepático.	Penicilina en todas las fases o durante el embarazo. En los pacientes alérgicos se usa cefalexina, eritromicina o tetraciclinas. Después de tratamiento realizar VDRL a los 3,6 y 12 meses.



MODULO DE FORMACION PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD I-II

ACA-DA-016 / V6

Enfermedad	Agente etiológico	Forma de contagio	Signos y síntomas	Diagnostico	Tratamiento
BLENNORRAGIA O GONORREA	Ciplococo Gram Negativo llamado Neisseria gonorrhoeae (gonococo)	Sexual: vaginal anal u oral. En el recién nacido contaminación durante el paso por el canal de parto.	Hombres. Uretritis gonocócica, aparece exudado uretral purulento abundante. Disuria, eritem meato uretral y tenesmo vesical. Estos signos y síntomas aparecen entre 2 – 7 días después del contacto. Mujeres: Hasta el 80% de las infectadas son asintomáticas pero contagiantes. En las demás aparece flujo vaginal oscuro, escaso, disuria, polaquiuria, dispareunia y dolor pélvico crónico (EPI). En ambos géneros es factible la infección faríngea o anal. En el recién nacido conjuntivitis, faringitis infección respiratoria o del conducto anal.	Frotis uretral, frotis faríngeo y anal. FFV Cultivo Thayer Martin.	Uso preservativo. Pareja sexual estable. Uso antibióticos Doxiciclina, Eritromicina, Espectinomicina.
CONDILOMATOSIS	HPV (Virus del papiloma humano)	Sexual	Periodo de incubación promedio es de 2 a 8 meses, posterior aparecen lesiones (condilomas) verrugosas que pueden alcanzar 2 cm de largo y tener apariencia de coliflor (ano, genitales o región perineal).	Mujeres: Colposcopia, con ácido acético al 5% y biopsia. Hombres: Penoscopia.	Podofilina directa sobre los condilomas. Acido tricloroacético y el 5-fluorocilo. En casos severos crioterapia.



MODULO DE FORMACION PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD I-II

ACA-DA-016 / V6

Enfermedad	Agente etiológico	Forma de contagio	Signos y síntomas	Diagnostico	Tratamiento
VAGINOSIS BACTERIANA	Gardenella Vaginalis	Sexual	Leucorreas abundantes, adheridas a las paredes vaginales, grisáceas y muy fétidas (pescado en descomposición) especialmente después del coito o la menstruación. Dispáreunia, prurito vaginal y dolor pélvico. Puede llevar a EPI y durante el embarazo puede ocasionar abortos o amenazas de parto pretérmino.	FFV donde el pH está menor a 4.5 y se evidencia la presencia de células guía. Células epiteliales con abundantes bacterias alrededor.	Óvulos o cremas vaginales de Metronidazol y clindamicina o tratamientos orales con estos antibacterianos o amoxicilina o clavunato. El tratamiento de la pareja es obligatorio.
TRICHOMONIASIS	Trichomona vaginalis (protozoario flagelado)	Sexual	En los hombres suele ser asintomática, aún en casos muy raros produce disuria, exudado uretral o epididimitis. En las mujeres flujo vaginal blanquecino abundante, fétido, prurito intenso y a la especuloscopia, se observan hemorragias puntiformes en el cuello uterino. Son frecuentes las hemorragias postcoito, dispareunia, irritación vulvar. En la mujer embarazada puede ocasionar abortos o amenaza pretérmino.	FFV.	Metronidazol en monodosis (una sola dosis 2 mg), como multidosis (0.5 gr 2 veces por día dos días)

Administrar los medicamentos según orden médica.

Examinar los genitales externos para detectar lesiones y características. Registrar en las notas de enfermería

Lavado estricto de manos antes y después de tener contacto con el paciente, aplicar las normas de bioseguridad.

Administrar los medicamentos según orden médica.

Examinar los genitales externos para detectar lesiones y características. Registrar en las notas de enfermería.

Se deben mantener las lesiones limpias y secas empleando las normas para la atención de piel y las heridas.

Enseñar al paciente lavado estricto de manos y las técnicas del cuidado de las lesiones.

En caso de sífilis tardía, evaluar al paciente de acuerdo a los órganos comprometidos:

Cardiovascular.

Nivel de conciencia.

Estado de ánimo.

Informar al paciente de la necesidad de repetir la prueba VDRL cada 3 meses durante 1 año y la repetición de controles cada 6 meses durante 2 años. (En caso de sífilis)

Informar al paciente que debe abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que se recupere.

Educar al paciente respecto al uso de ropa interior floja y de algodón.

Realizar higiene perianal frecuente con el respectivo cambio de ropa interior.

Realizar baños de asiento.

Enseñar al paciente las vías de contagio de estas patologías.

Toma de laboratorios según indicación. (FFV; FU; UROCULTIVO y MUESTRAS SANGUINEAS, HIV, CARGA VIRAL).

Discutir la necesidad de comunicar el diagnóstico a las parejas sexuales y la necesidad que estas soliciten atención médica inmediata.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA GENERALES PARA ETS.

Lavado estricto de manos antes y después de tener contacto con el paciente, aplicar las normas de bioseguridad.



VIH/SIDA

Caracterización epidemiológica

Desde 1981, año en que se reconoció por primera vez esta enfermedad y se le dio nombre, la infección se ha expandido a todos los continentes y a diferentes grupos humanos.

Según Onusida, en 2000 se infectaron por el VIH 5,3 millones de personas, de las cuales eran adultos 4,7 millones, mujeres 2,2 millones y menores de 15 años 600 mil. El mismo año, en el mundo vivían con el VIH y sida 36,1 millones de personas, entre las que se encontraban 34,7 millones de adultos, 16,4 millones de mujeres y 1,4 millones de menores de 15 años. Las defunciones causadas por el sida en 2000 alcanzaron un total de tres millones, entre ellas, 2,5 millones correspondían a adultos, 1,3 millones a mujeres y 500 mil a menores de 15 años. Las defunciones acumuladas causadas por el sida suman un total de 21,8 millones desde el comienzo de la epidemia, correspondiendo a adultos 17,5 millones, a mujeres 9 millones y a menores de 15 años 4,3 millones.

En diciembre de 1998, la Organización Mundial de la salud .OMS. y Onusida estimaban en 1,73 millones las personas viviendo con VIH y sida en Latinoamérica y el Caribe, donde se refleja la misma heterogeneidad que en el resto del mundo: difieren tanto de país a país como dentro de cada nación. En su mayor parte, el VIH en la región se concentra en las poblaciones marginadas social y económicamente.

El aumento en la tasa de prevalencia de infección entre las mujeres señala que la transmisión heterosexual está teniendo mayor alcance; sin embargo, esta situación es, probablemente, reflejo de una serie de interrelaciones entre transmisión heterosexual y perinatal en las cuales el caso índice ha sido un hombre que ha tenido relaciones sexuales con otros hombres, con lo que no se debe afirmar que el giro de la epidemia hacia la transmisión heterosexual signifique que se haya establecido un patrón heterosexual de la transmisión del VIH, como el de África al sur del Sahara.

Según el número acumulado de casos de infección, la epidemia en Colombia es superada en Latinoamérica sólo por Brasil y México. El comportamiento de la epidemia de VIH y sida en nuestro país ha pasado de una relación hombre/mujer de 12:1 en 1988, a 7:1 en 1996 y de 5:1 en 1998. Esta progresión ha sido más evidente en algunas regiones como la costa atlántica donde la relación llega a ser de 3:1.

De los 21.048 casos reportados en el país hasta 1999, 37,7% (n = 7.947) pertenecía a Bogotá con una tasa de incidencia de 12,5 por 100 mil habitantes; de estos, 7.743 eran adultos, 554 mujeres de 10 a 49 años y 204 menores de 15 años.

En Bogotá, el grupo de edad con mayor proporción de casos (22,4%) está entre los 30 y 34 años; de 1991 a 1999 se registraron 107 casos en menores de una año; la razón hombre mujer pasó de 57:1 en 1988 a 6:1 en 1999; sin embargo, en ese año la razón

hombre/mujer en adolescentes de 15 a 19 años fue de 1:1,14, esto es, el número de mujeres superaba al de los hombres, lo cual indica el incremento en la transmisión heterosexual y el riesgo de que este grupo de edad aporte casos de VIH perinatal.

A partir de 1995, en Bogotá el sida es parte del grupo de las diez primeras causas de mortalidad en las personas de 15 a 44 años, con una tasa de mortalidad de 7,5 por 100 mil habitantes; en 1999 fue la tercera causa de muerte en el mismo grupo, con una tasa de 8,4 por 100 mil; además, fue la tercera causa de muerte en hombres con esa misma edad, con una tasa de 17 por 100 mil y la décima causa en hombres de 45 a 59 años con la misma tasa del grupo anterior.

HEPATITIS B, D Y C HEPATITIS B y D

La infección por el virus de la hepatitis B es un problema de salud pública en Colombia y en el mundo. Se calcula que en el mundo existen alrededor de dos mil millones de personas que poseen marcadores serológicos positivos para el virus de la hepatitis B, de los cuales más de trescientos cincuenta millones son portadores crónicos del virus, en especial en los países en desarrollo, donde reside 90% de los portadores de la enfermedad, sobresaliendo los países asiáticos como China, Taiwán y Japón.

Según la prevalencia de la infección para hepatitis B y de portadores de antígeno de superficie, las zonas geográficas se clasifican en:

- Alta endemia, donde la mayoría de las personas se infectan durante el periodo perinatal o en la infancia y se presentan prevalencias de infección mayores de 55% y tasas de portadores mayores de 7%;
- Mediana endemia, con prevalencias de infección de 20% a 55% y de portadores de 2 a 7%; tienen como mecanismos de transmisión más importantes la vía percutánea y sexual;
- Baja endemia, con prevalencia de infección y de portadores menores de 20% y 2%, respectivamente; en este grupo, la mayoría de las infecciones ocurre en el adulto por transmisión sexual, exposición ocupacional a sangre y percutánea por uso de drogas intravenosas.

La probabilidad de ser portador crónico se encuentra en relación inversa con la edad en que se adquiere la infección, entre los adultos 5% a 10% y entre los lactantes 80% a 90%. Los portadores pueden evolucionar a hepatitis crónica activa y cirrosis. A su vez, los pacientes con hepatitis crónica activa pueden desarrollar hepatocarcinoma.

En Colombia se ha estimado que existen alrededor de seis millones de infectados, de los cuales aproximadamente un millón son portadores crónicos. La prevalencia varía de una zona a otra; por ejemplo, en algunas áreas geográficas donde se ubican comunidades indígenas, ciudades pequeñas e intermedias, se han identificado zonas de alta y mediana endemia, siendo las áreas más afectadas el pie de monte de la Sierra Nevada de Santa

Marta, la serranía del Perijá, la amazonia y el Urabá chocoano y antioqueño. Las grandes ciudades en su mayoría presentan baja prevalencia en población general, pero intermedia en grupos de alto riesgo como homosexuales y heterosexuales con múltiples compañeros, multitransfundidos y hemodializados, población reclusa y de instituciones para discapacitados mentales.

En Bogotá, según SIS 12, aunque las tasas de incidencia han venido incrementándose paulatinamente de 1,6 en 1991, a 6,72 por 100 mil habitantes en 1998, la ciudad se considera de baja prevalencia y los mecanismos de transmisión prioritarios son los descritos para este tipo de zonas.

La infección por el virus de la hepatitis Delta es común en zonas de alta prevalencia de hepatitis B tanto en la forma endémica como epidémica. Se han observado brotes en zonas tropicales de diferentes países de América del Sur como Brasil, Venezuela y Colombia.

HEPATITIS C

La infección por el virus de la hepatitis C se ha identificado en todas las zonas del mundo en las que se ha investigado; antes de la implementación de pruebas de tamización en donantes de banco de sangre, era la hepatitis postransfusional más común en Estados Unidos y explicaba aproximadamente 90% de los casos. En la actualidad, es más frecuente (60%-90%) en drogadictos intravenosos, moderada (20%) en personas sometidas a diálisis y baja (1%-10%) en heterosexuales u homosexuales con parejas sexuales estables o convivientes de infectados crónicos.

Tanto en Colombia como en Bogotá, el acercamiento a la caracterización epidemiológica de la enfermedad ha podido hacerse a través de la información de los índices de reactividad en donantes que son tamizados para esta patología en los bancos de sangre. La Unidad Administrativa Banco de Sangre de la Secretaría Distrital de Salud reportó índices de 0,84% para 1994, 1,15% para 1995 y 1996 y de 1,05% para 1997, 1998 y 1999, el doble de los reportados actualmente por países como Estados Unidos. A partir de junio de 1998, en Bogotá la hepatitis C es un evento bajo vigilancia intensificada y, por tanto, se espera tener un conocimiento más cercano de su incidencia y prevalencia en el futuro.

La infección afecta a personas de todas las edades, pero en general afecta a adultos jóvenes.

SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA

La Organización Panamericana de la Salud -OPS- ha propuesto la meta de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública llevando la incidencia a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos (incluidos los mortinatos). Para lograr esta meta, es necesario

que se detecten y tratan más de 95% de las gestantes infectadas, con lo que se logre reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0%.

La eliminación de la SC es todavía un asunto pendiente, a pesar de contar con servicios de control prenatal de acuerdo con la norma, la tecnología adecuada y el conocimiento de cómo prevenir la infección.

En América Latina y el Caribe (ALC), la prevalencia estimada de sífilis gestacional es de 3,1 por cien gestantes evaluadas (0,4 - 6,2). En orden decreciente El Salvador 6,2; Paraguay 6,0; Bolivia 4,0; Honduras 3,1; Colombia 2,2; Chile 2,2; Cuba 1,8; Brasil 1,6; Perú 0,8 y Panamá 0,4 por cien gestantes evaluadas. La incidencia de sífilis congénita en orden decreciente es: Honduras 2,5; Paraguay 2,0; Colombia 1,5; El Salvador 1,0; Perú 0,8; Chile 0,5; Bolivia 0,2 y Panamá 0,2 por mil nacidos vivos.

Se calcula que en ALC, 330.000 mujeres gestantes que tienen una prueba positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal, y que de estas gestaciones nacen 110.000 niños con sífilis congénita, y un número similar resulta en aborto espontáneo.

Colombia está entre los países con incidencia de SC superior a la meta propuesta por la OPS.

La notificación de casos de SC desde 1996 ha ido en aumento, sin embargo aún se evidencia subregistro y silencio epidemiológico en la mayoría del territorio nacional. La incidencia de SC varía ampliamente por regiones y departamentos, es así como en 2005 las regiones de la Orinoquía, el Occidente y el Centro Oriente fueron las de mayor incidencia, cuyos departamentos alcanzan tasas muy superiores a la nacional. En 2005, la incidencia global de SC fue de 1,5 por 1.000 nacidos vivos, y las entidades territoriales donde se reportó mayor incidencia fueron: Amazonas, Antioquia, Arauca, Bogotá D.C., Casanare, Cauca, Chocó, Guainía, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Sucre y Valle. La incidencia de sífilis gestacional fue de 2,2 por 1.000 gestantes estimadas en el año.

11.15 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA EL SISTEMA SEXUAL Y REPRODUCTOR

Factores Protectores

- Enseñar en las niñas y niños el respeto y cuidado de su cuerpo y el de los demás.
- Promocionar el conocimiento y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos.
- Uso del preservativo en cada relación coital.

- Aplicación de vacunas disponibles contra agentes causantes de enfermedades de los órganos del sistema sexual y reproductivo.
- Asistencia regular a controles preventivos de enfermedades de los órganos del sistema sexual y reproductivo.

Factores de riesgo

- Tener relaciones sexuales penetrativas no protegidas.
- Intercambio de agujas durante la aplicación de psicoactivos.
- Aplicación de sangre no certificada.
- Uso de sustancias psicoactivas, entre ellas el alcohol, que reducen la capacidad de valorar el riesgo de algunas conductas que pueden llevar a exposición a enfermedades de los órganos del sistema sexual y reproductivo.
- Exposición al humo del tabaco y otros agentes cancerígenos.

El detalle de la atención y vigilancia del Síndrome de Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/Sida, Hepatitis B, C y D, Sífilis Gestacional y Congénita debe consultarse en la Guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual de la Resolución 412 del 2000; la Guía para el manejo de VIH/sida Basada en la evidencia, definida por Resolución 3442 del 2006; "Guía de atención de la sífilis congénita" de la Resolución 412 del 2000 y los protocolos de vigilancia correspondientes, a los cuales puede acceder en la biblioteca de la escuela.

11.16 CANCER DE CUELLO UTERINO (CCU)

Magnitud del problema

El CCU es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres en el mundo y el más frecuente en los países en desarrollo². Las variaciones en las tasas de incidencia son grandes de acuerdo con las zonas geográficas, siendo las tasas más altas las reportadas en América Latina y algunas poblaciones de Asia y las más bajas las de Israel, España y Finlandia.

El registro de cáncer de Cali es hasta ahora el único sistema de registro poblacional de cáncer en Colombia que provee datos periódicamente, y desde su inicio, en 1962, ha venido reportando una de las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino más altas del mundo.

De acuerdo con los últimos datos de mortalidad disponibles, en el año 2000 el cáncer de cuello uterino ocasionó el 11,7 de las muertes por cáncer en mujeres en Colombia, lo cual significó un incremento de 1,8% con respecto a 1991 (Tabla I); sin embargo, si se

² Parkin D.M.;P. & Ferlay J. (1993). Estimate of the Worldwide Incidence of Eighteen Major Cancers in 1985. INT. J. Cencer, 54, 594-606.

redistribuyen las muertes por cáncer de útero sin especificar, pasaría a ocupar en Colombia el primer lugar como causa de mortalidad por tumores malignos en mujeres.

En Bogotá en el año 2000 el cáncer de cuello uterino fue responsable del 9,1 % de las muertes por cáncer en mujeres, prácticamente igual que en 1991. Sin embargo, redistribuyendo las muertes por cáncer de útero sin especificar, la reducción en el decenio 1991-2000 sería prácticamente de 1% (Tabla I).

En Colombia, el porcentaje de muertes por cáncer de útero sin especificar sobre el total de muertes por cáncer de útero, pasó de 29% en 1991 a 17,8% en 2000; en Bogotá estos porcentajes pasaron de 22,7% a 1,8% respectivamente, indicando una mejor calidad en la certificación de la muerte por cáncer de útero.

Tabla 1
Mortalidad proporcional por tumores malignos en mujeres de Colombia y Bogotá, 1991 y 2000.

Localización	Año 1991		Año 2000	
	Colombia	Bogotá	Colombia	Bogotá
Estómago	15,1%	14,6%	13,0%	13,2%
Cuello del útero	9,9%	9,3%	11,7% (13.	9,1%
Mama	9,3%	12,6%	11,1	11,3%
Tejido linfático y órganos	6,7%	11,2%	8%	9,9%
Pulmón	7,6%	5,3%	7,9%	5,9%
Colon- recto	5,3%	6,4%	6,50%	8,4%

*Ca cuello de útero con distribución porcentual de muertes por cáncer de «útero sin especificar» (CIÉ - 9 179 CÍE - 10 C 55) Fuente INC con datos DAÑE 1991, 2000

A pesar que tanto en el país como en Bogotá ha habido una reducción importante en el número de muertes que quedan clasificadas como útero sin especificar, es importante tener en cuenta este aspecto que altera significativamente las tasas de mortalidad y presenta, además, enorme variabilidad entre uno y otro lugar.

En lo relacionado con las tasas de mortalidad, se ha observado una tendencia al descenso en la mortalidad por cáncer del útero en el quinquenio 1995-2000 en Bogotá, mientras que en Colombia no ha habido reducción.

Factores de riesgo para CCU

- Infección por el virus del papiloma humano (VPH)
- Otros agentes de ETS:
 - Clamidia trachomatis

- Herpes virus tipo II
- Tabaquismo
- Exposición alta a estrógenos (anticonceptivos orales, estrógenos conjugados, etc.)
- Paridad
- Dieta pobre en vitamina C, betacarotenos y vitamina A

7.1.1 Programa para detección temprana de ccu

propósito

Tienen como finalidad reducir la mortalidad y las secuelas ocasionadas por esta patología así como mejorar la calidad de vida de las mujeres que lleguen a padecerla. En este sentido se busca disminuir los factores de riesgo prevenibles relacionados con su aparición, promover la detección precoz y el tratamiento oportuno, así como brindar una adecuada rehabilitación integral

Objetivos

- Promover y lograr la detección precoz de cáncer de cuello uterino y lesiones preneoplásicas cervicales.
- Asegurar de manera oportuna el diagnóstico definitivo a toda mujer con anormalidad citológica.
- Asegurar el tratamiento oportuno y la rehabilitación a toda mujer con diagnóstico de lesión preneoplásica o neoplásica de cuello uterino.
- Garantizar la calidad en todos los procedimientos.

Metas

- Alcanzar en tres años coberturas de detección temprana con citología de cuello uterino en el 90% de la población objeto.
- Disminuir la mortalidad por esta causa.
- Garantizar el acceso al diagnóstico definitivo al 100% de las mujeres con anormalidad citológica.
- Garantizar el acceso a tratamiento oportuno al 100% de las mujeres con diagnóstico definitivo de lesión preneoplásica o neoplásica.
- Efectuar control de calidad al 100% de citologías reportadas como anormales y un porcentaje representativo de citologías reportadas como negativas.

ESTRATEGIAS

➤ Inducción a la demanda

Se entiende como inducción a la demanda la acción de organizar, incentivar y orientar a las mujeres en la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino, garantizando la adhesión al programa³.

³ Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS

Es importante que las entidades de salud provean servicios de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del cáncer de cuello uterino que respondan a las preocupaciones y necesidades de las mujeres de una manera respetuosa y culturalmente apropiada. En este contexto se trata de desarrollar competencias cognitivas (capacidad de pensar, su actitud y sus prácticas) y sociales (relación con los otros-as)⁴. Para ello la información, educación y comunicación (IEC) y la participación social son líneas de intervención útiles.

La información y la comunicación social, en el sentido amplio, se refiere a todo proceso en el cual se intercambian mensajes entre los sectores de la población. Los procesos de comunicación social deben propender al desarrollo de programas que convoquen a los ciudadanos a fundamentar opciones de vida y asumir mayor control sobre los aspectos que conciernen con su bienestar, con base en sus derechos y deberes en salud. Así mismo, deben motivar a los individuos a hacer uso racional de los servicios de salud.

La capacitación irá encaminada a la actualización tanto para gestores de salud, como líderes comunitarios, procurando abarcar la mayor información que pueda ser difundida a sus respectivas comunidades en términos fácilmente accesibles. Para optimizar esta capacitación se requiere de un proceso continuo de adiestramiento con una retroalimentación periódica que facilite la evaluación del desempeño, manejo eficiente de los recursos y el cumplimiento de las metas propuestas.

No solamente es importante que se aborden las necesidades e inquietudes de las mujeres, sino además que se permita la participación de las mujeres en la formulación, ejecución y evaluación de las actividades, que es como actualmente se entiende la participación social.

Es así como históricamente esta estrategia se ha definido de diferentes maneras⁵. Tradicionalmente y bajo el concepto de la beneficencia de la salud, se entendió como el bien que reciben las personas cuando se establece una relación vertical entre proveedor y usuario. En segundo lugar se ha entendido como el apoyo voluntario de la población para lograr el éxito de los programas.

En la actualidad ha sido frecuente entender la participación como la capacitación y organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo, con el fin de que se transformen en miembros activos para el cumplimiento de los objetivos de los programas.

⁴ Ministerio de la Protección Social. "Política nacional de salud sexual y reproductiva". Febrero de 2003.

⁵ Celedón C. Noé Marcela. Reformas del sector de la salud y participación social. Rev Panam Salud Pública. 8 (1/2) 2000.

Una visión más moderna de la participación en la salud reconoce a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad de los servicios de salud. En este sentido, la participación busca la implementación de diferentes mecanismos que permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección de la salud, la calidad y oportunidad de los mismos, así como del uso eficiente de los recursos.

Se trata de desarrollar acciones enmarcadas en el desarrollo social y no en implementar estrategias aisladas. En las situaciones de marginalidad urbana se debe fomentar la participación activa de las organizaciones de mujeres, los gestores comunitarios de salud y líderes comunitarios pues éstos se convierten en un puente de comunicación entre la comunidad y los servicios de salud; son un eslabón importante en el análisis de sus problemas sanitarios y la propuesta de soluciones adecuadas.

Por todo lo anterior, la inducción a la demanda es una estrategia que busca la ampliación de coberturas en el grupo de población en el que son más frecuentes las lesiones tempranas que van a progresar. El grupo de 35 a 60 años presenta la mayor incidencia del cáncer infiltrante de cuello uterino. Sin embargo, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, los casos de displasia y carcinoma in situ que con mayor probabilidad van a evolucionar hacia carcinomas infiltrantes se van a encontrar en el grupo de 30 a 55 años. La cobertura de 80-90% de citologías en la población objeto es la que permite disminuir la mortalidad.

De otro lado, se sabe que la enfermedad se presenta con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos deprimidos, por lo que es prioritario facilitar el acceso a la toma de citología de cuello uterino al 100% de las mujeres del grupo de edad de mayor riesgo.

➤ **Capacitación**

Con el fin de mejorar la calidad y oportunidad de la atención, es necesario sensibilizar al personal de salud sobre la importancia del trabajo grupal, la vigilancia en salud pública y los fundamentos de la seguridad social. Igualmente es necesario que el personal involucrado en las actividades de detección precoz de cáncer se preocupe por la búsqueda activa de factores de riesgo y de las actividades de inducción de la demanda en población de alto riesgo. Por tanto, se debe ofrecer capacitación y actualización en aspectos técnicos y prácticos que incluyan al personal de salud en la toma de citología, los citotecnólogos en su lectura, los ginecólogos en la colposcopia y a los patólogos en la lectura de citologías y de biopsias.

➤ **Garantía de una red de oferta de servicios de tamizaje, diagnóstico definitivo y tratamiento con calidad**

Para el logro de las metas propuestas, todas las mujeres deben tener acceso a la citología de cuello uterino; así mismo, aquellas con una citología de cuello uterino anormal debe tener acceso a los servicios de diagnóstico definitivo y tratamiento de

manera integral, eficaz, eficiente y continua, con énfasis en la atención humanizada, la satisfacción del usuario con la atención recibida y en la calidad técnica. En el caso de las afiliadas al régimen contributivo, estas actividades están garantizadas en el SGSSS por el plan obligatorio de salud. Mientras se modifica la reglamentación vigente, las mujeres afiliadas al régimen subsidiado y las vinculadas, deben ser atendidas para colposcopia y biopsia con cargo al subsidio de la oferta. El tratamiento para las usuarias aseguradas, sin importar el régimen, se hará con cargo al reaseguro para enfermedades de alto costo.

Dentro de la red de oferta de servicios es necesario que el programa tenga disponible un laboratorio para lectura de citología, el cual, idealmente, debe estar centralizado. Esto significa que preferiblemente no se contrate a citólogas aisladas con un bajo nivel de lectura sino con entidades con una capacidad de lectura de entre 10.000 a 12.000 citologías al año con la supervisión y asesoría de un citopatólogo o patólogo adecuadamente entrenado en citología cérvico uterina y que cumpla con las normas y controles de calidad reglamentados para tal fin.

Se deben concentrar los esfuerzos de tamizaje en las mujeres entre 25 y 69 años, para lograr detectar el mayor número de casos incipientes, sin excluir los estadios tardíos.

COMPONENTES

El logro e implementación de los objetivos y estrategias mencionadas se realizará mediante el desarrollo de los siguientes componentes, cuyo resumen puede verse en la Tabla 4.

➤ Promoción de la salud sexual y reproductiva

El Ministerio de la Protección Social establece en la política de salud sexual y reproductiva la integración de los diferentes sectores que desarrollan acciones en la población femenina, para la promoción del ejercicio de la sexualidad sin riesgos, responsable y sana, la prevención y atención de eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Para lograr este fin se deben movilizar recursos y comprometer esfuerzos intersectoriales y comunitarios en acciones de promoción de la salud y prevención de cáncer, los cuales pueden implementarse mediante la estrategia de municipios saludables.

➤ Tamizaje

El tamizaje se define como la aplicación de una técnica para la identificación de personas asintomáticas, quienes probablemente tienen la enfermedad. En este caso específico se trata de realizar una detección de los cambios morfológicos tempranos de las células del cuello uterino, mediante la toma de una citología que amerite practicar biopsia para obtener un diagnóstico definitivo. La detección precoz se hace en la población de mujeres mayores de 25 años o con vida sexual activa, haciendo énfasis en el grupo considerado de mayor riesgo. Este grupo se define como la población de mujeres que tradicionalmente no ha tenido acceso a los servicios de salud y que a pesar de haber

iniciado actividad sexual no se han tomado citología de cuello uterino en los últimos tres años.

➤ **Diagnóstico definitivo**

Está dirigido a realizar el diagnóstico por biopsia en todas las mujeres que resulten con algún tipo de anormalidad otológica compatible con neoplasia, en un lapso no mayor a tres semanas después de reportada la anormalidad.

➤ **Tratamiento y rehabilitación**

Se propone garantizar el inicio de tratamiento adecuado y oportuno a la totalidad de usuarias que así lo ameriten, en las dos semanas siguientes al diagnóstico por colposcopia o biopsia, así como su seguimiento y rehabilitación posterior, para disminuir las repercusiones psicológicas, aclarar su pronóstico sexual y reproductivo y aminorar las secuelas físicas del tratamiento de esta enfermedad.

➤ **Vigilancia en salud pública**

Para evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos debe contarse con un sistema de información confiable que permita el monitoreo de las lesiones premalignas, el comportamiento del cáncer de cuello uterino, los factores de riesgo y de protección, así como para evaluar el impacto de las acciones, orientar y ajustar las intervenciones realizadas para la detección temprana. El sistema de información debe alimentarse mediante el registro individual de los datos de interés de las mujeres participantes, el reporte de la citología de cuello uterino, el reporte de la colposcopia, el diagnóstico definitivo así como del tratamiento y su resultado.

Así mismo, deben evaluarse las coberturas de citologías de cuello uterino y la calidad técnica de la atención en instituciones prestadoras, y en lo relacionado con la toma y lectura de citologías y biopsias. Las funciones de inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan el servicio de citología son responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud, por medio de la dirección de desarrollo de servicios que elaborará las normas, mecanismos y procedimientos necesarios para lograr tal fin.

➤ **Seguimiento y evaluación**

El seguimiento y evaluación de las actividades de detección y control del cáncer de cuello uterino son responsabilidad de todas las entidades del SGSSS de Bogotá. Por tanto, deben velar porque se realice el seguimiento de las mujeres que acuden a toma de citología, con el fin de lograr la continuidad en el esquema de detección temprana, mínimo de 90% de las que resulten normales y el seguimiento de todas las pacientes con citología compatible con neoplasia.

Sistema para la notificación y seguimiento del programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino

El seguimiento del programa permite evaluar los resultados de la estrategia de coberturas prioritarias, garantizar la continuidad del esquema en las usuarias con resultados negativos a la citología y seguir individualmente las pacientes que tuvieron una citología compatible con neoplasia.

El seguimiento y el monitoreo permiten, además, verificar la oportunidad para la realización de estas actividades y conocer la frecuencia de presentación de las anormalidades de cuello uterino. En cuanto al tratamiento, el sistema permitirá identificar el número de usuarias tratadas adecuada y oportunamente y, además, evaluar coberturas de citologías de cuello uterino y la calidad técnica de la atención en las instituciones prestadoras de servicios de toma de citología y colposcopia/biopsia.

Fuentes de información

- Registro diario y de seguimiento a las actividades del programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino.
- Registro individual de toma de citología vaginal.
- Resultado de citología cérvico uterina según la clasificación Bethesda 2001.
- Registro de visita domiciliaria.
- Registro de actividades de diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino.
- Registro de seguimiento a las pacientes positivas del programa de prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino de la EPSS.

7.1.2 Toma de citología cervico uterina

La toma de la citología cervico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-3; esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año para eliminar los posibles falsos negativos, si esta segunda citología es normal se debe citar a la mujer para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo. En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-3.

Hay que tener en cuenta que la citología cervico uterina no es diagnóstica, sino sugestiva (tamiz) e identifica a las mujeres sospechosas de tener cáncer de cuello uterino y a las que muy seguramente están libres de él, e indica qué mujeres deben acceder a los servicios de diagnóstico definitivo.

Esta actividad debe ser realizada por médico o enfermera debidamente capacitados, con el fin de obtener una muestra para estudio de las células de la unión escamocelular (exocervical) o también llamada zona de transición y del endocérvix, para identificar posibles alteraciones preneoplásicas o neoplásicas.

Orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico.

Los pasos a seguir en la toma de citología son:

- Anamnesis y diligenciamiento del registro para citología.
- Preparación de las láminas.
- Toma de la muestra utilizando espátula de madera o plástico para el exocervix y cepillo para el endocervix, teniendo en cuenta:
 - No hacer tacto vaginal antes de la toma de la muestra
 - Usar espéculo sin lubricante
 - Exponer muy bien el cérvix
 - Limpiar el exceso de flujo con torunda de algodón.
 - Extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada
 - Fijar la muestra utilizando cito-spray, fijador comercial o alcohol al 95%
 - Identificar adecuadamente la lámina.
- Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado.
- Si en momento de tomar la citología se observa lesión cervical tumoral visible o sintomatología de sangrados intermenstruales (metrorragias), post-coito o posmenopáusico, es preciso remitir inmediatamente al ginecólogo sin esperar el resultado de la citología.

Dada la dificultad de acceso de algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación, las contraindicaciones para tomar la citología se deben minimizar y aprovechar el momento en que acude la paciente para realizar el examen, por lo que se puede tomar en los siguientes casos:

- Durante el período menstrual cuando el sangrado sea escaso.
- En caso de abundante flujo, previa limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón.
- En caso de relaciones sexuales recientes o de ducha vaginal previa.
- En presencia de sangrado genital persistente, excepto que sea profuso.
- Recomendaciones organizacionales para la toma de la citología cervico uterina.

Con el objeto de no perder el recurso que representa un programa de tamizaje y para que éste cause el debido impacto en la disminución de la incidencia y la mortalidad de la enfermedad se deben crear las UNIDADES DE TAMIZAJE.

Las Unidades de Tamizaje deben encargarse no sólo de la toma de la citología por parte de un médico o enfermera, sino que deben garantizar los informes de los resultados, hacer el seguimiento de los casos problema, manejar el esquema 1-1-3 en la población objeto y remitir a un nivel superior a las usuarias que requieran de un procedimiento diagnóstico definitivo (Unidades de Colposcopia y Patología cervicouterina, nivel II).

Lectura y reporte de la citología cervicouterina.

La lectura de la citología cervico uterina debe realizarse en laboratorios centralizados de citología y patología, que cumplan con las normas y controles de calidad reglamentados para tal fin. La lectura debe ser realizada por citotecnólogos bajo la supervisión y asesoría de un citopatólogo o patólogo adecuadamente entrenado en lectura de citología cervicouterina.

El citotecnólogo es responsable de todos los casos definitivamente negativos para neoplasia y debe remitir para segunda lectura, por parte del citopatólogo, todas las placas reportadas como anormales y/o positivas. Así mismo debe discutir en conjunto los reportes en los cuales exista amplia divergencia entre las lecturas

Sistema Bethesda

Con el objeto de adoptar una terminología uniforme que pueda ser relacionada con las clasificaciones histopatológicas, se ha adoptado el Sistema Bethesda que ofrece al médico tratante información descriptiva que orienta la toma de decisiones para el manejo adecuado de las mujeres que acceden a los servicios de tamizaje.

La **primera parte del Sistema Bethesda** tiene que ver con la calidad del espécimen para examinar, ya que es necesario determinar la calidad del material disponible en la placa para la lectura, esta puede clasificada así:

- **Satisfactoria para evaluación:** la muestra tiene cantidad suficiente de material exocervical y endocervical para lectura.
- **Satisfactorio pero limitado:** sólo puede leerse el 50% de la muestra, por mala fijación, muestra muy gruesa, reacción inflamatoria severa, muestra hemorrágica, mala preservación celular o por ausencia de células endocervical. Se deben analizar las causas pudiéndose repetir al año.
- **Inadecuada:** sólo puede leerse el 25% del total del extendido por mala fijación, mala tinción, muestra muy gruesa, sólo material hemorrágico o material inflamatorio. A pesar de ser inadecuada, se deben reportar los hallazgos, resaltando que debe repetirse previo tratamiento de los hallazgos que así lo requieran.

La **segunda parte del reporte** se refiere a los resultados citológicos propiamente dichos, los que se presentan así:

- Negativa para neoplasia
- Cambios Celulares Benignos
- Infección (describe las posibles causas)
- Cambios reactivos (describe las posibles causas)
- Anormalidades de Células Epiteliales
- Anormalidades de Células Escamosas
- Atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS o ACSI)
- Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LEIBG):

- Infección por Virus del Papiloma Humano – VPH
- Neoplasia intraepitelial del cérvix grado I (NIC)
- Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG):
- Neoplasia intraepitelial grado II (NIC II)
- Neoplasia intraepitelial grado III (NIC III)
- Carcinoma escamo-celular de Células Glandulares
- Células Endometriales de Aspecto Benigno en pacientes post-menopáusicas
- Atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS – AGSI)
- Adenocarcinoma endocervical
- Adenocarcinoma endometrial
- Adenocarcinoma extrauterino
- Adenocarcinoma de sitio no especificado.

La **tercera parte** es el diagnóstico descriptivo:

- Infección
- Vaginosis Bacteriana
- Tricomonas
- Chlamydia
- Actinomicas
- Herpes
- Otros:
 - Cambios reactivos
 - Cambios reparativos
 - Inflamación por atrofia.

De acuerdo con los resultados de la citología las conductas a seguir son:

- Si el reporte es normal (satisfactorio), continúa el esquema de tamizaje.
- Si la citología reporta cambios benignos, se analizan las causas, se ordena el tratamiento y continúa el esquema de tamizaje.
- Si la citología es reportada como anormal, la paciente debe ser remitida a una unidad de patología cervical o colposcopia

La unidad debe realizar la búsqueda activa de todas las mujeres con resultados de CITOLOGIA ANORMAL u otros casos remisión inmediata (lesión tumoral visible o sintomatología de sangrado intermenstrual, poscoital o pos menopáusico).

El detalle de la detección temprana de cáncer de cuello uterino y la atención de lesiones preneoplásicas cervicales debe consultarse en la “Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones

preneoplásicas de cuello uterino”, definida por la Resolución 412 del 2000 y el Manual de Normas Técnico-administrativas para el Programa de Detección y

Control del Cáncer de Cuello Uterino, a los cuales puede acceder en la biblioteca de la escuela.

11.17 CANCER DE MAMA

Epidemiología:

El cáncer de mama ocupa el primer lugar de incidencia entre las neoplasias en la mujer colombiana (33 casos por 100.000 por población ajustada, comparada con 32.9 para cérvix) y es la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres, después del cáncer gástrico y el de cuello uterino.

Los grupos poblacionales más afectados son las mujeres de 30 a 69 años.

Factores de riesgo:

Son criterios de alto riesgo de cáncer de seno:

- Una biopsia de seno previa que demuestra hiperplasia atípica.
- Historia familiar de cáncer de seno en madre, hermana, o hija de la paciente.
- Historia personal de cáncer de seno previo.

Aspectos conceptuales:

La atención para la detección temprana del cáncer del seno, hace referencia a la realización de mamografía de cuatro proyecciones, que permita identificar oportunamente, masas en el seno sugestivas de lesión maligna y que hacen pertinentes la confirmación diagnóstica y el tratamiento correspondiente.

Algunas organizaciones, en otros países, recomiendan practicar examen clínico anual en mujeres de 45 a 64 años. Mamografía cada dos años en toda mujer desde los 50 hasta los 69 años y anual en mujeres con factor de riesgo, así como en mujer entre los 70 y 75 años con buena expectativa de vida. No recomiendan realizar exploración ni mamografía en mayores de 75 años.

Hay suficiente evidencia de que el tamizaje por medio de la mamografía cada 12 a 33 meses reduce de manera significativa la mortalidad por Cáncer de seno.

También concluyen que la evidencia es más fuerte para mujeres entre 50 y 69 años. La recomendación es practicar mamografía con o sin examen clínico de los senos cada uno a dos años para mujeres mayores de 40 años.

La edad precisa a la cual los beneficios de hacer tamizaje con mamografía justifican los daños potenciales es un juicio subjetivo y debe tener en cuenta las preferencias de las pacientes. El médico debe informar a sus pacientes sobre los beneficios potenciales (reducir el riesgo de morir por cáncer de seno) y los potenciales daños (resultados falsos positivos, biopsias innecesarias) así como las limitaciones de la prueba. La edad a la cual

se debe recontinuar el tamizaje por mamografía es incierta ya que ningún estudio ha enrolado mujeres mayores de 74 años.

En el momento no se recomienda iniciar un tamizaje organizado para cáncer de mama con mamografía en Colombia, dado que la infraestructura, los estudios de costo efectividad y la organización son inexistentes.

Se recomienda el diseño y desarrollo de programas de tamizaje organizado con mamografía en aquellas zonas geográficas con mayor carga de la enfermedad y población en riesgo.

Se recomienda practicar tamizaje de oportunidad con mamografía a toda mujer entre los 50 y 69 años, informándole los riesgos y beneficios del procedimiento (el tamizaje de oportunidad se presenta, por ejemplo, cuando el médico solicita mamografía a una mujer asintomática. Si la prueba de tamizaje muestra una anormalidad, paciente y médico toman la responsabilidad de completar la evaluación diagnóstica de ésta anormalidad y sus consecuencias).

Para mujeres asintomáticas en el grupo de edad de 40 a 49 años la decisión de practicar la mamografía de tamizaje de oportunidad debe discutirse con ellas, quienes deberán comprender los beneficios netos y los riesgos que conlleva dicha práctica.

Se recomienda el examen clínico de la mama como parte rutinaria del examen físico de la salud de la mujer y como una prueba de detección temprana del cáncer de mama.

Se sugiere comenzar su práctica a los 20 años de edad.

7.1.3 Autoexamen de mama

Se debe brindar educación en autoexamen de mama a todas las mujeres mayores de 20 años, teniendo en cuentas las siguientes recomendaciones:

- Autoexamen mensual de 4 a 10 días después del primer día de la menstruación. Si la mujer ya NO menstrúa se debe elegir una fecha y practicarlo siempre en la misma.
- Informar sobre los signos que debe aprender a detectar en el examen:
 - Un bulto de cualquier tamaño o engrosamiento en la mama.
 - Arrugas, puntos retraídos o manchas en la piel del seno.
 - Retracción o inversión del pezón.
 - Ulceras o costras en el pezón o eliminación de líquido por el mismo.
 - Masa en la axila.
 - Cambios en lunares o cicatrices de la mama.
 - Notable asimetría entre ambas mamas que antes no existía.

Cualquier cambio identificado en el auto examen debe consultarse inmediatamente al médico, para examen físico completo.

7.1.4 Biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF)

Toda mujer con mamografía sospechosa, debe tener acceso a los servicios de diagnóstico definitivo mediante biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) y al consecuente tratamiento, que debe ser realizado por un grupo calificado.

El detalle de la atención para la detección del cáncer de seno debe consultarse en la "Norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno", a los cuales puede acceder en la biblioteca de la escuela.

8. PROCESO NO 8 PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

8.1. ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las recientes transformaciones sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas han contribuido a la aparición de nuevas prioridades en salud. Las enfermedades crónicas (EC) se han convertido en la principal causa de mortalidad e incapacidad para la población adulta (Jadue et al., 1999:1004-1013); éstas incluyen problemas cardiovasculares, cáncer, diabetes, padecimientos renales relacionados con la hipertensión y osteoarticulares, entre otras.

Las causas que explican este cambio son varias, todas interrelacionadas: la rápida urbanización e industrialización; la disminución de las tasas de fecundidad y el incremento en la esperanza de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población; los cambios en los estilos de vida; y el mejor acceso a los servicios de salud.

Las enfermedades crónicas se refieren a padecimientos de larga duración, de carácter degenerativo, y se caracterizan por una etiología compleja mediada por múltiples factores de riesgo, periodos de latencia largos, curso prolongado, discapacidad o alteración funcional e incurabilidad.

Con base en estas características, pueden definirse como aquellas enfermedades que tienen un curso prolongado, que no se resuelven espontáneamente y para las cuales no hay curación completa.

Aun cuando las causas de muchas de las enfermedades crónicas siguen siendo desconocidas, los epidemiólogos han identificado factores de riesgo individuales asociados con su aparición y desarrollo, y que son comunes a muchas de ellas. Ello hace posible que controlando un único factor de riesgo, como por ejemplo el tabaquismo, pueda reducirse el riesgo de varias enfermedades.

Ellas afectan a todos los grupos de la sociedad e imponen dos tipos de carga: por una parte, afectan la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y, por otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud, generalmente de alto costo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que cerca de 60% de las muertes que ocurren en el mundo, se deben a las enfermedades crónicas, en especial a la enfermedad cardíaca, la cerebro vascular, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El informe de la OMS de 1999 advierte que probablemente estas enfermedades serán responsables del incremento en la carga de enfermedad, en especial en los países en vías de desarrollo.

En las próximas décadas, los sistemas y los responsables de la política de salud deberán afrontar los retos crecientes de una doble fuente de carga de enfermedad: la epidemia emergente de las enfermedades crónicas y el trauma, junto a la agenda inconclusa de enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones del parto que afectan de manera desproporcionada a los más pobres.

En 1978, ciento treinta y cuatro ministros de salud de todo el mundo suscribieron la declaración de Alma Ata, que se proponía la meta de lograr para 2000 un nivel de salud que permitiera a todos los habitantes, disfrutar de una vida social y económicamente productiva (World Health Organization, 1978). La estrategia buscaba implementar la atención primaria, con énfasis en la participación comunitaria, y enfrentar las causas subyacentes como la pobreza, el analfabetismo y las pobres condiciones sanitarias.

En diciembre de 2000, la Asamblea mundial de la salud, reunida en Gonoshasthya, discutió las razones del fracaso del propósito de Salud para todos, e intentó planear qué hacer hacia el futuro (Chowdhury y Rowson, 2000: 1361-1362). Muchos de los problemas residen en la persistencia de la pobreza y en la continua falta de eficiencia de los servicios de salud. Pero a pesar del fracaso para alcanzar la meta, no puede desconocerse la validez de los postulados de Alma Ata.

En mayo de 1988, la OMS (World Health Organization, 1998) adoptó una resolución en apoyo de la nueva política global Salud para todos. En la nueva política, Salud para todos en el siglo XXI, se invita a trabajar por la justicia social, introduciendo valores, propósitos, objetivos y metas. Dentro de las metas globales de salud se incluyen, en los

determinantes de la salud, el mejorar el acceso al agua, las medidas sanitarias, los alimentos y el abrigo, así como los mecanismos para promocionar la salud.

Se aspira a que en 2020 todos los países hayan introducido y se encuentren manejando y evaluando estrategias que fortalezcan los estilos de vida saludables y debiliten aquellos que la obstaculicen, por medio de la combinación de programas comunitarios, económicos, educativos, organizativos y de regulación.

Aunque es preciso considerar cómo atender el número creciente de gente mayor, este aspecto ha dominado la discusión hasta excluir virtualmente la búsqueda de estrategias que puedan mejorar su salud en general, estimulado por un concepto equivocado sobre la salud en los adultos y ancianos. La incidencia de enfermedad cardíaca aumenta con la edad, pero esto no significa que el envejecer por sí mismo cause la enfermedad. Tampoco debe interpretarse como que la enfermedad cardíaca es inevitable en los adultos mayores. La distinción entre los efectos de la edad y los de la enfermedad debe establecerse de una manera clara en las mentes del público y de los profesionales de la salud (McMurdo, 2000: 1149-1151).

Algunos de los fenómenos que acompañan la transición demográfica se originan en la relación entre la edad avanzada y la dependencia. La pregunta sería, entonces, si la salud global de la población mayor está mejorando o empeorando (Fries, 1980: 130-135).

El punto se centra en el promedio de la edad al inicio de la discapacidad en relación con el de la edad en el momento de la muerte. Si existe la opción de posponer el inicio de la discapacidad, esto resultaría en una población adulta más sana, que se beneficiaría de un periodo más corto de dependencia antes de morir.

El argumento alternativo propone que la mejoría en la expectativa de vida no es el resultado de una salud global mejor, sino de una prolongada sobrevida de unas personas crónicamente enfermas y discapacitadas.

La perspectiva de un envejecimiento sano ha resurgido de la reciente información proveniente de estudios longitudinales sobre la discapacidad en Estados Unidos, que demuestran que su población mayor está menos discapacitada y menos enferma de lo que se había previsto. Este hallazgo puede deberse a una serie de factores, como el efecto de cohorte, las intervenciones médicas y los estilos de vida más saludables (Manton, Corder y Stallard, 1997: 2593-2598).

Las enfermedades crónicas son la primera causa de muerte de la población bogotana, a pesar de que en su mayoría son eventos prevenibles con intervenciones costo efectivas de prevención primaria, que permiten modificar los factores de riesgo; o de prevención secundaria para su detección precoz y tratamiento oportuno, evitando las complicaciones

y sus efectos sobre la calidad de vida y el costo de la atención (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2000).

Algunos estudios han demostrado la importancia de la participación de la comunidad en la salud y su capacidad para llegar a un número mayor de personas, particularmente los más pobres y vulnerables (Rodhe, Chatterjee y Morley, 1993, 7-9). Por otra parte, en los países europeos se ha probado que las intervenciones con enfoque comunitario modifican la morbilidad y la mortalidad y disminuyen los costos de atención. Este enfoque comunitario aborda la población independientemente del riesgo, no sólo para modificar los factores de riesgo, sino para promover los agentes protectores.

Los métodos comunitarios integrados han demostrado su utilidad en casos como reducir el número de fumadores, fomentar los buenos hábitos alimentarios, fomentar estilos sanos de vida y disminuir los índices de mortalidad prematura.

Estudios de intervención con niños en edad escolar señalan la importancia de efectuar intervenciones en edades tempranas y muestran resultados satisfactorios en cuanto a la disminución de factores de riesgo (Harrel, 1999: 1529-1535).

Por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OSP), el Ministerio de Salud propuso el control de estas enfermedades adoptando el enfoque comunitario propuesto en los programas conjuntos de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles (Carmen). Esta propuesta, de amplio alcance, buscó responder algunos problemas que no han encontrado solución efectiva bajo otras estrategias con perspectiva más parcial, fundamentadas en acciones dirigidas desde el sector de la salud. Dicho enfoque integraba la promoción de la salud, la prevención primaria y el manejo conjunto de las enfermedades crónicas, dado que los problemas crónicos comparten factores de riesgo y estrategias de control, y sus acciones deben dirigirse a los mismos grupos de población.

Esta estrategia se apoya en la cooperación intersectorial, en la participación de la comunidad, en la valoración de la función que cumplen los funcionarios de la salud y en la optimización de los recursos existentes.

Los nuevos modelos económicos de desarrollo, enmarcados en políticas que reconocen la globalización como elemento fundamental, deben redefinir el papel del estado frente a su compromiso con la salud pública y sus acciones principales, reconocer la responsabilidad y autoridad del aparato estatal y gubernamental para orientar y dirigir la política con el fin de mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos, mejorar su calidad e invertir eficientemente los recursos. La salud es un compromiso de todos y en su defensa deben concurrir los esfuerzos y compromisos de muchos actores sociales, públicos y privados, bajo principios claros.

Algunos de los desafíos para la prevención y el control de las enfermedades crónicas son establecer un enfoque integrado de intervención, trabajar intersectorialmente, extender

el conocimiento sobre prevención y articular las acciones con las dinámicas internacionales.

8.1.1.El concepto de enfermedad crónica

Este concepto está fuertemente asociado al carácter de no-transmisible, es decir, no infeccioso o no contagiante, en contraste con otro grupo de enfermedades para las cuales existe un factor etiológico transmisible específico definido. El mismo merece revisarse como quiera que es confuso, ya que el carácter de crónico no puede considerarse sinónimo de no transmisible, de la misma manera que no todas las enfermedades transmisibles generan sólo condiciones agudas.

Es decir, la duración, la etiología o la transmisibilidad persona a persona no pueden ser criterios para tener en cuenta en forma independiente en la clasificación de una enfermedad, puesto que las características de los eventos no permiten que estos atributos puedan usarse en forma excluyente.

Con base en lo anterior, ¿cuál sería el término más apropiado para denominar a un grupo de enfermedades, que incluye algunas con evidencia de que en su causalidad hay agentes infecciosos implicados, son transmisibles persona a persona y se caracterizan por evolución lenta, larga duración y presencia de prolongados periodos de latencia (cáncer de cérvix, esclerosis múltiple, cardiopatía reumática, cáncer primario de hígado) o que tienen largos periodos preclínicos pero se manifiestan en forma aguda (el infarto agudo del miocardio o el accidente cerebrovascular), o que pueden ser mortales o dejar secuelas que persisten por largos años?

Utilizar el término de crónicas no transmisibles para describirlas es, por lo menos, inapropiado; denominarlas crónicas solamente es, quizá, más apropiado, independientemente de que hagan episodios agudos, pues la presentación aguda es sólo la manifestación final de un largo periodo de evolución.

Epidemiológicamente hablando, las enfermedades agudas difieren de las crónicas en dos aspectos principales: no requieren de una intervención inmediata, pero sí de una observación y atención prolongada (Barret-Coonor, 1979: 245-249).

Con el fin de no mantener confusiones, nos referiremos a enfermedades crónicas para denominar a aquellas que, independientemente de su etiología infecciosa, raras veces requieren de intervenciones en salud pública inmediatas en el medio ambiente o en los contactos de los afectados, porque el agente etiológico no es el único implicado (son multicausales), ni está accesible en el momento en que el resultado se produce (para las de etiología infecciosa la no resolución del cuadro infeccioso inicial lleva a una evolución progresiva en el tiempo), lo que demarca en términos prácticos el tipo de intervenciones para su control (Taylor et al., 1993) (permite excluir enfermedades tales como la TBC, el

sida, el consumo de drogas, algunos desórdenes mentales, ambientales u ocupacionales).

Aunque la clasificación con base en el rol de la práctica en salud pública puede ser arbitraria, es útil desde la perspectiva de promover eficiencia conceptual y para no impedir las relaciones entre organizaciones que prestan servicios de salud (American Public Health, 1998), para prevenir y controlar enfermedades que tienen en común factores de riesgo como sedentarismo, hábitos alimentarios inadecuados, consumo de tabaco y excesivo de alcohol, comportamientos sexuales de riesgo y determinados por estilos de vida enmarcados en un contexto sociocultural y ambiental particular.

Las enfermedades crónicas se caracterizan por tener estructuras causales complejas y de evolución prolongada en el tiempo; porque unas condiciones crónicas pueden ser la manifestación de la evolución progresiva hacia la complicación de órganos y sistemas, por procesos de evolución igualmente lenta, pero con menos implicaciones de estos (ejemplo, arteriosclerosis frente a enfermedad isquémica).

8.1.2. La determinación social del proceso salud-enfermedad

Las concepciones de la salud y la enfermedad y los avances en el conocimiento de las diferentes ciencias en las que se apoya la salud pública como disciplina para sustentar su quehacer han tenido cambios importantes a través de la historia, que han determinado la comprensión del fenómeno y las acciones que se adelantan en salud.

En la denominada primera era de la salud pública el modelo teórico (teoría del miasma: impurezas del aire, el agua y la tierra) y los aportes de la naciente demografía y de las ciencias sociales permitieron explicar las enfermedades según las condiciones sociales, donde las causas ambientales tenían un amplio y múltiple espectro de manifestaciones en la morbilidad y la mortalidad, sobre todo por enfermedades infecciosas transmisibles (Espinosa, 2001).

En el segundo periodo, la teoría de los gérmenes, que explicó las causas de las enfermedades en la relación entre agentes y huéspedes, centró las investigaciones en los individuos, y con el apoyo de las ciencias naturales y el método experimental (avances de la microbiología) se atribuyó a los microbios la causalidad de las enfermedades. Las prácticas de la salud pública se basaron en la prevención basada en el aislamiento de los enfermos para evitar la transmisión de los agentes y, posteriormente, en la protección específica de susceptibles para algunas enfermedades, con medidas como la vacunación (Espinosa, 2001).

La declinación, en la segunda mitad del siglo veinte, de algunas enfermedades infecciosas en los países industrializados y el surgimiento de las enfermedades crónicas como principales causas de muerte y enfermedad en población en edad productiva, sin que se conociera sobre sus causas, permitió el surgimiento de lo que Susser y Susser (1996: 670) denominan "la era de la epidemiología de las enfermedades crónicas", época

en la que el estudio se centró en los grupos de individuos en los que era manifiesto el riesgo de enfermedad cardiovascular o cáncer como los hombres de mediana edad. En Estados Unidos se creó el Instituto Nacional del Corazón y inició el estudio de Framingham en 1949, que marcó un hito en el estudio de la etiología de las enfermedades cardiovasculares.

Este y otros estudios de cohorte y de casos y controles trascendieron los modelos causales lineales y aportaron sobre la causalidad de eventos como las enfermedades cardiovasculares, en los que hay múltiples factores implicados, con modelos como el de causas suficientes y necesarias, dentro de un contexto que dio énfasis a los resultados fisiopatológicos proximales (genéticos y biológicos del nivel molecular), implicados en la evolución de las enfermedades (genes, hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes), denominándolos factores de riesgo, y analizándolos en la misma dimensión que el tiempo de exposición en función de la edad de los individuos y otras condiciones de estos como los hábitos de alimentación, el tabaquismo y sedentarismo (Nieto, 1999: 292-293).

Debido a que estos factores de riesgo sólo explican 50% de la enfermedad cardiovascular en la población y no permiten entender claramente la diferencia de tendencias entre poblaciones, ni siquiera dentro de ellas mismas, por ejemplo en hipertensión arterial (Dressler y Dos Santos, 2000; Dressler, Grell y Viterli, 1997: 291-313), se cree que quizá sólo se ha logrado la identificación de los indicadores de riesgo o factores pronósticos individuales, antes que los propios factores de riesgo.

Es decir, estas aproximaciones positivistas, basadas en hechos ocurridos en las moléculas de los individuos, es discutible que sean útiles para alcanzar explicaciones de lo que ocurre en la población y menos para determinar las políticas de salud pública. Tal es el caso de argumentar la necesidad de programas de tamización poblacional como resultado de la existencia de susceptibilidad genética individual a carcinógenos específicos, sin tener en cuenta la exposición de los grupos humanos.

Como los modelos han ignorado en los análisis los condicionantes de riesgo, que son aspectos de la realidad útiles para explicar cómo las relaciones entre los individuos a través del tiempo se constituyen en elementos que terminan interactuando entre sí para constituir un sistema de población con características de salud definidas por esas interrelaciones, se requiere el apoyo de modelos que mejoren la comprensión de estructuras causales y que integren dinámicamente en el tiempo y el espacio múltiples niveles de análisis y, consecuentemente, de intervención.

Una concepción de proceso que replantee la concepción de la salud como un estado e interprete la salud y la enfermedad como momentos de un mismo proceso, que a su vez tiene determinantes históricos, culturales y sociales, permite evitar error tipo III (Schwartz y Carpenter, 1999: 1175) que lleva implícito el hecho de que los factores

proximales (del individuo), no explican lo que está determinado por factores dístales (de los grupos humanos).

Teniendo en cuenta el comportamiento diferencial de los problemas de salud de las poblaciones, Castellanos (1990) define que la situación de salud de una población está determinada, por una parte, por las necesidades y problemas derivados de su forma de reproducción social y, por tanto, por el modo, las condiciones y los estilos de vida y, por otra, por las respuestas sociales organizadas en salud a dichas necesidades y problemas, que buscan reducir su magnitud o modificar el impacto de los mismos sobre el perfil de salud.

Se plantea que estos determinantes sociales de la situación de salud pueden ser abordados por lo menos en tres niveles, que constituyen dimensiones distintas de una misma realidad: el nivel general, para el conjunto de la sociedad; el particular, para los diferentes grupos de la población; y el singular, para las variaciones individuales. Estos niveles hacen referencia a la manera de reproducción de procesos biológicos-sociales, que se expresan en todos los ámbitos de la vida humana, individual y colectiva.

Lo anterior ha llevado a que cada vez se dé más importancia a la determinación histórica y social del proceso salud-enfermedad, porque este paradigma aporta precisiones en los patrones de exposición y de enfermedad, diferenciales, según principios de jerarquización y relación entre procesos causales superiores que contienen a las estructuras causales mencionadas, como son los sistemas económicos, políticos y socioculturales y que han hecho redimensionar el paradigma que debe sustentar las acciones de salud pública, más allá de la causalidad vista desde la perspectiva de los factores de riesgo, y trascender a la modificación de los determinantes.

Breilh (1987) centra su explicación sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad en niveles de complejidad, donde los más complejos determinan e imprimen una lógica y un orden a los de menor complejidad. El nivel social determina o subsume lo biológico y psicológico.

En el dominio general la naturaleza y la sociedad, como su expresión más desarrollada y compleja, se oponen y determinan mutuamente. De acuerdo con la forma de organizarse lo social con la estructura productiva, se establece un patrón de transformaciones. En los determinantes de las EC, en el dominio general, cabría mencionar los procesos de urbanización, industrialización y envejecimiento de la población, cada día más importantes. No en vano muchas de estas enfermedades han sido denominadas las enfermedades de la civilización moderna. El modelo económico imperante cumple un papel fundamental en lo relacionado con la productividad esperada del individuo. En este sentido, la discapacidad ocasionada por las enfermedades crónicas adquiere particular relevancia.

En la dimensión particular cada grupo socioeconómico desarrolla un modelo distinto y cambiante de relaciones social-natural, donde cada uno tiene un patrón de vida característico. En esta dimensión es importante resaltar la relación salud-trabajo y más allá de ésta las relaciones salud-espacio (sea este de trabajo, estudio o vida en general). Muchas de las enfermedades crónicas se conciben simultáneamente como enfermedades ocupacionales y se manejan como tales. En este dominio tiene un papel preponderante el estrés como determinante de las EC, particularmente de la hipertensión y los trastornos gástricos.

En la dimensión singular ocurren procesos en la cotidianidad de los individuos, con relaciones importantes también en sus genotipos y fenotipos. En este campo la medicina ha hecho avances notorios sobre la susceptibilidad genética individual hacia las EC.

Por su parte, Laurell conceptualiza los determinantes del proceso salud-enfermedad a partir del modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado. Esta apropiación se realiza por medio del proceso de trabajo, que a su vez está basado en el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción. Es importante tener en cuenta que los tres ejes fundamentales en la organización de la vida social son el trabajo, las relaciones sociales y la comunicación.

Así mismo, frente al carácter histórico y social del proceso salud enfermedad, Laurell reconstruye el concepto de adaptación desde la óptica social, concluyendo que es un proceso de resistencia o superación 4 mediante la transformación, que resulta en una nueva condición biológica. En este sentido, los procesos biológicos se derivan de la capacidad que tienen el cuerpo y la mente de responder contra y por medio de sus condiciones de desarrollo, procesos que originan modos específicos de andar por la vida. Estas formas particulares del nexo biopsíquico se producen socialmente.

Las condiciones de desarrollo no son las mismas para todos los grupos en una sociedad; por el contrario, asumen formas particulares, dependiendo de la inserción de éstos en el proceso de trabajo o en el de reproducción social (Laurell, 1983).

Las formas de trabajo adoptadas por un grupo permiten definir las características de un grupo social y determinan el modo característico de enfermar o morir, dando lugar así a lo que se ha llamado los perfiles patológicos de los grupos sociales. De este modo, "no es en el estudio de los enfermos que vamos a aprehender mejor el carácter social de la enfermedad, sino en los perfiles patológicos que presentan los grupos sociales" (Laurel, 1982). Esto significa que la historia social de las personas es importante también por condicionar su biología y por determinar la probabilidad de que enferme de un modo particular. Esta propuesta permite ver cómo las formas de andar por la vida, es decir, "los estilos de vida, son comportamientos humanos sostenidos por largo periodos y expresiones de la cultura que se dan en un contexto global, político y económico, en

tanto son modelados por fuerzas sociales y culturales poderosas que operan en la sociedad, el grupo y en el espacio doméstico y familiar” (Pederse, 1982).

El estilo de vida no es una categoría separada de factores, independiente del ambiente y la sociedad, ni la sociedad un conjunto de elementos indiferenciados en el ambiente. Los estilos de vida son la materialización en la vida individual de las formas de organización y reproducción social, en la medida en que son relaciones establecidas con la naturaleza y entre los hombres mismos.

Existe una contradicción permanente entre los aspectos saludables y los destructivos de la vida humana que determinan los perfiles epidemiológicos. Para Breihl (1987),

Lo que la investigación epidemiológica trata de hacer es descubrir, jerarquizar y sistematizar todo ese conjunto de fuerzas con la finalidad práctica de reforzar o impulsar las fuerzas protectoras de todo orden, promover el acceso de la población a los valores de uso social que operan como recursos de poder y de defensa, lo que equivale a hacer una promoción de la salud, y a la par, se trata de contrarrestar fuerzas destructivas, lo que equivale a realizar una prevención.

8.1.3. Las intervenciones multifactoriales con enfoque comunitario

A partir de algunas de estas premisas de Breihl y Laurell se propone el modelo conceptual que sustenta las líneas de acción de la política pública de prevención de enfermedades crónicas para Bogotá.

En la medida en que este trasciende la dimensión biológica centrada en el individuo y los comportamientos particulares expresados en los estilos de vida hacia una concepción más amplia que tiene en cuenta la dimensión social, los procesos productivos y las estructuras políticas se requiere del compromiso de toda la sociedad, y el papel de los servicios de salud debe ser ampliamente superado en la promoción de la salud e, incluso, en la prevención por todos los sectores distritales.

8.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR DE 45 AÑOS.

8.2.1 Justificación

El examen periódico de salud incluye una adecuada historia clínica, examen físico y pruebas de tamizaje o procedimientos preventivos, según edad y sexo, que al parecer han resultado eficaces para la detección y control de procesos específicos en especial a personas con factores de riesgo. Tal acción adquiere mayor relevancia en condiciones susceptibles de prevenirse como las enfermedades cardiovasculares, las de origen metabólico o nutricional, cánceres y las derivadas de traumas o accidentes. Las acciones incluyen consejería, tamizaje, inmunizaciones o quimioprofilaxis en individuos asintomáticos.

8.2.2 Epidemiología

De acuerdo con los datos de las proyecciones poblacionales y los registros de estadísticas vitales del DANE hay ciertos aspectos que se deben tener en cuenta:

En Colombia la esperanza de vida al nacer actualmente es de 73.23 años, con diferencias entre hombres y mujeres (70.34 y 76.27 respectivamente); las tasas de mortalidad son mayores para los hombres que para las mujeres.

Las principales causas de mortalidad a nivel poblacional son las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las causas violentas, los tumores malignos y las enfermedades infecciosas.

En general, para los mayores de 45 años la primera causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, seguida, para aquellos entre 45 y 64 años por los homicidios, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes de transporte terrestre y la diabetes mellitus, y para aquellos de 65 y más años por las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores, las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus.

El estudio de carga de la enfermedad nos permite afirmar que la mayor proporción de años de vida saludables perdidos (AVISAS) en las personas mayores de 45 años ocurren por enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales las enfermedades cardiovasculares y el cáncer ocupan los dos primeros lugares.

8.2.3 Factores de riesgo

- Antecedente de enfermedad cardiovascular
 - HTA
 - Tabaquismo
 - Dislipidemia
 - Diabetes mellitus
 - Evento coronario en familiar en primer grado de consanguinidad en un hombre menor de 55 años o mujer < de 65
- Neoplasia (Cáncer gástrico, colon y recto, seno, cerviz, próstata y piel)
 - Los factores de riesgo para cada neoplasia se discuten en los apartados correspondientes a dicha entidad
- Osteoporosis
 - Mujer posmenopáusica
 - Paciente que consume glucocorticoides sistémicos de manera crónica
- Diabetes mellitus
 - Antecedente familiar

- Paciente obeso: el sedentarismo parece ser un factor de riesgo independiente para mortalidad de cualquier causa y para presentar enfermedad crónica, especialmente hipertensión, enfermedad coronaria, osteoporosis diabetes mellitus y obesidad. La inactividad física aumenta hasta en dos veces el riesgo de presentar enfermedad coronaria.

8.2.1. Intervenciones

Ejercicio físico

Se define como actividad física a cualquier movimiento del cuerpo producido por la musculatura esquelética y que resulta en un gasto de energía por encima del gasto energético en reposo. A su vez, el ejercicio es una actividad física planeada, estructurada repetitiva y con el objetivo de mantener el estado físico. El estado físico se relaciona con la reserva cardiorrespiratoria, fuerza muscular, composición corporal y flexibilidad.

Hay buena evidencia que soporta la efectividad de la actividad física regular como prevención primaria de hipertensión y enfermedad cardiovascular. También parece prevenir el desarrollo de obesidad, diabetes mellitus y osteoporosis. Aunque no se ha demostrado utilidad en la consejería por parte del médico para que sus pacientes hagan ejercicio de manera rutinaria, se considera que esta actividad médica es recomendable en especial en pacientes sedentarios.

La forma de actividad física más adecuada para un individuo está dada por sus propias necesidades, limitaciones y expectativas. Según ciertas investigaciones el método preferido para prevención primaria, es la actividad física de intensidad moderada realizada durante 30 minutos al día, por lo menos tres veces a la semana, y preferiblemente todos los días. Se consideran actividades de intensidad moderada caminar a paso normal, montar en bicicleta suavemente, limpieza de ventanas y bailar lentamente.

Prevención de enfermedad cardiovascular

La actividad física previene y ayuda a tratar algunos factores de riesgo para aterosclerosis, incluyendo presión arterial alta, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, aumento de los triglicéridos, bajos niveles de HDL y obesidad.

Prevención primaria de enfermedad coronaria

La actividad física previene la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores, aunque no existe evidencia de que si estos se presentan su severidad sea menor.

Prevención primaria de hipertensión arterial

En más de 44 estudios aleatorizados controlados, que han incluido a cerca de tres mil pacientes, se demostró una reducción de las cifras tensionales sistólica y diastólica de 2.6 y 1.8 mm.Hg. respectivamente, en sujetos normotensos y 7.4 y 5.8, respectivamente, en pacientes hipertensos.

Prevención primaria de obesidad

Aunque el ejercicio aislado es útil para reducir de peso, la combinación de actividad física regular y un balance en el consumo de calorías es el medio más efectivo para prevenir el sobrepeso.

Prevención primaria de diabetes mellitus II

Varios estudios de cohortes revelan una relación inversa entre el grado de actividad física y el riesgo de desarrollar DM2. El efecto protector es particularmente importante en individuos que tienen factores de riesgo para DM2. Una revisión de nueve estudios que examinaron el efecto del ejercicio en 337 pacientes con DM2 demostró una reducción de la hemoglobina glicosilada A1C de 0.5 a 1%.

Prevención primaria de osteoporosis

Estudios controlados no aleatorizados y estudios transversales sugieren que la actividad física puede reducir la tasa de pérdida ósea en mujeres premenopáusicas.

Prevención secundaria

Un programa de rehabilitación cardíaca reduce la mortalidad en pacientes que han sufrido un IM. En pacientes con falla cardíaca también se ha demostrado que el ejercicio es benéfico en diferentes formas; el ejercicio mejora la calidad de vida en pacientes con falla cardíaca, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, no está plenamente demostrado que estos efectos benéficos se traduzcan en menor mortalidad en este grupo de pacientes.

Para pacientes con enfermedad arterial periférica (EAP), la actividad física progresiva es un tratamiento eficaz para mejorar la distancia que se puede caminar en casos de claudicación.

Recomendaciones: por lo anterior, se establece que los adultos deben participar en programas de actividad física de moderada intensidad, de manera regular, en la mayoría y ojala durante todos los días de la semana.

No es necesario que a todos los individuos que comienzan un programa de ejercicio de moderada intensidad y en forma moderadamente progresiva se les practique una prueba de esfuerzo, aunque este tópico permanece controvertido. La AHA y el Colegio Americano de Cardiología recomiendan la prueba de esfuerzo de rutina para hombres sanos mayores de 45 y mujeres, sanas mayores de 55 años que decidan iniciar un plan de ejercicios vigorosos.

Ejercicio en el mayor de 65 años

En la actualidad, es aceptado que el ejercicio puede reducir la carga de la enfermedad y retrasar la debilidad en la población geriátrica. Se ha demostrado que el ejercicio mejora

la composición corporal, disminuye las caídas, incrementa la fuerza muscular, disminuye la depresión, disminuye el dolor de la artritis, reduce el riesgo de diabetes y de enfermedad coronaria y aumenta la longevidad.

Prescripción del ejercicio: inicialmente, se debe educar a cada paciente sobre los beneficios del ejercicio. Se deben conocer los antecedentes médicos así como la historia previa de actividad física. Buscar posibles barreras por las cuales los individuos son sedentarios. Una de las barreras más descritas por los propios pacientes es la falta de tiempo. En la actualidad se sabe que se deben realizar al menos 30 minutos diarios de ejercicio de preferencia todos los días de la semana, pero este tiempo no tiene que ser continuo y puede hacerse en dos o tres sesiones, según la comodidad del paciente.

En pacientes geriátricos con enfermedad cardiovascular previa, el ejercicio de moderada intensidad, por ejemplo caminar, es seguro y benéfico. Si la persona desea practicar una actividad física más intensa como correr se recomienda una estrecha valoración cardiovascular previa por personal especializado. Una manera para mejorar la adherencia a los programas de ejercicio es que el esposo o esposa o una persona cercana también se involucre en el programa de ejercicio. También se ha visto que algunas personas prefieren el ejercicio en su propio hogar y estas características individuales deben tenerse en cuenta para lograr éxito en la prescripción de la actividad física.

En el paciente sedentario se recomienda iniciar de manera lenta y progresiva con el fin de evitar lesiones daños y a la vez mejorar la adherencia.

Alcohol

La dependencia severa al alcohol se presenta en 5 a 10% de la población, y algún problema con la bebida en 15 a 25%. Varios estudios han demostrado que el médico falla en detectar la mayoría de los problemas relacionados con el alcohol en sus pacientes.

Varios estudios controlados aleatorizados han demostrado que la búsqueda y hallazgo de casos y la consejería son efectivos para reducir el consumo de alcohol y los problemas relacionados con éste en los pacientes.

Recomendaciones: Investigue el consumo de alcohol y si el paciente responde afirmativamente aplique el cuestionario (CAGE):

1. Alguna vez ha sentido la necesidad de cortar con la bebida
2. Alguna vez se ha sentido enojado porque le critican su forma de beber
3. Alguna vez ha sentido culpable por la bebida
4. Alguna vez ha necesitado de un trago de licor para arrancar el día

Una respuesta positiva debe alertar sobre abuso de alcohol y dos respuestas afirmativas indican abuso de alcohol.

Se recomienda que todas las personas mayores de 12 años sean sometidas a tamizaje sobre consumo de alcohol para evaluar su nivel de riesgo y que los pacientes que beben a niveles considerados problemáticos sean aconsejados y seguidos con la meta de reducir su consumo. Los pacientes con problemas serios por el alcohol deben ser remitidos a centros especializados.

Tabaquismo

El consumo de cigarrillo se ha asociado de manera consistente con enfermedad cardiovascular, pulmonar y algunas neoplasias. Cerca de la mitad de pacientes fumadores nunca han sido aconsejados por sus médicos sobre abandonar o reducir el consumo de tabaco.

Varias investigaciones y metanálisis han demostrado que programas preventivos sobre el uso de cigarrillo cuyo blanco son los adolescentes en su más amplio entorno social son eficaces y recomendables.

Hay buena evidencia que soporta la consejería para dejar el hábito del cigarrillo durante el examen periódico del individuo que fuma.

Recomendación: en la consulta inicial se debe preguntar por el hábito del consumo de cigarrillo a todos los pacientes. Se debe aconsejar y prestar ayuda para el abandono del hábito del cigarrillo en aquellos individuos fumadores.

Dieta

Al establecer consejería sobre hábitos alimentarios se debe tener en cuenta una premisa básica: las necesidades nutricionales deben ser suplidas de manera primaria por el consumo de alimentos. En casos especiales, los alimentos fortificados y los suplementos dietéticos pueden ser fuentes útiles de uno o más nutrientes que en otras circunstancias serían consumidos en menor cantidad que la recomendada. Los suplementos dietéticos no remplazan una dieta saludable.

Recomendaciones: el médico de atención primaria debe dar los siguientes consejos nutricionales a sus pacientes:

- Consuma una variedad de comidas con nutrientes densos* y bebidas dentro del grupo de alimentos básicos. Asimismo limite la ingesta de grasas saturadas y trans, colesterol, azúcares, sal y alcohol
- Consuma una cantidad suficiente de frutas y vegetales mientras se mantiene dentro de las necesidades energéticas
- Consuma menos del 10% de las calorías como ácidos grasos saturados y menos de 300 mg día de colesterol y mantenga el consumo de ácidos grasos trans tan bajo como sea posible
- Mantenga la ingesta de grasas totales entre 20 y 35% de las calorías, con la mayoría de las grasas viniendo de fuentes de ácidos grasos poliinsaturados y monoinsaturados como pescado, nueces y ácidos vegetales
- Limite la ingesta de grasas y aceites ricos en ácidos grasos saturados o trans
- Prefiera frutas ricas en fibra, vegetales y granos enteros

- Consuma menos de 2300 miligramos (aproximadamente, una cucharada sopera de sal) de sodio por día. En personas > mayores de 50 años debe ser menos de 1500 miligramos
- Prepare comidas con poca sal. Al mismo tiempo, consuma alimentos ricos en potasio como frutas y vegetales
- Consuma alcohol con moderación equivalente a menos de una porción para mujeres y dos porciones diarias para hombres
- Los individuos que participan en actividades que exigen atención como conductores de carros o maquinaria no deben consumir licor, lo mismo que las personas con susceptibilidad especial o que consumen algunos medicamentos que interactúan con el alcohol.

Comidas densas en nutrientes

Son aquellos alimentos que proveen cantidades sustanciales de vitaminas y minerales (micronutrientes) y relativamente pocas calorías.

Según la OMS/FAO (Régimen dietético, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Serie de informes técnicos, Ginebra 2003. www.paho.org), se sugiere lo siguiente:

Recomendaciones:

- Preferir el consumo de aves de corral y pescado
- Aumentar el consumo de lácteos bajos en grasa
- Disminuir el consumo de productos de repostería y bebidas azucaradas
- Consumir moderadamente los aceites vegetales
- Disminuir la ingesta de ácidos grasos saturados y trans
- Disminuir el consumo de sodio
- Mejorar el consumo de frutas
- Alcanzar y mantener un peso saludable.

Una dieta de 2.000 calorías se considera apropiada para muchos hombres sedentarios de 51 a 70 años de edad y para mujeres sedentarias de 19 a 30 años.

La evidencia sugiere que consumir dos porciones de pescado a la semana puede reducir el riesgo de mortalidad por enfermedad coronaria.

Factores dietéticos que de manera convincente aumentan el riesgo de cáncer⁶:

- Sobrepeso y obesidad
- Consumo excesivo de alcohol (más de dos unidades diarias)
- Algunas formas de pescado fermentado y salado

⁶ WHO: Global strategy on diet, physical activity and health (24).

- Bebidas y comidas saladas muy calientes
- Aflatoxinas (hongos contaminantes encontrados en ciertas comidas como granos, cacahuete)

Cáncer de mama y de Cérvix uterino

Sobre este tema revisar el proceso de aprendizaje número 7, “Participar en acciones de vigilancia en salud pública según línea de intervención en salud sexual y reproductiva”.

8.2.2.Colon y recto

Epidemiología:

En el año 2002, se diagnosticaron cerca de dos millones de casos de cáncer de colon y recto, y hubo 500.000 muertes por esta neoplasia, según la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer.

Es el cuarto cáncer más común en el mundo, su prevalencia aumenta después de los 50 años de edad. En USA, es la segunda causa de muerte por neoplasia después de pulmón. En Colombia, el cáncer de colon y recto ocupa el cuarto lugar en incidencia dentro de las neoplasias y es la quinta causa de muerte por cáncer en ambos sexos. Según el INC, en Colombia en el año 2000 fallecieron 1.771 personas por este tumor, es decir, casi cinco muertes cada día.

Factores de riesgo:

El principal factor de riesgo es la susceptibilidad heredada; sin embargo, más del 90% de los casos son esporádicos a partir de pólipos adenomatosos no familiares. El 10% de los adenomas mayores de un centímetro se malignizan después de un periodo de diez años y su incidencia aumenta con la edad. Pero, aunque 20% de la población general tiene pólipos, la mayoría de estos no se malignizan.

Tamizaje

Recomendación:

En personas mayores de 50 años (riesgo intermedio) se recomienda realizar sangre oculta anual y, si es positiva, colonoscopia; así como practicar sigmoidoscopia cada cinco años o colonoscopia cada diez años a elección del paciente.

Si hay antecedente familiar de cáncer colorrectal en familiar menor de 60 años: colonoscopia cada tres a cinco años en mayores de 40 años. Historia familiar de poliposis familiar, colonoscopia cada uno a dos años. No se especifica la edad a la cual se pueden dejar de practicar estas pruebas.

No hay evidencia científica para recomendar la prueba de sangre oculta en heces (SOH) o rectosigmoidoscopia en población asintomática sin factores de riesgo reconocidos.

8.2.3.Próstata

Epidemiología:

Según el INC, en el año 2000 esta neoplasia afectó a 531 hombres entre 45 y 64 años y a 2.599 individuos mayores de 65 años, con una incidencia ajustada de 25.1 casos por 100.000. Siendo el segundo cáncer más frecuente en hombres adultos. Las muertes debidas a este tumor fueron 1.886 casos, siendo la tercera causa de muerte por neoplasias en varones, después de estómago y pulmón.

Menos del 1% de tumores malignos de la próstata afectan a personas menores de 50 años mientras que 75% de éstos se presentan en los mayores de 65. Es un cáncer de lento crecimiento permanece confinado a la próstata después de diez años en 80% de los casos.

Factores de riesgo:

La edad es el principal factor de riesgo; la historia familiar se presenta en 25% de los casos. El riesgo relativo (RR) de padecer cáncer de próstata es dos veces mayor cuando existe un familiar de primer grado con esta neoplasia y el RR es de cinco si son dos los familiares. En población de raza negra, el riesgo es 1.3 a 1.6 más alto que la población general.

Aspectos conceptuales:

Diferentes asociaciones como el US Task Force, el Canadian Task Force y la Asociación Americana de Medicina Familiar establecen que hay insuficiente evidencia para tamizaje para cáncer de próstata por medio de tacto rectal o de medición del antígeno prostático específico (PSA) para hombres asintomáticos de bajo riesgo o de riesgo intermedio para este tumor.

En todas aquellas personas que presenten factores de riesgo o sintomatología que oriente hacia patología prostática se considerará la realización de las siguientes exploraciones, teniendo en cuenta el estadio, la expectativa de vida y diversas consideraciones personales del paciente:

1. Exploración física general: destinada a valorar las repercusiones de cualquier patología que presente, con la valoración de su expectativa vital.
2. Tacto rectal: se valorará el tamaño, consistencia, movilidad, delimitación y regularidad de la próstata. Es la prueba más adecuada para la detección precoz, salvo en estadios muy incipientes. Tiene 50% de falsos positivos (TBC, prostatitis crónica, zonas fibrosas de hiperplasia benigna de próstata, infartos focales, cálculos).
3. Determinación del antígeno prostático específico (PSA) (GB).

Según el US Task Force existe buena evidencia de que el PSA puede detectar cáncer de próstata en etapas tempranas pero la evidencia no es concluyente y mezclada sobre si la detección precoz mejora los resultados de salud.

El tamizaje se asocia con importantes daños incluyendo frecuentes resultados falsos positivos que llevan a una innecesaria ansiedad y realización de biopsias, así como potenciales complicaciones de tratamientos para algunos casos de cáncer que en otras circunstancias nunca hubiesen afectado la salud del paciente. En conclusión, la evidencia es insuficiente para aclarar si los riesgos sobrepasan a los beneficios. Si la detección temprana mejora los resultados de salud, la población que demuestra más beneficios de tamizaje son los varones entre los 50 y 70 años con riesgo promedio y los varones mayores de 45 años con factores de riesgo (individuos de raza negra y personas con familiar en primer grado con antecedente de cáncer de próstata).

Individuos con una expectativa de vida menor a diez años probablemente no se benefician de este tamizaje ya que 10 a 20% de cánceres no se detectan por medio del PSA cuando se usa el punto de corte de 4 ng/Dl.

El rendimiento del tamizaje, en términos de tumores de próstata detectados, declina rápidamente cuando la medición del PSA se hace cada año. Si el tamizaje reduce la mortalidad es posible que sea más benéfico realizarlo cada dos años en vez de cada año.

8.2.4.Osteoporosis

Epidemiología:

La pérdida ósea relacionada con la edad compromete a una cuarta parte de las mujeres y a una décima parte de los varones adultos. A los 75 años, se calcula que 94% de mujeres padecen osteopenia y 34% osteoporosis. La probabilidad de fractura en una mujer de raza blanca mayor de 50 años se ha calculado en 14%.

Aspectos conceptuales:

La OMS define la osteoporosis como una enfermedad sistémica caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la arquitectura microscópica del tejido óseo que lleva a un incremento de la fragilidad y el consecuente aumento de la susceptibilidad fracturas óseas.

El diagnóstico precoz y definitivo de osteoporosis se realiza midiendo la densidad ósea mediante DEXA (Dual energy X-ray absorptiometry). Los valores de la DMO difieren de unas localizaciones anatómicas a otras y es la DMO específica de un sitio el mayor predictor de fracturas en él. Para valorar la DMO se utiliza la comparación de los resultados del paciente con los de individuos sanos de 20 a 40 años (T-score) y con los de individuos de la misma edad (Z-score).

La densidad de masa ósea debe ser medida habitualmente mediante DEXA en dos lugares, preferiblemente a nivel de la columna lumbar y la cadera (fémur proximal). La repetición de las determinaciones en el seguimiento de los pacientes solo debería llevarse a cabo si es previsible que influya en el tratamiento. En general, el intervalo mínimo entre diferentes medidas de la masa ósea tendría que ser superior a los dos años.

La densitometría ósea se interpreta de acuerdo con los valores propuestos por la OMS basados en el score T que significa el valor normal de sujetos jóvenes en su pico de masa ósea:

Densitometría normal:

Cuando el score T se encuentra entre -1 y +1 desviaciones estándar, es decir, son cifras de densidad mineral ósea que no se desvían más de una desviación estándar de la cifra media de un adulto joven de 20 a 40 años.

Osteopenia: Score T entre -1 y -2.5. Es decir, cifras de densidad mineral ósea entre una y 2.5 desviaciones estándar por debajo del pico de masa ósea del adulto joven. El riesgo para presentar fracturas es casi dos veces más que lo normal.

Osteoporosis score T por debajo de -2.5:

Cifras de densidad mineral ósea por debajo de 2.5 desviaciones estándar con respecto al pico de masa ósea del adulto joven. En estos casos el riesgo de fracturas es cerca de cuatro veces lo normal.

Osteoporosis store T por debajo de -2.5 y presencia de una o más fracturas relacionadas con fragilidad ósea. Cada desviación estándar que disminuye la masa ósea, multiplica el riesgo de fractura por dos.

Osteoporosis severa store T entre -3.5 y -4.5.

Factores de riesgo:

Se debe tener en cuenta los siguientes factores de riesgo para desarrollar osteoporosis y fracturas por osteoporosis:

- **Género femenino**, edad mayor de 65 años, IMC menor de 20, raza blanca, historia familiar de osteoporosis, deficiencia gonadal, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta pobre en calcio, alto riesgo de caídas.

El US Task Force recomienda la búsqueda para osteoporosis en mujeres mayores de 65 años, o en mujeres mayores de 60 años con algún factor de riesgo adicional. Lo anterior basado en el hecho de que hay buena evidencia de que el riesgo de osteoporosis y de fracturas se incrementa con la edad, de que la medición de la densidad de masa ósea predice de manera segura el riesgo de fracturas a corto plazo y de que el tratamiento reduce el riesgo de fracturas, especialmente en pacientes de alto riesgo. Ningún estudio ha evaluado el intervalo óptimo en el cual se debe repetir la medición de la masa ósea, se calcula que como mínimo se requieren de dos años para observar un cambio confiable en la densidad de la masa ósea.

Tampoco existen datos adecuados que determinen la edad a la cual se debe suspender la búsqueda de casos de osteoporosis así como tampoco existen estudios sobre tratamiento de la osteoporosis en mujeres mayores de 85 años.

Recomendaciones:

- El estudio de mujeres posmenopáusicas es efectivo en identificar pacientes con baja densidad mineral ósea.
- Tratar la osteoporosis puede reducir el riesgo de fracturas (A)
- En mujeres en las cuales se documenta osteoporosis, el tratamiento con alendronato, risedronato o raloxifeno previene fracturas osteoporóticas
- En mujeres en las cuales no se documenta osteoporosis, el suplemento de calcio (1000 a 1500 mg) con vitamina D (400 a 800 UI) diarios previenen las fracturas osteoporóticas.
- Se recomienda la búsqueda de osteoporosis por medio de la medición de la densidad ósea con DEXA en mujeres mayores de 65 años, con un peso menor de 60 kg o historia previa de fractura.
- Realizar actividad física regular como se señala en el apartado sobre ejercicio.

8.2.5. Tamizaje para enfermedad coronaria

Personas asintomáticas

Epidemiología:

En nuestro país, la muerte por enfermedad isquémica del corazón ocupó el primer lugar de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años con los siguientes valores porcentuales:

	HOMBRES	MUJERES
45-64 AÑOS	15.9	13.2
> 65	19.7	18.7

Recomendación:

Existe insuficiente evidencia para recomendar el tamizaje en enfermedad coronaria asintomática en adultos, usando como pruebas el ECG de reposo o el ambulatorio o en ejercicio. Se aconseja en grupos de personas con alto riesgo y cuyo resultado se pueda utilizar en toma de decisiones terapéuticas o en individuos con ocupaciones de riesgo como pilotos o conductores, que implican un beneficio de salud pública. El ECG de reposo se puede hacer en personas adultas que van a participar en un programa de ejercicio regular e intenso, en otros grupos sería.

Aspectos conceptuales:

En prevención primaria dos estrategias han resultado eficaces para disminuir la mortalidad cardiovascular: la identificación de la población de alto riesgo y la definición

de políticas de modificación de tales factores. En Colombia, las enfermedades cardiovasculares son responsables del 12,7% de las AVISA y es la segunda causa generadora de carga de enfermedad después de homicidios. En un estudio realizado en Bogotá en población general sobre prevalencia de factores de riesgo en estratos 2 y 3, se encontró: hipertensión 23%, diabetes 5,2%, hipercolesterolemia 37,9%, hipertrigliceridemia 24,1%, HDL bajo 22%, tabaquismo 26%, alcoholismo 45%, sedentarismo 43% y obesidad 45%.

El II Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas (ENFREC II), realizado en nuestro país en 1998, encontró que el 13,6% de la población adulta en Bogotá tenía hipercolesterolemia, comparado con 2,8% para la Costa Atlántica.

Factores de riesgo:

Entre los principales factores de riesgo asociados con enfermedad cardiovascular están la obesidad, sedentarismo, hipertensión, tabaquismo, dislipidemia y diabetes; factores que en conjunto con la edad y el género masculino determinan una mayor prevalencia de la enfermedad y de complicaciones como infarto de miocardio no fatal y muerte de origen coronario.

Dichos factores de riesgo, si se detectan en forma temprana, pueden modificarse reduciendo sustancialmente la morbilidad y mortalidad. Por tanto, es deber de los programas de salud y de las políticas en salud la detección temprana o la prevención, así como la promoción de estilos de vida saludable en grupos poblacionales vulnerables como son los mayores de 50 años, momento en que comienza a manifestarse la enfermedad cardiovascular y a poner en evidencia el daño sobre los órganos blanco.

La **prevención** se hace a través de la búsqueda activa de factores de riesgo con un tamizaje a partir de dicha edad y el cálculo del riesgo a diez años, lo que determinaría el tipo de intervención.

Se considerarían de bajo riesgo hombres menores de 50 años y mujeres menores de 60 años, que tengan entre 5 y 10% de riesgo a diez años. Personas con uno o más factores tendrían un riesgo calculado por encima de 15 a 20%, lo cual implicaría un riesgo moderado a alto.

Los factores de riesgo a medir son: edad, sexo, raza, historia de tabaquismo, perfil lipídico, glucemia en ayunas, tomas de presión arterial, historia familiar, perímetro de la cintura e índice de masa corporal.

El **índice de masa corporal** se calcula por medio de la siguiente fórmula: **Peso/Talla** – el peso expresado en kg y la talla en metros.

La **medición periódica de la tensión arterial** en busca de hipertensión está recomendada en toda persona mayor de 21 años.

El intervalo óptimo no ha sido establecido y se deja a criterio médico. En personas normotensas, esta medición podría ser cada dos años (Guía sobre hipertensión arterial).

Hay insuficiente evidencia para recomendar en favor o en contra del tamizaje de rutina en busca de diabetes II en adultos (Guía sobre diabetes mellitus).

8.2.6. Lípidos

Epidemiología:

Las alteraciones de los lípidos son de ocurrencia común en adultos del hemisferio occidental. En Estados Unidos, se calcula que 17,5% de varones y 20% de mujeres mayores de 20 años tiene un valor de colesterol total mayor de 240 mg /dL. Luego de ajustar por otros factores de riesgo se ha calculado que hasta 27% de eventos coronarios en hombres y 34 % en mujeres se atribuyeron a valores de colesterol total mayor de 200 mg/dL.

En personas mayores de 75 años este tamizaje se hará sobre bases individuales, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente. Se acepta en la actualidad que el nivel ideal de colesterol LDL debe ser menor a 100 mg/dl. El beneficio de dar tratamiento para personas con colesterol LDL entre 100 y 130 no está plenamente establecido. La contribución del colesterol como factor de riesgo para enfermedad coronaria es menor en ancianos que en adultos más jóvenes y existe controversia sobre tamizaje en personas ancianas ya que no existen estudios de prevención primaria en esta población. Sin embargo, en pacientes con factores de riesgo se sabe que sí existe beneficio al tratar a los pacientes ancianos con hiperlipidemia.

Pacientes con antecedente de dislipidemia, enfermedad coronaria, eventos cerebro vasculares, enfermedad arterial periférica y diabetes mellitus requieren un seguimiento más estrecho de sus lípidos.

Varios grupos recomiendan realizar tamizaje en varones mayores de 35 y mujeres mayores de 45 años en busca de anomalías de los lípidos; instaurar tratamiento para individuos con lípidos anormales y que tengan riesgo aumentado de enfermedad coronaria.

El tamizaje se debe hacer con colesterol total y colesterol HDL, ya que existe buena evidencia de que medirlos mejora la identificación de personas en riesgo de enfermedad cardiovascular. Hay buena evidencia de que personas con HDL bajo y colesterol total normal se benefician del tratamiento.

La evidencia es insuficiente para recomendar en pro o contra medir triglicéridos como parte de la rutina de tamizaje de los lípidos.

Recomendación:

Medir colesterol total y colesterol HDL en personas asintomáticas hombres mayores de 35 años y mujeres mayores de 45 años. Si estos son normales, hacer una nueva medición cada cinco años.

8.2.7.Obesidad

Epidemiología:

La obesidad es un problema de salud pública, especialmente en el mundo desarrollado, y en menor grado en países en vías de desarrollo.

En Estados Unidos, en las últimas cuatro décadas la prevalencia de obesidad aumentó de 13 al 31%.

Aspectos conceptuales:

La obesidad es un factor de riesgo para múltiples patologías potencialmente fatales, como enfermedad cardiovascular, cáncer en diferentes sitios y diabetes. Además, ciertas condiciones que afectan de manera importante la calidad de vida también se han asociado con la obesidad como la osteoartritis, enfermedad calculosa de la vesícula biliar, alteraciones respiratorias, déficit de la movilidad y estigma social.

El índice de masa corporal se calcula por medio de la fórmula descrita anteriormente.

El IMC está relacionado con muerte cardiovascular y sirve para clasificar a las personas en: peso normal, sobrepeso y obesidad, como se describe a continuación:

- Bajo peso: < 18.5
- Peso normal: 18.5 - 24.9
- Sobrepeso: 25 - 29.9
- Obesidad grado I: 30 - 34.9
- Obesidad grado II: 35 - 39.9
- Obesidad grado III: > 40

Las intervenciones más efectivas combinan educación nutricional, dieta y ejercicio. También existen medicamentos como orlistat y sibutramina que logran una reducción de peso entre 2,6 y 4,8 kg, con su uso continuado durante dos años, pero producen muchos efectos secundarios; mientras que la cirugía gástrica o bypass, la gastroplastia con bandas verticales y bandas gástricas ajustables logran una pérdida de peso entre 28 y 40 kg.

Recomendaciones:

Todo paciente adulto debe ser medido y pesado en busca de obesidad y se debe ofrecer consejería de alta intensidad junto con intervenciones de la conducta con el fin de promover la pérdida de peso en el individuo obeso.

Hay insuficiente evidencia para recomendar en favor o en contra del uso de consejería de baja a moderada intensidad además de intervenciones de la conducta para promover pérdida sostenida de peso en individuos obesos o con sobrepeso.

Actividades y procedimientos generales

- Tamizaje del abuso de alcohol
- Debe explorarse el abuso de alcohol y, de existir, realizar consejería para la modificación de dicho comportamiento.
- Uso de aspirina para la prevención primaria de eventos cardiovasculares
- Discutir con los adultos, quienes estén en riesgo aumentado de enfermedad arterial coronaria, el uso quimioproláctico de la aspirina. Valorar el beneficio potencial y el riesgo de esta intervención.
- Salud bucal y ocular
Remitirse a las Guías específicas para estos dos temas.
- Tamizaje del cáncer de cérvix
- Tamizar a las mujeres que han sido sexualmente activas.
- Iniciar el tamizaje en los tres años después del inicio de la actividad sexual. Adoptar el esquema 1-1-3 en aquellas mujeres con bajo riesgo de infecciones de transmisión sexual.
- Tamizaje del cáncer de colon y recto
- Realizar tamizaje a hombres y mujeres desde los 50 años.
- Tamizaje de la diabetes mellitus tipo 2
- Tamizar adultos con hipertensión o hiperlipidemia.
- Consejería para alimentación saludable
- Consejería nutricional intensiva a pacientes con hiperlipidemia y otros factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares o enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición.
- Tamizaje de la hipertensión arterial
Tamizar a todo adulto desde los 18 años. La frecuencia del tamizaje debe ser cada dos años para aquellos cuyas cifras de presión arterial sistólica y diastólica sean inferiores a 130 mm de Hg y 84 mm Hg, respectivamente, y cada año para aquellos cuyas cifras de presión arterial sistólica se encuentren en el rango de 130 a 139 mm Hg o presión arterial diastólica en el rango de 85 a 89 mm Hg. Si un paciente presenta cifras de presión arterial mayores a las señaladas, pasa a la guía de manejo de hipertensión arterial.
- Tamizaje de alteraciones lipídicas
Tamizar a todo adulto, iniciando a los 35 años en los hombres y a los 45 años en las mujeres.
Tratar a las personas con alteraciones lipídicas que tengan un incremento del riesgo de enfermedad arterial coronaria.

Recomendación.

- Tamizar adultos más jóvenes, si tienen otros factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria.
El tamizaje incluye la medición de colesterol total y colesterol HDL.
- Tamizaje de obesidad

Tamizar a todos los adultos. Ofrecer consejería intensiva e intervenciones comportamentales para promover una pérdida de peso sostenida en adultos obesos.

- Tamizaje de osteoporosis postmenopáusica
Tamizar rutinariamente a las mujeres de 65 años o más. Comenzar a la edad de 60 años en aquellas mujeres en riesgo alto para fracturas por osteoporosis.
- Tamizaje de infección por sífilis
Tamizar a las personas en riesgo alto y a toda mujer embarazada.

De acuerdo con el USPSTF, el perfil de riesgo para sífilis incluye las siguientes poblaciones:

- Hombres que tienen actividad sexual con otros hombres
- Trabajadores y trabajadoras sexuales
- Personas que intercambian sexo por drogas
- Personas detenidas en cárceles.

Las personas con este perfil deben considerarse para la realización de la prueba de tamizaje; sin embargo, no existe ninguna evidencia que permita definir la frecuencia de dicho tamizaje.

Se hace una observación especial en relación con las personas en quienes se ha diagnosticado otra infección de transmisión sexual (por ejemplo, chlamydia, gonorrea, herpes genital, virus del papiloma humano y VIH). Estas personas pueden tener un mayor riesgo para sífilis, pero no hay evidencia que sustente la realización de tamizaje rutinario para sífilis en ellos. Así, esta decisión queda a juicio clínico.

- Tamizaje del consumo de tabaco y consejería para prevenir enfermedades causadas por el tabaco: tamizar a todo adulto y brindar intervenciones para dejar de fumar.

Inmunización con Td Inmunizar con Td cada diez años a todo adulto que previamente ha recibido un ciclo completo de vacuna para tétanos y difteria.

8.3. PATOLOGÍAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

8.3.1.OBESIDAD

Justificación

Las sociedades modernas, urbanas en su mayoría, parecen converger hacia el consumo de dietas de alta densidad calórica, ricas en grasas y azúcares libres y bajas en fibra, que se asocian con una vida cada vez más sedentaria. La inactividad asociada con dietas mal balanceadas de alta densidad calórica se relaciona con condiciones crónicas del adulto, entre ellas, diabetes, hipertensión, trastornos de lípidos, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, que aparecen en edad cada vez más temprana.

La obesidad en la niñez no suele ser un trastorno benigno, cuando mayor tiempo a tenido sobrepeso, más probable es que continúe su estado hasta la adolescencia y la vida adulta.

Se ha observado que la obesidad va a la par con el aumento de riesgo de mortalidad en todas las edades.

Objetivo

Lograr una mejoría del estado nutricional disminuyendo el aporte calórico proteico del individuo mediante tratamiento con dieta y educación, para evitar el sobrepeso y la obesidad y las complicaciones asociadas.

Definición

La obesidad es un desequilibrio entre la cantidad de energía que se ingiere y la que se gasta, Es el aumento del 20% o más del peso corporal en relación con la talla, consiste en un porcentaje normalmente elevado de la grasa corporal y puede ser generalizado o localizado.

Factores de riesgo para obesidad

Factores de riesgo	Características
Genéticos	Factores hormonales y neurales relacionados con el control normal del peso. Incluyen las señales a corto y largo plazo que determinan la saciedad y la actividad de alimentación. El número y tamaño de las células adiposas, la distribución regional de la grasa corporal y el índice metabólico en reposo. Los hijos de padres obesos tienen mayor probabilidad de tener problemas de peso.
Sistema nervioso central	Alteración en los mecanismos básicos que regulan el ingreso de energía o el acto de comer (de manera específica en el encéfalo), causando hiperfagia.
Endocrinos	El desequilibrio hormonal primario que al afectar el comportamiento alimentario, el gasto de energía, o ambos, da por resultado un balance energético positivo, con el consiguiente almacenamiento en el tejido adiposo.
Metabólicos	La anormalidad metabólica básica puede incrementar el almacenamiento energético en el tejido adiposo causando obesidad: Desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos. Aumento de la eficiencia para degradar los hidratos de carbono, los ácidos grasos y los aminoácidos, y almacenar la energía adicional en forma de triglicérido en el tejido adiposo.

Factores de riesgo	Características
	Mayor eficiencia para efectuar trabajo fisiológico, dando como resultado una síntesis en la que los ácidos grasos y los aminoácidos, y almacenar la energía adicional en forma de triglicérido en el tejido adiposo. Mayor eficiencia para efectuar trabajo fisiológico, dando como resultado una síntesis en la que se requiere menos energía y el exceso se convierte en triglicérido que se almacenan en el tejido graso. Inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicérido en el tejido adiposo. e se requiere menos energía y el exceso se convierte en triglicérido que se almacenan en el tejido graso. Inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicérido en el tejido adiposo.
Nutricionales:	La sobrealimentación puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, pero el inicio de la obesidad presenta particular importancia en los primeros meses de edad. En la lactancia se ha señalado como causa de sobrealimentación, el aporte temprano de alimentos hipercalóricos, la introducción temprana de alimentos sólidos y la fórmula láctea hiperconcentrada. La sobrealimentación en la etapa preescolar cuando se violenta la anorexia fisiológica de estas edades a base de estimulantes de apetito, polivitaminas y medidas cohercitivas. La malnutrición materna antes y durante la gestación puede ser un factor esencial del peso corporal del niño al nacer y durante su vida adulta. Malos hábitos alimenticios, el consumo elevado de alimentos de alta densidad energética favorecen su depósito en forma de grasa corporal.
Actividad física	Una actividad física leve puede convertirse en factor predisponente de obesidad. Las personas obesas debido a su menor movilidad promueve más sedentarismo y da origen al círculo vicioso obesidad-sedentarismo-obesidad.
Psicológicos:	Las perturbaciones psicológicas como causa de obesidad son frecuentes, influyen sobre el apetito, pueden provocar una tensión nerviosa que se intenta compensar en la alimentación.
Fisiológicos:	Pubertad, gestación, menopausia, edad.

Factores protectores

- Moderación en el consumo de alimentos y de alcohol
- Hábitos alimentarios saludables
- Control frecuente de peso
- Actividad física regular
- Manejo del estrés y ansiedad
- Detectar el sobrepeso para evitar la obesidad

8.3.2.HIPERTENSION ARTERIAL

Justificación

Los estudios epidemiológicos han señalado como primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados a la enfermedad cardiovascular total que incluye: enfermedad cerebro vascular (ECV), enfermedad coronaria (EC), enfermedad arterioesclerótica (EA) y enfermedad renal, siendo la hipertensión arterial (HTA) el factor de riesgo más importante para el desarrollo de éstas. La HTA afecta alrededor de 20% de la población adulta en la mayoría de los países, generando la mayoría de consultas y hospitalizaciones en población adulta. La HTA afecta a cerca de 50 millones de personas en Estados Unidos y aproximadamente un billón en el mundo. El estudio de Framingan sugirió que individuos normotensos de 55 años tienen un riesgo de 90% de desarrollar hipertensión.

La HTA es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular y, a menudo, se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos como: dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus e inactividad física (sedentarismo).

Las personas con hipertensión tienen de 2 a 4 veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC); asimismo, la reducción de 5-6 mm Hg en la presión arterial disminuye de 20-25% el riesgo de EC. Sin embargo, cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) y el control de la presión arterial disminuye de 30 a 50% la incidencia de ACV. Por lo anterior, controlar la HTA significa controlar el riesgo de EC, ECV, EA, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta con énfasis en la calidad de la misma y, sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de los colombianos, lo que permitirá acercarnos en este campo a los países desarrollados.

La detección y el control de la HTA implican un enfoque multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención, la detección temprana y el tratamiento adecuado y oportuno que evite la aparición de complicaciones. La detección temprana se fundamenta en el fácil acceso de la población a la atención del equipo de salud para la búsqueda de HTA y factores de riesgo asociados, con el fin de realizar una intervención de cambios en el estilo de vida (terapia no farmacológica) y farmacológica.

Epidemiología

Cerca de 50 millones de americanos presentan tensión arterial elevada (PAS > 140 mm Hg o PAD >90 mm Hg); de estos, solo 70% conoce su diagnóstico, 59% recibe tratamiento y 34% está controlado en forma adecuada.

La Encuesta nacional de salud en Colombia 1977-1980, mostró una mayor prevalencia de HTA en Bogotá con predominio del sexo femenino en todas las zonas del país. Para el año 1990, la enfermedad hipertensiva e infartos de miocardio representaron la primera causa de mortalidad general (22.3%). El Estudio nacional de salud 1970-1990, mostró una prevalencia del 11,6% en mayores de 15 años, lo cual significa que la población afectada superaba 2.500.000 personas. Suárez et al. en 1994, realizaron un estudio en la ciudad de Pasto y San Andrés, encontrando una prevalencia de HTA del 29 y 30% respectivamente, la cual fue mayor en hombres, con un incremento asociado a la edad. El DANE reportó alrededor del 26% de las defunciones totales para el año 2001 distribuidas en enfermedad hipertensiva, isquemia coronaria, falla cardíaca (ICC) y ECV. De acuerdo con el informe del Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud, de mayo de 1997, las enfermedades cardiovasculares (EC, HTA, ECV y enfermedad reumática del corazón) se situaron en los primeros lugares de mortalidad; para 1990 correspondieron al 28% de todas las muertes. Es evidente que la HTA y sus complicaciones ocupan el primer lugar como causa de mortalidad.

Según los indicadores de la OPS Colombia la mortalidad general y específica, en 1998, por enfermedades cardiovasculares fue de 113.4 (tasa x 100.000 habitantes) que incluyeron enfermedad hipertensiva, isquemia coronaria, ICC y ECV.

El Ministerio de Salud de Colombia, 1999, realizó el II Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas (ENFREC-II), el cual reportó que 85,5% de los encuestados tuvo acceso al procedimiento medición de presión arterial; 12,3% de la población adulta informó que era hipertensa, siendo esta patología más frecuente en las mujeres y en los grupos de mayor edad. La prevalencia fue alta en personas con menor nivel educativo, en los grupos socioeconómicos bajos y en individuos con percepción de peso alto.

Las Series históricas de salud en Santafé de Bogotá, DC 1986-1996, mostraron que la morbilidad por HTA presentó un incremento progresivo a partir de la década de los noventa, especialmente en mayores de 60 años. En relación con la mortalidad, la enfermedad hipertensiva tuvo su mayor tasa en 1986 (1.81/10.000 personas), disminuyó en los dos años siguientes y se incrementó durante el resto del período.

El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud presentaron, en el año 2002, los indicadores de morbilidad y mortalidad en la población colombiana. Las enfermedades hipertensivas ocuparon el cuarto lugar de mortalidad en mayores de 65 años (tasa de 242.6 por 100.000 habitantes). Según reportes de la Secretaría Distrital de Salud del año

2002, en el período 1998-1999, predominaron las patologías de origen isquémico, cardiocerebrovascular, pulmonar obstructivo crónico e hipertensivo (14). Para 1999, la tasa de mortalidad de esta última fue de 1.74 por 10.000 habitantes; los hombres presentaron mayor riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica y las mujeres por enfermedades hipertensivas y diabetes.

Objetivo

- Detectar tempranamente la presencia de factores de riesgo prevenibles asociados a la HTA
- Detectar en forma temprana la hipertensión arterial sistémica y brindar el tratamiento, de la HTA y los factores de riesgo asociados, para minimizar las complicaciones, las secuelas y la mortalidad.

Definición y aspectos conceptuales

Hipertensión arterial sistémica

La HTA es un síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, tomada con una técnica adecuada, sino los factores de riesgo cardiovascular modificables o prevenibles y no modificables; los primeros abarcan los metabólicos (dislipidemia, diabetes y obesidad), los hábitos (consumo de cigarrillo, sedentarismo, dieta, estrés) y, actualmente, se considera la hipertrofia ventricular izquierda; los segundos (edad, género, grupo étnico, herencia). La hipertensión es una enfermedad silenciosa, lentamente progresiva, que se presenta en todas las edades con preferencia en personas entre los 30 y 50 años, por lo general asintomática que después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en órgano blanco. Antes, se daba importancia solo a las medidas para definir la HTA como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg.

Las personas con hipertensión tienen de 2 a 4 veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC); asimismo, la reducción de 5-6 mm Hg en la presión arterial disminuye de 20-25% el riesgo de EC.

Hipertensión arterial sistólica (HAS):

Se refiere a cifras sistólicas superiores a 140 mm Hg con cifras diastólicas normales, se conoce como HTA sistólica aislada y es más común en ancianos.

Hipertensión arterial diastólica (HAD):

Cifras diastólicas superiores a 90 mm Hg con cifras sistólicas normales.

Hipertensión arterial acelerada o maligna:

Aquella HTA generalmente severa, con compromiso de órgano blanco, que lleva a la muerte del paciente en un tiempo no superior a un año si no se logra controlar en forma adecuada.

Clasificación etiológica de la hipertensión:

Hipertensión arterial primaria o esencial: es la hipertensión idiopática que tiene factor genético, por tanto, suele existir antecedentes en la historia familiar. Hipertensión arterial secundaria: es la hipertensión cuyo origen está correlacionado con una causa específica como: renovascular, coartación de aorta, feocromocitoma.

Índice de masa corporal total (IMC):

Es la relación entre el peso del paciente en kg y la talla del paciente al cuadrado en metros. $IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$.

Clasificación de obesidad y sobrepeso, según IMC

Bajo peso:	< 18.5
Peso normal:	18.5 a 24.9
Sobrepeso:	25 a 29.9
Obesidad grado I:	30 a 34.9
Obesidad grado II:	35 a 39.9
Obesidad grado III:	> 40

Clasificación de la retinopatía hipertensiva: Keith Wagener

Grado I:	espasmo arterial; tortuosidad; hilos de cobre.
Grado II:	grado I + cruces arteriovenosos; esclerosis.
Grado III:	grado II + hemorragias y exudados.
Grado IV:	grado III + papiledema.

Clasificación de HTA en adultos

Se han desarrollado diversas clasificaciones de HTA por diversas asociaciones científicas de las cuales se presentan las dos vigentes. En primer lugar, la guía de las sociedades europeas y la OMS, que se adopta para esta guía (British Hipertention Society, European Society Hipertention, European Society Cardiology, Sociedad Española de Hipertensión) y en segundo lugar la del JNC VII. Para esta guía se emplea la primera clasificación de las sociedades europeas. Es importante resaltar que en el pasado se hacía énfasis solo en las cifras de PAD pero en la actualidad se da igual importancia tanto a la PAD como a la PAS. Las guías de las asociaciones europeas continúan graduando la HTA en tres categorías, mantienen la categoría de presión normal alta y se continúa usando la clasificación de la OMS publicada en 1999. Así mismo, se insiste en algo fundamental: los puntos de corte deben ser flexibles y ser considerados adecuados o no de acuerdo con el nivel de riesgo cardiovascular del paciente.

Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos según OMS BHS (British Hipertensión Society), ESH (European Society Hipertensión), ESC (European Society Cardiology), SEH (Sociedad Española de Hipertensión)

Categoría	PAS (mm.Hg)	PAD (mm.Hg)
Óptima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensión		
Estadio 1	140 - 159	90 - 99
Estadio 2	160 - 179	100 - 109
Estadio 3	180 - 209	110 - 119

El VII Reporte del JNC ha creado la categoría prehipertensión para dar mayor importancia a un estado premórbido y une bajo una sola categoría la antigua hipertensión arterial grado 2 y 3 al considerar el mismo riesgo de morbilidad. Además, plantea tener en cuenta los otros factores de riesgo cardiovascular y la evidencia de lesión de órgano blanco (LOB).

Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos, según JNC (Joint Nacional Comité on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment on High Blood Pressure), 2003

Categoría	PAS (mm.Hg)	PAD (mm.Hg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensión	120 - 139	80 - 89
Hipertensión		
Estadio 1	140 - 159	90 - 99
Estadio 2	≥ 160	≥ 100

Descripción clínica

La HTA es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas mayores de 30 años, por lo general asintomática, que después de 10 ó 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos. En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos tales como: cefalea, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil.

Tipos de hipertensión arterial sistémica

HTA primaria, esencial o idiopática: sin una causa clara, son 90 a 95% de los pacientes hipertensos. Se han descrito diversos factores asociados: genéticos, estilo de vida (sobrepeso u obesidad, ocupación, ingesta de alcohol, exceso de consumo de sal, sedentarismo), estrés ambiental e hiperreactividad del sistema simpático.

HTA secundaria: con una alteración orgánica o un defecto genético identificable, se presenta aproximadamente en 5% de los casos. La historia clínica (examen físico y anamnesis) y los laboratorios pueden identificarla. Se debe sospechar hipertensión secundaria en pacientes que presentan hipertensión antes de los 20 años o después de los 50 a 55 años o aquellos casos refractarios a la terapia farmacológica adecuada.

Causas de hipertensión arterial sistémica secundaria

- Fármacos: antiinflamatorios no esteroideos (AINE), estrógenos, corticoides, simpático miméticos, algunos antigripales que contengan efedrina, pseudoefedrina), cocaína, anfetamina
- Enfermedad renal: el compromiso del parénquima renal es la causa más común de hipertensión secundaria. La hipertensión puede ser secundaria diabetes mellitus, enfermedad (glomerulares, tubulointerstitial) o enfermedad poliquística. La hipertensión acelera la progresión de la insuficiencia renal y se debe buscar el control estricto de las cifras tensionales
- Hipertensión renovascular: en los individuos jóvenes la causa más común es la hiperplasia fibromuscular, en los pacientes mayores de 50 años la causa más frecuente es la estenosis aterosclerótica. 25% de los pacientes pueden tener compromiso bilateral. Se debe sospechar hipertensión renovascular en las siguientes circunstancias: inicio de la hipertensión arterial documentado antes de los 20 años o después de los 50 años de edad; presencia de soplo epigástrico o de la arteria renal; enfermedad aterosclerótica de la aorta o de las arterias periféricas o deterioro abrupto de la función renal luego de la administración de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (I-ECA)
- Hiperaldosteronismo primario y síndrome de Cushing: debe sospecharse en pacientes que presentan hipocalemia con aumento de la excreción urinaria de potasio (sin terapia diurética) y sodio sérico mayor de 140 mEq/L Hg. El Síndrome de Cushing iatrogénico (exceso de glucocorticoides) es una causa de HTA de mayor incidencia que la enfermedad de Cushing primaria
- Feocromocitoma: se caracteriza por el exceso de catecolaminas producidas en la médula suprarrenal; la hipertensión secundaria por esta causa puede ser episódica o sostenida
- Coartación de la aorta: es debida a estrechez congénita, la hipertensión secundaria puede ser causada por disminución del flujo sanguíneo renal,
- Otras: enfermedad tiroidea o paratifoidea

Causas de hipertensión arterial secundaria

- Fármacos: AINE, estrógenos, corticoides, simpaticomiméticos, algunos antigripales
- Enfermedad renal: por compromiso del parénquima renal
- Hipertensión renovascular
- Hiperaldosteronismo primario y síndrome de Cushing
- Feocromocitoma
- Coartación aórtica
- Enfermedad tiroidea o paratiroidea

Complicaciones según lesión de órgano blanco

SISTEMA	EVIDENCIA CLINICA	AYUDAS DIAGNOSTICAS
Cardíaco	Enfermedad Coronaria (EC) Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC).	Examen físico Electrocardiograma (EKG) o imagenología (radiografía de tórax) Ecocardiográficos
Cerebrovascular:	Isquémica transitoria. Evento cerebrovascular.	Examen médico (evaluar pulsos), Fondo de ojo Examen neurológico
Retinopatía:	Aumento de la luminosidad de los vasos. Entrecruzamiento de vasos. Hemorragias o exudados (con o sin papiledema).	Examen del fondo de ojo
Sistema Renal:	Creatinina sérica mayor 1.5 mg/dl (130 u mol/l). Microalbuminuria. Proteinuria >1.	Examen médico (evaluar masas renales, soplos, pulsaciones anormales en la aorta). Laboratorios (Parcial de orina Nitrógeno ureico, creatinina Microalbuminuria).
Sistema vascular periférico:	La ausencia de uno o más pulsos periféricos excepto el pedio con o sin claudicación intermitente es un indicador de compromiso vascular periférico.	Examen médico

Complicaciones según estado de la hipertensión arterial

Estadio I	Sin manifestaciones de modificación orgánica.

Estadio II	Al menos una de las manifestaciones siguientes de afectación órganos: Hipertrofia ventricular izquierda (detección ecocardiograma) Estrechamiento general y focal de las arterias retinianas Microalbuminuria, proteinuria y/o ligera elevación de la concentración de creatinina en plasma (1,2– 2,0 mg/dl). Signos radiológicos o ecográficos de placa aterosclerótica (en la aorta o arterias carótidas, ilíacas o femorales).
Estadio III	Aparición de síntomas y signos como resultado de la lesión de órganos: Corazón: Angina de pecho, Infarto de miocardio, Insuficiencia cardíaca Cerebro: Accidente cerebrovascular, Ataque isquémico transitorio, Encefalopatía hipertensiva, Demencia vascular Fondo de Ojo: Hemorragia retiniana y exudado con o sin edema papilar Riñón: Creatinina en plasma > 2.0 mg/dl, Insuficiencia Renal Vasos sanguíneos: Aneurisma disecante, Arteriopatía oclusiva sintomática.

Factores de riesgo para hipertensión arterial

FACTOR DE RIESGO	RELACION CAUSAL
FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	
EDAD	Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo.
SEXO	La hipertensión y el accidente cerebrovascular hemorrágico es más frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular de tipo arterioesclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.
ORIGEN ÉTNICO	La hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra.
HERENCIA	La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2ª grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular.
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	
FACTORES COMPORTAMENTALES	

TABAQUISMO	El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA.
ALCOHOL	El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, mas elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total.
SEDENTARISMO	La vida sedentaria aumenta de la masa muscular(sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.
NUTRICIONALES	Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.
PSICOLOGICOS Y SOCIALES	El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápidos).
FACTORES BIOLOGICOS	
OBESIDAD	El exceso de peso, esta asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC > de 27. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm. en mujeres y de 9.8 cm. en hombres esta asociada a mayor riesgo de Hipertensión, y a dislipidemia, etc.
DISLIPIDEMIAS	El estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión.
DIABETES MELLITUS	La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad.

Factores de riesgo cardiovascular

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la HTA, los cuales se clasifican de acuerdo con su posibilidad de identificación e intervención, en factores de riesgo modificables, es decir, prevenibles y no modificables o no prevenibles.

Los factores de riesgo modificables se asocian con el estilo de vida por lo que pueden ser prevenidos, minimizados o eliminados e incluyen: la obesidad, el consumo excesivo de sodio, grasas y alcohol y el bajo consumo de potasio, la inactividad física y el estrés (Tabla 7). Los factores de riesgo no modificables o no prevenibles son inherentes al individuo (género, raza, edad, herencia).

Los factores de riesgo cardiovascular mayores son: HTA, consumo de cigarrillo, sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 30$), sedentarismo, dislipidemia, diabetes mellitus, microalbuminuria o $TFG < 60$ ml/min), edad (> 55 años para el hombre, > 65 años para la mujer) e historia de enfermedad cardiovascular prematura (padre < 55 años y madre < 65 años). A su vez, algunos de estos favorecen el desarrollo de HTA (obesidad, consumo excesivo de sodio, grasas y alcohol, y bajo consumo de potasio, magnesio y calcio; inactividad física y estrés).

Estado nutricional y dieta

Con base en los resultados del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) se encontró que las variaciones geográficas de presión sanguínea en los Estados Unidos se relacionaron con la dieta. En la región sur se encontró el más alto promedio de cifras tensionales, con mayor incidencia de enfermedad cardiovascular. Estos hallazgos se asociaron con consumo alto de ácidos grasos, colesterol y sodio, y baja ingesta de potasio, magnesio, calcio y fibra.

Sobrepeso y obesidad

Varios factores han asociado obesidad HTA, entre los cuales se puede mencionar el incremento en el gasto cardíaco en individuos obesos. De otra parte, al parecer los obesos son más susceptibles a la aparición de HTA por presentar una disminución en la superficie de filtración renal y un incremento en la renina plasmática.

En un estudio realizado por la Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad Nacional de Colombia con individuos hipertensos atendidos en la consulta de HTA del hospital San Juan de Dios, en Bogotá entre 1994 y 1996, se encontró que la prevalencia de HTA fue mayor en el género femenino, especialmente en el grupo de 50 a 59 años; además, predominó el diagnóstico nutricional de obesidad (73.6%). Como dato importante se encontró que la mayor parte de los sujetos tenía el hábito de adicionar sal antes de probar los alimentos, mostrando un uso excesivo del salero de mesa.

Grasas y colesterol

El Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT), encontró una relación directa y positiva entre el colesterol y los ácidos grasos saturados de la dieta con la presión sanguínea. Posteriormente, en un estudio en Chicago se encontró una relación positiva entre la ingesta de colesterol y cambios en la presión sanguínea.

Sodio

El First National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic up Study evaluó la relación entre la ingesta de sodio y la incidencia de insuficiencia cardíaca congestiva y mostró que una ingesta alta de sodio (más de 113 mmol/día) fue un factor de riesgo relacionado con la aparición de HTA en personas con sobrepeso. Otro estudio llevado a cabo en población británica, encontró que el consumo de sodio fue un predictor importante de las presiones arteriales sistólica y diastólica. Se concluye que el riesgo de HTA es más bajo a medida que se disminuye la ingesta de sal.

Alcohol

Se ha encontrado una asociación positiva entre la ingesta de alcohol y la presión sanguínea tanto sistólica como diastólica (36). Individuos que consumen tres o más bebidas alcohólicas por día (una bebida estándar contiene aproximadamente 14 g de etanol y está definida como un vaso de cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de mesa de 6 onzas o 1.5 onzas de licores destilados), presentan una elevación pequeña pero significativa de la presión sanguínea comparados con no bebedores. La contribución a la prevalencia de HTA atribuida al consumo de más de dos bebidas de alcohol por día se ha estimado en 5 a 7%, siendo el efecto mayor en hombres que en mujeres.

Síndrome metabólico

Los pacientes hipertensos suelen tener alteración de la distribución de la grasa corporal (obesidad abdominal o central), del metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono criterios que constituyen la presencia de síndrome metabólico; su identificación es útil puesto que está relacionada con la presencia de complicaciones cardiovasculares; en este sentido, vale la pena aclarar que los criterios diagnósticos han sido establecidos por el ATP III, la OMS y, en última instancia, por la Federación Internacional de Diabetes (IDF) en abril de 2005.

8.3.3.DIABETES MELLITUS DIABETES MELLITUS TIPO I

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere asistencia médica continua y una educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento, con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas de tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas. La atención y cuidado del diabético es complejo y requiere del abordaje de variados aspectos sumados al control de la glucemia. Existe evidencia que soporta la amplia gama de intervenciones para mejorar la evolución de la historia natural de la diabetes mellitus. Este conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la asistencia del diabético, las metas terapéuticas y las herramientas para evaluar la calidad de la atención. Aunque las preferencias individuales, la existencia de comorbilidades y otros factores del paciente puedan influir para modificar las metas, esta Guía brinda los objetivos que más a

menudo se persiguen con la mayoría de los pacientes. Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas.

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad crónica que puede aparecer a cualquier edad, sin embargo, suele ser más frecuente entre los 5 a 7 años de vida y en el período de máximo crecimiento en la adolescencia.

Antes de los 5 años es rara y excepcional en el primer año. En Colombia es una enfermedad con una baja incidencia, la cual oscila entre tres y cuatro casos anuales por cada 100.000 niños menores de 15 años. Esta cifra probablemente es válida para la mayoría de las ciudades, pero debe ser mucho menor en la zona rural. En el momento del diagnóstico se produce un impacto personal y familiar, requiriendo un manejo constante e individual por parte de un grupo interdisciplinario con experiencia. La persona afectada y su familia son el pilar del tratamiento que tiene como fin lograr una estabilidad metabólica que retarde la aparición de complicaciones, disminuya el número de hospitalizaciones, el ausentismo y la deserción escolar, permitiendo llevar una adecuada calidad de vida.

DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

Descripción clínica

La diabetes mellitus tipo 1 se caracteriza por destrucción de células beta de los islotes pancreáticos, que conlleva a una secreción insuficiente de insulina, la cual va disminuyendo en forma paulatina hasta ser prácticamente nula. Aunque antes se consideraba como una enfermedad que comenzaba en la niñez o la adolescencia, actualmente se reconoce que también puede aparecer a cualquier edad.

Los **síntomas y signos clínicos** de la diabetes en los niños inicialmente son poliuria, polidipsia, astenia, pérdida de peso. La polifagia es rara en los niños. Si no se inicia de manera oportuna el tratamiento puede aparecer la cetoacidosis diabética.

En aproximadamente 20% de los casos, la cetoacidosis puede ser la forma de presentación de la diabetes tipo 1.

La diabetes tipo 2 puede tener manifestaciones clínicas similares a la diabetes mellitus tipo 1, cuando clínicamente es difícil diferenciarlas podemos recurrir a la cuantificación de anticuerpos (anticuerpos antiinsulina, antiislote (anti-ICas) o anti-GAD), por lo general presentes en diabetes tipo 1. En el niño y el adolescente el diagnóstico diferencial es relativamente fácil por la clínica. Se puede dosificar también la insulina y el péptido C antes de cualquier tratamiento,. Los anticuerpos pueden ser interesantes en un estudio epidemiológico de nuestra población.

Fisiopatología

La diabetes tipo 1 se desarrolla en individuos con predisposición genética ligada a algunos grupos HLA. Algún evento externo puede actuar como factor desencadenante de

la enfermedad, como los fenómenos infecciosos especialmente virales (rubéola, coxsakie) que agravarían el proceso inmunológico ya iniciado. Algunos alimentos ahumados (por la presencia de nitrosaminas) han sido incriminados. Se ha demostrado desde hace ya varios años que la aparición de las manifestaciones clínicas se puede presentar muchos meses después de que se inicie el proceso de destrucción de las células Beta. Cuando la población de estas células es inferior a 15%, la sintomatología se hace presente. Se pueden determinar factores como predisposición genética y factores desencadenantes.

El déficit de insulina produce una falla energética en las células insulino dependientes, puesto que no hay entrada de glucosa. Por el contrario, en las células no insulino dependiente (SNC, enterocitos y células de membrana basal) habrá una acumulación de glucosa que por la acción de una aldosa reductasa transforma la glucosa en sorbitol, metabolito tóxico para la célula.

Por otra parte, la falta de insulina induce la activación de hormonas contrarreguladoras aumentando la glucogenólisis y gluconeogénesis que perpetúan la hiperglucemia. Al sobrepasarse el umbral renal de la glucosa, se produce una diuresis osmótica, que se correlaciona con la aparición de poliuria y polidipsia.

Los niveles bajos de insulina activan la lipólisis facilitando la liberación de ácidos grasos libres, síntesis de cuerpos cetónicos y posterior producción de ácido-acetona.

Complicaciones

Las complicaciones de la diabetes se originan por la hiperglucemia, causando una afección extensa de prácticamente todos los sistemas orgánicos.

Se caracteriza por una microangiopatía por el engrosamiento de la membrana basal capilar, una macroangiopatía por la presentación de aterosclerosis acelerada, neuropatía que afecta los sistemas nerviosos periférico y vegetativo, alteración neuromuscular con atrofia muscular, embriopatía y una disminución de la respuesta celular a la infección.

Las alteraciones más frecuentes son:

- Hipoglucemias
- Infecciones
- Alteraciones del crecimiento y desarrollo
- Nefropatías
- Oftalmopatías
- Dislipidemias y enfermedades cardiovasculares
- Neuropatía diabética
- Pie diabético: muy exótico en pediatría.

DIABETES MELLITUS TIPO II

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes mellitus (DM) es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo. En términos globales, en 1995 la población de diabéticos adultos en el mundo era de 135 millones y se incrementará a 300 millones en el año 2025, con un aumento de 120%, del cual los países desarrollados aportarán 40% y los países en vías de desarrollo 170%, de manera

que 80% de los diabéticos del mundo vivirán en países en vías de desarrollo en el primer cuarto del siglo veintiuno.

Según la IDF, es probable que para 2030 esta cantidad aumente a más del doble y en los países en vía de desarrollo el número de personas con diabetes aumentará 150% en los próximos 25 años. La diabetes mellitus representa el mayor problema de salud pública en América y hay evidencia que la prevalencia está en incremento; estos resultados son consecuencia de cambios culturales que pueden estar ocurriendo, la disminución de la actividad física y la transición a la ingesta de dieta hipercalórica en Latinoamérica. En particular, al comparar la prevalencia de 2003 a 2005 en los países suramericanos se encuentra un aumento en la población de 20 a 79 años; por ejemplo, en Colombia durante este período pasó de 4,3 a 5,8%. De otra parte, de acuerdo con la nueva evidencia, el Finnish Diabetes Prevention Study, estableció que más de la mitad de los casos de diabetes pueden ser prevenidos en población de alto riesgo, así los programas de prevención y control son potencialmente costo-efectivos y, por tanto, su implementación es prioritaria. Sin embargo, 30 a 50% de las personas con DM2 no consultan en forma temprana, porque no presentan síntomas evidentes y sólo son diagnosticadas cuando ya presentan complicaciones vasculares. La historia natural de la DM2 es caracterizada por un periodo largo de prediabetes.

La diabetes mellitus por su naturaleza crónica, la severidad de las complicaciones y los medios que se requieren para su control, se constituye en el momento en una enfermedad altamente costosa. La evidencia acumulada en años recientes demuestra que el diagnóstico temprano y el buen control de la diabetes reduce la progresión de complicaciones crónicas de la enfermedad como la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía, sumadas a la enfermedad coronaria, la dislipidemia y la enfermedad vascular periférica, las cuales influyen en la morbilidad y mortalidad prematuras que presentan estos pacientes.

En este sentido, la IDF ha realizado una revisión completa encontrando evidencia del costo-efectividad de las intervenciones relevantes en diabetes como: control intensivo de la glucemia y la presión arterial, el uso de hipolipemiantes, la detección y tratamiento de la retinopatía y el cuidado activo de los pies, por lo tanto, gran parte del costo en diabetes y sus complicaciones son potencialmente prevenibles.

Epidemiología

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) hay 18.2 millones de personas diabéticas en Estados Unidos, pero mientras 11.1 millones han sido diagnosticados, 5.2 millones de personas no saben que tienen la enfermedad.

Cada día aproximadamente se diagnostican 2.740 casos. La diabetes es la quinta causa de muerte en ese país del norte; con base en los certificados de defunción, esta enfermedad contribuyó con 213.062 muertes en el año 2000. La diabetes es una enfermedad crónica, los estudios indican que, por lo general, es soportada en los certificados de defunción, particularmente en el caso de personas con múltiples condiciones crónicas como las enfermedades del corazón y la hipertensión arterial

sistémica. Por esta razón, se cree que el efecto de la diabetes es mucho más severo de lo que se reporta oficialmente.

La Federación Internacional de Diabetes (IDF) afirma que, en el contexto mundial, cada año 3.2 millones de muertes son atribuidas a la diabetes, lo cual representa una de cada 20 muertes, 8.700 muertes cada día, seis muertes cada minuto, y por lo menos, una de cada diez muertes en adultos de 35 a 64 años de edad. En los países desarrollados la mayoría de las personas con diabetes se encuentra por encima de la edad de jubilación, mientras que en los países en vía de desarrollo los afectados con más frecuencia son las personas entre los 35 y los 64 años. La situación es preocupante si se tiene en cuenta que su frecuencia se ha venido aumentando debido no solo al crecimiento y al envejecimiento de la población sino a la tendencia hacia el sobrepeso y la obesidad y la adopción de hábitos alimenticios poco saludables y estilos de vida sedentarios.

En Latinoamérica y el Caribe, la mayoría de países no tienen información epidemiológica, así pues, la información es limitada. En Costa Rica, en 1988, se encontró una prevalencia de 2,8% en la población general y 9,4% en los mayores de 40 años. Al ajustar la prevalencia para la edad entre 35 y 64 años se encontró la prevalencia más alta en Jamaica (15,6%); México, Trinidad y Tobago y Bolivia presentaron una prevalencia de 10%; en el resto de los países la prevalencia fue moderada: de 3 a 10%. En particular, en Bolivia se encontró una prevalencia global de la diabetes en cuatro áreas urbanas de 7,2% y alteración de la tolerancia a la glucosa de 7,8% lo cual indica que la prevalencia de la diabetes seguirá aumentando en este país en el futuro cercano, a no ser que se pongan en práctica estrategias preventivas.

En Colombia, la DM se encuentra entre las diez primeras causas de mortalidad, de egresos hospitalarios y de consulta externa en personas mayores de 45 años. El estudio de Ashner y colaboradores de 1993 reportó una prevalencia de 7% en ambos sexos para la población de 30 a 64 años.

La Asociación Colombiana de diabetes ha estimado que 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene diabetes tipo 2 y alrededor de 30 a 40% de los afectados desconocen su enfermedad. El II Estudio nacional de factores de riesgo y enfermedades crónicas (ENFREC), de 1999, estimó la prevalencia en población adulta en 2% y un estado de glucemia alterada del ayuno de 4,3%; en Bogotá, entre los 40 y 69 años, una prevalencia de DM2 en hombres de 5,16% y en mujeres de 3,8 y de AGA en hombres de 20,6% y en mujeres de 9,1%.

Definición y aspectos conceptuales

Se entiende por DM2 al grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia crónica, con alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas; la alteración principal es el déficit de la acción o secreción de la insulina. Como consecuencia, hay enfermedad microvascular, neuropática y macrovascular manifiesta en diferentes órganos como ojos, corazón, nervios y arterias.

Clasificación y etiología

De acuerdo con la OMS, la nueva clasificación de los pacientes con diabetes mellitus es tipo 1 y tipo 2 basada en la etiología; se eliminaron los términos de insulino dependiente y no insulino dependiente. La DM2 clásica presenta resistencia a la insulina en grado variable (que desencadena una serie de eventos que, finalmente, llevan a la aparición de la diabetes) y, en la medida que avanza la enfermedad, una deficiencia relativa de la secreción de insulina.

La etiología es desconocida, puede presentarse no sólo en adultos sino en niños y adolescentes y, con frecuencia está asociada con obesidad. En los niños es factor crucial la presencia de obesidad del niño o de sus padres, se presenta en estilos de vida con dieta rica en calorías y reducción de la actividad física. Además, se ha señalado la mayor incidencia en mujeres en pubertad y con bajo peso al nacer (por daño en el desarrollo de la célula β y de la respuesta tisular a la insulina como en el músculo esquelético). La DM2 puede presentarse desde la etapa preescolar pero ser diagnosticada hasta la pubertad (12 a 16 años) el uso de marcadores, anticuerpos contra antígenos de las células β (anti-ICA, anti-GAD, anti-insulina) es útil para diferenciarla de la DM1.

La resistencia a la insulina sostenida y suficiente induce a una mayor secreción de ésta por parte de las células beta pancreática, con el fin de mantener la euglucemia y compensar de esta manera su déficit relativo; las células beta continúan respondiendo progresivamente hasta que fallan, al parecer por factores genéticos, y se inicia una serie de alteraciones metabólicas representadas, en principio, por hiperglucemia de ayuno (HA) e intolerancia a la glucosa e hidratos de carbono (IHC), que finalmente llevan al desarrollo de una diabetes manifiesta, la cual puede ser controlada inicialmente con cambios en los hábitos de vida, en especial en la alimentación y aumento de la actividad física, con la ingesta de diversos antidiabéticos orales (ADO) y luego, con la administración de insulina.

Descripción clínica

A continuación se presentan las situaciones clínicas más comunes en las que se puede diagnosticar a una persona con DM2:

- En general, el diagnóstico se puede hacer en cualquier momento del desarrollo de la historia natural de la enfermedad, bien sea en una etapa temprana o tardía de la enfermedad, esta última suele ser la más común
- Los pacientes, en su gran mayoría, son diagnosticados mediante la realización de una glucemia en ayunas solicitada durante una evaluación general o durante la preparación de un procedimiento quirúrgico, cuando la persona es usualmente asintomática con respecto a la DM2
- Otro grupo de pacientes a quienes se les diagnostica la enfermedad son aquellos a quienes se les realiza una glucemia en ayunas o una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) indicada por presentar factores de riesgo para DM2
- Los pacientes que se diagnostican por síntomas de poliuria, polidipsia, debilidad, pérdida de peso, alteraciones visuales, astenia y prurito (especialmente genital) y la presencia de infecciones son comunes y, posiblemente, sufren la enfermedad

con anterioridad, por tiempo prolongado y su diagnóstico había pasado desapercibido

- Consulta por complicación de órgano blanco como enfermedad cerebro vascular (ECV), retinopatía, enfermedad coronaria, vasculopatía periférica, neuropatía o pie diabético
- El estado hiperosmolar no cetósico y el estado cetoacidótico pueden ser formas de presentación inicial de una DM2, pero poco usuales con respecto a las anteriores.

Factores de riesgo para detectar diabetes mellitus tipo 2

Las personas con DM2 frecuentemente no son diagnosticadas; el propósito de la detección es identificar los individuos asintomáticos que puedan tener diabetes. La presencia de factores de riesgo implica que estas personas están en riesgo de padecer DM2:

- Personas mayores de 45 años
- Presentar alteración de la glucemia en ayunas (AGA) en una prueba anterior
- Obesidad (IMC 30) o sobrepeso (IMC 25). Para calcular IMC = peso kg/talla² metros
- Inactividad física
- Antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado de consanguinidad
- Mujeres con antecedentes de diabetes gestacional o hijos macrosómicos (más de 4000 g)
- Menores de 50 años, portadores de enfermedad coronaria
- Historia de enfermedad vascular cerebral o periférica
- Presentar síndrome metabólico o alguno de sus criterios diagnósticos
- Urbanización reciente
- Tener otras enfermedades asociadas con resistencia a la insulina (acantosis nigricans, síndrome de ovario poliquístico, fibromas laxos).

Recomendaciones

- Además, en los < de 45 años con sobrepeso, si tienen otro factor de riesgo para diabetes
- Repetir la glucemia basal cada tres años en mayores de 45 años
- La glucemia basal es la prueba más sencilla para detectar diabetes en persona asintomática. La prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 gr puede ser usada en personas con alteración de la glucosa en ayuno.

El detalle de la atención de las enfermedades crónicas debe consultarse en los siguientes documentos de la Resolución 412 del 2000:

- **Norma técnica para la detección de las alteraciones del adulto**
- **Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino**

- **Norma técnica para la detección temprana de cáncer de seno**
- **Guía de atención de la obesidad**
- **Guía de atención de la hipertensión arterial**
- **Guía de atención de la diabetes tipo I**
- **Guía de atención de la diabetes tipo II**

El Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS del Ministerio de la Protección Social – MPS, publicó en el año 2007 las “Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública”, basadas en la evidencia, las cuales hacen parte del material de consulta aquí recomendado.

A estos documentos puede acceder en la biblioteca de la escuela.

9. PROCESO No 9 PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

11.18 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

9.1.1 FIEBRE AMARILLA

Descripción del evento

Enfermedad infecciosa aguda de duración breve, gravedad variable y prevenible por vacuna. Los casos más leves presentan un cuadro clínico indefinido; los ataques típicos se caracterizan por un cuadro similar al dengue que incluye comienzo repentino, fiebre, escalofríos, cefalalgia, dorsalgia, postración, náuseas y vómito.

A medida que avanza la enfermedad se presenta el signo de Faget (pulso que se debilita y se vuelve lento a pesar de la fiebre). En ocasiones se observa albuminuria, a veces intensa, y anuria. La ictericia es moderada en los comienzos de la enfermedad y se intensifica más tarde. La leucopenia se presenta en los comienzos y es más intensa hacia el quinto día. Los síntomas hemorrágicos comunes incluyen epistaxis, hemorragia vestibular y bucal, hematemesis y melenas.

Clínicamente se presentan tres fases: la fase de infección, la fase de remisión transitoria y la fase de intoxicación o icterohemorrágica.

La tasa de letalidad en las poblaciones autóctonas de regiones endémicas es menor de 5%, pero puede llegar a 50% entre grupos no autóctonos o durante epidemias.

Caracterización epidemiológica

En Colombia, la fiebre amarilla es una enfermedad de interés en salud pública por su gran poder epidémico, su alta letalidad y la posibilidad de ser evitable mediante medidas preventivas y acciones regulares de vigilancia y control. En los últimos años, en varios departamentos del país se han presentado, esporádicamente, casos de la forma selvática de la fiebre amarilla y en algunas regiones existe un alto riesgo de urbanización de la

enfermedad, considerando la gran dispersión de la infestación por *Aedes aegypti* en el país.

La fiebre amarilla puede producir epidemias de grandes proporciones en poblaciones susceptibles no inmunizadas. Se reconocen dos ciclos epidemiológicos, uno urbano que es epidémico y frecuente en África pero ausente en Colombia desde 1923 y otro selvático o enzoótico que es el único existente en el nuevo mundo. En este último, el virus se mantiene en reservorios animales, principalmente monos, y es transmitido de los monos al hombre cuando este coloniza la selva o visita las zonas enzoóticas. Con mayor frecuencia resultan más afectados los hombres entre quince y cuarenta años.

El ciclo urbano se establece cuando el vector es el mosquito *Aedes aegypti* y la transmisión ocurre entre hombre-mosquito-hombre; el ciclo selvático se establece por mosquitos del género *Haemagogus* aunque se han incriminado experimentalmente *Aedes leucocaelenus* y *Sabethes*.

La transmisión enzoótica es mico-mosquito-mico y cuando interviene el hombre, mico-mosquito-hombre.

En Colombia la infestación se ha extendido a 70% del territorio nacional, detectándose en ciudades, caseríos, veredas y viviendas aisladas en áreas rurales.

El ciclo enzoótico de la selva ocurre porque los mosquitos *Haemagogus* adultos, que nacen en los huecos de los árboles llenos de agua situados en la zona baja y sombría de la selva, donde las hembras depositan sus huevos, son luminotróficos y buscan las soleadas copas de los árboles.

La enfermedad confiere inmunidad de por vida; no se conocen segundos ataques.

La inmunidad pasiva transitoria conferida por la madre inmune al recién nacido se prolonga por seis meses. La inmunidad después de la vacunación contra la fiebre amarilla es probablemente de por vida, pero oficialmente se recomienda revacunación después de diez años.

El último brote en Perú, en 1995, produjo más de quinientos casos, con una letalidad de 80%, que antecedió al pico epidémico en la amazonia colombiana durante 1996.

En Colombia, en los últimos diez años se han encontrado picos en 1990-1991 y en 1995-1996. Las áreas más recientemente afectadas incluyen zonas de la Orinoquía, la Amazonia y Norte de Santander (Ministerio de Salud, 1996).

En 1999, en el territorio nacional se presentaron dos casos de fiebre amarilla, confirmados por histopatología. El primero se registró en Caquetá (San Vicente del Caguán); y el segundo en el departamento del Vichada.

Al igual que los dos casos registrados en 1999, la mayoría de los diagnosticados de fiebre amarilla se han hecho en hombres adultos que habitan y trabajan en áreas selváticas, debido a los altos índices de infestación por *Aedes aegypti*; de ahí la importancia de mantener coberturas de vacunación útiles y niveles bajos de infestación por el vector urbano de la enfermedad.

En Bogotá, como medida preventiva se tiene el servicio de vacunación en los terminales portuarios, el cual se logró incrementar en los últimos tres años, así: en 1997 se aplicaron un total de 23.265 dosis; en 1998 se aumentó a 26.109 y en 1999 a 29.511.

9.1.2 DENGUE

Descripción del evento

Enfermedad febril aguda de inicio abrupto, caracterizada por fiebre típicamente bifásica, cefalalgia, dolores retrooculares, articulares, musculares y erupción cutánea. A menudo se presentan trastornos hemorrágicos en piel, con signos como petequias o prueba del torniquete positiva; en mucosas, manifestados por epistaxis, hemorragia gingival, gastrointestinal, hematuria e hipermenorrea. Es frecuente la leucopenia y en ocasiones se observa trombocitopenia.

Se definen tres formas específicas: Dengue Clásico DC, Dengue Hemorrágico DH y Síndrome de Choque Dengue SCD, con diversos niveles de gravedad.

Dengue clásico:

Las características clínicas dependen a menudo de la edad del paciente. Los niños mayores y los adultos pueden tener una enfermedad febril leve o la clásica enfermedad incapacitante de inicio abrupto, fiebre alta, cefalea intensa, dolor retroorbital, dolores musculares y articulares y erupción cutánea. Es frecuente la leucopenia ($WBC < 5000$) y en ocasiones se observa trombocitopenia. Los lactantes y preescolares pueden sufrir desde una enfermedad febril indiferenciada con erupción maculopapular hasta complicaciones mayores.

Se pueden presentar hemorragias como epistaxis, hemorragia gingival, hemorragia gastrointestinal, hematuria e hipermenorrea.

Dengue hemorrágico:

Los casos típicos de dengue hemorrágico se caracterizan por fiebre alta, fenómenos hemorrágicos, hepatomegalia y a menudo insuficiencia circulatoria. La trombocitopenia de moderada a intensa con hemoconcentración simultánea es un hallazgo característico. Se diferencia del dengue clásico por el aumento de la permeabilidad vascular y la

extravasación de plasma, la cual se puede evidenciar por un incremento del hematocrito y hemoconcentración ascendente. Algunos signos de alarma son malestar epigástrico, sensibilidad en el reborde costal derecho y dolor abdominal generalizado. La temperatura es típicamente alta de 2 a 7 días y luego baja a un nivel normal o subnormal.

En niños en edad escolar con grados III y IV de dengue hemorrágico, las manifestaciones más frecuentes son hepáticas y neurológicas; en menor proporción, las complicaciones renales, cardíacas, pulmonares, síndrome hemofagocítico, pancreatitis y abdomen agudo.

Síndrome de choque por dengue:

En casos graves, el estado del paciente se deteriora en forma súbita luego de una fiebre de pocos días de duración. Aparecen signos de insuficiencia circulatoria: la piel se torna fría y húmeda, se observa cianosis circunoral y el pulso débil y acelera, hipotensión o tensión diferencial disminuida (menor o igual a 20 mm Hg). El paciente puede verse letárgico o inquieto y rápidamente entra en etapa crítica de choque con alteraciones del estado mental. Antes de sobrevenir el choque es característico el dolor abdominal agudo. La duración del choque es corta y el paciente puede morir en 12 a 24 horas o recuperarse con rapidez al recibir la terapia adecuada de reposición de líquidos.

La letalidad varía entre 1% y 50%, dependiendo principalmente de la accesibilidad, la oportunidad y la calidad de la atención.

Caracterización epidemiológica

Evento endémico en las zonas tropicales de Asia, África y América. Colombia, con una extensión de 1.138.000 km², tiene 900 mil km² por debajo de los 1.800 metros sobre el nivel del mar, que corresponden a la región de riesgo, ya que allí conviven cerca de veinte millones de habitantes con el *Aedes aegypti*, único transmisor confirmado del dengue en Colombia. El *Aedes albopictus*, que es un vector eficiente en Asia, se encuentra en Leticia desde marzo de 1998.

Actualmente, América se encuentra en alerta epidemiológica ante la demostración de la circulación del serotipo 3 del dengue en Centro América. La infección se presenta a cualquier edad, teniendo mayor riesgo de presentar complicaciones hemorrágicas y dengue hemorrágico los menores de quince años con antecedentes de infecciones previas por otros serotipos.

El dengue, en Colombia, representa un problema prioritario en salud pública debido a: la reemergencia e intensa transmisión con tendencia creciente, comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue hemorrágico y síndrome de choque por dengue, la circulación simultánea de diferentes serotipos, la reintroducción del serotipo tres, la infestación por *Aedes aegypti* de más de 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 m.s.n.m. (Metros sobre el

nivel del mar), la introducción del *Aedes albopictus* y la urbanización de la población por problemas de violencia.

La tasa de incidencia de dengue clásico, desde 1978 ha sido fluctuante con tendencia al incremento a través del tiempo. De igual forma, desde el primer caso de dengue hemorrágico en diciembre de 1989, en Puerto Berrio (Antioquia) se ha observado en el país una tendencia al rápido incremento en el número de casos, al pasar de 5.2 casos por 100.000 habitantes en la década de los 1990 a 18.1 casos por 100.00 habitantes en los últimos 5 años. Situación que se observa de igual manera en el comportamiento de la mortalidad, la cual pasó de 0,07 defunciones por 100.000 habitantes en los 90's, a 0,19 defunciones por 100.000 habitantes en la presente década.

La identificación de los serotipos circulantes en el país muestra un aumento en la circulación del serotipo 1 y disminución del serotipo 3. En el país han circulado los 4 serotipos simultáneamente.

Las epidemias se producen cuando se introduce un nuevo serotipo del virus en una región con condiciones ecológicas favorables y una población susceptible a él.

En algunas instituciones de salud de Bogotá, especialmente de tercer nivel, son atendidos casos de dengue clásico y dengue hemorrágico provenientes de otras ciudades del país; actualmente, estos eventos se encuentran incluidos en la notificación obligatoria semanal a través del sistema alerta acción (SAA). A continuación se muestra la dinámica y características de estas patologías.

En 1999, al sistema alerta acción (SAA) fueron notificados veintinueve casos confirmados por laboratorio.

En 93,1% (n = 27) de los casos se registró el lugar de procedencia, siendo éste de los departamentos de Tolima, Vichada, Guaviare, Chocó y Meta; en 6,9% (n = 2) de los casos la variable Procedencia fue asignada a Bogotá, D.C., información errónea, ya que la capital no tiene las características ambientales necesarias para la presencia del mosquito *Aedes aegypti*.

Durante 1999 se notificaron veintinueve casos, presentándose una diferencia de 34% (n = 16) con respecto a 1998; durante los dos años, el comportamiento por periodo epidemiológico fue similar, excepto para los periodos 2 y 3 de 1998 en los que se presentó el mayor número de casos.

El grupo de edad de quince a cuarenta y cuatro años fue el más afectado por el virus del dengue clásico, con 69% (n = 20) de los casos, seguido por el de cinco a catorce años y por el de 45 a 59, con 17% (n = 5) respectivamente.

Las localidades que generaron la mayor notificación de casos atendidos de dengue clásico fueron Teusaquillo, con 27% (n = 8) y Chapinero con 21% (n = 6).

Esta situación puede explicarse por la presencia de unidades notificadoras de tercer nivel, como el hospital Militar Central, el hospital Central de la Policía Nacional, la clínica del Country, la clínica Palermo y la Cruz Roja en estas localidades.

Dengue hemorrágico

En 1999, al sistema alerta acción fueron notificados trece casos de dengue hemorrágico confirmados por laboratorio, de los cuales 92% (n = 12) fueron registrados con lugar de procedencia: Tolima, con siete casos (54%), Meta con dos (15%), y Cundinamarca, Boyacá y Bolívar con un caso cada uno (7%).

Entre 1998 y 1999 hubo un descenso de 77% (n= 42) en el número de casos notificados.

El grupo de edad de quince a cuarenta y cuatro años fue el más afectado por el virus del dengue hemorrágico, con 58% (n = 7) de los casos, seguido por el grupo de cinco a catorce años de edad, con 42% (n = 5). Los otros grupos de edad no se vieron afectados; las localidades que generaron la mayor notificación fueron Chapinero, con 33% (n = 4) y Teusaquillo, con 25% (n = 3) de los eventos notificados. Esta situación puede explicarse por la presencia de unidades notificadoras como el hospital Militar Central y el dispensario de la Fuerza Aérea, instituciones a las cuales son remitidas las personas vinculadas a las fuerzas armadas.

9.1.3 MALARIA

Descripción del evento

Enfermedad con manifestaciones agudas y crónicas causada por protozoarios del genero Plasmodium, de los cuales cuatro especies son productoras de malaria humana: P. falciparum, P. vivax, P. malariae y P. ovale.

Los Plasmodium son transmitidos al hombre por mosquitos hembras del genero Anopheles, que estando infectados, al picar, inoculan los esporozoitos, forma infectante del parásito. La transmisión también puede ocurrir, ocasionalmente, por inoculación directa de glóbulos rojos infectados por vía transfusional así como congénitamente y en forma casual por pinchazos con jeringas contaminadas.

El cuadro clínico clásico consiste en escalofrío, fiebre y sudoración. El ataque agudo se inicia con accesos febriles precedidos por escalofrío, seguidos de intensa sudoración, repetidos cada 48 ó 72 horas, según la especie de Plasmodium. Cuando existen infecciones mixtas se modifica la periodicidad de la fiebre.

Las principales complicaciones de la malaria ocurren por la infección por P. falciparum, siendo las principales malaria cerebral, insuficiencia renal, fiebre biliosa hemoglobinúrica, anemia severa, edema pulmonar, ictericia y daño hepático, hemorragias, hiperparasitemia, hipoglicemia, síntomas gastrointestinales y otras.

Caracterización epidemiológica

Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes amenazan no sólo con aumentar su incidencia sino que se han extendido a nuevas áreas geográficas; otras, como la malaria y la tuberculosis, muestran creciente resistencia a los antibióticos. Por estas razones, entre otras, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia en salud pública en el ámbito territorial (con énfasis en la vigilancia intensificada de las enfermedades transmisibles y de fuente común) es una de las principales líneas de acción del Ministerio de Salud y de las entidades territoriales.

La malaria es una enfermedad tropical, que representa un grave problema de salud pública en el país. El 85% del territorio colombiano situado por debajo de los 1.500 m.s.n.m, presenta todas las condiciones ecoepidemiológicas que favorecen su endemidad.

En las últimas décadas, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad ha tendido al ascenso, caracterizado por aumento exponencial de la endemia en las diferentes décadas. Su comportamiento cíclico se ha caracterizado por picos epidémicos paraquinquenales, los cuales en la década de 1990 ocurrieron cada tres años.

Cada año se han registrado, en promedio, 160 mil casos de malaria en el país, siendo 75% de las infecciones maláricas producidas por *P. vivax* y 24% por *P. falciparum*. Sin embargo, esta relación se invierte en regiones como la costa pacífica.

En el país, la mortalidad por malaria está subregistrada y sólo se tiene información de la mortalidad hospitalaria. Se estima que anualmente ocurren cerca de ochenta muertes por malaria, principalmente en áreas de predominio de *P. falciparum*.

Durante 1999, en el ámbito nacional por sistema alerta acción (SAA), se notificaron 71.715 casos de malaria; 45.691 de infección por *Plasmodium vivax* y 24.966 por *Plasmodium falciparum*. El número total de casos es muy inferior a lo observado en los tres años anteriores: en 1996, se registraron 126.657 casos; en 1997, 180.898 y en 1998, 245.070, con la incidencia más alta de malaria de los últimos veinte años (Ministerio de Salud, 2000).

En Bogotá no existen condiciones para la transmisión de la enfermedad; sin embargo, cada vez consulta mayor número de personas por malaria, procedentes de diferentes zonas endémicas del país, especialmente de la Orinoquía y Amazonia. En este sentido, es importante tener en cuenta que las instituciones de salud del Distrito deben contar con las herramientas suficientes para prestar el servicio ante la presencia de este evento con calidad y oportunidad.

Respecto a la notificación al sistema alerta acción, en 1999 fueron confirmados 192 casos de 199 notificados, procedentes especialmente del Meta, Guaviare, Caquetá, Chocó y Santander, y dos casos procedentes de Ecuador y África (véase la tabla 1).

En cuanto a la distribución por grupos de edad, el más afectado fue el de 15 a 44 años con 65% (n = 125) del total, seguido por los grupos de 45 a 59 con 15% (n = 29) y el de 5 a 14 años con 10% (n = 20); esta situación es similar a la que se presentó en 1998.

La localidad que generó la mayor notificación fue Antonio Nariño, con 23% (n = 42) debido a que allí se encuentran localizados los hospitales San Juan de Dios y Santa Clara, instituciones de cobertura nacional. En segundo lugar, está Chapinero, con 8% (n = 17), donde se encuentran los hospitales Militar Central y San Ignacio, principales instituciones notificadoras de este evento.

9.1.4 LEISHMANIASIS

Descripción del evento

Las leishmaniasis son zoonosis que afectan la piel, las mucosas o las vísceras, resultantes del parasitismo de los macrófagos por un protozoo flagelado del género *Leishmania*, introducido al organismo por la picadura de un insecto flebotómico, que en el nuevo continente pertenece al género *Lutzomyia*.

Leishmaniasis cutánea

Las lesiones se inician como pápulas que se convierten gradualmente en pequeños nódulos firmes que se van ulcerando gradualmente. Las manifestaciones clínicas varían de acuerdo con la respuesta inmune del hospedero, la especie del parásito y el tiempo de evolución de la infección.

Las úlceras típicas son redondeadas, con un fondo limpio de aspecto granular y bordes elevados y eritematosos, regularmente son indoloras. Otros pacientes jamás se ulceran y presentan lesiones nodulares o en forma de placa, en algunos casos vegetantes. Las úlceras dejan una cicatriz característica, atrófica en su centro, de borde hiperpigmentado, con estriaciones estrelladas del centro a la periferia.

La forma linfagítica se presenta cuando la úlcera se acompaña de nódulos que siguen el trayecto de los vasos linfáticos que drenan la lesión inicial.

La leishmaniasis cutánea difusa se presenta en pacientes que tienen un defecto específico de la inmunidad celular y es causada por *Leishmania amazonensis* y *Leishmania mexicana*; se presenta con pápulas, placas y nódulos generalizados.

Leishmaniasis mucosa

Lesiones en mucosa nasal, faringe, laringe, paladar o labio. Al examen físico se puede encontrar eritema y edema y en estados más avanzados ulceración, perforación y destrucción de tabique y mutilaciones. Los síntomas específicos son congestión, obstrucción nasal, prurito y epistaxis.

La metástasis a las mucosas ocurre después de la diseminación hematológica o linfática aunque puede también ocurrir por extensión directa desde la piel a la mucosa vecina. Usualmente, se encuentran comprometidas las mucosas del tracto respiratorio superior, en particular el septum nasal y consiste en edema, hiperemia, ulceración y necrosis. Los síntomas principales son sensación de congestión y obstrucción nasal, prurito nasal, rinorrea serohemática o purulenta y epistaxis. También se pueden ver afectadas la faringe, la laringe, el paladar y el labio, puede haber disfagia y cambios en el tono de voz. La infección bacteriana sobreagregada que es frecuente y severa puede llevar a la muerte por compromiso del tracto respiratorio superior.

Leishmaniasis visceral

Los síntomas pueden aparecer de una forma muy gradual o abruptamente. Al picar el flebotomo el parásito invade las células del sistema retículo – histiocitario, se reproduce y se disemina por vía linfática o sanguínea hasta los macrófagos de médula ósea, hígado y bazo.

La leishmaniasis visceral, es cada vez más frecuente como infección oportunista en pacientes infectados por el VIH.

Los síntomas predominantes son fiebre intermitente, malestar general, astenia, anorexia, enflaquecimiento progresivo, palidez y hemorragias. Los signos clínicos son hepatoesplenomegalia, micropoliadenopatías, anemia y signos de desnutrición.

Frecuentemente hay enfermedades intercurrentes como neumonía y tuberculosis.

El diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado son de importancia para evitar las complicaciones y la mortalidad

Caracterización epidemiológica

Panorama mundial

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las leishmaniasis se encuentran distribuidas en Norte y Sudamérica, Europa, África y Asia y que son endémicas en las regiones tropicales y subtropicales de 88 países en 4 continentes; su distribución geográfica está limitada por la distribución de los flebotomíneos vectores, su tendencia a ingerir sangre de los animales y el hombre y por su capacidad de soportar el desarrollo interno de las especies de Leishmania.

Sin embargo, los datos oficiales subestiman la realidad de la afección humana debido a varios factores:

- La distribución de las zonas de transmisión en áreas endémicas es frecuentemente discontinua;
- Numerosos casos no son diagnosticados o no se declaran;
- La mayoría de los datos oficiales se obtienen exclusivamente a partir de la detección pasiva de los casos;
- El número de personas infectadas, pero asintomáticas, es mucho mayor que el número de casos manifiestos de leishmaniasis visceral y por último, la leishmaniasis es de notificación obligatoria en tan sólo 40 de los 88 países endémicos.

En América, se han informado casos desde el norte de Argentina al sur de Texas, con la excepción de Chile y Uruguay.

Panorama nacional

En Colombia, durante la década de 1990 se notificaron en promedio 6.500 casos nuevos de leishmaniasis, para la década del 2000 se han notificado en promedio 14.000 casos lo cual evidencia un incremento inusitado de los casos durante los últimos años. Es una patología endémica en casi todo el territorio, excepto en San Andrés Islas, Atlántico y Bogotá D.C.; se estima que en el país existen alrededor de 10 millones de personas en riesgo, y la transmisión principalmente rural. Las tres formas clínicas de la enfermedad se presentan: la cutánea (95% de los casos) es la más frecuente; la leishmaniasis visceral es endémica principalmente en el Valle del Río Magdalena y sus afluentes, existen focos que corresponden con la distribución de *Lutzomyia longipalpis* en el Tolima, Huila, Cundinamarca, Bolívar, Córdoba, Sucre, Santander y Norte de Santander.

9.1.5 TUBERCULOSIS

Descripción del evento

Infección bacteriana crónica, infectocontagiosa, multicausal y con diversas manifestaciones clínicas. Los pulmones son los órganos más comúnmente afectados, aunque las lesiones pueden ocurrir en riñones, huesos, ganglios linfáticos, sistema nervioso central, órganos genitales o diseminarse por todo el organismo, produciendo secuelas en ocasiones irreversibles o incluso la muerte.

Caracterización epidemiológica

En abril de 1993, la Organización Mundial de la Salud .OMS. declaró que la tuberculosis había adquirido carácter de urgencia mundial, debido principalmente a falta de atención a la enfermedad por parte de muchos gobiernos, a programas de control mal administrados, al crecimiento demográfico y, últimamente, al vínculo entre la tuberculosis y la infección con el VIH. Según la OMS, cerca de la tercera parte de la población mundial está infectada con el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*.

En 1995, se reportaron más de nueve millones de casos nuevos de tuberculosis con más de tres millones de muertes. El *Mycobacterium tuberculosis* causa mayor mortalidad que cualquier otro agente infeccioso. Las muertes por tuberculosis corresponden a 25% de la mortalidad evitable en países en desarrollo. El 95% de los casos y el 98% de las muertes por tuberculosis ocurren en países en desarrollo.

El 75% de los casos en países en desarrollo ocurren en la población económicamente productiva (quince-cincuenta años).

En Colombia, se calcula que una tercera parte de la población está infectada por *M. tuberculosis*, desarrollando la enfermedad 82,9 por 100 mil infectados (aproximadamente diez mil personas). El estudio nacional de carga de la enfermedad estimó que entre 1989 y 1991 se perdieron 28.095 años de vida saludable, debido a la TBC.

En 1998, en Colombia se reportaron 9.155 casos nuevos de tuberculosis, que corresponden a una incidencia general de 22,5 por 100 mil; 76,1% de estos casos eran bacilíferos y 9,4% correspondía a formas extrapulmonares. A cada paciente sintomático respiratorio se le realizó 2,1 baciloscopias en promedio y la positividad de la baciloscopia para el año fue de 4,6%. La proporción de casos en los menores de quince años fue de 7,2% del total.

En 1999, mejoró notablemente el reporte de casos de tuberculosis a través del Sivigila y se logró una concordancia de 83% con el registro del programa de tuberculosis.

En 1999, la incidencia de tuberculosis pulmonar por 100 mil habitantes en el país fue de 26,4 de veinte para la ciudad. Al comparar la incidencia entre 1990 y 1999 se observa que ésta se mantiene en rangos de 2,7 a 3,4 por cada 100 sintomáticos respiratorios examinados.

En Bogotá, D. C. durante 1999, se registraron en total 728 casos, de los cuales 92% correspondió a formas pulmonares. El mismo año, el promedio de baciloscopias realizadas por cada sintomático respiratorio fue de 1,8; este indicador se encuentra por debajo del 2,5, promedio estimado en las guías de atención del Ministerio de Salud, situación que es similar en la última década.

En la actualidad, la tuberculosis representa unos de los problemas reemergentes más graves en Colombia. Se está diagnosticando un promedio de 10 mil casos nuevos de tuberculosis en el país; sin embargo, se cree que existe un subregistro de 25% ya que no se están realizando actividades de búsqueda activa de casos (Ministerio de Salud, 2000).

La TBC no discrimina edad ni sexo, siendo los grupos más susceptibles los niños menores de cuatro años, adultos jóvenes, ancianos y aquellas personas con enfermedades

intercurrentes, infección por VIH, diabetes, silicosis, uso de inmunosupresores y alcoholismo, entre otros. De igual manera, condiciones del huésped como la desnutrición, el hacinamiento y malos hábitos higiénicos, son factores de riesgo que favorecen la transmisión de la enfermedad.

En relación con la tuberculosis extrapulmonar, los órganos y sistemas afectados, según orden de frecuencia, son: ganglionar, pleural, genitourinaria, miliar, ósea, meníngea, peritoneal y otras formas. En el país aportan 10% de los casos, situación que presenta un comportamiento especial en el Distrito Capital, donde en los últimos diez años corresponden a 30% del total de casos diagnosticados.

9.1.6 LEPROA

En 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública para el año 2000, lo que significa reducir la prevalencia a menos de un caso por cada 10 mil habitantes.

La estrategia central se ha encaminado a la implementación de la poliquimioterapia (PQT) asociada al diagnóstico precoz; como secundarias están la estratificación epidemiológica y operacional del problema y la integración de las actividades de control del sistema de servicios generales de salud. Entre las estrategias de apoyo se plantean la capacitación gerencial a escala nacional e intermedia y la investigación en sistemas de salud.

Después de tres años de puesta en marcha, el número total de casos en el continente americano disminuyó en más de 40%. América Central, el Caribe inglés, Cuba, Ecuador, México, República Dominicana y Uruguay ya han alcanzado la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública subregional o nacionalmente.

Descripción del evento

La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad infectocontagiosa de curso crónico que afecta principalmente piel, sistema nervioso periférico, mucosa de vías respiratorias superiores y, en sus formas más graves, otras estructuras del cuerpo humano.

Los signos y síntomas clínicos pueden agruparse en:

- **Primarios**
 - Neurológicos: neuritis generalmente asimétricas que dan lugar a parestesias, disestesias y déficit sensitivo y motor.
 - Dermatológicos: manchas o máculas, pápulas, placas y lepromas.
 - Sistémicos: epiescleritis, rinitis, laringitis, adenitis, hepatitis, nefritis, orquiepididimitis y osteítis.
- **Secundarios, producidos por:**

- Complicaciones de los síntomas primarios como anestesia corneal que puede llevar a ulceración por lesiones del nervio trigémino; lagofthalmos y/o facies inexpressiva por alteración del nervio facial; úlceras en dedos, plantas de pies y palmas de manos por pérdida de la sensibilidad protectora y perforación del tabique con hundimiento del dorso nasal.
- Manifestaciones reaccionales: son aquellas que por sí mismas no indican progreso o regresión de la enfermedad, siendo producto de las alteraciones en el balance inmunológico entre el huésped y el agente etiológico. Las más frecuentes son la neuritis irritativa muy dolorosa (reacción tipo I) y el eritema nodoso (reacción tipo II).

El sexto Congreso internacional de lepra (Madrid, 1953) recomendó establecer dos tipos polares, lepromatosa y tuberculoide, y dos grupos, indeterminada y dimorfa.

En esta clasificación se admite que la enfermedad comienza como lepra indeterminada (LI) y según la calidad de la respuesta inmune del huésped, la duración y la evolución de la fase inicial de la enfermedad será distinta. La LI es una forma inestable, de duración variable generalmente fugaz, que puede pasar inadvertida y virar a otra forma de lepra; puede tener mayor duración manteniéndose así a lo largo del tiempo o puede curar espontáneamente o por tratamiento.

En 1962, Ridley y Joplin desarrollaron una clasificación basada en criterios clínicos, histopatológicos, bacteriológicos e inmunológicos. Consideran la lepra como un espectro con las siguientes formas: TT, BT, BB, BL, LL.

En los extremos se encuentran los tipos polares de la enfermedad: tuberculoide-tuberculoide (TT) y lepromatoso-lepromatoso (LL). Entre ellos está el grupo intermedio: dimorfo-tuberculoide o bordeline (BT), dimorfo-dimorfo o bordeline-bordeline (BB) y dimorfo-lepromatoso o bordeline-lepromatoso (BL).

En 1981, la OMS con el fin de instaurar los regímenes de terapia multidroga, introdujo una terminología basada en los hallazgos bacteriológicos: pacientes multibacilares (MB) y paucibacilares (PB).

El grupo multibacilar incluye a los lepromatosos y dimorfos de la clasificación de Madrid y a los LL, BL, y BB de la clasificación de Ridley y Joplin. El grupo paucibacilar incluye a los indeterminados (I) y tuberculoides (T) de la clasificación de Madrid y a los TT y BT de la clasificación de Ridley y Joplin.

Caracterización epidemiológica

La mayoría de países informa una mayor incidencia y prevalencia en hombres que en mujeres. En los niños esta diferencia no existe. Tanto en la prevalencia como en la

incidencia, la razón hombre-mujer para Colombia es de 2:1, con variaciones dentro de las diferentes regiones.

En Colombia, la lepra ha tenido un comportamiento epidémico, con un comienzo lento que se inició entre los siglos dieciséis y diecisiete, llegando a su punto máximo en la década de 1960, con una disminución progresiva posterior, notándose en el último decenio un descenso drástico en la prevalencia de la enfermedad, comportamiento atribuible a la aplicación de la PQT.

En 1986 se reportaron 16.600 casos y una tasa de 5 por 100 mil habitantes, con un descenso marcado hasta 0,8 por 10 mil habitantes en 1999.

En cuanto a la distribución geográfica de la lepra, es notoria la tendencia a su agrupamiento, evidente en el ámbito mundial, continental, nacional, regional, municipal, veredal, casas y familias.

En Colombia, esta característica se aprecia en la vertiente occidental de la cordillera Oriental, en los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá, dentro de los cuales también existe agrupamiento en el ámbito municipal.

La enfermedad en los niños, principalmente en menores de diez años, sigue un curso benigno, sin secuelas, con reacciones infrecuentes y con resolución espontánea en cerca de 80% de los casos, aun cuando el paciente continúe en contacto con el paciente bacilífero.

En Bogotá, el programa de enfermedades transmisibles cuenta con información sobre lepra desde 1990. En 1999 fueron informados por el programa veintinueve casos, de los cuales veintisiete fueron atendidos por el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y siete por otras IPS.

A partir de 1999, se ingresó el evento al sistema alerta acción (SAA) donde se notificaron treinta y dos casos, de los cuales 15% (n= 5) procedían de otras zonas del país (Santander, Tolima, Cundinamarca), 15% (n= 5) sin georreferenciar y el resto de casos tienen como lugar de residencia, Bogotá.

9.1.7 TRIPANOSOMIASIS

Enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una parasitosis crónica producida por un protozooario, *Tripanosoma cruzi*, que se encuentra en la sangre circulante de las personas o animales afectados a los que ocasiona lesiones en el corazón y aparato digestivo.

El vector mas importante en nuestro país es el *Rhodnius prolixus* o “pito”, que habita en viviendas en malas condiciones, paredes de bareque y techos de paja o palma, animales domestico (perro, gato) o salvajes.

Manifestaciones

Forma aguda, alrededor de una semana después de la invasión de los parásitos aparece una lesión primaria que consiste en una reacción inflamatoria en forma de nódulos generalmente indolora, con una central necro-sada o hemorrágica (Chagoma); Edema, ganglios aumentados de tamaño, cercanos al sitio de la lesión, fiebre, malestar general. Inflamación del hígado y bazo (hepatoesplenomegalia), corazón (miocarditis) y cerebro (meningoencefalitis).

La inflamación de los párpados es característica de la forma aguda. Las manifestaciones desaparecen espontáneamente y van seguidos de un periodo asintomático.

Forma crónica es asintomática. Pasada la etapa aguda después de los 2 primeros meses se inicia la etapa crónica o asintomática. Puede transcurrir 20 o más años para iniciar las manifestaciones crónicas como: problemas cardiacos; mió cardiopatía, transtornos del ritmo y tromboembolias; problemas gastrointestinales “mega esófago” (disfagia, odiinofagia, dolor torácico y regurgitación) y “mega colon” (dolor abdominal, estreñimiento crónico, obstrucción, perforación septicemia y muerte.

Diagnóstico.

En sangre para demostrar el parasito por examen de la capa leucocitaria, o frotis fino o grueso.

En la enfermedad de chagas crónica se realiza mediante pruebas serológicas.

Tratamiento, mediante las manifestaciones en su etapa inicial, y cada una de las complicaciones a largo plazo.

El detalle de la atención y vigilancia de las enfermedades transmisibles debe consultarse en las Guías de atención de la fiebre amarilla, dengue, malaria, leishmaniasis, tuberculosis, lepra, de la Resolución 412 del 2000 y los protocolos de vigilancia correspondientes, a los cuales puede acceder en la biblioteca de la escuela.

10 PROCESO No 10 PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA DISCAPACIDAD

11.19 LA DISCAPACIDAD Y SUS IMPLICACIONES PARA LAS PERSONAS, SUS FAMILIAS, LA SOCIEDAD, EL ESTADO⁷

Modelos médico y social:

Se han propuesto diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento. Esta variedad puede ser expresada en una dialéctica de "modelo médico" versus "modelo social". El modelo médico considera la discapacidad como un problema "personal" directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta. La atención en salud es considerada como una cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

Por otro lado, el modelo social de la discapacidad, la considera principalmente como un problema "social", desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social. La cuestión se sitúa, por lo tanto, en el nivel de las actitudes y de la ideología, y requiere cambios sociales, los cuales se transforman en el nivel político en un asunto de derechos humanos.⁸.

La OMS, a través de su documento "Ciddm-2-Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad...", busca la integración de estos dos modelos extremos. La clasificación utiliza un enfoque "biopsicosocial", con el fin de capturar la integración de las diferentes dimensiones de la discapacidad, intenta lograr una síntesis que ofrezca una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud en los niveles biológico, individual y social.

⁷ Textos tomados y adaptados del documento "Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad en el distrito capital, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Corporación Síndrome de Down, publicado en la página web de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

⁸ Documento preliminar de la OMS: Ciddm-2-Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Borrador Beta -2 Versión Completa. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 1999.

Es indudable que el documento preliminar de la OMS⁹ ofrece una visión comprensible y actualizada alrededor de la discapacidad. Reconoce la fuerza del lenguaje y su significado en la estigmatización que se ha hecho de la población con discapacidad. Identifica, la difícil pregunta de cómo referirse a los individuos que experimentan algún grado de limitación funcional o restricción. Establece que la discapacidad existirá independientemente de cómo se la llame y de qué etiqueta se utilice.

El problema no es sólo de lenguaje sino que depende principalmente de las actitudes de otros individuos y de la sociedad en relación con la discapacidad. Lo que se necesita es corregir el contenido y la utilización de los términos, dice este documento. Deben continuarse los esfuerzos por que lo que se realice no conduzca al menosprecio o discriminación de las personas. Reconoce que dentro del contexto de la salud una discapacidad es un hecho multidimensional, resultante de la interacción de la personas con el entorno.

Su objetivo principal fue proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud. La clasificación cubre toda alteración en términos de "estados funcionales" en los niveles corporal, individual y social, asociados con estados de salud (ej. enfermedades, trastornos, lesiones, traumas u otros). "Funcionamiento" y "Discapacidad" son términos genéricos que abarcan tres dimensiones: (1) funciones y estructuras corporales; (2) actividades en el nivel individual; y (3) participación en la sociedad.¹⁰ Estas dimensiones de la experiencia relacionada con la salud, reemplazan los términos utilizados anteriormente -"deficiencia", "discapacidad" y "minusvalía"- y extienden su significado para incluir experiencias positivas. Es importante advertir que estos términos se utilizan con significados específicos que pueden ser distintos a los que se aplican en la vida diaria.

Los objetivos expuestos en el documento en referencia coinciden notablemente con los propósitos de estos lineamientos y consisten, básicamente, en ser un soporte científico para futuras investigaciones, permitir comparaciones con otros países y establecer un lenguaje común para describir los estados funcionales y facilitar la comunicación. Se espera, además, que en el futuro sea utilizado como herramienta estadística; de

⁹ Ídem

¹⁰ El término "discapacidades", utilizado en la versión de 1980 de la CIDDM ha sido reemplazado por la dimensión de las Actividades. Esta dimensión se basa únicamente en la realización de tareas y acciones por el individuo. "Minusvalía" ha sido replanteada como "Participación". De esta manera se ha introducido una connotación y concepción positiva de la dimensión. La dimensión de la participación ha sido clasificada de acuerdo con las áreas relacionadas con las situaciones principales de la vida, en lugar de hacerlo en forma de resumen, como era el caso de la "minusvalía" en la clasificación previa. Este enfoque permite una mejor identificación de las restricciones en las diferentes áreas y se espera que esto prepare el terreno para soluciones prácticas que consigan una mejor participación de las personas con discapacidad.

investigación; clínica, en la valoración de necesidades, tratamientos y condiciones específicas de salud: así como, herramienta de política social y herramienta educativa.

"La discapacidad no es algo que se tiene (ej. Ojos azules) ni algo que se es (ej. bajo o delgado) sino que se entiende como un estado de funcionamiento que describe el "ajuste" entre las capacidades del individuo y la estructura y expectativas de su entorno personal y social"¹¹

"En la medida en que el entorno ofrezca más complejidad es mayor la demanda de capacidades que debe poseer la persona y viceversa pero realmente el problema no es si el entorno es complejo o simple. El punto a considerar es qué tan saludable o positivo es el entorno en que se desenvuelve la persona con discapacidad. Un entorno saludable proporciona oportunidades al individuo, fomenta el crecimiento, desarrolla el bienestar social, físico y emocional del individuo e incrementa su calidad de vida.

No se dan entornos ideales, ya que cada cultura establece las pautas de cómo debe funcionar la persona para decir que está "ajustada o no al patrón cultural", lo que genera unas facilidades y demandas propias.

La situación se expresa en la interacción de la persona que tiene unos aprendizajes intelectuales y/o unas habilidades de adaptación limitadas, con su ambiente. Precisamente esas interacciones y las conductas funcionales y adecuadas o no que de ellas se derivan en cada momento de su vida, indican y orientan sobre los apoyos que esa persona necesita para alcanzar el máximo de integración y de participación en todos los ámbitos a los que, por derecho y deber pertenece: la familia, la escuela, la vida social y de ocio y el trabajo. Si los apoyos son adecuados a lo largo de todo su proceso vital, esa persona mejorará su adaptación y funcionamiento de un modo sustancial, y llegará a ser un ciudadano activo y productivo en la sociedad"¹².

El fomento del bienestar que puede proporcionar un entorno saludable, se logra en la medida en que se cubran los siguientes factores:

- Físicos, que incluyen seguridad personal
- Materiales, que cubren comodidad física y seguridad económica.
- Sociales, que hacen referencia a la participación en actividades comunitarias
- El disfrute del ocio y el tiempo libre, para acceder a las actividades de placer y bienestar
- Desarrollo y estimulación cognitiva, para facilitar el conocimiento de fenómenos del entorno
- Un trabajo interesante, que permita asumir un rol adulto y alcanzar estatus en su comunidad (AAMR, 1992)

¹¹ Patricia Gaviria AVANCES Síndrome de Down Vol.11 No.1 Mayo 2000.

¹² Ibidem

La discapacidad, además, debe ser vista como una condición integral de un individuo, que excede por tanto cualquier ámbito sectorial, y por tanto se deben generar objetivos y estrategias desde la salud, la educación, bienestar social, bienestar familiar y aspectos laborales. Nos enfrentamos a un momento crítico en el proceso de transformación de lo que se debería hacer desde los diferentes servicios. Supone este cambio una claridad frente a nuevos conceptos, por parte de los participantes y primordialmente por los prestadores de servicios que deberán dirigir sus actividades más al fortalecimiento de las habilidades y potencialidades del individuo que a sus carencias.

Se considera que el concepto es soporte para un cambio de paradigma en el hacer. Se proponen modificaciones a partir de las expectativas, en las modalidades de atención, en las intervenciones, en las estrategias, en los resultados y en los mecanismos de evaluación.

Se define que la discapacidad no es un rasgo absoluto expresado por las personas en todas las situaciones, tiene unos componentes socioculturales y del entorno importantes. Reconoce el valor de la persona, sus potencialidades y la necesidad de los apoyos. Fortalece la capacidad de la familia y el papel de la comunidad.

Esto se ajusta a un nuevo concepto en Discapacidad,¹³ definido por Robert L. Schalock, y abre una mirada diferente en la actualidad.

En la actualidad, dice Schalock, la discapacidad se ve desde una perspectiva ecológica, es decir, desde la interacción persona ambiente. Se sugiere que las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales.

De acuerdo con esta nueva concepción, se destacan como aspectos principales:

- La discapacidad de una persona resulta de la interacción entre la persona y el ambiente en que vive.
- Una visión transformadora de lo que constituyen las posibilidades de vida de las personas con discapacidades, supone enfatizar en autonomía, autodeterminación, capacidades, integración, posibilidades, igualdad de derechos, equidad en las oportunidades.
- Un paradigma de apoyo que remarque la prestación de servicios a las personas con discapacidades y se centre en la vida con apoyo, en el empleo, y en la educación integrada.
- Una interconexión del concepto de calidad de vida con el mejoramiento de la calidad, gestión de la calidad y evaluación centrada en los resultados.

¹³ Hacia una nueva Concepción de la Discapacidad Robert L. Schalock Siglo Cero. Vol. 30 (1) págs. 5-20

- El desplazamiento hacia una aproximación no-categorica de la discapacidad, que se focalice en las conductas funcionales y en las necesidades de apoyo de las personas sin tener en cuenta sus diagnósticos clínicos.

11.20 APROXIMACIÓN COMPRENSIVA E INTEGRADA DE LA DISCAPACIDAD

10.1.1 FUNDAMENTOS:

Se parte del reconocimiento de la persona con discapacidad como un **ser biosicosocial**, enclavado en un entorno socio-cultural único, de tal manera que deban contemplarse acciones de forma coordinada en estos cuatro ejes lo que significa **integralidad** de la atención. Esta integralidad considera a través de todo el proceso el **proyecto de vida** de la persona con discapacidad. Se reconoce a **la familia** como fundamental para liderar la propuesta de vida de su familiar con discapacidad, por lo que requiere información y soporte permanente. No es suficiente pertenecer a una familia, es importante su valoración como miembro de una comunidad. Se proponen por tanto acciones y estrategias de **integración** que faciliten la participación de la persona con discapacidad en las comunidades regulares.

Se tiene en cuenta la **corresponsabilidad** del Estado, la familia y la comunidad. Se articula a las leyes y normas existentes y a la necesidad de tener en cuenta la calidad de la atención y el respeto por los derechos humanos.

El reconocimiento que se hace de la **persona** con discapacidad, con deberes y derechos, miembro de una familia, participante de comunidades y con unas necesidades particulares a su individualidad, su etapa de desarrollo y sus habilidades e intereses permite abordar su atención desde los diversos momentos, dentro del ciclo evolutivo, con mejores expectativas, alternativas y oportunidades.

10.1.1. PRINCIPIOS:

La temática que se aborda es compleja y debe ser inspirada en los valores constitucionales de dignidad de la persona, la igualdad de todos los colombianos ante la ley y la solidaridad con los más desfavorecidos.

Los Derechos Humanos reunidos en la Constitución de 1991 han sido violados en innumerables ocasiones a las personas con discapacidad. Por la vulnerabilidad de la población vale la pena destacar dentro de ellos el derecho a la vida y a la protección desde su concepción.

Los deberes de las personas con discapacidad han sido también eludidos por ellas y en ocasiones se ha utilizado la discapacidad como una oportunidad en la búsqueda de privilegios. El cambio de actitud se asume como fundamental para impactar las políticas y los servicios.

La atención para la persona con discapacidad debe estar fundamentada en los siguientes principios:

- **Igualdad:** todas las personas, sin ningún distingo, son iguales ante la ley y ante el estado, y deben tener el mismo tratamiento, las mismas oportunidades de satisfacción de sus necesidades, de desarrollo de sus potencialidades y las mismas garantías para el ejercicio de sus derechos.

- **Diversidad:** cada ser humano es único e irreplicable y es a partir de esta individualidad que se conforma y fortalece la diversidad humana. La diversidad reconoce necesidades diferentes y es un aporte importante en la conformación, mantenimiento y subsistencia de las comunidades.
- **Equidad:** el reconocimiento de las diferencias y las individualidades garantiza el tratamiento especial de las necesidades y oportunidades que debe tener cada persona para su desarrollo. Su aplicación se relaciona con el ejercicio pleno de los derechos y deberes, la no discriminación y la satisfacción de las necesidades propias de cada ser humano. Reconoce las necesidades en razón de edad, desarrollo, género, rol ocupacional, discapacidad y oportunidades y alternativas que deben ser ofrecidas en la búsqueda de una calidad de vida.
- **Universalidad:** es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- **Autonomía y vida independiente:** es la posibilidad que tiene cada ser humano para decidir sobre su propio ser. Es necesario entonces que la sociedad, y las instituciones en particular, brinden a las personas la posibilidad de decidir libre y voluntariamente sobre su vida. El ejercicio de la libertad lleva implícito el conocimientos sobre lo que se decide. Se promueve una mayor participación de las personas con discapacidad en la vida social y económica de sus comunidades, un énfasis en las acciones que desarrollen la autonomía personal y la autosuficiencia económica y un creciente protagonismo individual y colectivo en la solución de sus propios problemas.
- **Oportunidades y alternativas:** las personas con discapacidad deben tener las mismas posibilidades que el resto de la población a la hora de acceder o disfrutar de los bienes y recursos de la comunidad. Las desventajas a la hora de participar en igualdad de condiciones en la vida social y económica pueden ser atribuidas tanto a sus condiciones personales asociadas a la discapacidad como a los obstáculos socio-ambientales con los que, a diferencia de otras personas, deben enfrentarse. La equiparación de oportunidades trata de restablecer la equidad mediante apoyos complementarios y también, a través de la eliminación de aquellos obstáculos limitantes o excluyentes.
- **Integración y normalización:** las personas con discapacidad no constituyen un grupo natural de población, sino que son miembros de una colectividad. Una integración social normalizadora significa vivir, estudiar, trabajar y divertirse en los mismos sitios donde lo hace el resto de las personas de su propia comunidad, de la forma más parecida a cómo proceden los grupos de su misma edad y recibiendo los apoyos necesarios dentro de los recursos ordinarios y naturales. La

mejor forma de atender sus necesidades especiales es desarrollando políticas pensadas para todos.

- **Calidad de vida:** significa auto-satisfacción de la persona con discapacidad con sus condiciones de vida en el hogar, en la escuela, en la empresa y en la comunidad. El concepto de calidad de vida es subjetivo y la intención es buscar un mejoramiento de ésta.
- **Protección Integral:** es velar por los derechos de la niñez, esto es, garantizar que éstos se cumplan de manera efectiva, de modo tal que todos los niños y niñas de un país puedan disfrutarlos y vivir como infantes y adolescentes protegidos hasta la edad de 18 años.¹⁴ En el caso de algunas personas con discapacidad que por su condición no les permita el desarrollo de habilidades de autonomía o vida independiente, se contemplan acciones encaminadas a proveer esta protección a través de toda la vida.

ENFOQUES

- **Reconocimiento de la persona.** Movimientos como “People first”¹⁵ (Personas Primero) identificaron la necesidad de establecer que la persona con discapacidad es ante todo y primordialmente persona. La búsqueda de este reconocimiento y valoración los ha llevado a implementar acciones de representatividad y autogestión de importancia para la población.
- **Integralidad:** reconocimiento de la persona como el producto de la interacción de los procesos orgánicos, psicológicos, los roles sociales y las relaciones de las personas con el ambiente natural y cultural, pues todas las condiciones que rodean a las personas tienen una significación. Trasciende las concepciones prácticas hegemónicas de salud fundamentadas en el modelo biologista/organicista, que hace énfasis en la enfermedad y subestima lo que acontece en los vínculos humanos. Su aplicación se logra cuando el análisis de la situación y las acciones de intervención se realizan teniendo en cuenta la categoría género, el enfoque de ciclo vital y la comprensión de la persona en sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, espirituales y contextuales.
- **Proyecto de Vida:** Es el concepto que explica el tránsito de la vida como un continuo y que propone que el crecimiento y el desarrollo humanos son el producto de la sucesión de experiencias en los aspectos biológico, psicológico y social. Se pretende identificar el futuro de la persona con discapacidad cuando alcance su edad adulta. Esto implica el reconocimiento de la persona, la aceptación de un estatus de edad apropiado y cercano a la edad cronológica, unas expectativas

¹⁴ Familia y Comunidad en el marco de la protección integral. Fundación Antonio Restrepo Barco. UNICEF 1997.

¹⁵ Movimiento asociativo de personas con discapacidad.

altas y similares a las de sus pares y unas alternativas apropiadas y cambiantes a través de su vida. Será solo así que las intervenciones generen un impacto en el crecimiento de la persona.

- **Ciclo evolutivo:** Concepto profundamente ligado al proyecto de vida y al estatus de edad. Es el recorrido que hacen las personas desde su nacimiento hasta la finalización de vida atravesando épocas de infancia, niñez, adolescencia, adultez y vejez, enmarcado dentro de roles ocupacionales que la sociedad establece para cada rango de edad definidos y delimitados muchas veces dentro de la prestación de servicios.
- **Rol Ocupacional:** Son aquellas actividades que por edad y momento de vida(ciclo evolutivo) se espera que una persona determinada esté desempeñando, dentro de entornos definidos (familia-preescolar-escolar-vocacional-laboral), como mejores oportunidades en su crecimiento y desarrollo. El desempeño de este rol ocupacional exige la realización de rutinas de acuerdo con las normas y contexto del individuo.
- **Estatus de edad:** Hace referencia a esa serie de eventos, que llegada una cierta edad se espera que sucedan en la vida de un individuo. Esas cosas que se “tienen” que hacer cuando se llega a cierta edad. “Es un sistema desarrollado por una cultura para dar carácter ordenado y predecible al curso seguido por los individuos”. La edad cronológica de la persona con discapacidad tiene mayor relevancia frente a su edad de desarrollo en las expectativas de salud, educacionales, ocupacionales, sociales y de bienestar, reconociendo siempre la necesidad de apoyos.
- Se reconoce a **la familia** como fundamental para liderar la propuesta de vida de su hijo, la cual requiere información y soporte permanente. No es suficiente pertenecer a una familia es importante que la persona sea valorada como miembro de esta comunidad inicial.
- **Apoyos:** la persona con discapacidad requiere de apoyos para poder participar, pertenecer, permanecer y beneficiarse de las diversas comunidades en las que actúa, acorde con su etapa de desarrollo, con sus necesidades, su particularidad, su individualidad y su entorno. Esto supone identificar y responder a sus necesidades especiales, como han sido reconocidas en el documento de Salamanca. Definir y dar los apoyos que esta persona requiere según el lugar, los objetivos y su propia particularidad es parte de un trabajo importante de equipo. Estos apoyos pueden ser humanos, físicos o tecnológicos.
- **Especificidad e individualidad:** Las personas que comparten una discapacidad tienen ciertas características, efectos específicos e implicaciones por su condición y

eso es lo que se conoce como especificidad. Sin embargo debe recordarse que las personas con una discapacidad son más parecidas a sus miembros familiares que a las personas que tienen su misma discapacidad. Se rescata siempre la individualidad única de cada ser humano.

Es importante identificar que éste es el comienzo de un proceso, la transformación tomará muchos años, por tanto la responsabilidad actual es que lo que se realice se haga con calidad, profesionalismo, planeación, seguimiento y evaluación constantes.

10.1.2. ESTRATEGIAS

La complejidad del concepto de discapacidad requiere para su aplicación la adopción de varias estrategias que faciliten el logro de las metas y determinen la forma de realizar las acciones que han de desarrollarse en cada uno de los componentes del concepto. Así, la planificación, la organización, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los servicios se deben realizar mediante el uso de procedimientos probados a nivel general como eficientes para la satisfacción de las necesidades del sector social.

Las estrategias deben ser utilizadas simultáneamente para el logro de los objetivos en los planes de acción de los componentes principales de la atención de las personas con discapacidad, e incluyen:

- **Participación Social:** hace referencia al inicio por parte de la comunidad de procesos de identificación de sus necesidades y problemas. Se organiza, designa líderes, propone soluciones y encuentra los medios para participar en la toma de decisiones en forma autónoma o motivada por otros actores sociales. La participación social es esencial para los trabajos de promoción y prevención así como el uso de los diferentes servicios relacionados con la discapacidad. La integración social del colectivo de personas con discapacidad es una tarea no solo de las administraciones públicas, sino de toda la sociedad en su conjunto.
- **Concertación:** Corresponde al establecimiento de relaciones y formas válidas de interlocución entre las partes interesadas. Es necesaria para la identificación, ejecución y control de acciones de beneficio social. Reconoce que entre los grupos participantes existen puntos de encuentro que los reúne, diferencias que los identifican y les permiten hacer aportes diversos y voluntad de poner su capacidad al servicio de un objetivo común.
- **Interdisciplinariedad:** La complejidad de la problemática hace necesaria la concurrencia de saberes que aportan a la interpretación de asuntos prácticos y conceptuales y al diseño de soluciones de las necesidades y problemas que de ellos se desprenden. Ayuda a superar los límites de las especialidades, lo que

requiere una alta relación entre las personas, y promoción de lo que se ha definido como trabajo en equipo.¹⁶

- **Intersectorialidad:** La aplicación específica de la concertación al logro del acuerdo entre los diferentes sectores alrededor de un propósito concreto de trabajo se conoce como intersectorialidad. La necesidad de participación de diferentes sectores alrededor del propósito concreto del trabajo con discapacidad hace necesario hablar de intersectorialidad. Identificar que la prestación de servicios se da desde una verticalidad, mientras que las necesidades de los individuos y las familias son transversales, implica hablar de transectorialidad con grandes necesidades de coordinación y concertación en las ejecuciones.
- **Mejoramiento de la calidad y eficacia de los servicios:** la calidad se define como uno de los fundamentos de los servicios. “El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”. (Ley 100 1993)
- **Normatización:** por la vulnerabilidad de esta población, es importante la búsqueda de una normatización, donde se exige una claridad desde las leyes. Se reconoce la necesidad de unas normas particulares que tengan en cuenta los cambios que se han dado en el mundo, que busquen brindar a la persona con discapacidad oportunidades y alternativas de calidad en la comunidad a la que pertenece y ofrezcan protección cuando su familia o el equivalente no pueda dársela. La responsabilidad es compartida entre Familia, Estado y Comunidad y en la actualidad exige una atención de calidad y respetuosa de los derechos humanos. Se hace referencia a las leyes y normas existentes, y su necesidad de reglamentación.
- **Evaluación centrada en la medición del impacto de las intervenciones en la calidad de vida de la persona con discapacidad:** a través de la evaluación se analiza hasta qué punto las limitaciones funcionales se han reducido y ha aumentado la conducta adaptativa de la persona y su nivel de participación en la comunidad.
- **Información, educación y comunicación:** La diversidad de actores alrededor de la discapacidad muestra la necesidad de emitir mensajes con diferentes niveles de profundidad, por distintos medios y utilizando diversas técnicas y herramientas, cuando el objetivo es introducir contenidos y comportamientos dirigidos a profundizar o mejorar valores y prácticas determinadas en la sociedad.

¹⁶ Avances Síndrome de Down Vol 4 No 1 (1993)

La información, educación y comunicación debe incluir como grupo objetivo a toda la comunidad, ya que esta es responsable de proporcionar el entorno y los apoyos que requiere la persona con discapacidad, si queremos realmente hacer una comunidad en la que todos pertenezcan y sean valorados.

- **Rehabilitación Basada en la Comunidad:** también conocida como Rehabilitación Integral con Participación Comunitaria, ha sido definida por la OMS como una estrategia para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Comprende el conjunto de actividades dirigidas a prestar servicios costo-efectivos a través de la movilización eficaz de los recursos locales dentro de la comunidad. Con base en estos criterios deben comenzarse a ofrecer servicios que respondan a las necesidades de la persona con discapacidad y sus familias dentro de sus localidades buscando:
- Mejorar la forma de prestación de servicios
 - Proveer equidad de oportunidades
 - Proteger los derechos humanos

Es una estrategia importante en la utilización de recursos económicos limitados, con poblaciones cada vez más crecientes, y cuando existe un número restringido de profesionales que puedan brindar atención en necesidades tan variadas como las que presentan las personas con discapacidad y sus familias.

El futuro requiere de familias participando con profesionales idóneos y comunidades abiertas proponiendo cada vez mejores alternativas para todos.

11.21 ARTICULACIÓN ENTRE LAS POLÍTICAS Y LOS SERVICIOS

Los conceptos fundamentales alrededor de la discapacidad son indispensables en la formulación de los componentes de las políticas y en la definición de los servicios que deban ofrecerse para atender las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias.

La finalidad de la conceptualización de las políticas y de los servicios debe ser garantizar la calidad de vida de la persona con discapacidad y de su familia, mientras que la aplicación de las políticas, la prestación de los servicios, las investigaciones y las experiencias han venido enriqueciendo estos modelos continuamente, proponiendo cambios y transformando el qué hacer y la cotidianidad de los diversos actores que participan en esta compleja temática.

La interrelación de estos cuatro elementos fundamentales debe permitir un impacto significativo y sostenible en la vida de la persona con discapacidad y su familia:

- La conceptualización alrededor de la discapacidad.

- Las políticas en los niveles nacional, departamental/ distrital, municipal/ local a través de los diversos sectores: salud, educación, bienestar social y laboral.
- Los sistemas prestadores de servicios para la persona con discapacidad para la familia y para la comunidad, brindados a través del sector público y privado.
- La búsqueda de la calidad de vida de la persona con discapacidad y sus familias como variable de desenlace principal.

Todos ellos colocados dentro de un marco analítico de trabajo permiten observar la interrelación y dinámica de estos diversos elementos.

Es indudable que este marco debe ser dinámico y flexible, permitiendo involucrar cambios alrededor de las concepciones en discapacidad a través del tiempo e integrar nuevos aspectos que se identifiquen como importantes a través del desarrollo del conocimiento y de la investigación.

En la construcción de este marco analítico se parte del primer componente, la conceptualización de la discapacidad, integrada a los principios, enfoques y estrategias, enumerados en este documento para constituir unos mínimos de entendimiento y concertación actuales. La discapacidad se establece a través de los estados funcionales relacionados con cualquier condición de salud, organizados a nivel corporal, nivel individual y nivel social, donde a partir de deficiencias en las funciones y/o estructuras corporales se presenta una limitación en la realización de tareas, acciones y actividades para el individuo que impiden su participación en situaciones de la vida. Un estado de funcionamiento que describe el ajuste entre las capacidades del individuo y la estructura y las expectativas de su entorno personal, social y ambiental.

La complejidad de lo que se aborda reconoce la participación de múltiples actores, haciendo necesario que estos constantemente deban ser identificados y reconocidos. Como principal protagonista está la persona con discapacidad, siendo además importantes la familia, la comunidad, y el estado. Esto exige el establecimiento de competencias y niveles altos de comunicación, coordinación y corresponsabilidad.

Apoyados en esta aproximación comprensiva e integrada alrededor de la discapacidad deben mirarse dos componentes importantes, uno que tiene que ver con políticas y otro con las intervenciones que se realizan desde los diferentes servicios.

Las políticas públicas deben ser construidas desde la conceptualización, implementadas en la práctica y deben conducir a un mejoramiento en la vida de las personas con discapacidad y sus familias.

Es importante reconocer además, que las necesidades de las familias y las personas con discapacidad son variadas y su respuesta no se encuentra bajo un mismo sistema. Por ejemplo, un joven con discapacidad que asiste a una escuela regular a recibir su educación tiene además necesidades médicas y de rehabilitación. Allí la educación y la salud son dos sistemas diferentes que prestan servicios. Se habla entonces de necesidades horizontales, que son respondidas por políticas y servicios verticales. La educación es un sistema, la salud mental y la salud pública son dos más, los servicios sociales y laborales podrían constituir el cuarto y quinto.

Cada sistema es vertical en cuanto tiene unos contenidos limitados que por lo general operan aisladamente respecto a los demás y esto hace difícil establecer roles, competencias y responsabilidades.

Una clara conceptualización acompañada de políticas coherentes y definición de servicios deberá buscar como resultado final el mejoramiento de la calidad de vida de la persona con discapacidad y de la familia. Por ello será necesario en el futuro identificar los dominios y los indicadores de calidad de vida para ambos grupos.

El análisis constante, las investigaciones alrededor de las políticas, de los servicios y del concepto de calidad de vida y sus indicadores deberán retroalimentar nuevamente la conceptualización, las políticas y los servicios, generando un proceso continuo y dinámico de cambio.

Componentes de las políticas:

Las políticas se dan a nivel nacional, departamental/distrital y municipal/local desde los diversos sectores de salud, educación, bienestar social y laboral. Las políticas deben ser analizadas constantemente, investigadas y modificadas como resultado de aspectos novedosos, cambios en la conceptualización y en la atención.

Componentes de los servicios:

Las políticas van dirigidas a una prestación de servicios, a la persona con discapacidad, a su familia y a la comunidad. Políticas sin servicios no tienen sentido. Los servicios son complejos y se dan desde el Estado, el Distrito, la localidad, lo público y lo privado en salud, educación, bienestar social y laboral.

Ambos se constituyen en respuesta a las necesidades fundamentales de las personas, por ello describirlos permite una visión global del individuo.

Atención Integral:

Se habla de la persona como un ser biosicosocial; de la importancia de una atención integral, pero en la práctica implementarla ha sido difícil. La salud se ve como un componente que en intensidades variables acompaña el proyecto de vida de la persona,

donde debe tenerse una claridad de las necesidades de cada etapa evolutiva, de la diversidad y particularidad de cada individuo. La educación acompaña como componente importante al individuo desde su nacimiento y es asumida en diversos momentos por la familia, la escuela y la universidad o un equivalente de formación laboral, culminando los procesos educativos en un componente laboral a donde apunta como finalidad mucho de lo que se hace en etapas evolutivas tempranas.

Adicional a estas tres dimensiones existen unos componentes importantes de bienestar social y familiar, donde se identifica a la familia como un componente social cuya importancia hace dedicarle acciones puntuales.

Las necesidades de bienestar social: recreación, deporte, ocio, utilización del tiempo libre, cultura, son variables de acuerdo con la edad del sujeto y con el entorno que lo rodea, cosa igual que podría decirse alrededor del bienestar familiar. Es por ello que ambos son vistos como dimensiones transversales, transectoriales, con mayores dificultades para definir sus límites y características.

La persona no puede ser concebida fuera de un entorno, pues es allí donde sus necesidades y fortalezas se manifiestan. Este entorno propone normas y leyes que faciliten la convivencia social y estas también son con características transversales.

La persona con discapacidad responde a esta misma mirada, pero es indudable que su "déficit" en estructuras y funciones corporales, que le dan limitación en las actividades de la vida diaria, hacen que al relacionarse con el entorno la persona tenga dificultades para su participación con la comunidad en la vida diaria y es aquí donde es importante formular los apoyos que ella requiere para su funcionamiento, crecimiento, desarrollo y participación.

Algunas aproximaciones estadísticas

Hablar de indicadores de discapacidad en Colombia y en Bogotá es prematuro, puesto que no existen fuentes de información confiables que permitan dar cuenta de las condiciones de discapacidad de la población colombiana y en especial de la población de Bogotá.

Sin embargo, a escala internacional en los últimos años se han realizado varios intentos por cuantificar el número de personas con discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 12 % de la población de cualquier país presenta algún tipo de discapacidad.¹⁷

¹⁷ . Ministerio de Salud. Lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencia, discapacidad y minusvalía. Santa Fe de Bogotá. 1996

La prevalencia de discapacidad, en Colombia, no es conocida con precisión, varía de acuerdo con la fuente consultada en forma significativa. El DANE en su Censo de Población de 1993, calcula en 700 mil las personas con discapacidad en el país, lo que significaría el 2.1% de la población. El Sistema Nacional de Información (1996-1997) habla de una proporción del 23.8% de la población con alguna discapacidad. El Ministerio de Salud (1999), a su vez, asegura que el 12% de la población, es decir 4 millones 200 mil personas presentan alguna discapacidad física, mental o sensorial. De estos, el 60% son menores de edad.¹⁸

Por la discrepancia en las cifras, las diferencias en la caracterización de la discapacidad medida, y la confrontación con los datos con los que se cuentan a nivel internacional, considerados con mayor validez, se estima que la información nacional no es confiable y no permite medir el impacto que la discapacidad genera en nuestra sociedad.

A su vez debe reconocerse que debido a la violencia generalizada y al desarrollo socioeconómico, técnico y demográfico, la discapacidad se ha convertido en un problema de salud pública de proporciones crecientes (Minsalud,1998).

En Bogotá habría 720.000 habitantes con discapacidad, si aceptamos la prevalencia del 12% propuesta por la OMS. Esta cifra habría sido subestimada en los reportes del Censo Nacional de Población realizado por el DANE en 1993, donde se reportó la existencia de 63.143 personas con alguna discapacidad, lo que corresponde al 1.2% de la población de la ciudad. De estos se calculó que el 48% presentaba ceguera, el 27% sordera, el 24% parálisis de alguno de sus miembros, el 17% retardo mental y el 4.7% mudez.

De acuerdo con el estudio "La carga de enfermedad en Santa Fe de Bogotá"¹⁹, el 60% de los años perdidos de vida saludable (Avisas) se deben a la mortalidad y el 40% a la discapacidad. La distribución proporcional de los Avisas muestra un gran predominio del grupo de enfermedades crónicas, las cuales se asocian a períodos mayores de discapacidad.

El patrón de salud-enfermedad de la ciudad de Bogotá, está influenciado por los procesos de transición demográfica y epidemiológica. Se observa que mientras se reduce la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas coexisten e incluso se incrementan las enfermedades crónicas, el complejo trauma -violencia y las condiciones asociadas con la salud materna y perinatal.

¹⁸ . Idem

¹⁹ . Gallardo Lozano, Henry M y Rodriguez García, Jesús. La carga de la enfermedad en Santa Fe de Bogotá. Indicadores de años de vida ajustados por discapacidad (Avisa) y mortalidad, 1985 – 1996. Secretaría Distrital de Salud. Santa fe de Bogotá. 1999

Según el mismo estudio en el grupo de 0 a 4 años, la primera causa de la carga de enfermedad, medida por AVISAS, en cuanto a discapacidad, se refiere a las anomalías congénitas y le siguen las afecciones perinatales. En el grupo de 4 a 15 años la principal causa de discapacidad es en mujeres la cardiopatía reumática, anemias por déficit nutricional y en hombres, el asma bronquial y la epilepsia. En el grupo de 15 a 44 años, las principales causas son las enfermedades músculo-esqueléticas, anemias y neuro-psiquiátricas. Para la población entre 45 y 59 años en mujeres la artritis reumatoidea y en hombres la cardiopatía congénita. Y en personas mayores de 60 años, las neuro-psiquiátricas y las neumonías.

Los accidentes de tránsito no fatales representan un evento importante puesto que generan altos costos en atención en discapacidad. La incidencia en 1992, de este evento fue del 9.75 por 10 mil habitantes, en 1996, 18.85 por 10 mil habitantes y en 1997, 17 por 10 mil habitantes. Según la Secretaría de Tránsito y Transporte de Santa Fe de Bogotá²⁰ ocurren 145 siniestros en un día. En el año de 1999 ocurrieron aproximadamente 50.000 siniestros. Los choques simples son los más frecuentes (67%), los accidentes con heridos (32%) y los accidentes con muerto (1%). No se conoce de ese 32% cual es el impacto en términos de generación de discapacidad.

La debilidad de los sistemas de información no permite establecer políticas para la atención, ni definir acciones que modifiquen la problemática de la discapacidad. Solamente a partir de información y de mediciones se podrán definir acciones encaminadas a disminuir la discapacidad. Tenemos como ejemplo, la prohibición a los ciudadanos de Bogotá de la utilización de pólvora, medida que se adoptó a partir del conocimiento que se tenía de los casos de niños y personas quemados en estos eventos y su impacto pudo evaluarse con la disminución real de las cifras de quemados después de que esta política fue adoptada por la administración distrital.

Al observar la panorámica de la discapacidad en el Distrito Capital, es necesario tener en cuenta los procesos que se viven al interior de la familia cuando uno de sus miembros tiene una discapacidad. La discapacidad va más allá de la persona. Es reconocido el impacto que genera en la familia desde una perspectiva emocional, económica y social. En la mayoría de los casos es la mujer quien asume el cuidado de este hijo(a), sus procesos de rehabilitación y educación, y en los casos que se hace necesario, se ve obligada a dejar de trabajar, lo que hace que se vean reducidos los ingresos familiares. La situación de la mujer(madre) de un hijo con discapacidad es, entonces, más vulnerable, más aún cuando es cabeza de familia. Se requiere por tanto, realizar un esfuerzo considerable alrededor de esta problemática de género mujer.

²⁰ . Accidentalidad en Santa Fe de Bogotá. Secretaría de Tránsito y Transporte. Santa Fe de Bogotá. 1999

Cuando se tiene una discapacidad la problemática puede verse ampliada por problemas económicos, por pobreza, por situaciones de abuso, por desconocimiento y vulnerabilidad mayor de la persona y del entorno familiar.

Como se ha visto, en Colombia no se ha establecido la vigilancia epidemiológica de la discapacidad, a través de un sistema estructurado y articulado al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.

Un sistema de vigilancia de la discapacidad cumpliría con las siguientes funciones:

11.22 FUNCIONES DE LA VIGILANCIA DE LA DISCAPACIDAD.

- Diagnóstico permanente y dinámico de la situación epidemiológica de las condiciones discapacitantes, discapacidades y las personas con Discapacidad.
- Definición de prioridades y establecimiento de alternativas de solución para los problemas encontrados
- Preparación de instrumentos normativos para la generación de datos y el funcionamiento del sistema.
- Difusión de la información epidemiológica consolidada y analizada.
- Recomendación de las medidas de prevención y control específicos para ser aplicadas oportunamente por los niveles que correspondan según las características especiales del problema.
- Seguimiento, análisis y evaluación de las medidas de prevención, rehabilitación y control.
- Control del funcionamiento de la Vigilancia Epidemiológica de la discapacidad.
- Asesoría y capacitación en materia de vigilancia epidemiológica de las discapacidades.
- Coordinación con instituciones nacionales e internacionales de salud.
- Investigación epidemiológica de las Discapacidades.

Las actividades que se podrían desarrollar, de acuerdo con cada función serían:

10.1.2 Actividades según función:

Diagnóstico permanente y dinámico de la situación epidemiológica de las condiciones discapacitantes, las discapacidades y las personas con Discapacidad

Actividades:

- Establecimiento de sistemas idóneos de información epidemiológica.
- Búsqueda activa de información adicional. .
- Procesamiento de la información
- Investigación de factores condicionantes y de riesgo
- Análisis epidemiológicos
- Explicación

- Predicciones

Función:

Definición de prioridades y establecimientos de alternativas de solución para los problemas.

Actividades:

- Jerarquización de los problemas en cuanto a su afectación social.
- Evaluación de recursos disponibles y accesibles
- Establecimiento de estrategias de solución.

Función:

Preparación de instrumentos para la vigilancia epidemiológica en:
Generación de datos, medidas de intervención preventivas y rehabilitación, control y funcionamiento del sistema.

Actividades:

- Definir los datos a obtener de acuerdo al objeto de la vigilancia epidemiológica
- Establecer las normas para determinar las fuentes y canales de información.
- Elaborar manuales sobre procesamiento, análisis y difusión de la información.
- Establecer las normas de prevención de los daños - objeto de vigilancia
- Elaborar manuales de organización y funcionamiento del sistema
- Producir manuales de procedimientos y métodos de control.
- Mantener actualizadas las normas, manual e instructivos.

Función:

Difusión de la información epidemiológica consolidada y analizada.

Actividades:

- Publicar boletines epidemiológicos periódicos con el fin de informar a los servicios de salud, incluyendo organismos internacionales, sobre la situación epidemiológica de las discapacidades.
- Elaborar informes epidemiológicos sobre problemas específicos, destinados a los organismos involucrados en ellos.
- Instrumentar los procedimientos que garanticen el conocimiento oportuno de los resultados de estudios específicos en los niveles de la organización interesados
- Establecer mecanismos para la divulgación de la formación epidemiológica a la comunidad.

Función:

Recomendación de las medidas de prevención y control específicas, para ser aplicadas oportunamente, por los niveles que correspondan según las características específicas de las condiciones discapacitantes, las discapacidades y las Personas Con Discapacidad.

Actividades:

- Identificar dentro del comportamiento epidemiológico de las discapacidades, cambios inesperados o situaciones nuevas.

- Analizar las posibles soluciones y hacer llegar a los organismos aplicativos las medidas y procedimientos necesarios para su control.

Función:

Seguimiento, análisis y evaluación de las medidas de prevención y rehabilitación de las discapacidades:

Actividades:

- Elaborar modelos epidemiológicos que permitan analizar y evaluar el comportamiento de las discapacidades.
- Establecer los mecanismos que permitan asegurar la aplicación de los modelos, en los diferentes niveles.

Función:

Control del funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica.

Actividades:

- Establecer indicadores máximos y mínimos relacionados con la oportunidad, actualidad, confiabilidad y disponibilidad de la información.
- Elaborar y llevar a cabo un programa permanente de supervisión y evaluación en todos los niveles del sistema.
- Evaluar los resultados de la Vigilancia Epidemiológica en términos de los objetivos predeterminados de la vigilancia epidemiológica.

Función:

Accesorio y capacitación en materia de vigilancia epidemiológica de la discapacidad.

Actividades:

- Preparar personal calificado en las distintas ramas que involucra la Vigilancia Epidemiológica de la Discapacidad
- Desarrollar un programa de adiestramiento para quienes participan en la vigilancia epidemiológica de la discapacidad, incluyendo a la comunidad.
- Promover el desarrollo de recursos humanos en las escuelas y facultades de medicina y apoyar a las escuelas de Salud Pública, con información y campos de estudio para la vigilancia epidemiológica de la discapacidad, así como de otras escuelas que forman recursos humanos relacionados con la salud de las personas con discapacidad.

Función:

Coordinación con otros organismos nacionales e internacionales.

Actividades:

- Establecer los mecanismos para lograr la coordinación requerida.
- Celebrar convenios con otros países en materia de vigilancia epidemiológica de la discapacidad a través de las instancias adecuadas.
- Establecer intercambio de información con otros países.

Función:

Investigación epidemiológica.

Actividades:

- Determinar las prioridades de investigación epidemiológica en relación a la discapacidad, su prevención y rehabilitación.
- Elaborar modelos de protocolos de investigación epidemiológica de la discapacidad.
- Realizar investigaciones epidemiológicas sobre factores de riesgo en la discapacidad
- Promover la realización de investigaciones epidemiológicas prioritarias.
- Asesorar a las instituciones en materia de investigación epidemiológica de la discapacidad.
- Determinar los tipos de investigaciones que se realizarán.
- Identificar a las instituciones y organismos que realizan investigación epidemiológica sobre los factores de riesgo y las condiciones discapacitantes.

11 PROCESO No 11

PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL AMBIENTE

11.23 SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL AMBIENTE

11.1.1 Definición

El sistema de vigilancia epidemiológica ambiental (Sisvea), busca realizar un monitoreo crítico de los determinantes ambientales que inciden sobre el proceso salud-enfermedad de la población del Distrito Capital. Por esto, el abordaje del sistema debe orientarse, fundamentalmente, a la caracterización de los factores de riesgo, para su posterior intervención individual y colectiva.

Teniendo en cuenta cómo se relacionan los factores de riesgo con el individuo, cómo se apropia este de los mismos y cómo se han venido dando las intervenciones en salud en la inspección, vigilancia y control de los mismos, los eventos a vigilar se agrupan en cuatro factores:

- Factores de riesgo del consumo.
- Factores de riesgo físicos.
- Factores de riesgo biológicos.
- Factores de riesgo químicos.

11.1.2 Soporte legal

Las funciones de inspección, vigilancia y control sanitarios, se encuentran reglamentadas de una forma general en las leyes 9ª de 1979, 10 de 1991, 60 de 1993 y 100 de 1993, que establecen las actividades y competencias de salud pública. El artículo 165 de esta última, precisa cómo el Ministerio de Salud define el plan de atención básica (PAB) que complementa las acciones previstas en el plan obligatorio de salud (POS) y las acciones de saneamiento ambiental.

Partiendo de la ley 100, el Ministerio de Salud, a través de la resolución 04288 de 1996, define el plan de atención básica (PAB) del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) como un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia de la salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad. Dentro del PAB se incluyen aquellas actividades de salud pública orientadas a la identificación, seguimiento y control de los principales factores de riesgo del comportamiento y del ambiente, así como la observación y análisis de los eventos en salud que ellos ocasionan.

La resolución 04288 de 1996 establece las competencias que deberán desarrollar las autoridades de salud del Distrito Capital relacionadas con la vigilancia de la salud pública y el control de factores de riesgo relacionados con la calidad sanitaria del agua para consumo humano, los vectores que generan riesgo para la salud pública, la recolección y análisis de la información de las enfermedades o eventos sujetos a control, los factores

de riesgo a que esté expuesta la población, la investigación y control de brotes y epidemias y otras que las autoridades sanitarias determinen, de acuerdo con las necesidades de la población y las características epidemiológicas de cada ente territorial.

Para la vigilancia epidemiológica ambiental en el Distrito Capital, además del presupuesto asignado por el PAB, se cuenta con recursos provenientes de los fondos de desarrollo local (UEL), convenios interadministrativos y propios de la Secretaría Distrital de Salud para proyectos de investigaciones.

Dicha resolución define también las competencias de los departamentos, relacionadas con brindar asistencia técnica, evaluar y supervisar el plan de atención básica en cada ente territorial; así mismo, plantea cómo la nación, los departamentos y los municipios pueden contratar el desarrollo de las acciones del PAB con las empresas promotoras de salud (EPS), las administradoras del régimen subsidiado (EPSS), las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), el sector privado, las organizaciones no gubernamentales (ONG), los comités de participación comunitaria en salud (Copaco) y las alianzas de usuarios y comunidades.

Partiendo del compromiso que el sector salud tiene en el componente de ambiente, surge la necesidad de crear un sistema de vigilancia epidemiológica ambiental cuya metodología y estrategia deberá estar orientada hacia el conocimiento de los factores de riesgo ambientales a que están expuestos los grupos humanos, con el fin de determinar prioridades y orientar los recursos de salud disponibles al desarrollo de intervenciones.

Dentro de la política de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C., como organismo de dirección territorial, se plantea como meta, a corto plazo, su implementación; a mediano y largo plazo, el mantenimiento del sistema de vigilancia epidemiológica ambiental en las veinte localidades del Distrito Capital, considerando como primordial dos elementos:

- Coordinación intersectorial: entre los Ministerios del Medio Ambiente, Desarrollo Económico, Trabajo y Seguridad Social, Comercio Exterior, Transporte, Minas y Energía y Salud; Departamento Administrativo de Planeación Distrital, Instituto Colombiano Agropecuario e Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), entre otros.
- Participación comunitaria en los componentes de vinculación del ciudadano como parte fundamental de la veeduría en la vigilancia y control de los factores de riesgo.

Caracterización epidemiológica

El deterioro del medio ambiente ha sido identificado en Colombia y en el mundo como uno de los problemas más serios que afronta la humanidad; actualmente, se sabe que la contaminación se deriva de la presencia o el exceso de sustancias de diferente índole. Es un fenómeno relativo que depende de muchas variables, tales como el grado de

nocividad implícita y la cantidad de la sustancia contaminante presente en un medio determinado, entre otras.

La capacidad de una sustancia para provocar alteraciones en la salud y en el ambiente depende de múltiples factores, entre ellos, de sus características fisicoquímicas, de la estructura molecular, de su concentración, de los aditivos que contenga, de las condiciones del ambiente general y de trabajo, del tiempo de exposición y de las vías por las cuales ingresa al organismo (oral, inhalatoria, dérmica, parenteral).

En las personas influyen el estado de salud y nutricional, la susceptibilidad, la biotransformación, la acumulación y la excreción de la sustancia en el organismo, el género, la edad y la raza, entre otros. La interacción de los factores enunciados determina el grado de alteración del organismo en forma aguda, subaguda o crónica.

La evaluación y clasificación de una sustancia, producto, alimento, medicamento, etcétera, puede considerarse como un proceso técnico-administrativo de carácter dinámico y permanente, cuyo objetivo es establecer, hasta donde sea posible, el riesgo para la salud y el ambiente, teniendo en cuenta no sólo la toxicidad sino las variables enunciadas en el párrafo anterior.

Los problemas generados por el rápido y desordenado proceso de urbanización de Bogotá, las condiciones sanitarias, la marginalidad, la iniquidad, los factores demográficos, ambientales, socioeconómicos y los estilos de vida nocivos son determinantes de primer orden en el proceso salud-enfermedad de la población capitalina.

11.1.3 Factores de riesgo del consumo

Se estima que la ocurrencia de las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), está en incremento a escala mundial, en función de factores como cambios ambientales que conducen a la resistencia antimicrobiana, el aumento de la población, la aparición de grupos poblacionales vulnerables, el acelerado incremento del comercio internacional de alimentos, los avances tecnológicos en la producción, el aumento del uso de aditivos, el incremento del consumo de productos industrializados, el recorrido de largos trayectos para su comercialización, la preferencia de alimentos de rápida preparación y el consumo de éstos en la vía pública.

En Latinoamérica, al igual que en Colombia, existen otros factores que contribuyen a la prevalencia de enfermedades transmitidas por alimentos, tales como la falta de legislación actualizada y la poca aplicación de la existente, la infraestructura inadecuada para el almacenamiento y distribución, las deficiencias en el saneamiento y la urbanización con formación de viviendas sin servicios básicos de agua potable y alcantarillado, el deterioro del nivel socioeconómico de amplios segmentos de la población con un creciente número de vendedores ambulantes de alimentos que no

someten sus productos a ningún tipo de control, los factores culturales que influyen en la preparación de los mismos y la falta de información adecuada en la población general sobre medidas para disminuir el riesgo para adquirir una ETA.

Según el último informe sobre condiciones de salud en las Américas publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre 1960 y 1990 ocurrieron cinco millones de defunciones de niños menores de cinco años por diarrea; esto significa que hasta tres millones y medio de niños murieron por diarrea debido al consumo de alimentos contaminados (especialistas mundiales en este evento consideran que hasta 70% de estas muertes son ocasionadas por alimentos contaminados).

En Estados Unidos, la Foods and Drugs Administration (FDA), calcula que pueden ocurrir anualmente hasta 81 millones de casos de ETA, que causan nueve mil muertes.

En Colombia, hasta el primer semestre de 1999 las ETA fueron captadas como casos individuales a través del formato SIS12 (como infecciones alimentarias); dicha forma de registro no permitía identificar la presencia de brotes de ETA. A partir del segundo semestre de 1999, se inició en el país el diligenciamiento del registro individual de atención (RIA), en el cual la información de las ETA se captura también como casos individuales, pero diferenciando intoxicación alimentaria e infección por agente causal. Desde el segundo semestre de 1996, en el país se empezaron a captar los brotes de ETA a través de un sistema de vigilancia intensificado, el sistema alerta acción (SAA).

Para 1997, por el SAA se notificó un total de treinta y nueve brotes de ETA; el departamento de Antioquia aportó 33,3% de los brotes, seguido por Bogotá y Nariño, con 17,9% y 15,4%, respectivamente. Del total de brotes reportados, sólo en cuatro de ellos (10,8%) se informó el alimento implicado. El número de individuos afectados, registrados en cada evento, varió entre dos y 280 personas; estos datos no incluyeron la información de todos los departamentos debido a que esta variable no fue reportada.

En Bogotá, el reporte de ETA ha mostrado un incremento. Para 1998, por el SAA se reportó un total de veintiocho brotes, con una variación de personas afectadas de dos a veinte. Además, se presentó un brote con un número alto de afectados (405 personas de tres batallones de Bogotá). Para 1999, el reporte de brotes de ETA se incrementó a treinta y cinco, variando el número de afectados de dos hasta ciento veinte personas. Sin embargo, es necesario fortalecer la notificación del evento y la investigación epidemiológica de campo del mismo, especialmente en las intervenciones individuales y colectivas, ya que en muchos de los casos queda incompleta o no se realiza.

Entre 1991 y 1998 se reportaron a través del SIS12 un total de 21.443 casos, con una tasa de 38,4 por 100 mil habitantes para 1991 y de 60 por 100 mil habitantes para 1998.

En 2000, en el Distrito Capital se captaron a través del SAA treinta y cuatro brotes; las localidades de Kennedy, Teusaquillo y Engativá ocuparon los primeros lugares de notificación.

11.1.4 Factores de riesgo químicos

En el ámbito mundial, en 1998 se estimaba que existen más de siete millones quinientas mil sustancias químicas, con introducción de seis mil nuevos productos por semana; el Chemical Abstract Service (CAS) ha identificado sesenta y tres mil productos de uso regular en la industria química; la NIOSH ha estudiado cerca de seiscientos productos con adopción de límites permisibles en humanos, lo que indica la cantidad de sustancias químicas a las que la población está expuesta en un momento dado y los riesgos potenciales que pueden afectar el proceso salud-enfermedad de la colectividad. Se considera que anualmente en Colombia ingresan al consumo entre quinientas y mil sustancias químicas nuevas, lo cual hace prácticamente imposible realizar la evaluación desde su aparición en el mercado por razones de tiempo, recursos financieros y tecnológicos, motivo por el cual es conveniente establecer un orden de prioridades basado en criterios que contemplen a las sustancias que mayor posibilidad tengan de ocasionar daño a la salud de la comunidad o al ambiente.

Durante 1998, según información reportada por el centro toxicológico de la Secretaría Distrital de Salud, los agentes más frecuentemente hallados como causantes de intoxicación fueron los organofosforados, con un total de trescientos diez casos (22,49%), seguidos de la intoxicación por productos domésticos con doscientos cincuenta casos (18,14%) y, en tercer lugar, de la intoxicación por carbamatos con doscientos quince casos (15,60%). El agente con menor frecuencia hallado fue la estricnina con tan solo diez casos (0,72%). Igualmente se observó un porcentaje mayor de intoxicaciones en el sexo masculino (57%), con respecto al sexo femenino (43%).

Así mismo, se evidencio que 30,67% de las asesorías telefónicas en el centro toxicológico (cuatrocientos veintitrés casos) proviene de zonas rurales, mientras que 69,3% proviene de zona urbana (novecientos cincuenta y cinco casos) lo que nos muestra un mayor número de consultas a este nivel.

Con respecto a la clase de exposición, se encontró que en 55,99% de los casos la vía de ingreso del tóxico fue la oral, seguida de la vía inhalatoria, con 22,7% de los casos.

Según reportes del centro toxicólogo de la Secretaría Distrital de Salud, en Bogotá se presentan altos índices de intoxicación por sustancias con uso delictivo como la escopolamina, las fenotiazinas, los atropínicos y las benzodiacepinas; psicoactivos antidepresivos como tricíclicos, alcohol, cocaína, opiáceos, alucinógenos y cannabinoles; plaguicidas de uso doméstico y agroindustrial; metales pesados como plomo, mercurio y cromo; solventes como benceno, tolueno y xileno; metano y monóxido de carbono.

11.1.5 Factores de riesgo biológicos

Situación de la rabia en Colombia

La distribución de la rabia es mundial. En 1990, de 165 países encuestados, setenta y dos informaron casos de rabia humana y animal. En América latina, Asia y África, donde la rabia canina es enzoótica, la mayor frecuencia de casos se presenta en perros de zonas urbanas donde se facilita la propagación por la existencia de alta población de caninos callejeros y bajas coberturas de vacunación. En Europa, Estados Unidos y Canadá la mayor frecuencia se presenta en fauna mamífera silvestre y murciélagos hematófagos. Colombia como los demás países de las América adoptó la meta de eliminación de la rabia canina urbana para el año 2000.

En 1996, la rabia fue causa de muerte de aproximadamente 35.212 personas en todo el mundo, lo que representa una disminución de sólo 1,1% con respecto al número de muertes ocurridas en 1995. En las América se reportaron 183 casos de rabia humana, treinta casos más que los reportados en 1995. En 35% de los casos, el perro fue la causa de la exposición.

En Colombia, la rabia continúa siendo un grave problema de salud pública. A pesar de que en la década 1981-1991 se logró disminuir la tasa de mortalidad por rabia de 0,9/1.000.000 de habitantes a 0,14/1.000.000 de habitantes, lo que representó una disminución de 84%, entre 1995 y 1998 se presentaron diecisiete casos confirmados de rabia humana, con una gran proporción de ocurrencia de estos en los departamentos de la costa atlántica, lo cual se correlaciona con la alta incidencia de casos de rabia animal en esa misma región.

En 1998, todos los casos de rabia canina se concentraron en la costa atlántica, principalmente en los departamentos de Atlántico (60,5%), Córdoba (20,2%) y Magdalena (15,4%).

En 1999, en Colombia se presentaron ciento quince casos de rabia canina y tres de rabia humana (dos casos en Magdalena y uno en Putumayo) (Fuente: Sivigila, nº 3 de 2000, Ministerio de Salud). En el año 2000 se diagnosticaron 144 casos de rabia animal y uno de rabia humana, procedente del departamento del Putumayo.

Los caninos siguen siendo el principal transmisor del virus rábico al hombre. Existe una correlación entre la rabia en animales domésticos y la rabia en humanos. Sin embargo, preocupa que es cada vez mayor la presencia de rabia transmitida por quirópteros. Esta situación está ocurriendo en países limítrofes con Colombia como Perú y Ecuador. En 1999, fue confirmada la presencia del virus de la rabia en un murciélago no hematófago, en la ciudad de Cali.

En el Distrito Capital, en los últimos diez años, no se han presentado casos de rabia humana. Durante 1996 y 2000, se presentaron dos casos de rabia canina, los cuales no se pudo concluir si eran autóctonos.

11.1.6 Factores de riesgo físicos

El acelerado crecimiento demográfico y la falta de desarrollo paralelo y adecuado en relación con los servicios públicos en Bogotá, ha dificultado satisfacer a sus habitantes en todo lo referente a las necesidades básicas de vivienda, adecuación de zonas urbanas, educación, servicios públicos incluidos los de agua potable, alcantarillado y recolección de basuras.

Según estudios elaborados en 1994 por el Departamento Administrativo del Medio Ambiente (Dama), en el Distrito Capital se presentaron cifras alarmantes por contaminación atmosférica debida a la emisión de gases generada por fuentes móviles, en áreas circunvecinas a las principales vías como la carrera séptima, la avenida Caracas, la carrera décima, la carrera 13, la avenida carrera 68, la avenida Boyacá, y en el centro de la ciudad; así como contaminación por gases y partículas generados por fuentes fijas en el sector de Puente Aranda, y en las localidades de Usaquén y Usme.

Por localidades, entre los principales problemas de factores de riesgo físico que afectan a la población capitalina se encuentran los siguientes:

- Localidades que presentan problemas de **contaminación atmosférica**: Puente Aranda, que registra niveles de dióxido de azufre iguales a 89 ppb, superando la norma (nivel permisible = 38,2 ppb: decreto 02 de 1982); niveles de dióxido de nitrógeno iguales a 245 ppb (nivel permisible = 53,2 ppb: decreto 02 de 1982); ozono en niveles iguales 123 ppb (nivel permisible = 86,6 ppb: decreto 02 de 1982); partículas en suspensión con niveles iguales a 322 ppb.

San Cristóbal y Los Mártires, con niveles de 110 ug/m³ de partículas en suspensión, superando la norma (76,80 ug/m³: decreto 02 de 1982); Fontibón registró niveles de partículas en suspensión iguales a 176 ug/m³, siendo superior a la norma; Antonio Nariño, con valores de dióxido de carbono (CO₂) iguales a 23,6 ppm, superando la norma (13,1 ppm: decreto 02 de 1982); y Teusaquillo, que registró niveles de dióxido de azufre iguales a 89,5 ppb siendo superior a la norma (38,2 ppb: decreto 02 de 1982).

- La **contaminación del sistema de alcantarillado** de todos los cuerpos de agua del Distrito, por vertimientos industriales, en especial de la industria de alimentos, curtiembres, estaciones de servicio automotor, y diferentes industrias que utilizan productos químicos. La contaminación de los suelos de uso agrícola y de sus niveles freáticos por la aplicación indiscriminada de plaguicidas y el riego de

cultivos con aguas contaminadas, especialmente en las localidades de Engativá, Suba, Bosa, Usme y Sumapaz.

Comunidades que son servidas por carrotanques o toman agua cruda: Ciudad Bolívar, en los sectores Quiba Alto y Bajo, barrios los Alpes, Bella Flor, Paraíso y Mirador, con una población afectada por la falta de acueducto y alcantarillado de 86.586 habitantes.

Localidad de Usaquén, sector Altos de Serrezuela con trescientos cuarenta habitantes afectados; localidad de Chapinero, sectores Villas de Cerro y San Martín de Porres con catorce mil habitantes afectados.

- La **producción de basura** generada por la población produce, entre otros, los siguientes efectos negativos sobre la salud humana:

Por proliferación de vectores plaga como moscas, cucarachas, zancudos, ratas y otros animales mamíferos que habitan los basureros, convirtiéndose en potenciales transmisores de enfermedades como la fiebre tifoidea, la disentería bacilar y amebiana, la peste bubónica, el tífus, la leptospirosis y el dengue hemorrágico.

La contaminación del agua con basuras la convierte en el principal vehículo de microorganismos patógenos tales como la bacteria *Vibrium cholerae*, causante del cólera, el virus del dengue hemorrágico llamado flavivirus, el rotavirus, el Coxaquie, las amebas, las giardias y los coliformes fecales son causantes de enteritis, gastroenteritis y/o diarreas infecciosas.

La descomposición de las basuras a espacio abierto, además de generar una alta contaminación por la emisión de gases orgánicos, volátiles y tóxicos, afecta severamente la salud, por ser estos potencialmente cancerígenos (bencina, metano, cloruro de vinilo, entre otros).

Durante la incineración de las basuras a espacio abierto la producción de humo puede causar irritación respiratoria de las mucosas conjuntival, nasal y faríngea, enfermedades infecciosas de la piel y vías respiratorias.

La combustión incompleta de las basuras genera óxido de azufre y anhídrido sulfuroso, gases que afectan las vías respiratorias, provocando tos y aumento de la expectoración, especialmente en personas con problemas respiratorios. De igual manera, produce bronquitis aguda, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, crisis asmáticas, cáncer de pulmón y efectos sobre la visión (conjuntivitis).

- En las localidades de Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito, especialmente por estar ubicadas dentro del área de influencia del relleno sanitario Doña Juana, donde se realiza el almacenamiento y disposición de residuos patógenos y sólidos, el

inadecuado manejo de los mismos, la descarga de lixiviados, la generación de gases y olores entre otros, inciden en la **proliferación de vectores plaga**; la contaminación de aguas subterráneas, ríos, canales, etcétera; la contaminación de la atmósfera por la emisión de gases orgánicos volátiles y tóxicos (bencina, metano, cloruro de vinilo entre otros); y la contaminación del suelo por la descomposición de lixiviados, lo que se traduce en contaminación de cultivos y del hábitat de las personas y de los animales.

- **Inundaciones** ocasionadas por fuertes lluvias, desbordamientos de ríos o quebradas que se favorecen por los asentamientos de origen clandestino, ubicados en terrenos bajos circundados por ríos, carencia de alcantarillado para la evacuación de aguas lluvias y negras; barrios ilegales sin ningún tipo de servicios públicos ubicados por debajo de las cotas inundables, en las localidades de Bosa, Kennedy, Tunjuelito y Suba.

11.2 Estructura del Sisvea

Objetivo general

Realizar el monitoreo crítico y el control de los factores de riesgo ambientales de competencia del sector salud, aplicando el concepto de enfoque de riesgo, con el fin de orientar políticas, planes y programas distritales que lleven a la prevención y control en el ámbito individual y en el colectivo.

Objetivos específicos

- Identificar y caracterizar los factores de riesgo ambientales (físicos, químicos, biológicos y del consumo) en el Distrito Capital.
- Definir y estandarizar para Bogotá las estrategias de inspección, vigilancia epidemiológica y control sanitario de cada uno de los factores de riesgo identificados, aplicando el concepto de enfoque de riesgo.
- Aplicar a escala individual y colectiva las medidas de prevención y control establecidas para cada factor de riesgo ambiental.
- Georreferenciar en el ámbito local y distrital los factores de riesgo físicos, químicos, biológicos y del consumo, a través de la generación de información válida y estandarizada.
- Conocer el comportamiento de los factores de riesgo físicos, químicos, biológicos y del consumo y su impacto en términos de daño a la salud de las personas.
- Generar información que permita realizar actividades intersectoriales para la prevención y el control de los factores de riesgo en el Distrito Capital.

11.23.1 Factores de riesgo del consumo

Definición

Se definen como factores de riesgo del consumo a todos los elementos, agentes o circunstancias capaces de alterar la seguridad o inocuidad de los alimentos, bebidas alcohólicas y productos farmacéuticos.

Eventos a vigilar

Aplicando el enfoque de riesgo y la identificación de prioridades de los mismos, el sistema de vigilancia epidemiológica ambiental y el control sanitario de los factores de riesgo del consumo quedará estructurado teniendo en cuenta la siguiente agrupación, la cual está acorde con lo estipulado en el decreto 3075 de 1997:

- **Alimentos de mayor riesgo** en salud pública: definidos como aquellos que por sus características de composición, especialmente en sus contenidos de nutrientes, actividad acuosa y pH, favorecen el crecimiento microbiano y, por consiguiente, cualquier deficiencia en su proceso, manipulación, conservación, transporte, distribución y comercialización puede ocasionar trastornos a la salud del consumidor. Entre ellos se encuentran:
 - Leche higienizada.
 - Derivados lácteos.
 - Carne de bovinos, porcinos y sus derivados.
 - Carne de aves y sus derivados.
 - Productos de la pesca y sus derivados.
 - Alimentos de baja acidez empacados en envases sellados herméticamente.
 - Alimentos o comidas preparados de origen animal listos para el consumo.
 - Agua envasada.
 - Alimentos infantiles.
- **Alimentos de menor riesgo** en salud pública: definidos como aquellos que no están contemplados en el artículo 3º del decreto 3075 (nombrados en el grupo anterior) y que por sus características de composición deben ser vigilados en forma no intensificada. Entre ellos se encuentran:
 - Grasas y aceites.
 - Cereales y derivados.
 - Bebidas no alcohólicas.
 - Azúcar, confites, dulces, miel y chocolate.
 - Condimentos.
 - Salsas.
 - Otros alimentos mixtos.
- **Alimentos de control especial:** definidos como aquellos que han sido seleccionados para ser fortificados con micronutrientes como hierro, yodo, vitaminas y flúor.
En Colombia estos alimentos son:
 - Sal.
 - Harina de trigo.
 - Panela.
- **Productos farmacéuticos:** definidos como aquellas formulaciones que cumplen a cabalidad con las pautas establecidas por la autoridad competente, al otorgarles el respectivo registro sanitario para su producción y comercialización en el país. Dentro de este grupo se encuentran:
 - Medicamentos.

- Medicamentos de control especial.
- Preparaciones farmacéuticas con base en recursos naturales.
- Cosméticos.
- Productos de aseo y limpieza.
- Productos de higiene.
- **Bebidas alcohólicas:** definidas como el producto apto para consumo humano que contiene una concentración no inferior a 2,5 grados alcoholimétricos y no tiene indicaciones terapéuticas. Se agrupan teniendo en cuenta las definiciones del artículo 48 del decreto 3192 de 1983, así:
 - Alcohol.
 - Mosto concentrado.
 - Vino.
 - Aperitivo.
 - Vino de frutas.
 - Aguardiente (whisky, brandy, ron, vodka, ginebra).
 - Licor.
 - Cerveza.

Puntos críticos especiales

Existen dos puntos críticos especiales que están relacionados con todos los grupos de alimentos contemplados dentro de factores de riesgo del consumo; estos son:

- **Laboratorios de control de calidad de alimentos:** definidos como el establecimiento oficial o particular con las instalaciones, dotaciones y demás facilidades técnicas, destinado exclusivamente para el análisis e inspección de alimentos y sus materias primas, bajo la dirección técnica de un profesional calificado al tenor de las disposiciones que establece la resolución 16078. Realiza análisis empleando métodos que se encuentran oficialmente aprobados o en su defecto, los recomendados nacional e internacionalmente y reporta resultados.
- **Ventas de alimentos en la vía pública:** definido como puesto de venta toda estructura fija, estacionaria o ambulante, así como los medios materiales utilizados por el vendedor para el expendio de alimentos de venta callejera, que han recibido permiso de las autoridades municipales para su funcionamiento.

Eventos trazadores

Para factores de riesgo del consumo el principal evento trazador son los **casos individuales o brotes por enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)**, cuya vigilancia se realiza a través del sistema alerta acción, con énfasis en la notificación de brotes.

11.23.2 Factores de riesgo físicos

Definición

Se definen como factores de riesgo físico aquellos presentes en el ambiente, asociados con agua para consumo humano, con énfasis en localidades no conectadas a red o

aprovechadas por acueductos comunitarios; presencia anormal de residuos sólidos y población riesgo por cercanía a rellenos sanitarios; contaminación de los cuerpos de agua; contaminación de la atmósfera por ruido y malos olores; e higiene locativa deficiente.

La vigilancia de los factores de riesgo físico con enfoque de riesgo debe permitir identificar, georreferenciar, prevenir, controlar y disminuir el impacto de estos factores sobre la salud de la población del Distrito Capital, traducida en el decrecimiento de la magnitud y la trascendencia de las enfermedades de mayor incidencia asociadas con estos factores de riesgo, por la implementación de medidas de intervención individual y colectiva.

Eventos a vigilar

Aplicando el enfoque de riesgo, el sistema de vigilancia epidemiológica y control sanitario de los factores de riesgo físicos quedará estructurado teniendo en cuenta la siguiente agrupación:

- Agua para consumo y uso humano: definida como el agua que es utilizada para el consumo humano o uso recreacional. Para su vigilancia y control se agrupará en:
 - Agua tratada.
 - Agua no tratada.
 - Agua para uso recreativo (piscinas, humedales).
- Residuos sólidos: definidos como los desechos o basuras que se producen en los domicilios, centros comerciales, industrias y hospitales.
- Vertimientos: considerados como las aguas residuales de uso industrial y doméstico.
- Atmósfera: considerado el espacio en donde se realiza la vigilancia y control de la calidad del aire, la medición de ruido y la presencia de olores.

Dentro de este marco deben considerarse e involucrarse los componentes relacionados con la calidad sanitaria de ambientes y espacios públicos y privados, los factores de riesgos físicos, ocupacionales y la calidad sanitaria de la vivienda marginal urbana y rural.

11.23.3 Factores de riesgo biológicos

Definición

Se define factores de riesgo biológicos a todo ser vivo del reino animal que represente un riesgo para la salud de las personas y que puede actuar como vector, huésped o reservorio del agente causal de la enfermedad (virus, bacterias, hongos, parásitos, etcétera).

Eventos a vigilar

Se especifica como factor de riesgo el animal callejero, la presencia de rabia canina, de roedores, de insectos y de patologías zoonóticas. Por tanto, aplicando el enfoque de

riesgo y para efectos de la organización del sistema de vigilancia epidemiológica y control sanitario, se tendrá la siguiente agrupación:

- Zoonosis: definidas como aquellas enfermedades que son comunes al hombre y los animales. En este grupo se realizará la vigilancia de los siguientes eventos:
 - Rabia humana.
 - Rabia canina.
 - Tuberculosis bovina.
 - Brucelosis.
 - Teniasis y cisticercosis.
- Vectores plaga: los vectores plaga son definidos como elementos vivos, los cuales sirven de medio de transporte de un agente causal de una enfermedad. En Bogotá no existen condiciones geográficas ni ecológicas para la proliferación de vectores de enfermedades transmisibles al hombre consideradas de importancia en Colombia como son la malaria, la tripanosomiasis, el dengue, la fiebre amarilla, la leishmaniasis y la enfermedad de Chagas, entre otras. Sin embargo, es necesario el control de la proliferación de insectos molestos al hombre o que son vehículos mecánicos para la transmisión de agentes de enfermedades (moscas, cucarachas, zancudos, mosquitos) al igual que los roedores plaga (ratas y ratones).

11.23.4 Factores de riesgo químicos

Definición

Se define factor de riesgo químico a todas las sustancias químicas (explosivas, gases, líquidos y sólidos inflamables, corrosivos, tóxicas, radioactivas y otras), que durante su generación, manejo, uso, transporte, confinamiento y disposición generan riesgo para la salud pública en aspectos ocupacionales, domésticos y económicos.

Eventos a vigilar

Teniendo en cuenta los procesos productivos, el impacto en la salud y en el ambiente que generan las sustancias químicas prioritarias en Bogotá y la estrategia de enfoque de riesgo del Sisvea, se tendrá la siguiente agrupación:

- Plaguicidas
 - Organofosforados.
 - Organoclorados.
 - Carbamatos.
 - Piretrinas.
 - Piretroides.
- Sustancias químicas prioritarias
 - Metales pesados (plomo, mercurio y cromo).
 - Solventes (benceno, xileno y tolueno).
- Otras sustancias químicas
 - Sustancias explosivas (pólvora o cerillas).
 - Gases (gas propano y metano).
 - Líquidos inflamables (pinturas, combustibles, pegantes).

- Sólidos inflamables (plásticos y ceras-veladoras).
- Otras sustancias tóxicas (cianuros).

Eventos trazadores

Para factores de riesgos químicos los eventos trazadores son:

- Carcinogénesis.
- Malformaciones congénitas: teratogénesis y mutagénesis.
- Morbilidad (intoxicaciones agudas y crónicas por sustancias químicas).
- Mortalidad individual o colectiva por sustancias químicas.

11.24 RABIA HUMANA

Descripción del evento

La rabia es una zoonosis aguda, fatal y transmisible, producida por el virus rábico, que afecta a los animales de sangre caliente, incluyendo al hombre. La transmisión al hombre se produce básicamente por la mordedura de un animal rabioso.

Se ha clasificado según su caracterización epidemiológica en dos formas:

- Doméstica, es transmitida fundamentalmente por el perro, seguido del gato y otras mascotas como hámster y micos.
- Silvestre (selvática), propagada por animales silvestres, entre ellos los murciélagos hematófagos, zorros y lobos especialmente.

El curso clínico comprende un periodo prodrómico que dura entre dos y siete días y se caracteriza por sensación de hormigueo que puede acompañarse de dolor local en el sitio de la inoculación, irritabilidad, sensación de angustia, insomnio, depresión, cefalalgia, anorexia, fiebre, malestar general y alteraciones sensitivas indefinidas.

La enfermedad evoluciona al periodo neurológico agudo que suele durar de dos a seis días. En este periodo, aparecen signos de compromiso del sistema nervioso central tales como convulsiones, fasciculaciones, signos meníngeos, alucinaciones, hidrofobia (por espasmo de los músculos de la deglución al intentar ingerir alimentos), desorientación, confusión, estupor, pasando en forma alterna de periodos de gran excitación a una aparente tranquilidad o a una profunda depresión, hasta que se produce el estado de coma que suele durar en promedio dos semanas. Por último, la muerte sobreviene a consecuencia de la parálisis de los músculos respiratorios.

11.25 CONTROL VECTORIAL DE ARTRÓPODOS Y ROEDORES PLAGA

Definición y caracterización del evento

El artículo 201 de la ley 9ª de 1979, establece .el control integrado de plagas y/o vectores específicos se realizará mediante sistemas de combate, utilizando todas las técnicas, métodos y prácticas de saneamiento ambiental adecuados para eliminar o mantener los niveles de infestación bajos que no causen perjuicios al hombre.. Por tanto, las estrategias definidas en el programa deben ser consecuentes en la facilidad de

adquisición de los productos seleccionados y teniendo en cuenta las ventajas costo-beneficio.

Control vectorial de artrópodos y roedores plaga Se entiende como un conjunto de actividades de promoción, prevención y vigilancia, desarrolladas en forma intersectorial y con la participación comunitaria, tendientes a disminuir o controlar la población de estos animales, que pueden actuar como vectores mecánicos o huéspedes intermediarios ante problemas sanitarios o enfermedades zoonóticas.

Artrópodo

Animal invertebrado, con exoesqueleto y extremidades articuladas; comprende las familias de arácnidos, crustáceos, insectos y miriápodos.

Roedor plaga

Animal mamífero, especies mурidos y ratón doméstico, que han constituido a través de la historia múltiples problemas al género humano desde los puntos de vista social, económico, ecológico y cultural, como los permanentes e imprevisibles riesgos para la salud humana y animal.

Caracterización del evento

La lucha vectorial contra roedores plaga e insectos problemas en salud pública, ha tenido un nuevo enfoque, pues se trata de disminuir el factor de riesgo de transmisión de enfermedades a través de estos y no de eliminar a toda la población, ya que ellos cumplen un papel importante dentro de la cadena biológica.

Por tanto, las actividades deben ser de control y no de eliminación. Por tal razón, las medidas deben ser integrales y no limitarse al control químico; encaminadas hacia el trabajo y gestión intersectorial y comunitaria, con el fin optimizar los recursos humanos, financieros, físicos y de otra índole, que conduzcan a generar impacto en la salud pública.

En Bogotá, las infestaciones por mosquitos y roedores plaga se originan en lugares en los cuales existen deficientes condiciones higiénico-sanitarias, como caños, quebradas, espacios abiertos, focos de basura, ausencia de alcantarillado, deficiente disposición de residuos sólidos y líquidos y mala conservación de alimentos, entre otros. Por lo general, estas especies migran hasta las viviendas, donde los moradores posiblemente con sus actitudes y hábitos favorecen el contacto hombre-vector.

De acuerdo con el hábitat de los mosquitos, estos se desarrollan en lugares donde existe una fuente de agua, debido a que las primeras fases de vida son acuáticas (huevos, larvas y pupas), siendo la última fase terrestre (adulto).

Las larvas de *Culex quinquefasciatus* se encuentran en gran variedad de hábitats acuáticos, lénticos, naturales o artificiales. Se cría en desagües, aguas residuales,

charcas, pozos negros, pozos sépticos y letrinas de pozo; en general, ante cualquier acumulación o estancamiento de agua cerca de viviendas humanas.

Los mosquitos adultos son nocturnos y pican en la oscuridad; descansan en lugares fríos y húmedos, cerca al criadero en la vegetación o dentro de las viviendas. Los machos se alimentan de los extractos de las plantas; las hembras, además de éste régimen alimenticio, requieren de la ingesta sanguínea para madurar sus huevos.

En óptimas condiciones, el promedio de vida de un mosquito es de alrededor treinta días y en ese periodo de tiempo una hembra requiere por lo menos cuatro alimentaciones completas, hasta que su abdomen quede henchido de sangre.

Los mosquitos (*Aedes*, *Anopheles*, *Culex*, *Lutzomyas*), transmiten enfermedades como la malaria, el dengue, la fiebre amarilla, la leishmaniasis y la filariasis, que pueden causar desde una fiebre ligera hasta la muerte. En muchos países, el principal vector de la *Filaria bancrofti*, es el *Culex quinquefasciatus*. En Colombia, a esta especie no se le ha incriminado como transmisora de esta patología, quizá por falta de estudios entomológicos, pero constituye molestia sanitaria en áreas urbanas.

Es importante resaltar que en el Distrito Capital no se encuentran los vectores de las enfermedades relacionadas anteriormente, pero sí presencia de *Culex quinquefasciatus*, constituyéndose en una molestia sanitaria; por tanto, el sector salud considera fundamental intervenirla.

Respecto a la presencia de roedores en el Distrito, y por orden de importancia epidemiológica, las especies de múridos cosmopolitas son: *Rattus norvegicus*, *Rattus rattus* y *Mus musculus*.

Las ratas son un reservorio de infecciones y están asociadas con la transmisión de enfermedades como la peste bubónica, el tifus murino, la leptospirosis, la rabia, la giardiasis, la tularemia y la salmonelosis, entre las principales.

La presencia de roedores tiene relación directa con infestación por pulgas. Esta asociación afecta también al hombre, debido a que las pulgas de las especies intradomésticas se adaptan fácilmente a la vivienda y se reproducen en altas densidades.

Una rata vive alrededor de un año y durante este periodo de tiempo puede tener en promedio cuarenta y cinco crías. Bajo óptimas condiciones climáticas, comida abundante y gran cantidad de refugios la población roedora tiende a multiplicarse durante todo el año.

El detalle de la vigilancia de los “factores de riesgo del ambiente”, la “rabia humana” y “control vectorial de artrópodos y roedores plaga” entre ellos, debe consultarse en los protocolos de vigilancia correspondientes, a los cuales puede acceder en la biblioteca de la escuela.

12 PROCESO No 12

PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE EVENTOS DE ORIGEN LABORAL

12.1 Relación Salud y Trabajo

La interacción de los dos conceptos permite comprender la importancia de la prevención en la salud desde el trabajador y la empresa. El bienestar del trabajador es responsabilidad de sí mismo practicando buenos hábitos de salud, solucionando sus problemas personales y cumpliendo cada uno de los deberes establecidos por la empresa para protegerse de los peligros; así mismo el empleador alcanzara el éxito de su empresa cuidando el recurso humano al establecer procedimientos, normas de seguridad, inspeccionando el adecuado uso de los Elementos de Protección Personal (EPP) incentivando a los trabajadores. La relación entre salud, trabajo y ambiente, señala una dependencia donde en mayor afectado puede ser la salud y en segundo lugar el trabajo cuando los peligros del ambiente no son identificados, evaluados e intervenidos. Se trata de una relación que puede ser analizada desde diferentes puntos de vista ya que también el ambiente se puede ver afectado o agotado cuando el hombre no prevé consecuencias negativas como la contaminación, erosión, etc.

12.2 Clasificación de los peligros más Frecuente

BIOLÓGICO	que, al ingresar al organismo por ingestión, inhalación, absorción, o vía parenteral (cortes pinchazos o heridas sin protección pueden llegar a producir una enfermedad infectocontagiosa). Población más afectada: Trabajadores de la salud, camilleros, laboratoristas, veterinarios entre otros etc.	- bistori. - Desechos industriales y hospitalarios. - Basuras. - Desperdicios sólidos y líquidos. - Fluidos corporales.
BIOMECÁNICO	Se refiere a todos aquellos objetos, puestos de trabajo, máquinas, equipos y herramientas que por sus dimensiones, forma y diseño encierran una capacidad potencial de producir fatiga o lesiones osteomusculares, consecuencia de los sobreesfuerzos, posturas o movimientos inadecuados durante el desarrollo de la actividad. Algunos efectos son: - Estrés y fatiga física: Dolor lumbar, dorsal, cervical, trastornos vasculares periféricos etc. - Estrés visual: Fatiga visual y aumento de problemas visuales previos. - Estrés emocional: Estrés laboral y cefalea migrañosa, túnel del carpo, y epicondilitis	- Actividades económicas que pueden presentar el riesgo: Construcción, metalurgia, digitación, costura, reparto de alimentos y bebidas, acarreos entre otros. - Diseño del puesto de trabajo: -Superficies reflectivas. -Cambios de temperatura -Confort térmico -Ventilación -Superficies de trabajo -Espacio de trabajo -Diseño de herramientas. -Iluminación.
PSICOSOCIAL	Se refiere a la interacción que hay entre el ambiente de trabajo, las condiciones de la organización del mismo y las necesidades, capacidades y los hábitos y demás aspectos personales del trabajador, su familia y comunidad, que en un momento dado influyen negativamente en la salud el rendimiento en el trabajo y en la satisfacción laboral. Efecto: Ausentismo laboral, Estrés ocupacional, cambios en el comportamiento (agresividad, insatisfacción, ansiedad) trastornos físicos o psicosomáticos (fatiga, dolor de cabeza, hombros, cuello, espalda etc.)	- Contenido, - Monotonía, repetitividad y autonomía. - Organización del tiempo de trabajo: Ritmos, turnos y horarios. - Interrelaciones humanas: Funciones, participación, comunicación, roles y manejo de la autoridad. - Aspectos salariales e incentivos.
LOCATIVO	Hace referencia a las condiciones de la estructura física de la empresa (Diseño, construcción y mantenimiento).	- Estructuras o divisiones con riesgo de caer. - Sistema de almacenamiento. - Pisos defectuosos. - Techos en peligro de caer. - Falta de señalización. - Orden y aseo deficiente.

		- Ventanas y puertas en mal estado. - Salida de emergencia no señalizada y área con obstáculos. - Escalera sin pasamanos o barandas. - Ascensores.
MECÁNICO	Condiciones peligrosas originadas en un mecanismo, equipo u objeto, que al entrar en contacto, golpear o atrapar a una persona le puede provocar un daño físico: Amputaciones, heridas y traumas.	- Mecanismos en movimiento - Proyección de partículas - Manejo de herramientas - Equipos a presión - Elementos cortantes - Manipulación de materiales.
ELÉCTRICOS	Se refiere a los sistemas eléctricos de las máquinas, equipos e instalaciones locativas que por conducir o generar energía dinámica o estática, encierran la capacidad potencial de entrar en contacto con las personas pudiendo provocar según intensidad y duración: Quemaduras, shock y fibrilación ventricular	- Líneas conductoras sin entubar - Cables sueltos por el piso. - Empalmes defectuosos - Cajas sin cubrir - Tomas sin cubrir - Interruptores sin cubrir - Tomas mal ubicadas - Polo a tierra.
CONTAMINAMIENTO BÁSICO	Identificación y evaluación de todas aquellas fuentes reales y potenciales que generan contaminación dentro y fuera de la empresa.	- Desechos sólidos - Desechos líquidos. - Tanques de agua potable. - Orden y limpieza - Insectos y roedores - Aguas residuales.
FÍSICO - QUÍMICO	Comprende todos aquellos elementos y sustancias que, en ciertas circunstancias de inflamabilidad o combustibilidad, encierran una capacidad potencial de desencadenar incendios y explosiones. Pueden traer como consecuencia múltiples lesiones personales y daños de materiales.	- Materiales combustibles: Madera, papel y textiles. - Sustancias inflamables: Gasolina, éter y alcoholes. - Fuentes de calor: Arco eléctrico, equipos o aparatos eléctricos, fósforos etc.

12.2 Medidas de prevención y control.

Las medidas de prevención y control deben adoptarse con base en el análisis de pertinencia, teniendo en cuenta el siguiente esquema de jerarquización:

Eliminación del peligro/riesgo: Medida que se toma para suprimir (hacer desaparecer) el peligro/riesgo;

2. Sustitución: Medida que se toma a fin de remplazar un peligro por otro que no genere riesgo o que genere menos riesgo;

3. Controles de Ingeniería: Medidas técnicas para el control del peligro/riesgo en su origen (fuente) o en el medio, tales como el confinamiento (encerramiento) de un peligro o un proceso de trabajo, aislamiento de un proceso peligroso o del trabajador y la ventilación (general y localizada), entre otros;

4. Controles Administrativos: Medidas que tienen como fin reducir el tiempo de exposición al peligro, tales como la rotación de personal, cambios en la duración o tipo de la jornada de trabajo. Incluyen también la señalización, advertencia, demarcación de zonas de riesgo, implementación de sistemas de alarma, diseño e implementación de procedimientos y trabajos seguros, controles de acceso a áreas de riesgo, permisos de trabajo, entre otros; y,

5. Equipos y Elementos de Protección Personal y Colectivo: Medidas basadas en el uso de dispositivos, accesorios y vestimentas por parte de los trabajadores, con el fin de protegerlos contra posibles daños a su salud o su integridad física derivados de la exposición a los peligros en el lugar de trabajo. El empleador deberá suministrar elementos y equipos de protección personal (EPP) que cumplan con las disposiciones legales vigentes.

Los EPP deben usarse de manera complementaria a las anteriores medidas de control y nunca de manera aislada, y de acuerdo con la identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos. PARÁGRAFO 1. El empleador debe suministrar los equipos y elementos de protección personal (EPP) sin ningún costo para el trabajador e igualmente, debe desarrollar las acciones necesarias para que sean utilizados por los trabajadores, para que estos conozcan el deber y la forma correcta de utilizarlos y para que el mantenimiento o reemplazo de los mismos se haga de forma tal, que se asegure su buen funcionamiento y recambio según vida útil para la protección de los trabajadores.

PARÁGRAFO 2. El empleador o contratante debe realizar el mantenimiento de las instalaciones, equipos y herramientas de acuerdo con los informes de inspecciones y con sujeción a los manuales de uso.

PARÁGRAFO 3. El empleador debe desarrollar acciones de vigilancia de la salud de los trabajadores mediante las evaluaciones médicas de ingreso, periódicas, retiro y los programas de vigilancia epidemiológica, con el propósito de identificar precozmente efectos hacia la salud derivados de los ambientes de trabajo y evaluar la eficacia de las medidas de prevención y control; PARÁGRAFO 4. El empleador o contratante debe corregir las condiciones inseguras que se presenten en el lugar de trabajo, de acuerdo con las condiciones específicas y riesgos asociados a la tarea. (Decreto 1443 de 2014, art. 24).

12.3 Conceptos relacionados con el sistema de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST)

12.3.1 Conceptos Básicos

Seguridad y Salud en el Trabajo

A partir de la Ley 1562 de 2012, se entenderá la Salud Ocupacional como Seguridad y Salud en el

Trabajo, definida como aquella disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

Riesgo

Es la probabilidad y consecuencia de no controlar el peligro. Efecto de incertidumbre.

Peligro

Como una fuente, situación o acto con potencial para causar daño humano, deterioro de la salud, daños físicos o una combinación de estos.

Agente de riesgo

Es el elemento o acción desencadenante del factor de riesgo (virus, calor, frío, movimientos).

Condición insegura

Situación peligrosa presente en el puesto de trabajo.

Acto inseguro o subestandar

Son las acciones u omisiones cometidas por las personas que al violar normas o procedimientos previamente establecidos, posibilitan que se produzcan accidentes de trabajo.

Incidente de trabajo

Es un acontecimiento no deseado, que bajo circunstancias ligeramente diferentes, podría haber generado lesiones a las personas, daño a la propiedad o pérdida en el proceso, si no se aplican acciones inmediatas, a futuro se convertirá en accidente de trabajo.

Consecuencias de los accidentes laborales.

Son las lesiones personales y/o las pérdidas económicas derivadas de los AT. Las lesiones personales pueden ir desde pequeñas hasta la muerte. Las de tipo económico comprenden

pensiones por invalidez o de sobrevivientes, indemnizaciones por incapacidad temporal o incapacidad permanente parcial y auxilio funerario, los daños que se produjeron en las máquinas y/o equipos, paro en la producción y los valores de servicios médicos y los salarios entre otros.

Enfermedad Laboral

La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo, inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. Ley 1562 de 2012.

Morbilidad

Número proporcional de personas que se enferman en una población y en un tiempo determinado.

Mortalidad

Número proporcional de personas que mueren en una población y en un tiempo determinado.

Riesgo laboral

Se entiende por riesgo laboral el conjunto de factores físicos, psíquicos, químicos, ambientales, sociales y culturales que actúan sobre el individuo; la interrelación y los efectos que producen esos factores dan lugar a la enfermedad ocupacional.

Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL)

Conjunto de normas, entidades y procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrir con ocasión o como consecuencia del trabajo, su organización y funcionamiento. Fue establecido por el gobierno nacional mediante el decreto ley 1295 de 1984. Dentro de las entidades que lo conforman están:

- ☐ Ministerio de Protección Social
- ☐ Consejo Nacional de Riesgos Profesionales
- ☐ Junta de calificación de invalidez
- ☐ Superintendencia bancaria
- ☐ ARL

Medicina del trabajo

Es el conjunto de actividades de las ciencias de la salud dirigidas hacia la promoción de la calidad de vida de los trabajadores a través del mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud. Estudia la relación de salud-trabajo, iniciando con el examen de ingreso pasando por los exámenes de control periódico y de retiro; investigaciones de la interacción salud con los ambientes de trabajo, materias primas, factores de riesgo psicosocial y en ocasiones actividades de medicina preventiva como control de hipertensión, vacunación contra el tétano y prevención cáncer ginecológico. Involucra la implementación de programas de vigilancia epidemiológica (atención a un grupo específico de trabajadores que han sido diagnosticados con el inicio de una enfermedad y con el objetivo de detener su evolución).

Historia clínica ocupacional

Documento en el que se consigna el historial médico del trabajador y los factores de riesgo a los que estuvo expuesto en oficios anteriores. Debe realizarse con el examen de ingreso y revaluarse.

- **Requisitos para implementar el SG-SST**

Toda empresa debe cumplir mínimo con los siguientes aspectos:

- Política de Seguridad y salud en el Trabajo.
- Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
- Comité Paritario o vigía ocupacional de SST.

Diagnóstico de las condiciones de trabajo (Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos).

- Diagnóstico de las condiciones de salud.
- Documentos relacionados con el SG-SST
- Plan de emergencias y conformación de la brigada.
- Disponibilidad de recursos para implementar el SG-STT (humano, técnico y económico)
- Comité de convivencia laboral.
- Plan de mejoramiento
- Seguimiento a partir de indicadores.

- Política de Seguridad y salud en el Trabajo

Es el compromiso que hace la empresa para cumplir la legislación en materia de SST y medio ambiente, lo cual debe quedar plasmado en un documento escrito que debe ser aprobado y firmado por el gerente de la empresa, y debe ser divulgado a todo el personal administrativo y operativo, publicado en un lugar visible. Este documento debe ser presentado en el proceso de inducción al personal nuevo y actualizado anualmente.

Por otro lado, la empresa puede crear otro de tipo de políticas importantes relacionadas con el bienestar del trabajador y el servicio al cliente a partir del cumplimiento de diferentes procesos: Política de prevención ante el consumo de tabaco, alcohol y drogas; política de calidad (ISO), política de gestión ambiental y política de emergencia.

Artículo 2.2.4.6.5. Política de seguridad y salud en el trabajo (SST). El empleador o contratante debe establecer por escrito una política de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) que debe ser parte de las políticas de gestión de la empresa, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus trabajadores, independiente de su forma de contratación o vinculación, incluyendo los contratistas y subcontratistas. Esta política debe ser comunicada al Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo según corresponda de conformidad con la normatividad vigente. (Decreto 1443 de 2014, art. 5)

- Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial

El Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial (RHSI) es el conjunto de medidas en higiene y seguridad industrial que toda empresa o empleador está obligado a implementar para la protección de vida, la salud y el bienestar de los trabajadores a su servicio. (Artículo 348 del Código Sustantivo del Trabajo -CST-).

De acuerdo al Art. 350 de CST, el RHSI de acuerdo a la actividad económica de la empresa y los riesgos identificados debe incluir:

- Protección e higiene personal de los trabajadores.
- Prevención de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- Servicios médicos, sanidad del establecimiento y sala cunas.
- Prohibición de alojamiento en edificio de industrias peligrosas o insalubres (no saludable)
- Provisión de sillas para trabajadores de tiendas, boticas, fabricantes, talleres y similares.

- Condiciones locativas y de dotación para trabajadores en soldadura.
- Normas especiales para empresas mineras y petroleras.
- Medidas de seguridad en empresas de energía eléctrica, depósitos de explosivos, material inflamable y demás elementos peligrosos.
- Higiene en empresas agrícolas y forestales.
- Una vez aprobado el reglamento, el empleador debe mantenerlo fijado en dos lugares visibles de la empresa.

Se tramita en formulario oficial del Ministerio de Protección Social, firmado por el representante legal, anexando certificado de existencia y representación legal, se deben señalar los factores de riesgo que tiene la empresa. Se debe publicar en dos (2) lugares visibles a los trabajadores. Su actualización ante el Ministerio de Protección Social, se realiza cuando hay cambios significativos relacionados con: ARL, ubicación de la empresa, gerente, riesgos, entre otros.

- COPASST

COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO) O VIGIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Se crea con el propósito de concientizar a trabajadores y empleadores, respecto a su responsabilidad frente a las acciones de vigilancia y control de los riesgos. El Gobierno colombiano estableció la obligatoriedad de estos comités con el decreto 614 de 1984, luego los reglamentó y creó sus funciones en la resolución 2013 de 1986. Posteriormente sus funciones se incluyen en la Resolución 1016 de 1989 como integrantes del programa, en el cual su labor es dándoles funciones de vigilancia, promoción y capacitación.

Es un organismo asesor integrado por un número igual de representantes del empleador y de los trabajadores con sus respectivos suplentes. El empleador nombrará directamente sus representantes al comité y los trabajadores elegirán los suyos mediante votación directa. Se ha creado no para negociar sino para promover las actividades de Seguridad y salud en el trabajo al interior de la empresa. Todas las empresas e instituciones, públicas o privadas que tengan a su servicio diez o más trabajadores, están obligadas a conformar este Comité de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial. Estará compuesto por un número igual de representantes del empleador y de los trabajadores, con sus respectivos suplentes, así:

- De 10 a 49 trabajadores, un representante por cada una de las partes.
- De 50 a 499 trabajadores, dos representantes por cada una de las partes.
- De 500 a 999 trabajadores, tres representantes por cada una de las partes.
- De 1000 o más trabajadores, cuatro representantes por cada una de las partes.

A las reuniones del comité sólo asistirán los miembros principales. Los suplentes asistirán por ausencia de los principales y serán citados a las reuniones por el presidente del Comité. La empresa que posea dos o más establecimientos de trabajo podrá conformar varios comités, uno por cada establecimiento, teniendo en cuenta su organización interna. Los miembros de comité serán elegidos por dos años al cabo del cual podrán ser

reelegidos. El comité se reunirá por los menos una vez al mes en las instalaciones de la empresa y durante el horario de trabajo. En el caso de AT grave, enfermedad profesional o riesgo inminente, el comité se debe reunir con carácter extraordinario y con la presencia del responsable del área donde ocurrió el accidente o se identificó el riesgo, dentro de los cinco días siguientes a la ocurrencia del hecho. El empleador designará anualmente al presidente del comité de los representantes que él designa y el comité en reunión elegirá al secretario de entre la totalidad de sus miembros. En empresas con menos de 10 trabajadores se elegirá a un representante quien ocupará el cargo de Vigía de SST y cumplirá las mismas funciones del comité.

Funciones del COPASST

- Establecer con la administración de la empresa las medidas y el desarrollo de las actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares de trabajo.
- Proponer y participar en actividades de capacitación en SST dirigidas a todo el personal.
- Colaborar con los funcionarios de entidades gubernamentales de SST en las actividades que éstos adelanten en la empresa y recibir por derecho propio los informes.
- Vigilar el desarrollo de actividades que en materia de medicina, higiene y seguridad industrial debe realizar la empresa de acuerdo con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial (RHSI) y las normas vigentes.
- Colaborar en el análisis de las causas de los accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades profesionales y proponer al empleador las medidas correctivas a que haya lugar para evitar su ocurrencia. Evaluar los programas que se hayan realizado.
- Visitar periódicamente los lugares de trabajo e inspeccionar las diferentes máquinas, equipos y operaciones realizadas por los trabajadores en cada área. Informar al empleador los factores de riesgos identificados y las medidas correctivas.
- Estudiar y considerar las sugerencias que presenten los trabajadores en materia de medicina, higiene y seguridad industrial.
- Servir de coordinador entre los trabajadores y el empleador en la solución de problemas relativos al SST Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con salud ocupacional.
- Solicitar a la empresa periódicamente informes sobre accidentalidad, incidentes y enfermedad profesional.
- Elegir al secretario del comité.
- Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen, disponibles en cualquier momento para el empleador, los trabajadores y las autoridades.

- **Diagnóstico de condiciones de trabajo**

Se obtiene a través de la elaboración y análisis de la Matriz de identificación de peligros y control de riesgos. Es una herramienta de gestión que permite determinar objetivamente cuáles son los riesgos relevantes para la seguridad y salud de los trabajadores que enfrenta una organización

1.5.5. Diagnóstico de condiciones de salud

Este diagnóstico se obtiene a través de un proceso de recopilación y análisis de la información sobre los perfiles socio-demográficos y de morbi-mortalidad de la población trabajadora y la opinión directa de los trabajadores sobre sus condiciones (signos y síntomas) a partir de las experiencias cotidianas en su entorno de trabajo, al igual que sobre los hábitos que influyen sobre su bienestar y seguridad.

- **Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo**
Según el Decreto N° 1072-Artículo 2.2.4.6.4. Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo. El SG-SST debe ser liderado e implementado por el empleador o contratante, con la participación de los trabajadores y/o contratistas, garantizando a través de dicho sistema.

Normativa vigente:

El decreto 1072 de 2015: El objeto de este decreto es compilar la normatividad vigente del sector Trabajo, expedida por el Gobierno Nacional mediante las facultades reglamentarias conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política al Presidente de la República para para la cumplida ejecución de las leyes. Cuyo ámbito de aplicación de este decreto aplica a las entidades del sector Trabajo, así como a las relaciones jurídicas derivadas de los vínculos laborales, y a las personas naturales o jurídicas que en ellas intervienen.

Resolución 0312 de 2019: Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-STT.

* Los Estándares Mínimos del SG-STT, son un componente del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos laborales, de conformidad con el artículo 2.2.4.7.4 del Decreto 1072 de 2015.

Los Estándares Mínimos corresponden al conjunto de normas, requisitos y procedimientos de obligatorio cumplimiento de los empleadores y contratantes, mediante los cuales se establecen, verifican y controlan las condiciones básicas de capacidad técnico-administrativa y suficiencia patrimonial y financiera indispensables para el funcionamiento, ejercicio y desarrollo de actividades en el Sistema de Gestión SST.

La Resolución 0312 de 2019, deroga la Resolución 1111 de 2017.

12.3.2 Sistema Integrado de Calidad, Gestión Ambiental, Seguridad y Salud Ocupacional

Toda organización es un sistema complejo e integral formado por un grupo humano y una variedad de recursos físicos coordinada para la obtención de una finalidad establecida en el tiempo.

Sistema: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que actúan entre sí. Toda organización está constituida por varios sistemas individuales mutuamente, interactuantes; por lo tanto, la interrelación de los diversos sistemas hará que cada organización cumpla eficazmente con la misión para la cual se forma.

Aspectos comunes a los diferentes sistemas:

- Establecer una política.
- Fijar objetivos, definir responsabilidades y autoridades.
- Efectuar la documentación de los procesos, actividades o tareas a realizar y mantener dicha documentación controlada.
- Planificar las actividades y tareas a llevar a cabo para lograr los objetivos.
- Establecer procesos claves.
- Efectuar mediciones y seguimiento o monitoreo de procesos, actividades y tareas, llevar registros como evidencias de las actividades ejecutadas y controlar la gestión de los mismos.
- Tomar precauciones para controlar aquellos resultados o procesos que no satisfacen específicamente.
- Tener prevista la toma de acciones correctivas y preventivas cuando alguna situación no funciona de acuerdo a lo planificado.
- Efectuar evaluación del desempeño del sistema a través de auditorías (internas y externas).
- Revisar el sistema en forma periódica por parte de la dirección.

12.4 Afiliación al SST

Requisitos necesarios para afiliación de Independientes

- Fotocopia de afiliación a la empresa promotora de salud (EPS) - Fotocopia de afiliación al Fondo de Pensiones - Fotocopia del contrato de trabajo - Formulario de afiliación completamente.

12.4.1 Reporte de AT-EL

La notificación e investigación de los accidentes de trabajo es una de las principales actividades que la empresa necesita llevar a cabo para lograr un mejoramiento continuo de las condiciones de salud, seguridad y medio ambiente de los trabajadores. La recolección, análisis y ordenamiento de los datos relacionados con los eventos y las estadísticas que de allí resultan, ayudan a identificar factores de riesgo de los oficios o secciones más afectadas, la naturaleza de la lesión, las partes del cuerpo afectadas, los agentes de la lesión más comunes, entre otros aspectos; los cuales no sólo generarán

estrategias de mejora empresarial sino que también entregarán información fundamental para el diseño de políticas y programas nacionales a través de los informes entregados al Ministerio de la Protección Social. Es importante recordar que la resolución 1570 de 2005, por la cual se establecen las variables y mecanismos para la recolección de la información en salud ocupacional y riesgos profesionales, establece la obligatoriedad de registrar de manera.

clara y completa el Formato Único de Reporte de Accidentes de Trabajo FURAT.

FURAT- FUREP

El Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 0156 de 2005 a través de la cual reglamenta los Formatos De Reporte De Accidente De Trabajo Y Enfermedad Profesional (FURAT y FUREP).

El reporte debe ser diligenciado completamente y firmado por el empleador o contratante o por quien él designe. Así mismo, define que el empleador es responsable de la información que contenga el reporte. La Resolución ratifica que es el empleador o el contratante el responsable de reportar a la EPS y a la ARL la ocurrencia de los accidentes de trabajo o las enfermedades profesionales. Dicho reporte deberá realizarse dentro de los dos días siguientes a la ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad. Cuando el empleador no diligencie en su totalidad el formulario de reporte, la ARL, EPS o la IPS podrán solicitarle la información faltante, la cual deberá ser suministrada por el empleador dentro de los dos días hábiles siguientes, de lo contrario, la entidad dará aviso al Ministerio de la Protección Social quien iniciará la investigación correspondiente. Los documentos del reporte de presunto accidente de trabajo y enfermedad profesional servirán como prueba para que la entidad administradora califique el origen de la contingencia y facilitará el conocimiento de las causas, elementos y circunstancias en que se presentaron los eventos, lo cual facilitará la implementación de medidas de prevención de riesgos. Las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán remitir en forma mensual al Ministerio de la Protección Social una información detallada que permita consolidar una estadística de los eventos reportados por los empleadores.

Control de Peligros

Después de identificar los peligros en el trabajo, hay varios métodos que se pueden usar para "controlar los peligros" y proteger a los trabajadores. Algunos métodos de control de peligros son más efectivos que otros. Las soluciones posibles se pueden organizar en base a una jerarquía en forma de pirámide. Las soluciones más efectivas, en la parte de arriba de la pirámide, son las que "eliminan el peligro." Más abajo se encuentran las "reglas y prácticas de trabajo" y el "equipo de protección personal," las cuales sólo reducen o limitan la exposición al peligro. Muchas veces hay que usar varios métodos juntos para controlar los peligros y obtener la mejor protección para los trabajadores.

Eliminar el Peligro

La mejor manera de proteger a los trabajadores es eliminar los peligros en el trabajo por completo, o por lo menos, alejarlos de los trabajadores. Estos métodos se llaman controles de ingeniería. Resuelven el problema directamente y no dependen de las acciones de los trabajadores para funcionar bien. Como el peligro ya se ha eliminado, los trabajadores no tienen que usar equipo de protección personal ni tomar precauciones especiales.

La mejor manera de proteger a los trabajadores es eliminar los peligros en el trabajo por completo, o por lo menos, alejarlos de los trabajadores. Estos métodos se llaman controles de ingeniería. Resuelven el problema directamente y no dependen de las acciones de los trabajadores para funcionar bien. Como el peligro ya se ha eliminado, los trabajadores no tienen que usar equipo de protección personal ni tomar precauciones especiales.

Asigne el número de personas necesarias para llevar a cabo el trabajo de una forma segura.

Proporcionar Equipo de Protección Personal

El tercer método para reducir los riesgos es usar equipo de protección personal (PPE, sus siglas en inglés, o Personal Protective Equipment). El equipo de protección personal se pone sobre el cuerpo y protege a los trabajadores al reducir su exposición al peligro. Ejemplos de equipo de protección personal más común en las pequeñas empresas incluyen guantes, gafas protectoras, tapones para los oídos y zapatos especiales. En algunas empresas, pueden ser necesarios los respiradores, cascos y ropa especial. Use equipo de protección personal cuando no se puede usar los otros métodos de control o cuando estos no dan suficiente protección. Se debe tratar de eliminar el peligro o cambiar los procedimientos de trabajo primero. Usar equipo de protección personal se considera menos seguro que los otros métodos porque:

☐ No elimina el peligro. Simplemente reduce la exposición al poner una barrera entre el trabajador y el peligro.

- A veces los trabajadores no se lo ponen porque algunos tipos de equipo de protección personal son incómodos, dan calor o limitan el movimiento y la comunicación

☐ Tiene que quedarles bien para funcionar adecuadamente.

☐ Tiene que ser adecuado para peligros específicos. Por ejemplo, los guantes tienen que ser adecuados

para proteger al empleado de sustancias químicas específicas.

☐ Se tiene que enseñar a los empleados cómo usarlo adecuadamente.

Use Más de un Método

A veces se necesita más de un método para controlar un peligro. Aunque los controles de ingeniería suelen ser los métodos más efectivos, también se necesitan programas de capacitación y reglas adecuadas. En algunas situaciones, también es esencial tener equipo de protección personal.

Análisis e investigación de AL e Incidentes

Es obligación tanto de la empresa como de la ARL, investigar las causas de cada accidente ocurrido inmediatamente después del evento. Por medio de lo anterior, la empresa llevara un análisis estadístico de indicadores IS (índice de severidad) / IF (índice de frecuencia) / ILI (índice de lesiones incapacitante) y tendencial de causalidad para determinar las medidas preventivas y correctivas que se deben implementar. Adicionalmente la persona encargada de la gestión de Salud Ocupacional en la empresa, debe hacer seguimiento a cada caso para conocer el estado de salud y condición de trabajo del empleado.

Para la investigación y análisis de los AL, se debe identificar en cada caso las causas básicas o inmediatas.

- Causas Básicas: Corresponden a las causas reales que se manifiestan después de los síntomas, son las razones por las cuales ocurren las causas inmediatas. Las componen los factores personales (Capacidad física y mental, tensión física o psicológica, falta de conocimiento o de habilidad y bajo interés por el auto cuidado). Y factores del trabajo (Ej.: Supervisión, inducción).

- Causas Inmediatas: Circunstancias que se presentan antes del contacto que produce la pérdida (enfermedad o accidente); se divide en actos y condiciones sub estándar o inseguras. Los actos son acciones no preventivas por parte del trabajador y la condición riesgos ambientales, del lugar o circunstancias.

Todo afiliado al sistema general de riesgos profesionales que sufra un accidente de trabajo o enfermedad profesional o como consecuencia de ellos se incapacite, se invalide o muera, tendrá derecho a que la ARL le presta los servicios.

asistenciales (atención médica) y le reconozca las prestaciones económicas (Pensiones por invalidez, pensión para sobrevivientes, auxilio funerario). En el caso de la no afiliación a la ARL la empresa correrá con todos los gastos que incurrirá los ATEP. El artículo 62 del decreto 1295 de 1994 establece para el empleador la obligatoriedad de reportar el accidente de trabajo o la enfermedad profesional dentro de los dos días siguientes a la ocurrencia del accidente o el diagnóstico de la enfermedad. El informe deberá realizarse de forma simultánea a la ARL y a la EPS cuando ésta atienda el caso y se deberá entregar copia del mismo al trabajador. Las multas por el no reporte de AL o la realización de manera extemporánea podrán ser de hasta doscientos (200) salarios mínimos mensuales vigentes (smlmv). De igual manera se establece la obligatoriedad del reporte de AL o EL por parte del trabajador y las sanciones conforme al reglamento interno de la empresa.

Responsabilidad en la Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo Legalmente la empresa, los trabajadores y las ARL adquieren responsabilidades para programar y aplicar medidas preventivas correctivas para prevenir los riesgos profesionales (ATEP). De acuerdo al código sustantivo de trabajo y la legislación en materia de salud ocupacional, las obligaciones de cada uno de los involucrados son: 2.2.6.1 Obligaciones de los Trabajadores

- Procurar el cuidado integral de su salud.
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Los pensionados por invalidez por riesgos profesionales deben mantener actualizada la información sobre su domicilio, teléfono y demás datos que sirvan para efectuar las visitas de reconocimiento. Por otro lado, deben informar a la AR, el momento en el cual desaparezca o se modifique la causa por la cual se otorgó la pensión.
- Dar cumplimiento a las obligaciones que les correspondan en materia de medicina, higiene y seguridad industrial, de acuerdo con las normas.
- Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para control de riesgos, los equipos de protección personal que el patrono suministre, conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
- Abstenerse de operar sin la debida autorización vehículos, maquinarias o equipos distintos a los que les han sido asignado.
- Dar aviso inmediato a los superiores sobre las condiciones defectuosas o fallas en las instalaciones, maquinarias, procesos y operaciones de trabajo y sistemas de control de riesgos Acatar las indicaciones de los servicios de Medicina preventiva y Seguridad industrial de la empresa y en caso necesario utilizar prontamente los servicios de primeros auxilios.
- No introducir bebidas u otras sustancias autorizadas en los lugares o centros de trabajo, ni presentarse en los mismos bajo los efectos de sustancias embriagantes, estupefacientes o alucinógenas; Comportarse en forma responsable y seria en la ejecución de sus labores.
- Asistir a las actividades de SST, programadas por el empleador: Capacitación, jornada o brigadas de salud, reunión de COPASST vigía ocupacional.
- Uso y cuidado de EPP

Obligaciones de los Empleadores

- Dar un cumplimiento a las normas legales en Medicina, Higiene y seguridad Industrial, elaborar su propia reglamentación y hacer cumplir a los trabajadores las obligaciones en SST que les correspondan.
 - Proveer y mantener el medio ambiente ocupacional en adecuadas condiciones de higiene y seguridad.
 - Establecer un servicio médico permanente de medicina industrial en aquellos establecimientos que presentes mayores riesgos de accidentes y enfermedades profesionales. Exámenes psicofísicos, periódicos y de retiro, asesoría médico laboral y los que se requieran de acuerdo a las circunstancias. Llevar la estadística pertinente.
 - Asistenciales (atención médica) y le reconozca las prestaciones económicas (Pensiones por invalidez, pensión para sobrevivientes, auxilio funerario). En el caso de la no afiliación a la ARL la empresa correrá con todos los gastos que incurrirá los ATEP.
- El artículo 62 del decreto 1295 de 1994 establece para el empleador la obligatoriedad de reportar el accidente de trabajo o la enfermedad profesional dentro de los dos días

siguientes a la ocurrencia del accidente o el diagnóstico de la enfermedad. El informe deberá realizarse de forma simultánea a la ARL y a la EPS cuando ésta atienda el caso y se deberá entregar copia del mismo al trabajador.

Las multas por el no reporte de AL o la realización de manera extemporánea podrán ser de hasta doscientos (200) salarios mínimos mensuales vigentes (smlmv). De igual manera se establece la obligatoriedad del reporte de AL o EL por parte del trabajador y las sanciones conforme al reglamento interno de la empresa.

Responsabilidad en la Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo, Legalmente la empresa, los trabajadores y las ARL adquieren responsabilidades para programar y aplicar medidas preventivas correctivas para prevenir los riesgos profesionales (ATEP). de acuerdo al código sustantivo de trabajo y la legislación en materia de salud ocupacional, las obligaciones de cada uno de los involucrados son:

Obligaciones de los Trabajadores

- Procurar el cuidado integral de su salud.
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Los pensionados por invalidez por riesgos profesionales deben mantener actualizada la información sobre su domicilio, teléfono y demás datos que sirvan para efectuar las visitas de reconocimiento. Por otro lado, deben informar a la AR, el momento en el cual desaparezca o se modifique la causa por la cual se otorgó la pensión.
- Dar cumplimiento a las obligaciones que les correspondan en materia de medicina, higiene y seguridad industrial, de acuerdo con las normas legales y la reglamentación que establezca el patrono.
- Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para control de riesgos, los equipos de protección personal que el patrono suministre, conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
- Abstenerse de operar sin la debida autorización vehículos, maquinarias o equipos distintos a los que les han sido asignado.
- Dar aviso inmediato a los superiores sobre las condiciones defectuosas o fallas en las instalaciones, maquinarias, procesos y operaciones de trabajo y sistemas de control de riesgos Acatar las indicaciones de los servicios de Medicina preventiva y Seguridad industrial de la empresa y en caso necesario utilizar prontamente los servicios de primeros auxilios.
- No introducir bebidas u otras sustancias autorizadas en los lugares o centros de trabajo, ni presentarse en los mismos bajo los efectos de sustancias embriagantes, estupefacientes o alucinógenas; Comportarse en forma responsable y seria en la ejecución de sus labores.
- Asistir a las actividades de SST, programadas por el empleador: Capacitación, jornada o brigadas de salud, reunión de COPASST vigía ocupacional.
- Uso y cuidado de EPP

Obligaciones de los Empleadores

- Dar un cumplimiento a las normas legales en Medicina, Higiene y seguridad Industrial, elaborar su propia reglamentación y hacer cumplir a los trabajadores las obligaciones en SST que les correspondan.
- Proveer y mantener el medio ambiente ocupacional en adecuadas condiciones de higiene y seguridad.
- Establecer un servicio médico permanente de medicina industrial en aquellos establecimientos que presentes mayores riesgos de accidentes y enfermedades profesionales. Exámenes psicofísicos, periódicos y de retiro, asesoría médico laboral y los que se requieran de acuerdo a las circunstancias. Llevar la estadística pertinente.
- Organizar y desarrollar programas permanentes de Medicina preventiva, higiene y seguridad industrial y crear los comités paritarios o vigía ocupacional que se reunirán periódicamente, levantando las actas respectivas.
- El Comité de Higiene y Seguridad deberá intervenir en la elaboración del Reglamento de Higiene y Seguridad o en su efecto un representante de la empresa.
- Aplicar y mantener en forma eficiente los sistemas de control necesarios para la protección de los trabajadores y la colectividad contra los riesgos profesionales y condiciones o contaminantes ambientales originados en las operaciones y procesos de trabajo.
- Suministrar instrucción adecuada a los trabajadores antes de que se inicie cualquier ocupación, sobre los riesgos y peligros que puedan afectarles y sobre la forma, métodos y sistemas que deban observarse para prevenirlos o evitarlos.
- Investigar todo accidente de trabajo o incidente, para determinar medidas preventivas o correctivas.

Obligaciones de la ARL:

- Asesoría técnica básica para el diseño del programa de salud ocupacional en la respectiva empresa.
- Capacitación básica para el montaje de la brigada de primeros auxilios.
- Capacitación a los miembros del comité paritario de salud ocupacional, en aquellas empresas con un número mayor de 10 trabajadores, o vigías ocupacionales en las empresas con un número menor de 10 trabajadores.
- Fomento de estilos de trabajo y de vida saludables, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de las empresas.

12.5 RENUMERAR

Elementos de Protección Personal Medida preventiva que ha sido diseñada para uso del trabajador, dependiendo de la parte corporal que puede verse afectada por la exposición de riesgos. Se emplean cuando los peligros no han podido ser eliminados por completo o controlados por otros medios. Deben ser suministrados teniendo en cuenta los requerimientos específicos de los puestos de trabajo y el riesgo. Es necesario capacitar en su uso y mantenimiento. Diseñados para proteger diferentes partes del cuerpo: Cabeza, ojos, vías respiratorias, oídos, pies y manos. Por ejemplo: Ropa de trabajo,

cascos, anteojos, mascara facial, tapa oídos, botas con puntera de refuerzo de acero, guantes, arnés, cinturón de seguridad y sumí máscaras. Para la selección del EPP, se tiene en cuenta: - Peligro: La intensidad y el tipo de riesgo al que se verá afectado el trabajador. - La funcionabilidad: Tipos especiales de equipos de acuerdo con las labores específicas. - La causalidad: Normas técnicas y calidad de los materiales utilizados para su elaboración. 2.7.1 Mantenimiento Y

Vida Útil De Los EPP.

Dentro de las recomendaciones para el empleador y el trabajador están: - Se debe respetar la fecha de caducidad que especifica el fabricante de EPP. - No debe ocasionar riesgo adicional o molestias innecesarias en el trabajador. - Es necesario tener en cuenta las condiciones anatómicas y fisiológicas como también el estado de salud del trabajador. - La utilización, el almacenamiento, el mantenimiento, la limpieza, la desinfección y la reparación deberán realizarse según instrucciones del fabricante. - Los EPP, estarán destinados al uso personal. 2.7.2 Equipo según área de trabajo y circunstancia: DECRETO NÚMERO 1072 de 2015 Hoja N°. 15 Capítulo 4. Calzado y Overoles para trabajadores: Artículo 2.2.1.4.1. Calzado y vestido de labor. Para efectos de la obligación consagrada en el artículo 230 del Código Sustantivo del Trabajo, se considera como calzado y vestido de labor el que se requiere para desempeñar una función o actividad determinada. El overol o vestido de trabajo de que trata el artículo 230 del Código Sustantivo de Trabajo debe ser apropiado para la clase de labores que desempeñen los trabajadores y de acuerdo con el medio ambiente donde ejercen sus funciones. (Decreto 982 de 1984, art.1) Artículo 2.2.1.4.2. Favorabilidad respecto a la dotación de calzado y vestido. Cuando la convención o pacto colectivo u arbitral, contrato sindical, contratado individual o prestación igual o similar a la señalada en el artículo 10 de la Ley 11 de 1984, se aplicará integralmente la más favorable al trabajador, de acuerdo a lo señalado en el artículo 21 del Código Sustantivo del Trabajo. (Decreto 982 de 1984, art.2) Artículo 2.2.1.4.3. Prohibición de exigencia simultánea. De ninguna manera podrán exigirse independientemente las obligaciones contenidas en el artículo anterior y las contempladas en el artículo 7o. de la Ley 11 de 1984.

12.6 Enfermedad Laboral

12.6.1 Concepto

Es aquella contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo, inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. (Ley 1562/12) El Gobierno Nacional, determina en forma periódica las enfermedades que se consideran como laborales y en el caso en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedad laboral, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad laboral. Por otro lado, el Ministerio de Salud y Ministerio del Trabajo, realizarán una actualización de la tabla de enfermedades laborales por lo menos cada tres (3) años, atendiendo a los estudios

técnicos y financiados por el Fondo Nacional de riesgos laborales; por lo tanto el 05 de agosto de 2014, el ministerio de trabajo actualizó la tabla de enfermedades profesionales por medio del Decreto 1477.

2.8.2. Antecedentes de Marco legal En el decreto 1832 (Agosto 03 de 1994) se adoptaron 42 enfermedades como profesionales: Silicosis, silicoantracosis (polvo de carbón y sílice), asbestosis, talcosis, siderosis (óxido de hierro), baritosis (óxido de barro), estañosis, calicosis, bisinosis (algodón), bagazosis (caña de azúcar), enfermedad pulmonar por polvo de cañamo, tabacosis, saturismo (plomo), hidraginismo (mercurio), enfermedades causales por el cadmio, manganismo (manganeso), cromismo, beriliosis (berilio), enfermedades por vanadio, enfermedades por radiaciones ionizantes, infrarrojas, radiaciones ultravioleta, enfermedades por iluminación insuficiente, sordera profesional, por vibración, calambre ocupacional de mano o antebrazo, enfermedad por bajas o altas temperaturas, catarata profesional, síndromes por alteraciones barométricas, nistagmos de los mineros, lesiones osteomusculares por esfuerzo físico o movimientos repetitivos, enfermedades infecciosas y parasitarias por exposición a riesgo biológico, enfermedades por sustancias químicas, asma ocupacional y neumonitis inmunológica, cáncer de origen ocupacional y patologías causadas por el estrés laboral. En el año 2009. El decreto 2566, adopta la nueva tabla de enfermedades profesionales haciendo una revisión de la misma. La dirección general de riesgos profesionales del Ministerio de Protección Social publicó en el año 2004 el informe de EP en Colombia (2001-2002) en el cual se define un plan de trabajo cuyo objetivo fundamental es incrementar el diagnóstico y prevenir las EP de mayor prevalencia en Colombia. Durante el 2006 se construyeron las primeras cinco guías, las cuales abordaron los desórdenes musculo- esqueléticos de miembros superiores y de columna vertebral relacionado con el trabajo, la hipoacusia neurosensorial y las neumoconiosis (silicosis antracosis y asbestosis). Dando continuidad al trabajo, durante el año 2007 se elaboraron cinco guías más sobre los siguientes temas: - Guía de atención integral de salud ocupacional (Gatiso) basada en la evidencia, para cáncer de pulmón relacionado con el trabajo. - Gatiso para trabajadores expuestos a plaguicidas inhaladores de la colinesterasa (órganos fosforados y carbonatos) - Gatiso, para trabajadores expuestos a benceno y sus derivados. - Gatiso para dermatitis de contacto ocupacional. - Gatiso, para asma ocupacional.

2.8.3. Determinación de Causa – Efecto en Enfermedad laboral Para determinar la relación de causa-efecto, se considera: - La presencia de un factor de riesgo causal ocupacional en el sitio de trabajo en el cual estuvo expuesto el trabajador. - La presencia de una enfermedad diagnosticada médicamente y relacionada causalmente con dicho factor de riesgo. - No hay relación de causa - efecto cuando: - El examen médico pre ocupacional practicado por la empresa detectó y registró el diagnóstico de la enfermedad en cuestión. - La demostración mediante mediciones ambientales o de indicadores biológicos específicos, señale que la exposición fue insuficiente para causar la enfermedad.

2.9. Exámenes Ocupacionales

2.9.1 Exámenes de Ingreso o Preocupacionales

Se realizan para establecer la capacidad física y psicológica de un aspirante para realizar un trabajo determinado, evaluar la salud general del individuo, elevar el nivel de satisfacción en el trabajador ubicándolo en el puesto adecuado a sus condiciones físicas y

mentales. Se registra por medio de una historia clínica ocupacional, que sirva para posteriores evaluaciones. 2.9.2 Examen de Retiro Evalúa la salud del trabajador en el momento de retirarse de la empresa, con el objetivo de identificar algún efecto en su bienestar tanto físico como emocional, resultado de la exposición a factores de riesgo durante el tiempo en que laboró con la empresa. El departamento de recursos humanos de la empresa debe comunicar por escrito al profesional de medicina y al trabajador, la necesidad de realizar el examen y debe cumplirse dentro de los cinco primeros días hábiles después del retiro, ya que se presume que el trabajador se retiró. 2.9.3 Exámenes Paraclínicos Periódicos o de Control Su objetivo es hacer prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de condiciones de la salud asociados al trabajo y a las enfermedades comunes. Incluyen laboratorios de rutina (cuadro hemático, parcial de orina etc.), otros sofisticados (colinesterazas, nivel de plomo, mercurio, solventes) y algunos más como audiometrías, Visiometrías y optometrías. Se realizan para precisar los efectos de la exposición a factores de riesgo, la capacidad de desempeño del trabajador en su puesto. Mínimo se deben realizar una vez al año, según programa de vigilancia epidemiológica. 2.9.4 Diagnostico de Condiciones de Salud Se obtiene a través de un proceso de recopilación y análisis de la información sobre los perfiles socio demográficos y de morbi-mortalidad de la población trabajadora y la opinión directa de los trabajadores sobre sus condiciones (signos y síntomas) a partir de las experiencias cotidianas en su entorno de trabajo.

12.6.2 Los valores límites permisibles

TVL: Valor límite umbral, son valores guía (no estándares) preparados por la Conferencia Americana de higienistas industriales gubernamentales para ayudar a los higienistas industriales a tomar decisiones relacionadas con niveles seguros de exposición a diferentes peligros que se encuentran en el lugar de trabajo.

Reflejan el nivel de exposición que un trabajador puede experimentar, sin un riesgo razonable de enfermedad o daño.

STEL: Límite de exposición a corto plazo. Por ejemplo, el STEL de una sustancia es definido como la concentración de dicha sustancia a la cual los trabajadores pueden estar expuestos continuamente durante un corto periodo de tiempo sin sufrir irritación o daño crónico. Generalmente se usan cuando se han constatado efectos tóxicos de exposiciones agudas altas tanto en el hombre como en los animales. Por otro lado, está relacionado con otros valores como son el TVL y el TWA.

TWA: Valor límite ambiental o concentración media ponderada en el tiempo, para una jornada normal de trabajo de ocho (8) horas y una semana laboral de 40 horas, a la que pueden estar expuestos todos los trabajadores repetidamente día tras día, sin efecto adverso.

CEILING: Límite máximo al que puede estar expuesto el trabajador.

Los valores límites permisibles, son aplicables a cada uno de los riesgos higiénicos como el ruido, riesgo químico, temperatura etc.

Por ejemplo, para exposición al ruido:

8 horas	-	85 decibeles.
4 horas	-	90 decibeles.
2 horas	-	95 decibeles
1 hora	-	100 decibeles
½ hora	-	105 decibeles
¼ hora	-	110 decibeles
1/8 hora	-	115 decibeles

12.6.3 Equipo de Protección Individual

EPI	RIESGO A CUBRIR
1. Ropa de trabajo	-Proyección de partículas. -Salpicaduras (químicos, metales fundidos). -Contacto con sustancias o material caliente. -Condiciones ambientales de trabajo.
2. Protección craneana (Casco, Capuchones)	-Caída de objetos. -Golpes con los objetos. -Contacto eléctrico. -Salpicaduras.
3. Protección ocular (Anteojos, máscara facial)	-Proyección de partículas. -Vapores (ácidos, alcalinos, etc.). -Salpicaduras (químicos, metales fundidos). -Radiaciones (infrarroja, ultravioleta).
4. Protección auditiva (Tapa oídos)	Niveles sonoros superiores a 85 decibeles.

5. Protección de los pies (Zapatos, botas)	-Golpe o caída de objetos penetración de objetos. -Resbalones. -Contacto eléctrico.
6. Protección de las manos (Guantes, manoplas)	-Salpicaduras (químicos, metales fundidos). -Cortes con objetos y materiales. -Contacto eléctrico. -Contacto con superficies calientes.
7. Protección respiratoria (Máscaras, equipos, autónomos)	Inhalación de polvos, vapores, humo gaseoso o nieblas que puedan promover

	intoxicación.
8. Protección de caídas desde alturas (Arnés, cinturón de seguridad)	-Caída desde las alturas.

12.6.4 Exámenes Ocupacionales

➤ Exámenes de ingreso o preocupacionales

Se realizan para establecer la capacidad física y psicológica de un aspirante para realizar un trabajo determinado, evaluar la salud general del individuo, elevar el nivel de satisfacción en el trabajador ubicándolo en el puesto adecuado a sus condiciones físicas y mentales. Se registra por medio de una historia clínica ocupacional, que sirva para posteriores evaluaciones.

➤ Examen de retiro

Evalúa la salud del trabajador en el momento de retirarse de la empresa, con el objetivo de identificar algún efecto en su bienestar tanto físico como emocional, resultado de la exposición a factores de riesgo durante el tiempo en que laboró con la empresa. El departamento de recursos humanos de la empresa debe comunicar por escrito al profesional de medicina y al trabajador, la necesidad de realizar el examen y debe cumplirse dentro de los cinco primeros días hábiles después del retiro, ya que se presume que el trabajador se retiró.

➤ Exámenes paraclínicos periódicos o de control

Su objetivo es hacer prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de condiciones de la salud asociados al trabajo y a las enfermedades comunes. Incluyen laboratorios de rutina (cuadro hemático, parcial de orina etc.), otros sofisticados (colinesterazas, nivel de plomo, mercurio, solventes) y algunos más como audiometrías, visiometrías y optometrías. Se realizan para precisar los efectos de la exposición a factores de riesgo, la capacidad de desempeño del trabajador en su puesto. Mínimo se deben realizar una vez al año, según programa de vigilancia epidemiológica.

12.6.1 Diagnóstico de condiciones de salud

Se obtiene a través de un proceso de recopilación y análisis de la información sobre los perfiles sociodemográficos y de morbi-mortalidad de la población trabajadora y la opinión directa de los trabajadores sobre sus condiciones (signos y síntomas) a partir de las experiencias cotidianas en su entorno de trabajo, al igual que sobre sus hábitos, y preferiblemente por medio de los exámenes ocupacionales.

12.6.2 Vigilancia epidemiológica

Comprende las siguientes etapas:

- Recolección de datos.
- Análisis de información, con lo que se busca establecer asociaciones de tipo estadístico, tendencias y hacer seguimiento mediante índice.

- Interpretación de la información, formulación de hipótesis sobre causalidad, control, prevención y futuro comportamiento de la enfermedad profesional común o accidente de trabajo.
- Acciones de prevención, control y seguimiento de los riesgos y sus efectos.
- Evaluación y Recomendaciones.

12.7 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DE ACUERDO A NORMAS TÉCNICAS LEGALES VIGENTES.

Plan de emergencias:

Instrumento que define políticas, objetivos, estrategias, acciones y programas mediante los cuales debe orientar las actividades intra e interinstitucionales para la prevención y mitigación de riesgos, los preparativos para la atención para la atención de emergencias, la recuperación en caso de desastre y el entrenamiento de personas para aplicar dichas técnicas.

Plan de contingencia:

Componente del plan para emergencias y desastres que contiene los procedimientos para la pronta respuesta en caso de presentarse un evento específico.

Desastre:

Alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente causadas por un suceso natural o generado por la actividad humana, que exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Emergencia:

Situación que aparece cuando surge un suceso inesperado que causa daños en las personas, bienes, los servicios o el medio ambiente.

Contingencia:

Posibilidad de ocurrencia de una calamidad que permite preverla y estimar la evolución y la probable intensidad de sus efectos, si las condiciones se mantienen invariables.

Zonas de riesgo:

Zonas que por su naturaleza, equipo, almacenaje, características físicas, acumulación de materiales o cualquier otro factor proporcionan riesgo al personal, visitantes y bienes de la empresa.

Amenaza:

Puede calificarse en cuatro categorías, el primer tipo constituye una amenaza con corta recurrencia (menor de 5 a 10 años) y que genera daños comparativamente más severos y de más amplia cobertura. El segundo tipo de amenaza, con largos periodos de recurrencia (mayor de 10 años) y que generan daños severos y de amplia cobertura. El tercer tipo de amenaza es corta la recurrencia (5 o 10 años) con daños intermedios o

menores. Finalmente, el cuarto tipo de amenaza presenta largos periodos de recurrencia (mayor de 10 años) y que generan daños intermedios o menores y más circunscritos.

12.7.1 Análisis de la vulnerabilidad:

Corresponde al estudio de la vulnerabilidad de elementos expuestos (población, áreas, sectores), características de la población (perfil, antecedentes), nivel de organización (conocer sobre el riesgo, acciones adelantadas, actividades dispuestas para recuperar los posibles daños) y capacidad de respuesta de la población (conocimiento de riesgo, actitud).

El análisis de vulnerabilidad, tendrá tres objetivos: Definir medidas que incluirá el plan de investigación (obras de fortalecimiento, planes de mejoramiento, estudios de cimentación, etc.) definir medidas y procedimientos para elaborar el plan de emergencia y evaluar la efectividad de las acciones (capacitación, talleres seminarios, simulacros).

En resumen, la vulnerabilidad es la susceptibilidad o factor de riesgo interno de un componente o sistema como un todo, de ser dañado total o parcialmente por el impacto de una amenaza.

Plan de evacuación:

Conjunto de actividades y procedimientos tendientes a conservar la vida y la integridad física de las personas desalojándolas de una zona de alto riesgo a una zona segura en el menor tiempo posible, durante una emergencia.

Plan de ayuda mutua:

Acuerdo entre empresas vecinas o del sector que les permiten prestarse colaboración en la eventualidad de una emergencia que demande mayores recursos de los propios disponibles. La colaboración del sector redunda altos rendimientos costo - beneficio.

12.7.2 Emergencia:

Alteración parcial o total de las actividades de una empresa ocasionada por la ocurrencia de un evento que genera peligro inminente y que puede desencadenar un siniestro.

Clases de emergencia:

Naturales (Terremotos, huracanes, inundaciones, rayos y granizadas), tecnológicas (Incendio, explosiones, fugas, derrumbes y colapsos estructurales) y criminales (atentados, secuestros, amenazas bombas, epidemias, disturbios y sabotajes).

Siniestro:

Evento repentino que tiene consecuencias negativas sobre un sistema, la empresa en este caso, manifestados en daños a la propiedad, lesiones a las personas y pérdidas en general. Pueden ser accidentales o intencionales. Los accidentes son siniestros no planeados.

Brigada de emergencia:

Es un grupo de trabajadores organizados, entrenados y equipados para identificar las condiciones de riesgo que puedan generar emergencias en las empresas y desarrollar acciones de prevención de las mismas, preparación para actuar adecuadamente, mitigación de los efectos y atención de las emergencias en su etapa inicial.

Los integrantes de la brigada tienen como perfil:

- Ser voluntarios.
- Representar a todas las áreas y turnos.
- Tener permanencia dentro de la empresa.
- Liderazgo que permita la participación y creatividad de otros integrantes.
- Conocimiento de la empresa y sus procesos.
- Buenas condiciones de salud y estado físico.
- Estabilidad emocional en situaciones de crisis.

Por lo general la brigada de emergencia la conforman los siguientes grupos:

- **Primeros auxilios:** Debe prestar los primeros auxilios a los lesionados por la emergencia en el área donde laboran, si la lesión es grave o son varios heridos se solicita apoyo en comunicación con el coordinador de la brigada.
- **Evacuación:** Encargado de asegurar la salida de las personas de las diferentes instalaciones de la empresa hasta un lugar seguro. Igualmente, comunican novedades a un coordinador e impiden que se regrese el personal al lugar del siniestro.
- **Búsqueda y rescate:** Realiza operación de búsqueda y rescate de las personas que queda atrapadas en las instalaciones previa comunicación del coordinador de brigada.
- **Contra incendio:** Deben conocer como los grupos anteriores, los riesgos que existen en el lugar de trabajo, actuarán prontamente cuando se informe de una emergencia de incendio, tratarán de extinguirlo si está en una etapa incipiente y siempre y cuando no esté en riesgo su integridad. Coordinará con grupos de red de apoyo (Bomberos, Cruz Roja, Defensa Civil etc.).

12.7.3 Responsabilidades antes, durante y después de la Emergencia

Director de COE (Comité de emergencias – conformado por la gerencia)

Antes de la emergencia

- Dar soporte y solidez a la estructura orgánica del plan de emergencias, asumiendo el liderazgo y responsabilidad desde el más alto nivel jerárquico.

- Crear políticas, procedimientos, programas y actividades propias del plan de emergencias en fases de pre-planteamiento, entrenamiento y situaciones de emergencias.
- Ejercer control y seguimiento sobre el desarrollo y control del programa para atención de emergencias, velando porque se realice por lo menos un simulacro anual del plan de emergencias, con la participación de todos los niveles de la organización.
- Establecer los objetivos del plan de emergencias y su alcance.
- Decidir la información que debe suministrar la coordinación de prensa a los medios de comunicación pública en caso de emergencias.
- Elaboración del análisis de vulnerabilidad.
- Determinar cuáles son los parámetros para la selección de los brigadistas.
- Establecer el reglamento por el cual se regirá la brigada de emergencia.
- Realizar reuniones periódicas (mínimo semestralmente) para mantener actualizado permanentemente el Plan de Emergencias y garantizar el mantenimiento del mismo. Se debe mantener actas de todas las reuniones realizadas por el Comité de Emergencias.
- Evaluar los procesos de atención de las emergencias para retroalimentar las acciones de planificación.

Durante la emergencia

- Evaluar las condiciones de la naturaleza y la magnitud de la emergencia.
- Distribuir los recursos físicos y humanos para la atención oportuna de la emergencia.
- Tomar decisiones en cuanto a evacuación total o parcial de la empresa.
- Coordinar las acciones operativas en la atención de emergencias.
- Recoger y procesar toda la información relacionada con la emergencia.
- Coordinar el traslado de los heridos a los centros de asistencia médica.

Después de la emergencia

- Evaluación de las diferentes actividades desarrolladas, después de una emergencia o de un simulacro.
- Elaboración y presentación del informe del evento ocurrido.
- Coordinar la reiniciación de labores.
- Determinar el grado de alerta en el que se debe permanecer mientras se vuelve a la normalidad.
- Retroalimentar cada uno de los miembros del Plan de emergencia.
- Establecer o determinar los correctivos pertinentes del plan.

Director de emergencias

Antes de la emergencia

- Comunicará al comité de emergencia las decisiones que se tomen para enfrentar las posibles emergencias que se puedan presentar en la Empresa.

- Tener un conocimiento pleno del plan de emergencias.
- Estar enterado del comportamiento de los eventos de emergencia de mayor probabilidad dentro de la Empresa.
- Facilitar la implementación del plan de emergencia.
- Supervisar el desarrollo de las tareas asignadas a los demás miembros del comité.
- Coordinar y presidir las reuniones del comité de emergencias.

Durante la emergencia

- Verificar la alarma y poner en marcha el plan de emergencias, de acuerdo con la naturaleza y magnitud del evento.
- Establecer comunicación permanente con los directores o coordinadores de los grupos.
- Establecer las prioridades de los requerimientos que se hagan por parte de los grupos operativos.
- Comunicar al comité de emergencias las decisiones que se tomen para enfrentar la emergencia.
- Establecer comunicación periódica con el coordinador de comunicaciones para determinar la información que será emitida.

Después de la emergencia

- En reunión con los demás miembros del comité se establecerá:
- Investigación e identificación de las causas por las que se generó el siniestro.
- Evaluación de la respuesta que se tuvo para enfrentar la emergencia.
- Determinación de sistemas de recuperación y adecuación de equipos y áreas deterioradas.
- Determinar los ajustes pertinentes del plan de emergencias.

Director de brigada de emergencias

Antes de la emergencia

- Deberá estar capacitado en incendios, evacuaciones, rescate, manejo de crisis y demás que se consideran necesarias para el manejo adecuado de una emergencia.
- Estará plenamente identificado con las labores que se deben desarrollar en caso de emergencia.
- Planeará y coordinará las acciones educativas y preventivas para evitar y controlar emergencias.
- Es el responsable de motivar a los brigadistas y de coordinar las capacitaciones del personal operativo de la brigada.

Durante la emergencia

- Es la persona que recibirá la llamada de emergencia y comunicará al COE del evento que se está iniciando.
- Clasificará la emergencia y la comunica al COE.
- En orden de prioridad evalúa y establece las necesidades.

- Evacuación
- Intervención de los diferentes grupos operativos.
- Apoyo externo.
- Coordinará con los grupos de apoyo externo las funciones de estos y de la brigada de emergencia.
- Estará atento a cualquier acción que los grupos de apoyo externo realicen.
- Comunicará constantemente al COE de las labores que se estén realizando y las necesidades que se generen.

Después de la emergencia

- Determinará las acciones correctivas al interior de la Brigada de Emergencia y de los grupos de apoyo interno.
- En asocio con los miembros de la brigada realizarán el inventario de los recursos utilizados y el estado en que han quedado para su pronta reposición.
- Elaborará un informe de las actividades que se desarrollaron por los brigadistas durante la emergencia.

Coordinador de evacuación

Antes de la emergencia

- Conocer y dominar los planos de las instalaciones.
- Conocer vías de evacuación y punto de la reunión final.
- Conocer procedimientos para evacuación.
- Establecer listado del personal a cargo en las evacuaciones.
- Discutir y practicar procedimientos.

Durante la emergencia

- Informar a los ocupantes del área asignada la necesidad de evacuar.
- Recordarle al personal a evacuar los procedimientos.
- Dirigir la evacuación.
- Controlar brotes de pánico y/o histeria.
- No permitir que los ocupantes se devuelvan.
- Ayudar u ordenar la ayuda para el personal con limitaciones.
- En el punto de reunión final verificar el listado del personal asignado.
- Comunicar al director de la evacuación el resultado de la maniobra.

Después de la emergencia

- Permanecer con los evacuados en el punto de la reunión final.
- Verificar el área de trabajo cuando se autorice el reingreso.
- Dirigir el reingreso del personal del área asignada.
- Evaluar y ajustar los procedimientos con el director de evacuaciones.
- Ajustar plan de evacuación.

Coordinador de control de incendios y emergencias

Antes de la emergencia

- Inspección periódica de áreas.
- Inventario e inspección periódica de equipos contra incendio.
- Asistir a capacitaciones que se programen.
- Realizar prácticas para actualización.
- Entrenamiento físico.

Durante de la emergencia

- Ubicar el área afectada.
- Trasladar los equipos necesarios para el control.
- Evaluar el área afectada.
- Realizar control del evento.
- Revisar el área y controlar otras fuentes de ignición.
- Apoyar grupos de Primeros auxilios y de búsqueda y rescate.
- Apoyar entidades externas que se presenten.

Después de la emergencia

- Inspeccionar el área afectada.
- Apoyar en el establecimiento de la zona.
- Mantenimiento y reposición de equipos y EPP utilizados.
- Evaluación de las maniobras.
- Ajuste de procedimientos.

Coordinador de primeros auxilios

Antes de la emergencia

- Revisión e inventario de los equipos para atención de heridos.
- Revisión periódica de los manuales de primeros auxilios.
- Asistir a capacitaciones y reentrenamientos.
- Entrenamiento físico.

Durante la emergencia

- Ubicar el área del evento.
- Utilizar elementos necesarios para bioseguridad.
- Evaluación del área y del paciente.
- Prestar primeros auxilios en forma inmediata y oportuna.
- Atender a los pacientes de acuerdo a recomendaciones del médico y/o profesional de la salud.
- Transportar a los pacientes en forma rápida y segura.

Después de la emergencia

- Evaluación de la respuesta.
- Corrección de procedimientos.

- Mantenimiento, reposición e inventario de recursos.

Coordinadora de búsqueda y rescate

Antes de la emergencia

- Revisión de equipos propios para búsqueda y rescate.
- Inspección de áreas.
- Prácticas periódicas de búsqueda y rescate.
- Entrenamiento físico.

Durante la emergencia

- Ubicar el área.
- Desplazar equipos y EPP.
- Utilizar EPP.
- Evaluación del área.
- Establecer plan de trabajo por grupos.
- Realizar búsqueda y rescate.
- Entregar pacientes al médico, al profesional de la salud o grupo de primeros auxilios.

Después de la emergencia

- Revisión y mantenimiento de equipos.
- Evaluación de procedimientos utilizados.
- Ajuste de procedimientos.

Brigadistas – Grupo contra incendios

Antes de la emergencia

- Inspección periódica de áreas.
- Inventario e inspección periódica de equipos contra incendio.
- Asistir a capacitaciones que se programen.
- Realizar prácticas para actualización.
- Entrenamiento físico.

Durante la emergencia

- Ubicar el área afectada.
- Trasladar los equipos necesarios para el control.
- Evaluar área afectada.
- Realizar control del evento.
- Revisar el área y controlar otras fuentes de ignición.
- Apoyar grupos de primeros auxilios y de búsqueda y rescate.
- Apoyar entidades externas que se presenten.

Después de la emergencia

- Inspeccionar el área afectada.

- Apoyar en el restablecimiento de la zona.
- Mantenimiento y reposición de equipos y EPP utilizados.
- Evaluación de las maniobras.
- Ajuste de procedimientos.

Brigadistas – Grupo de primeros auxilios

Antes de la emergencia

- Revisión e inventario de los equipos para atención de heridos.
- Revisión periódica de los manuales de primeros auxilios.
- Asistir a capacitaciones y reentrenamientos.
- Entrenamiento físico.
- Establecimiento protocolo de triage y atención de heridos o pacientes.

Durante de la emergencia

- Ubicar el área del evento.
- Utilizar elementos necesarios para bioseguridad.
- Evaluación del área y del paciente.
- Atención primaria y secundaria.
- Limitar riesgos para el auxiliador y para el paciente.
- Prestar primeros auxilios en forma inmediata, oportuna y adecuada.
- Inmovilizar al paciente cuando se tengan dudas de fracturas.
- No suministre bebidas alcohólicas o medicamentos sin prescripción médica.
- Controle signos vitales.
- Atender a los pacientes de acuerdo a recomendaciones del médico y/o profesional de la salud.
- Transportar al o a los pacientes en forma rápida y segura.

Después de la emergencia

- Evaluación de la repuesta.
- Corrección de procedimientos.
- Mantenimiento, reposición e inventario de recursos.

Brigadistas – Grupo de evacuación

Antes de la emergencia

- Conocer y dominar los planos de las instalaciones de la sede principal.
- Conocer vías de evacuación y punto de reunión final.
- Conocer procedimientos para evacuación.
- Establecer listado del personal a cargo en las evacuaciones.
- Discutir y practicar procedimientos.

Durante la emergencia

- Informa a los ocupantes del área asignada la necesidad de evacuar.
- Recordarle al personal la aplicación de los procedimientos.

- Dirigir la evacuación.
- Controlar brotes de pánico y/o histeria.
- No permitir que los ocupantes se devuelvan.
- Ayudar u ordenar la ayuda para el personal con limitaciones.
- En el punto de reunión especificado verificar el listado del personal asignado.
- Comunicar al director de la evacuación el resultado de la maniobra.

Después de la emergencia

- Permanecer con los evacuados en el punto de reunión final.
- Verificar el área de trabajo cuando se autorice el reingreso.
- Dirigir el reingreso del personal del área asignada.
- Evaluar y ajustar los procedimientos con el director de evacuaciones.
- Ajustar plan de evacuación.

Brigadistas – Grupo de búsqueda y rescate

Antes de la emergencia

- Revisión de equipos propios para búsqueda y rescate.
- Inspección de áreas.
- Prácticas periódicas de búsqueda y rescate.
- Entrenamiento físico.

Durante la emergencia

- Ubicar el área.
- Desplazar equipos y EPP.
- Utilizar EPP.
- Evaluación del área.
- Establecer plan de trabajo por grupos.
- Realizar búsqueda y rescate.
- Entregar pacientes al médico, al profesional de la salud o grupo de primeros auxilios.

Después de la emergencia

- Revisión y mantenimiento de equipos.
- Evaluación de procedimientos utilizados.
- Ajuste de procedimientos.

12.7.4 Etapas para conformar el Plan de Emergencias

- Realizar un diagnóstico que justifique su implementación (análisis de amenazas y, análisis de vulnerabilidad).
- Definir estructura operativa y administrativa (políticas, objetivos, responsabilidad, organigrama, describir y asignar funciones, realizar auditoria y divulgar información).

- Realizar el plan de evacuación: Definir procedimientos, coordinadores de cada grupo, alarma, puntos vulnerables, vías de evacuación, sitios de reunión, dotar de equipos (botiquín, extintores), señalización y evacuación. Capacitar y entrenar la brigada.
- Implementar el plan de emergencia: Conformar la brigada y realizar simulacros.
- Evaluación, para hacer ajustes de acuerdo a los resultados.

12.7.5 Sistema de Comunicación

La empresa debe tener un sistema de comunicación interna y externa, para conocer en el menor tiempo posible la existencia de una emergencia, tomar decisiones y para activar la brigada.

La comunicación interna corresponde a la comunicación entre áreas, dependencias o departamentos dentro de la misma empresa. Por lo general parte del conmutador hacia el director de emergencias, el director de la brigada y este último a cada coordinador de la brigada.

La comunicación externa, corresponde a la red de apoyo (bomberos, policía, Cruz Roja etc.) y sedes, sucursales o puestos de la misma empresa.

Es responsabilidad de la empresa mantener actualizados los teléfonos de emergencias, hacer su divulgación e igualmente hacer mantenimiento a todo equipo de comunicación (alarma, teléfonos, celulares, radios etc.).

12.7.6 Principios Básicos en Primeros Auxilios

- Aplicar normas de bioseguridad (Uso de EPP)
- No mover la víctima del lugar de donde la encontró, solo si se encuentra a su alrededor otros riesgos que ponen en peligro su vida y la del auxiliador.
- Toda víctima inconsciente se atiende como si tuviera trauma de columna así no lo tenga.
- No retirar elementos incrustados.
- Aflojar prendas para mejorar la circulación y facilitar la respiración.
- No brindar agua y alimento.
- No pasarse por encima de la víctima.

12.8 VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL

12.8.1 Introducción.

El **Sistema General de Riesgos Laborales**, es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

Entre sus objetivos, de conformidad con el artículo 2º del Decreto Ley 1295 de 1994, se encuentran el establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo y el fortalecer las actividades tendientes a establecer el origen de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales y el control de los agentes de los riesgos profesionales.

En ese sentido, con base en el análisis de los informes de enfermedad profesional de los periodos 2001 – 2002, 2003 – 2005, se evidenció que en los diagnósticos por sistemas, la primera causa de morbilidad profesional son los desórdenes músculo esqueléticos, entre ellos el Síndrome del Túnel del Carpo, Lumbago, Sinovitis y Tenosinovitis, Desplazamiento de Disco intervertebral con Mielopatía, Dolor de Espalda, Síndrome de Rotación Dolorosa del Hombro y Epicondilitis, entre otros. Vale la pena mencionar así mismo, que en la Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y de Trabajo, efectuada en 2007 se evidenció, que entre los factores de riesgo laborales más reportados por los trabajadores se encuentra en todas las actividades económicas, las siguientes, todas ellas relacionadas con los diagnósticos de desórdenes músculo esqueléticos:

- Posiciones que pueden producir cansancio o dolor (72.5%)
- Movimientos Repetitivos (84.5%)
- Oficios con las mismas posturas (80.2%)
- Levantamiento y/o movilización de cargas sin ayudas mecánicas (41.2%)

Con base en estos resultados, se definió un Plan Nacional de Prevención de Desórdenes Músculo Esqueléticos, del cual se desprendió la necesidad de revisar y analizar la información nacional e internacional que soporte el desarrollo de una guía para el desarrollo de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención de estos desórdenes.

Ejercicio similar al descrito debe realizarse con otros eventos relacionados con salud ocupacional, pues, si bien es cierto los desórdenes músculo-esqueléticos ocupan el primer lugar entre las causas de morbilidad laboral, también es cierto que existe otra amplia gama de desórdenes, que no reciben la debida atención y que posiblemente tienen gran peso en la salud de los trabajadores, sus familias, las empresas y la nación. En Colombia se presenta insuficiente información, respecto a las enfermedades profesionales y al accidente de trabajo, relacionadas con las actividades económicas y las ocupaciones, no obstante que en nuestro medio son de obligación legal registrar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Adicionalmente es reconocido que los sistemas de vigilancia epidemiológica aplicados a eventos ocupacionalmente relacionados presentan poco desarrollo al ser comparados con los implementados para el control de las enfermedades transmisibles (SIVIGILA).

12.8.2 PROPUESTA DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE DESÓRDENES MÚSCULO-ESQUELÉTICOS DE ORIGEN OCUPACIONAL (MPS, 2008)²¹

Antecedentes de la vigilancia de los desórdenes músculo-esqueléticos de origen ocupacional.

Sistema de información para la vigilancia epidemiológica en salud pública - SIVIGILA, 1998 (Social, 2006)

El Decreto 3518 de 2006, crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para Colombia. Y es por medio de este Decreto que se reglamenta el SIVIGILA, para la provisión sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población; con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública.

La Vigilancia en Salud Pública, es una función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.

El SIVIGILA, se inició con el análisis del funcionamiento actual de las actividades de Vigilancia en Salud Pública, a través de los diferentes niveles territoriales, con el objeto de identificar las necesidades de información de todos los actores involucrados en sus procesos. Los hallazgos realizados en esta etapa, que incluían necesidades resueltas y falencias del sistema, fueron documentados y analizados para finalmente ser transformadas en requerimientos.

El Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública, constituye un apoyo tecnológico fundamental en el ejercicio de la vigilancia, que resuelve la problemática generada por la falta de información oportuna y veraz de los datos recolectada en el territorio nacional. El sistema adicionalmente provee una solución para transferir y utilizar datos de otros repositorios, producidos por el Ministerio de la Protección Social en la ejecución de diferentes funciones, y producidos por entidades externas al sector salud, pero relevantes en los procesos de Vigilancia en Salud Pública como estadísticas poblacionales, información geográfica, entre otros.

En el año 2006, el Ministerio de la Protección Social consideró los cambios en el sistema de salud colombiano que tiene su origen en la Ley 100 de 1993, la complejidad del perfil epidemiológico del país y la aparición de nuevas enfermedades y otros eventos que constituyen amenazas para la salud mundial como la epidemia de Síndrome Respiratorio

²¹ Textos tomados y adaptados de la “Guía técnica del sistema de vigilancia epidemiológica en prevención de desórdenes musculoesqueléticos en trabajadores en Colombia”, Ana María Gutiérrez Strauss, Ministerio de la Protección Social, noviembre del 2008.

Agudo Severo (SARS) y la amenaza latente de pandemia de influenza aviar, que hicieron necesario definir nuevas condiciones de desarrollo del sistema nacional de vigilancia en salud pública en lo relativo a sus elementos conceptuales, técnicos y organizacionales de tal forma que en el corto y mediano plazo sea posible contar con información actualizada, útil a la toma de decisiones sobre diferentes asuntos prioritarios en la salud pública nacional y hacer frente a las situaciones de emergencia sanitaria en el nivel internacional con impacto en el país.

El proceso se inicia con la Visión del Negocio, entendiendo como negocio el Sistema de Vigilancia en Salud Pública del país en su totalidad. El sistema como un todo incluye todo el soporte legal y técnico, los actores institucionales públicos y privados del sector salud y otros sectores, la comunidad, los organismos internacionales del sector salud relacionados con la vigilancia epidemiológica, las instituciones nacionales de control con competencias en el área de la vigilancia en salud pública y los procesos técnicos y administrativos de la vigilancia en salud pública y los recursos financieros. En síntesis la visión del negocio es la imagen deseable, el “deber ser” del sistema.

En el Sistema de Vigilancia en Salud Pública existen 29 Protocolos de Vigilancia (enfermedades virales, parasitarias, bacterianas, transmitidas por alimentos, intoxicaciones con sustancias químicas, accidentes ofídicos) y 23 normas técnicas en salud pública, publicadas en la página web de la Entidad.

No aparecen los desórdenes relacionados con la actividad laboral como enfermedades a vigilar, con excepción de los desórdenes músculo-esqueléticos, para los cuales se desarrolló a finales del 2008, la “Guía técnica del sistema de vigilancia epidemiológica en prevención de desórdenes músculo-esqueléticos en trabajadores en Colombia”.

Primer informe de enfermedad profesional en Colombia 2001 – 2002.

Este informe es la primera aproximación a identificar las características de la enfermedad profesional en Colombia; a partir de los registros generados por información reportada por las EPS, la Cámara Técnica de Riesgos Profesionales de Fasecolda, Protección Laboral del Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y las dependencias de salud de los regímenes de excepción.

Los resultados mostraron en el año 2001, que al agrupar los diagnósticos reportados por sistemas, el 65% corresponde al sistema músculo-esquelético.

El diagnóstico mas frecuente reportado fue el síndrome del conducto carpiano (322 casos) con el 27% del total de casos. El segundo lugar fue para el Lumbago (141 casos), con el 12% del total.

En las mujeres trabajadoras las tres primeras causas de morbilidad son el síndrome del conducto carpiano (SCC), el lumbago, la sinovitis y tenosinovitis (STS). Es decir, los Desórdenes Músculo Esqueléticos (DME) fueron la primera causa de morbilidad entre las mujeres trabajadoras durante el año 2001. En los hombres trabajadores, las primeras cuatro causas de morbilidad profesional durante el año 2001 fueron lumbago, sordera

neurosensorial (SNS), síndrome del conducto carpiano (SCC) y entesopatías. Además, el 79% de los casos de desplazamiento de disco intervertebral sin mielopatía y el 65% de los casos de lumbago afectan a los trabajadores de sexo masculino.

Los resultados mostraron en el año 2002, el diagnóstico reportado con mayor frecuencia es el Síndrome de Conducto Carpiano (SCC), con 483 casos, lo que corresponde al 27% del total. En segundo lugar, se observa el lumbago, con 282 casos con el 16% del total. Lo que permite observar una coincidencia en los cuatro primeros diagnósticos de enfermedad profesional realizados por las EPS durante los años 2001 y 2002.

Al agrupar los diagnósticos por sistemas, se aprecia que los diagnósticos relacionados con el sistema osteomuscular representaron el 74% (1.324) del total de enfermedades profesionales reportadas por las EPS durante el año 2002. Es decir, que tanto durante el año 2001 como para el 2002 se puede pensar que la primera causa de morbilidad profesional diagnosticada en el régimen contributivo son los Desórdenes Músculo Esqueléticos (DME).

Durante el año 2002, las primeras causas de enfermedad profesional en mujeres trabajadoras fueron el Síndrome de Conducto Carpiano (SCC) con el 47% del total de diagnósticos, seguido por la Sinovitis y tenosinovitis (STS) con el 9%, lumbago con el 7%; Síndrome de Rotación Dolorosa del Hombro (SRDH) con el 3%; y las Entesopatías de la Región del Codo (ERC) con el 3%. Estos cinco diagnósticos representan el 69% del total de los realizados en mujeres y ponen de manifiesto que probablemente, al igual que durante el año 2001, la primera causa de morbilidad profesional en mujeres fueron los Desórdenes Músculo Esqueléticos. El espectro de patologías -dolor de espalda, lumbago y trastorno del disco intervertebral con mielopatía-, afecta principalmente a los hombres.

Los diagnósticos más frecuentemente reportados en relación con el sistema neurológico durante el año 2002 fueron las radiculitis, neuritis, lesiones y traumatismos de raíces lumbosacras, y lesiones del nervio cubital. Como se puede apreciar, las lesiones neurológicas están en estrecha relación con las patologías del sistema osteomuscular y probablemente hacen parte del espectro de las lesiones por desórdenes Músculo Esqueléticos.

En los Regímenes de excepción – Ecopetrol, Magisterio y Fuerzas Militares-, el comportamiento durante el año 2002 para las principales causas de morbilidad profesional reportadas por las fuerzas militares fue en segundo lugar los trastornos de disco intervertebral con radiculopatía, con el 7% de los casos; en tercer lugar la artrosis con el 5% de los diagnósticos y en quinto lugar, otras degeneraciones especificadas de disco intervertebral, también con el 4% de los casos. En Ecopetrol para el 2002, los 17 casos reportados se distribuyeron en trece diagnósticos diferentes, siendo los de mayor frecuencia el síndrome de conducto carpiano, el pinzamiento subacromial, el desgarró del manguito rotador y la compresión medular no especificada, cada uno con el 12% de los casos.

Segundo informe de enfermedad profesional en Colombia, 2003 – 2005.

Este segundo informe de enfermedad profesional en Colombia, describe las tendencias de la morbilidad profesional entre los años 2003 a 2005, encontrándose que el número de diagnósticos se incrementó en 110%. Al agrupar los diagnósticos por sistemas se observa que el sistema músculo esquelético es el más afectado durante los años 2003 y 2004, agrupando el 80% y el 82% de todos los diagnósticos respectivamente.

Al igual que durante los años 2001 y 2002 durante los años 2003 y 2004 el síndrome del conducto carpiano (SCC) continúa siendo la primera causa de morbilidad profesional en Colombia. Durante el año 2003, el 30% de los diagnósticos de enfermedad profesional correspondió a la mencionada patología.

Esta cifra crece en el año 2004, cuando el SCC constituyó el 32% de todos los diagnósticos. Es decir, que durante este cuatrienio el SCC es la primera causa de morbilidad profesional, incrementándose de manera constante al pasar de 27% en el 2001 al 32% de todos los diagnósticos en el 2004.

El lumbago continúa, durante los años 2003 y 2004, ocupando el segundo lugar en frecuencia de diagnóstico de enfermedades profesionales. Durante el año 2003 el 22% de los diagnósticos correspondió a lumbago, mientras que durante el año 2004 fue del 15%. A diferencia del SCC, el lumbago presentó una tendencia al incremento al pasar de 12% a 22% del año 2001 al 2003, pero disminuyó su incidencia en el año 2004. El trastorno de disco intervertebral, emerge como tercera causa de morbilidad profesional durante el año 2004.

Durante los años 2003 y 2004 dos diagnósticos emergen a la par de los trastornos de disco intervertebral, ellos son la epicondilitis medial y lateral y la tenosinovitis del estiloides radial (De Quervain - TSVER).

El fenómeno más sobresaliente consiste en el incremento constante de los desórdenes músculo-esqueléticos de origen ocupacional (DME), los cuales pasaron del 65% en el año 2001 al 82% de todos los diagnósticos en el año 2004.

Estos DME afectan básicamente dos segmentos corporales: miembro superior y columna lumbosacra, esta última a expensas de un espectro de patologías que va desde lumbago a trastornos de disco intervertebral.

Las cinco patologías profesionales más frecuentes en las mujeres trabajadoras durante el año 2003 fueron: síndrome de conducto carpiano (53%), lumbago (7%), síndrome de manguito rotador (SMR 6%), tendinitis y tenosinovitis (T-TSV 5%) y epicondilitis (4%). Es decir, que estas cinco patologías representan el 75% de todos los diagnósticos realizados en mujeres trabajadoras durante el año de referencia.

Durante el año 2004 las cinco patologías más frecuentes en mujeres fueron: síndrome de conducto carpiano (51%), síndrome de manguito rotador (7%), tenosinovitis de estiloides radial (TSVER 7%), epicondilitis (6%) y trastorno de disco intervertebral (TDIV 5%). Estas cinco patologías representaron el 76% de todos los diagnósticos realizados en mujeres. Cuatro de estas patologías afectan miembro superior, lo que significa que la morbilidad profesional en mujeres está siendo ocasionada fundamentalmente por condiciones que representan una sobrecarga física de trabajo que afecta especialmente los miembros superiores.

Las cinco patologías más frecuentes en hombres durante el año 2003 fueron lumbago (36%), hipoacusia neurosensorial (10%), síndrome del conducto carpiano (9%), trastorno de disco intervertebral (9%) y síndrome de manguito rotador (4%).

Estas patologías representaron el 68% de todas las patologías diagnosticadas en hombres durante ese año.

Durante el año 2004 las cinco patologías profesionales identificadas con mayor frecuencia en hombres fueron: lumbago (27%), síndrome del conducto carpiano (SCC 13%), trastorno de disco intervertebral (TDIV 12%), hipoacusia neurosensorial (SNS 11%), y síndrome de manguito rotador (SMR 6%). Estas patologías representaron el 69% de todas las patologías diagnosticadas en hombres durante ese año.

El otro diagnóstico que surge durante los años 2003 y 2004 como causa de morbilidad profesional en hombres es el síndrome de manguito rotador (SMR). Es decir, que en hombres las patologías profesionales más importantes son los desórdenes músculo-esqueléticos, los cuales están afectando dos segmentos corporales: columna vertebral y miembro superior.

La actividad económica que concentró el mayor porcentaje de casos de enfermedad profesional durante el año 2004 fue la floricultura. Esto sucedió a expensas del síndrome de conducto carpiano. La floricultura fue seguida por las actividades de comercio al por menor, servicios temporales, prestadores de servicios de salud y en quinto lugar las actividades gubernamentales.

Lo anterior es congruente con la caracterización realizada en trabajadores que padecen SCC de origen profesional, el cual mostró que las actividades económicas más afectadas por esta patología fueron, la floricultura (32,6%), seguida por actividades del sector público no determinadas (10,6%), sector textil (7%) y sector salud (5,5%).

Las enfermedades que mayor cantidad de días de incapacidad temporal generaron fueron en su orden la lumbalgia, el síndrome del conducto carpiano, las mononeuritis de miembro superior, trastorno dorso-lumbar y síndrome de manguito rotador. En promedio las enfermedades que generan mayor número de días de incapacidad temporal fueron las discopatías y las lumbalgias. Esto significaría que estas patologías están causando un

impacto significativo sobre los trabajadores y sus familias, sobre la productividad de las empresas y sobre el SGRP en términos de costos, así: las ARP privadas pagaron 31 indemnizaciones por incapacidad permanente parcial (IPP) generadas por estas enfermedades profesionales durante el año 2004.

El mayor número de indemnizaciones fue ocasionado por el síndrome del conducto carpiano, seguido de la patología lumbar y la hipoacusia neurosensorial.

Estas tres patologías generaron el 90% de las indemnizaciones por IPP.

El síndrome del conducto carpiano constituyó la primera causa de morbilidad profesional en los trabajadores afiliados a la ARP del Seguro Social durante el año 2005. En segundo lugar se ubicaron los trastornos de disco intervertebral, en tercer lugar la hipoacusia neurosensorial, en cuarto lugar las neumoconiosis y en quinto lugar las lesiones de hombro. Estas cinco patologías reúnen el 82% de todos los diagnósticos de ese año.

La primera causa de enfermedad profesional registrada en las ARP privadas durante el año 2005 fue el síndrome de conducto carpiano, el cual representó el 21% de todos los diagnósticos. En segundo lugar se ubicó la hipoacusia neurosensorial (6%), en tercer lugar las lesiones osteomusculares y ligamentosas (5%), en cuarto lugar las sinovitis y tenosinovitis de las manos (3%), seguidas de la lumbalgia y el síndrome de manguito rotador, cada una con el 2% de los diagnósticos. Estos seis diagnósticos agrupan el 40% de todos los diagnósticos registrados ese año por las ARP privadas.

Al agrupar las enfermedades por sistemas se hace evidente que los desórdenes músculo-esqueléticos son la mayor causa de morbilidad profesional representando el 43% de todos los diagnósticos. el síndrome del conducto carpiano el que ocasionó mayor número de días de incapacidad temporal, seguido por las hernias de disco intervertebral, el síndrome de manguito rotador durante el año 2005 la industria manufacturera presentó el mayor número de enfermedades profesionales (27%), seguida por las actividades inmobiliarias (21%), en tercer lugar la agricultura, ganadería, caza y silvicultura (18%), en cuarto lugar los servicios sociales y de salud (7%) y en quinto lugar la administración pública y defensa (6%). Estas cinco actividades agruparon el 79% de todos los diagnósticos.

BIBLIOGRAFIA

- CONGRESO DE LA PREPUBLICA DE COLOMBIA. CONSTITUICION POLITICA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA 1991.
- MINISTERIO DE SALUD. REPUBLICA DE COLOMBIA. LEY 100 DE 1993.
- MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. REPUBLICA DECOLOMBIA, LEY 1122 DE 2007
- SENADO DE LA REPÚBLICA. REPUBLICA DE COLOMBIA. LEY 743 DE 2002.
- <http://www.superiordepsicologia.com/archivos-esc/teorias-desarrollo.pdf>
- PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DECRETO 1421 DE 1993
- MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. REPUBLICA DECOLOMBIA, DECRETO 3518 DE 2006
- CONGRESO DE LA PREPUBLICA DE COLOMBIA, LEY N° 46 DE 1988
- MINISTERIO DE SALUD, REPUBLICA DE COLOMBIA RESOLUCION NÚMERO 412 DE 2000
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA SENTENCIA 355 DE MAYO DE 2006.
- COORPORACION DE INVESTIGACIONES BIOLOGICAS. 2003. ANGELA RESTREPO. FUNDAMENTO DE MEDICINA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
- UNESCO 1982
- MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION NÚMERO 412 DE 2000. (Febrero 25)
- DECRETO 3518 DE 2006, (octubre 9), REPÚBLICA DE COLOMBIA,
- en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales y en especial, las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y en concordancia con los Títulos VII y XI de la Ley 09 de 1979, el artículo 45 de la Ley 489 de 1998 y el artículo 42 numeral 42.6 de la Ley 715 de 2001.
- Ley 743/02, Art. 8, literal a en concordancia con el Artículo 3 de la Resolución 2070 de 1987.
- www.encolombia.com/derecho/Constitucion_Colombia/Contenido.htm
- www.secretariassenado.gov.co/senado/.../ley/1993/ley_0100_1993.ht.