



Plan de acción de salud
**Primeros
1000
días de vida**
Colombia 2012-2021



Referentes de la Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS

- Dra. Gina Watson
Representante de la OPS/OMS para Colombia
- Dra. Suzanne Serruya
Directora CLAP/SMR-OPS/OMS
- Dr. Pablo Durán
Asesor Regional en Salud Neonatal-CLAP/SMR-OPS/OMS
- Dra. Alma Fabiola Morales Salinas
Asesora Familia, Género y Curso de Vida
Consultora OPS/OMS
Salud de la Mujer, Género, Materno-Neonatal y Calidad-Seguridad del Paciente
- Dra. Sandra Patricia Rodríguez Latorre
Consultora Nacional OPS/OMS
Salud de la Mujer, Género y Materno Neonatal

Referentes del Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS

- Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social
- Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
- Gerardo Burgos Bernal
Secretario General
- Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención
- Ana María Peñuela Poveda
Asesora Infancia y Adolescencia
Despacho Ministro
Comisión científica
Revisión técnica OPS/OMS
- Dr. Pablo Durán
Asesor Regional en Salud Neonatal-CLAP/SMR-OPS/OMS
- Dra. Alma Fabiola Morales Salinas
Asesora Familia, Género y Curso de Vida
Consultora OPS/OMS
- Dr. Juan Carlos Silva
Asesor Regional de Salud Ocular, OPS/OMS
- Dra. Sandra Patricia Rodríguez Latorre
Consultora Nacional OPS/OMS
Salud de la Mujer, Género y Materno Neonatal

Redactores

Nohora Corredor Martínez
Médica Pediatra y
MSc en Género y Desarrollo

Raquel Perczek Nessim
Economista, Magister en economía
y especialista en política social

Revisión técnica del documento técnico Plan de Acción de Salud Materna e Infantil «Primeros Mil Días de Vida y Marco Estratégico Nacional armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2012-2021».

Validación técnica del plan mil días

Ana María Peñuela Poveda
Asesora Infancia y Adolescencia
Despacho Ministro
Ministerio de Salud y Protección Social

Mery C. Bolívar Vargas
Asesora Despacho Ministro
Ministerio de Salud y Protección Social
Martha Patricia Ospino Guzmán
Profesional Especializada
Ministerio de Salud y Protección Social

Martha Imelda Linero Deluque
Profesional Especializada
Ministerio de Salud y Protección Social

María Lucía Mesa Rubio
Consultora Infancia y Adolescencia
Ministerio de Salud y Protección Social

Katya Anyul Corredor
Docente
Asociación Colombiana de Facultades y
Escuelas de Enfermería – ACOFAEN

Yomar González González
Referente Anomalías Congénitas
Instituto Nacional de Salud

Esther Liliana Cuevas Ortiz
Profesional Especializada
Líder Equipo Maternidad Segura
Instituto Nacional de Salud

Ángela Patricia Gómez S.
Referente Mortalidad Materna
Grupo Maternidad Segura
Instituto Nacional de Salud

Grupo técnico del plan mil días

Ana Margaret Raba Sierra
Coordinadora de Infancia y Adolescencia
Ministerio de Salud y Protección Social

Sandra Tovar Valencia
Profesional Especializada
Ministerio de Salud y Protección Social

Nidia Isabel Molano Cubillos
Profesional Especializada
Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandra Castillo Angulo
Profesional Especializada
Ministerio de Salud y Protección Social

Luz Ángela Ochoa Cubillos
Profesional Especializada
Ministerio de Salud y Protección Social

Martha Yolanda Ruiz V.
Consultora Dirección Prestación de Servicios
Ministerio de Salud y Protección Social

Andrés Motta Cabrera
Equipo infancia para Ruralidad y Etnicidad
Ministerio de Salud y Protección Social

Jovana Alexandra Ocampo Cañas
Consultor Nacional, OPS/OMS

Hernán Rodríguez González
Consultor Nacional, OPS/OMS

Patricia Calle Rozo
Consultora Externa, OPS/OMS

Diana Patricia González Ruiz
Coordinadora de Proyección Social
Asociación Colombiana de Facultades y
Escuelas de Enfermería – ACOFAEN

Clara Esperanza Galvis Díaz
Presidente Nacional
Asociación Colombiana de Neonatología

José María Solano Suárez
Vicepresidente Nacional
Asociación Colombiana de Neonatología

Vilma Fabiola Izquierdo
Vigilancia Nutricional
Instituto Nacional de Salud

Adriana Ulloa
Grupo Inmunoprevenibles
Instituto Nacional de Salud

Dora Elena Fino Sandoval
Referente Grupo Maternidad Segura
Instituto Nacional de Salud

José Luis Pérez Olivo
Referente Morbilidad Materna Extrema
Instituto Nacional de Salud

María Lourdes Medina P.
Referente Evento MP
Instituto Nacional de Salud

Herminia Walteros F.
Contratista
Instituto Nacional de Salud

Ignacio Zarante
Profesor Genética, Universidad Javeriana
Coordinador Vigilancia Anomalías, Secretaría
Distrital de Salud de Bogotá

Mónica María Forero B.
Profesional Especializada
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Claudia Zuluaga Botero
Consultora Retinopatía del Prematuro
SEO - INS - MSPS

María Constanza Castilla Latorre
Pediatra Consultora independiente

Agradecimientos

A todas las instituciones, organizaciones, asociaciones, universidades, fundaciones, a los funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social, y a todos los profesionales que con sus aportes y conocimientos hicieron posible el Plan de Acción de Salud «Primeros Mil Días de Vida y Marco Estratégico Nacional armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública, Colombia, 2012 – 2021».





Presentación

Introducción

1 >	Antecedentes	13
	Conferencias y convenciones internacionales en favor de las mujeres, las madres y los recién nacidos	15
	Alianzas internacionales en favor de las madres y los recién nacidos	17
	Estrategias y resoluciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, OMS/OPS	19
	Estrategias y planes de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño, 2008-2015	20
	Progresos nacionales	21
	Marco normativo y de políticas PI, PND 2010-2014	21
	Estrategia Nacional de Atención Integral a la primera infancia «De Cero a Siempre»	23
	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	25
2 >	Perfil de la situación de salud materna e infantil en los primeros mil días de vida	29
	Perfil sociodemográfico: la población en el contexto de los determinantes sociales	31
	Evolución de la población colombiana	31
	Distribución en el territorio nacional	32
	Características de la estructura de la población colombiana	32
	Dinámica poblacional	32
	Contexto socioeconómico	34
	Objetivos de Desarrollo del Milenio y salud materna e infantil	36
	Objetivo N° 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	36
	Objetivo N° 4. Reducir la mortalidad infantil	40
	Cobertura y calidad de atención de la salud materna e infantil	53
	Conclusiones	63
3 >	Marco conceptual	65
	Enfoque de Derechos Humanos	67
	Derecho a la salud	67

Derechos sexuales y reproductivos	69
Derecho al Desarrollo Integral de la primera infancia	70
Enfoque diferencial de derechos	71
Enfoque de género	72
Enfoque de ciclo de vida: Primeros Mil Días de Vida y <i>continuo</i> de la atención	74
Primeros Mil Días de vida	74
Continuo de la atención	75
Enfoque de humanización de la atención	77
Modelo de determinantes sociales de la Salud	81
Modelo de Atención Primaria en Salud el lugar de la atención materna e infantil	83
Enfoque de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria	85
La Ruta Integral de Atenciones en los Primeros Mil Días de Vida	87
4 > Diseño del marco estratégico para la salud en los Primeros Mil Días de Vida	93
Metodología	95
Objetivo	96
Abordaje por sujetos de derechos	96
Metas	96
Áreas estratégicas	97
Actividades e Intervenciones basadas en evidencia científica dirigidas a los sujetos de derechos	100
5 > Consideraciones finales	121
Anexos	125
Anexo 1: Marco estratégico	125
Anexo 2: Gestión del monitoreo del Plan de Salud Materna e Infantil Primeros Mil Días de Vida	140
Anexo 3A: Matriz de monitoreo I	144
Anexo 3B: Matriz de monitoreo II	170
Anexo 4: Consideraciones sobre los aspectos financieros del Plan de Salud Materna e Infantil, <i>Primeros Mil Días de Vida</i>	188
Acrónimos	191
Referencias Bibliográficas	193

> Presentación

En los últimos años Colombia ha logrado avances en la reducción de la desnutrición y la mortalidad infantil, que hacen prever el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM 1 y 4 a 2015. No obstante, se requieren mayores esfuerzos para reducir la alta carga de mortalidad neonatal que concentra el 68% de la mortalidad infantil y así superar el estancamiento en la meta de mortalidad materna para lograr el cabal cumplimiento de los ODM 1, 4 y 5. En este sentido, los grandes retos del país siguen siendo la superación de las inequidades sociales y sanitarias, así como el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, de los grupos más vulnerables, incluyendo a las mujeres, niños, niñas y adolescentes de los grupos más sensibles.

Los Primeros Mil Días de Vida son un periodo crítico para la conformación de la arquitectura cerebral, el crecimiento y la maduración corporal, que por sus repercusiones para toda la vida, exigen atención en salud de óptima calidad, como elemento esencial para garantizar el derecho al desarrollo integral de la Primera Infancia y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de sus parejas. El reconocimiento de la importancia del desarrollo infantil temprano, como el periodo durante el cual se sientan las bases para el desarrollo posterior del ser humano y como un derecho inalienable de cada niña y niño a su desarrollo integral, ha llevado también al reconocimiento de las obligaciones de los adultos para garantizar su cumplimiento en todos los entornos donde transcurre la vida infantil, vale decir en el hogar, las instituciones de salud, los centros de educación inicial y los espacios públicos como lo ha considerado la Estrategia de Atención Integral a la primera infancia «De Cero a Siempre».

En Colombia el 98% de los partos ocurre en las instituciones de salud y aún aquellos niños y niñas que nacen en el hogar son llevados en algún momento a un establecimiento de salud, por lo cual este constituye, junto con el hogar, el entorno más cercano donde es necesaria la acción intencionada de los adultos en favor de la salud, la alimentación, el crecimiento, el desarrollo y el bienestar de la infancia.

En consecuencia, el Plan de Acción de Salud *Primeros Mil Días de Vida* va dirigido a las autoridades de salud del nivel nacional y territorial, al talento humano del área del país responsable de la atención obstétrica, neonatal y pediátrica, en el marco del enfoque de salud familiar y comunitaria que adopta el Modelo Integral de Atención en Salud para toda la población colombiana, así como a los organismos de cooperación internacional y ONG, y a los medios de comunicación, con el fin de aunar esfuerzos sectoriales e intersectoriales técnicos, comunicativos y presupuestales en favor de la salud durante este crucial periodo de vida y la reducción de la mortalidad materna y neonatal, con particular énfasis en los grupos de población que aún se hallan en desventaja social.

La metodología para construir el plan responde a referentes internacionales y nacionales de política pública. De una parte sigue las orientaciones de la Organización Panamericana de la Salud, OPS,

dadas en la «Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño»¹, y en el «Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave». De otra parte, acoge las Metas del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP 2012- 2021 concernientes a la salud materna, neonatal e infantil hasta cumplir los dos años de vida, considerando aquellas que cuentan con líneas de base que faciliten el monitoreo, como también la política pública «Colombia por la Primera Infancia» materializada en la Estrategia Nacional De Cero a Siempre. A partir de estos referentes define el conjunto de intervenciones sustantivas, de probada eficacia científica, que contribuyen al ejercicio y disfrute del derecho a la salud en los primeros mil días de vida, incluyendo el periodo pre-gestacional, y las organiza en el marco estratégico para la acción.

Para el diseño del marco estratégico se consultó, antes y después de su elaboración, la opinión de profesionales y especialistas de las áreas clínicas y de salud pública relacionadas con la salud materna, neonatal e infantil del sector público, privado, del Ministerio de Salud y de la OPS. Se definieron cuatro áreas estratégicas que fundamentan las intervenciones sustantivas para el alcance de las metas. Estas áreas contemplan: i) la gestión del plan y la creación de alianzas para su implementación; ii) el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud obstétrico-neonatales en términos de recursos humanos, equipamiento e infraestructura y flujos financieros suficientes y sostenibles; iii) la participación de las familias, los papás, mamás, cuidadores y comunidades en la gestión de la salud y cogestión del plan incluyendo el control social de la gestión pública; y iv) el fortalecimiento de los sistemas de información en el periodo específico de los primeros mil días de vida. En torno a ellas se formularon las líneas de acción y las actividades para generar los resultados previstos, dirigidas a los sujetos de derechos (madres, padres, niñas y niños menores de dos años), teniendo en cuenta el enfoque del *continuo* de la atención, su calidad, integralidad e interculturalidad.

La matriz de monitoreo define las metas, líneas de base, indicadores, responsables y tiempos de ejecución que permitan identificar, oportunamente, los avances en la implementación y particularmente el logro de las metas, con lo cual se espera fortalecer la gestión y los procesos de rendición de cuentas y participación ciudadana en la gestión y control de la política pública.

El plan ofrece un marco estratégico práctico y útil, organizado alrededor de metas comunes con el PDSP 2012-2021 y los planes territoriales de salud, áreas estratégicas, intervenciones y actividades basadas en evidencia científica, que facilita a las autoridades nacionales y territoriales de salud y al talento humano de ésta área, la implementación y evaluación del plan de salud *Mil Primeros Días* y la rendición de cuentas frente a metas compartidas en el territorio.

Se espera que el Plan de Salud *Primeros Mil Días de Vida* sea la ruta de navegación que conduzca a hacer realidad el derecho a la salud de las mujeres durante el ejercicio de su maternidad, y el de sus niñas y niños hasta cumplir los dos años, contribuyendo así a transformar de manera positiva y sostenible la etapa más importante de la vida humana: los primeros *Mil Días* y a garantizar el derecho al desarrollo integral de la primera infancia.

> Introducción

Los primeros mil días de vida constituyen el periodo que sienta las bases para el desarrollo del ser humano. Es una etapa que va de la gestación hasta los dos años de edad, durante la cual ocurren numerosos procesos biológicos, psicoafectivos, sociales y culturales que impactan el crecimiento y el desarrollo físico, cognitivo, del lenguaje, emocional y social de las niñas y niños, por lo cual se trata de un periodo de alta sensibilidad y vulnerabilidad que exige el continuo del cuidado por parte de los adultos. Numerosos estudios han demostrado que lo que se haga, o deje de hacer, durante este periodo tiene repercusiones para toda la vida, razón que ha llevado a llamarlo la «ventana de oportunidades»² para actuar en favor de la salud, la alimentación, la educación inicial y la protección. Existe evidencia científica acumulada acerca de los efectos de las intervenciones tempranas, basadas, entre otras, en la alimentación con leche materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y continuada hasta los dos años con alimentos complementarios apropiados, la vacunación, las interacciones y el vínculo afectivo con los padres y cuidadores/as, y sus implicaciones positivas en el crecimiento y el desarrollo de las niñas y niños, como también en la prevención de enfermedades agudas de la infancia y aún de enfermedades en edades posteriores de la vida.

El carácter de vulnerabilidad del ser humano en el comienzo de la vida, fundamenta el principio del interés superior del niño y da la justificación ética y jurídica para que sus derechos prevalezcan sobre los derechos de las demás personas³. El derecho a la salud de las niñas y los niños está estrechamente vinculado al derecho de sus madres a la salud y en especial a sus derechos sexuales y reproductivos, por lo cual el Plan contempla intervenciones que favorecen la salud de las mujeres y de sus parejas desde antes de la gestación, y la atención calificada de las madres en el parto y el postparto, con lo cual se espera reducir la mortalidad materna y perinatal.

En los primeros mil días de la vida humana tiene lugar el 90% del proceso de formación y desarrollo del cerebro, que como se sabe es el órgano rector de las funciones cognitivas, sensoriales, emocionales y motoras que nos permiten explorar el mundo, aprender y transformarlo. La conformación de la arquitectura cerebral resulta de un proceso de interacciones entre las dotaciones biológicas del organismo y las experiencias provenientes del medio externo, por medio de las cuales se va construyendo un complejo entramado de millones de células y conexiones nerviosas que conforman circuitos o vías neuronales que afectan la salud y el comportamiento. Si bien la genética y la biología tienen un papel importante en este proceso, hoy se sabe que no existe un órgano que dependa más de las influencias del ambiente que el cerebro, las cuales están dadas fundamentalmente por la adecuada nutrición y las experiencias tempranas de interacción de las niñas y los niños con la madre, el padre y demás seres del entorno.

La gran plasticidad del cerebro para modelarse en respuesta a los estímulos del ambiente, e ir conformando la arquitectura del sistema nervioso central, constituye la base científica que ha permitido evidenciar los grandes retornos, en la formación de capital humano y social, que se obtienen cuando se invierte tempranamente en las condiciones que garantizan el desarrollo integral, como son principalmente la salud, la alimentación y la educación inicial. Se trata de un periodo corto e irrepetible donde lo que realicen el Estado, la familia y la sociedad en su conjunto, puede favorecer el pleno desarrollo de las potencialidades humanas, o condenar a las niñas y niños a existencias marcadas por privaciones que afectarán su supervivencia, su salud, bienestar y desarrollo.

Este nuevo conocimiento del desarrollo infantil temprano, y sus repercusiones individuales y sociales, genera una gran cuota de responsabilidad para el sector salud, por ser el primer contacto de las niñas y los niños con la institucionalidad. Con mucha razón, la estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia «De Cero a Siempre» lo considera uno de los primeros escenarios o «entornos» donde se desarrolla la vida infantil, por lo cual el sector salud está llamado a liderar los procesos de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, con calidad y continuidad, actuando en estrecha relación con los padres, madres y familias para orientarlos y apoyarlos en el cuidado y la crianza.

Una mirada rápida a las cifras nacionales, muestra resultados significativos en los últimos decenios en cuanto a reducción de la pobreza, la desnutrición en menores de cinco años, la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez, manifiestos en promedios nacionales que ubican a Colombia muy cerca de lograr las metas de los ODM 1 y 4. No obstante, el gran reto del país sigue siendo la superación de las desigualdades sociales, causantes a su vez de las persistentes inequidades sanitarias que afectan con mayor intensidad a los habitantes del área rural, grupos étnicos y población en situación de pobreza, por lo cual es prioritario focalizar las acciones en las personas y grupos con desventajas sociales. Es urgente vencer el estancamiento en la mortalidad materna y acelerar su descenso, para cumplir con la meta de no llegar a más de 45 muertes maternas por mil nacidos vivos en 2015, al igual que reducir la mortalidad neonatal que se concentra en la primera semana de vida y más aún en las primeras 24 horas, y representa un porcentaje alto (68%) de las muertes de menores de un año. Por ello, el desafío y el compromiso del sector salud en el periodo 2012-2021, consiste en orientar las intervenciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación durante los Primeros Mil Días de vida desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y sus parejas, y del derecho al desarrollo integral de la primera infancia, aplicando criterios de continuidad, calidad y humanización de la atención en el marco de la atención primaria en salud, y la orientación de la salud y la medicina familiar y comunitaria, con particular énfasis en los grupos más vulnerables.

El derecho a la salud en la etapa más temprana de la vida es un objetivo de políticas, por lo cual el Plan Decenal de Salud Pública fijó dentro de sus metas a 2015 la implementación, en todo el territorio nacional, del marco estratégico para la salud en los *Primeros Mil días de vida*. En consecuencia, se formula el respectivo Plan Nacional de Acción, con el propósito de hacer realidad este objetivo de políticas y contribuir al derecho al desarrollo integral de la primera infancia.

1

Antecedentes



Desde comienzos de los años 90, las Agencias del Sistema de Naciones Unidas y en particular la OMS y UNICEF hicieron un llamado mundial para la supervivencia infantil que se materializó en las metas acordadas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, por parte de 71 jefes de Estado y de Gobierno y otros dirigentes mundiales. Comenzó así un periodo de implementación de iniciativas dirigidas a combatir la desnutrición infantil, el uso de la rehidratación oral, el fomento a la lactancia materna, la ampliación de la vacunación, el acceso a agua potable y segura, al saneamiento y el uso de mosquiteros con insecticida, que permitieron reducir la mortalidad infantil de cerca de 12 millones por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 6.9 millones en 2011⁴. A continuación se presenta un resumen de las convenciones y alianzas internacionales, en favor de la madre y el recién nacido, que han orientado los esfuerzos nacionales en materia de intervenciones, de disposiciones normativas y de política pública para la primera infancia.

➤ **Conferencias y convenciones internacionales en favor de las mujeres, las madres y los recién nacidos**

Conferencias y convenciones	Contenidos
<p>Conferencias y convenciones de Naciones Unidas</p>	<p>Instrumentos internacionales y regionales, liderados por los organismos de Naciones Unidas, que fundamentan los derechos humanos y buscan asegurar a todas las personas, sin ninguna clase de discriminación ni exclusión, una amplia protección contra la violación de los mismos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948; • Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966; • Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966; • Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979; • Convención de los Derechos del Niño, 1989. <p>De estos se destacan tres por sus aportes específicos al derecho de las mujeres, las niñas y los niños a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital, en pie de igualdad con las demás personas⁵.</p>

Conferencias y convenciones	Contenidos
<p>1. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, CDN.</p>	<p>Aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989; reconoce a los niños la condición de sujetos de derecho y regula su ejercicio, garantía, protección y defensa por parte de los Estados.</p> <p>En el 2004, el Comité de los Derechos de los Niños, profundiza la comprensión de los derechos de la primera infancia, contenidos en la CDN, para orientar a los Estados en la definición de políticas y planes de acción de carácter integral dirigidos a la primera infancia, de acuerdo con las circunstancias específicas de cada país (Observación N°7 «Realización de los derechos del niño en la primera infancia»).</p>
<p>2. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 1994</p>	<p>El Programa de Acción incluye objetivos y metas en materia de Población y Desarrollo. Aborda la igualdad y equidad entre los sexos, la habilitación o empoderamiento de la mujer y la responsabilidad del hombre en las funciones familiares y sociales; trata sobre los Derechos Reproductivos y la salud reproductiva. Dentro de los objetivos figuran la educación, especialmente de las niñas, el logro de una mayor reducción de la mortalidad infantil y materno-infantil, la prevención y la lucha contra la pandemia del VIH- Sida y el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, en particular la planificación de la familia y la salud sexual.</p>
<p>3. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 1995</p>	<p>Tiene como fin promover los objetivos de igualdad, desarrollo y paz para todas las mujeres del mundo, en interés de toda la humanidad. La Plataforma de Acción apunta a promover y proteger el pleno disfrute de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las mujeres a lo largo de su vida.</p> <p>Amplía el derecho a la salud de las mujeres, así como los derechos sexuales y reproductivos, considerando estos como un derecho humano a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad y su reproducción, sin verse sujetas a discriminación ni violencia. Recomienda medidas para mejorar el acceso y calidad de la atención de la salud de la mujer, la eliminación de la violencia sexual y basada en el género, los trastornos mentales relacionados con la marginalización, la impotencia, la pobreza, el trabajo excesivo, el estrés y las violencias contra las mujeres.</p> <p>Insta a los gobiernos a considerar los efectos de salud pública que genera el aborto en condiciones inadecuadas y a incluir en sus legislaciones medidas para garantizar su manejo seguro. Se ocupa también de las metas aprobadas a nivel internacional para la reducción de la mortalidad infantil.</p>

➤ **Alianzas Internacionales en favor de las madres y los recién nacidos**

Alianzas Internacionales	Contenidos
Plan de Acción Regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas, 1990	<p>➤ Lanzado por la OPS y aprobado en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana del año 1990, estableció como meta la reducción de la tasa de mortalidad materna para el año 2000 en un 50%.</p>
Salud para todos en el año 2000	<p>➤ En 1978, la conferencia de Alma-Ata hizo el llamado mundial «Salud para todos en el año 2000» con el fin de garantizar el derecho a la salud, y planteó la pertinencia y relevancia de actuar sobre los <i>determinantes sociales</i>, a través de medidas innovadoras que reduzcan drásticamente las inequidades sanitarias, económicas y sociales. Estas medidas se refieren al trabajo intersectorial, alrededor de la salud, como un punto de interés genuino para todo el mundo, la inversión financiera para el mejoramiento de la salud y la participación social y comunitaria en la rendición de cuentas.</p>
Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM.	<p>➤ En el año 2000, Naciones Unidas concertó con jefes de Estado y de Gobierno de 189 países un compromiso internacional, para superar los problemas más acuciantes del desarrollo, que se plasmó en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM.</p> <p>Si bien todos los ODM guardan estrecha relación con la salud, los N° 1, 4, 5 y 6 son quizás los más específicos. Estos se refieren en su orden, a erradicar la pobreza y el hambre, reducir la mortalidad infantil, reducir la mortalidad materna, y combatir el VIH-Sida, el paludismo y otras enfermedades, de donde resulta fácil deducir que el tiempo para actuar en estos ODM es en esencia el que cubre los primeros mil días de vida.</p> <p>Apostarle al desarrollo social exige trabajar en estrecha vinculación con los demás ODM: Lograr la enseñanza primaria universal (ODM2), Promover la equidad entre los géneros y la autonomía de la mujer (ODM3), Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (ODM 7) y Fomentar una asociación mundial para el desarrollo (ODM 8).</p>

Alianzas Internacionales	Contenidos
<p>Declaración de Delhi sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño.</p>	<p>Se expidió en 2005 con el fin de apoyar el logro de los ODM relativos a la salud materna e infantil, en la ciudad de Delhi, India. Hace un llamado a los países para desarrollar acciones dirigidas a salvar la vida de las madres, los recién nacidos y los niños, recomendándoles la elaboración de planes de desarrollo y presupuestos orientados al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5.</p> <p>Recomendó a las organizaciones internacionales y organismos no gubernamentales, su colaboración y apoyo a los países para el logro de estos objetivos.</p>
<p>Alianza a Favor de la Salud Neonatal en América Latina y el Caribe</p>	<p>Los representantes de los ministerios de salud de 16 países exploraron las distintas acciones para mejorar la salud perinatal y neonatal y se comprometieron a obtenerla.</p>
<p>Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño.</p>	<p>En septiembre del año 2005 se crea esta Alianza como un renovado impulso en pro de la reducción de la mortalidad materna e infantil en todo el mundo, para lo cual aglutinó tres grupos existentes: la Alianza para una maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido, la Alianza para la salud del recién nacido y la Alianza para la supervivencia infantil. Así mismo, vinculó a asociaciones de profesionales sanitarios, organizaciones no gubernamentales, organismos donantes, agencias multilaterales y gobiernos nacionales, emprendiendo acciones de abogacía, intercambio de información sobre la supervivencia infantil y movilización de apoyos relativos a la salud de la madre, el recién nacido y el niño⁶.</p>
<p>Centro Latinoamericano de Perinatología, CLAP.</p>	<p>Se creó en 1970 y actualmente está integrado con la Unidad de Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), con el objetivo de orientar la cooperación técnica en los países latinoamericanos y desarrollar tecnologías apropiadas que mejoren la atención perinatal y neonatal. En este contexto, la OMS/OPS, plantea volver a las intervenciones simples, de alto impacto, bajo costo y fundamentadas en evidencia científica sólida, que al ser aplicadas en contextos de Atención Primaria en Salud, contribuirán a reducir las tasas de mortalidad materna, infantil, neonatal y perinatal.</p>
<p>Declaración Conjunta sobre la Salud de la Madre y el Recién Nacido.</p>	<p>En el año 2008, durante la Reunión de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, los líderes mundiales manifiestan su preocupación por el lento avance del ODM 5 sobre mortalidad materna, y la OPS, UNFPA y UNICEF suscriben la Declaración Conjunta sobre la Salud de la Madre y el Recién Nacido, por la cual se comprometen a reforzar su apoyo a los países más rezagados en el logro de esta meta⁷.</p>

➤ **Estrategias y Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, OMS/OPS para la salud de la madre y el recién nacido**

Resolución CSP26.R13, 2002	➤	Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna.
Resolución CD45.R3, 2004	➤	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud.
Resolución WHA58.31, 2005	➤	Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño.
Resolución CD46.R16, 2005	➤	Política de la OPS en materia de igualdad de género.
Resolución CD47.R19, 2006	➤	La salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, del recién nacido y del niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.
Resolución CE138.R2, 2006	➤	Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo.
Resolución CD48.R4, 2008	➤	Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño.
51° CD, 63ª Sesión del Comité Regional	➤	Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave.
55a Asamblea Mundial de la Salud en su decisión WHA55.25, 2002.	➤	Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. La cual se basa en la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y del papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas, para lograr un estado de salud óptimo.

- **Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la salud del recién nacido en el continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño, 2008-2015**

Teniendo en cuenta la alta contribución de las muertes neonatales en la mortalidad infantil representada en el 75%, con un peso mayor de la mortalidad neonatal precoz, y el carácter evitable de esta mortalidad si se concentraran las acciones en el momento del parto y el periodo postnatal, la OPS propuso la *Estrategia y Plan de Acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño*, con el fin de acelerar el progreso de las metas y apoyar a los Estados Miembros en la elaboración de estrategias y planes de acción nacionales que reduzcan con mayor contundencia la mortalidad materna y neonatal.

La estrategia fue aprobada por el 48º Consejo Directivo de la OPS en octubre de 2008, y bajo la visión compartida de que *Todas las madres, los recién nacidos y niños en los países de América Latina y el Caribe recibirán la atención de calidad apropiada y eficaz que necesitan para llevar una vida saludable y productiva*, se elaboró y difundió el Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Perinatal y Neonatal en América Latina y el Caribe, obteniendo el compromiso de los gobiernos de la Región para actuar en ocho años (2008-2015) y hacer realidad los ODM 4 y 5^º. En la actualidad, 9 de cada 10 países de América latina y El Caribe cuentan con un plan nacional para la salud materna y neonatal en el marco del continuo de la atención, el 100% de ellos con un sistema de monitoreo y evaluación y 57,1% con presupuestos específicos, que requieren ser formalizados e institucionalizados⁹.



El Plan de Acción Estratégico Regional, es una hoja de ruta para que los países de la Región puedan implementar intervenciones, desde el sector salud, dirigidas a mejorar la salud del recién nacido y reducir la mortalidad neonatal, alrededor de una visión clara sobre la salud materna e infantil, dentro de un continuo de cuidados, respaldado por evidencia sobre epidemiología e intervenciones eficaces, con lo cual se espera lograr el bienestar y la salud en los Primeros Mil Días de Vida. Para ello, la OPS recomienda que las acciones mundiales, nacionales y regionales de todos los participantes se enfoquen en tres aspectos principales: 1. La atención alrededor del nacimiento, con lo cual se salvarían vidas tanto de madres como de recién nacidos, y se evitaría la muerte perinatal; 2. Intervenciones con alta relación costo/ eficacia para las principales causas de muerte neonatal y 3. Asegurar la calidad de la atención, que importa tanto como la cobertura.

Las áreas estratégicas propuestas por el Plan de Acción Regional se refieren a: 1. Crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal; 2. Fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de atención materna, recién nacido y niñez; 3. Promover las intervenciones comunitarias y 4. Crear y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación. Se puede ver que existe consonancia entre estas áreas y las adoptadas en el Plan de Salud Primeros Mil Días elaborado por Colombia.

- **Progresos Nacionales**

Colombia no ha sido ajena al devenir de los compromisos, metas y estrategias de la región, y desde inicios de los años 90 ha venido realizando esfuerzos importantes y desarrollando programas, estrategias e iniciativas que han mostrado resultados significativos en el mejoramiento de la salud infantil, en áreas como la vacunación, la prevención y manejo de enfermedades infecciosas como la enfermedad diarreica aguda y la enfermedad respiratoria aguda, el control prenatal y la nutrición. Sin embargo, los resultados aún están lejos de conseguir las metas sanitarias de reducción de la mortalidad materna e infantil que se propuso, especialmente en los territorios dispersos y en poblaciones marginadas del desarrollo. Esto se debe en parte a la falta de capacidad institucional para reunir, en paquetes integrales de atención, un conjunto de aquellas intervenciones verticales que han comprobado su eficacia para resolver un problema específico, y que de ofrecerse en complementariedad con otras intervenciones, permitirían hacer sinergias y dar respuestas integrales a las necesidades en salud de las personas, en especial de la primera infancia.

Es altamente probable, que si se reuniera el gran número de intervenciones que hoy circulan de manera vertical, fragmentada y dispersa en el territorio nacional, y se ofertaran en los primeros mil días de vida a través de paquetes integrados e integrales, dirigidos prioritariamente a los grupos más marginados socialmente, podría no solo reducirse el número de muertes prematuras e injustas en esta etapa de la vida, sino cambiarse en un par de décadas la realidad social y el desarrollo del país, de manera positiva y sostenible.

- **Marco normativo y de políticas**

El instrumento que fundamenta los derechos humanos y dio origen al cuerpo normativo y jurídico del derecho en todos los países, es la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas proclamada en 1948. En ella se promulga el derecho de la infancia a crecer y desarrollarse en el seno de una familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, y a recibir cuidados y asistencia especiales.

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, CDN, es adoptada en la Constitución Política de 1991, artículos 43 y 44 (protección de la mujer durante el embarazo y después del parto, predominio de los derechos de la infancia, derechos fundamentales a la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, obligación de la familia, la sociedad y el Estado de asistir, proteger y garantizar al niño su desarrollo integral) y sancionada mediante la Ley 12 de 1991.

La Ley 100 de 1993, crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dispone la afiliación automática al sistema desde el momento del nacimiento, para garantizar el acceso a los servicios de salud. La Resolución 412 del año 2000 del Ministerio de Salud, establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y adopta las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, dentro de las cuales figuran la planificación familiar, la atención del embarazo, parto y puerperio, el control del crecimiento y el desarrollo y el programa ampliado de vacunación.

En Colombia el año 2006 marca un hito en la historia del desarrollo infantil temprano y la atención integral a la primera infancia, por cuanto se expiden leyes y políticas que recogen y adoptan las declaraciones y convenciones que durante los años precedentes habían venido posicionando los derechos de los niños, como también los compromisos del país con las Metas del Milenio-2015, contenidas en el documento CONPES 91 de 2005. Así, se expide la Ley 1098 de 2006 o Código de infancia y adolescencia, que incorpora la CDN y desarrolla el Art. 44 de la Constitución de 1991. Este código define la etapa de primera infancia como la franja poblacional que va de los cero a los seis años de edad donde se establecen las bases para el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social del ser humano. En su Artículo 20 establece que «Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas».

En el mismo año, la política pública de primera infancia «Colombia por la primera infancia», asume los compromisos de país adquiridos ante la comunidad internacional para la aplicación de la CDN y la Observación General N° 7, sobre la realización de los derechos en la Primera infancia, definiendo las estrategias y acciones que aseguren a todas las niñas y niños de Colombia su crecimiento y desarrollo en ambientes saludables, nutrición óptima, ambientes propicios para el aprendizaje, interacciones afectivas, oportunas, pertinentes y de calidad con los adultos significativos, protección contra accidentes y violencias, y acceso a agua potable y saneamiento básico. La política fue aprobada en el documento CONPES Social 109 de 2007.

También en 2006 se formula la política pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional con objeto de «Garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad», para lo cual fijó metas orientadas a la reducción de la desnutrición en niñas y niños menores de 6 años, la disminución de la anemia en la primera infancia y el fomento de la lactancia materna. El documento CONPES 113 de 2008 aprobó esta política.

La Ley 1295 de 2009 reglamenta la Atención Integral de las niñas y niños de Primera Infancia de los sectores más pobres según clasificación SISBEN en los niveles 1, 2 y 3.

La Ley 1438 de 2011 reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco de la Atención Primaria, y dispone la Atención Preferente y Diferencial para la Infancia y Adolescencia, para lo cual establece la gratuidad de la atención a las niñas y niños menores de 8 años sin importar el régimen de afiliación, a través de un Plan de Beneficios que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de las enfermedades. Exige a las instituciones de salud el restablecimiento de la salud de los niños y niñas cuando sus derechos han sido vulnerados, y establece la corresponsabilidad de los padres o los representantes legales de los niños y niñas con el Estado en materia del cuidado y gestión oportuna e integral de la salud. Actualmente, cursa en el país una nueva reforma a la salud, que contempla una ley estatutaria ya aprobada por el Congreso de la República donde se fundamenta el derecho a la salud, y una ley ordinaria que reglamenta la anterior, en el momento en proceso de aprobación.

En el marco de los procesos de transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud emitió en diciembre de 2014, el Decreto 2561 de 2014, el cual definió mecanismos para mejorar el acceso de la población a los servicios, adecuar y fortalecer el modelo de atención en el departamento del Guainía, incorporando estrategias para desarrollar la Atención Primaria en Salud y el enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria para zonas rurales y con población dispersa.

En este acto administrativo, y los lineamientos del nuevo Modelo Integral de Atención en Salud, se presenta la reorganización de las redes de prestación de servicios, fortaleciendo el nivel primario, incorporando la conformación de equipos de salud, con la participación de diferentes perfiles en el talento humano, con diferentes profesiones y ocupaciones, así como agentes comunitarios, y en el caso de pueblos indígenas y otros grupos étnicos, la formación y gestión con parteras y agentes tradicionales de salud, con particular impacto en la salud y los cuidados materno infantiles.

Los avances normativos obtenidos a partir de los años 90 han sido incorporados en los planes nacionales de desarrollo, en los planes nacionales y territoriales de salud pública 2007-2010, de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012 - 2019, de Atención Integral a la Primera Infancia, PAIPI, a los cuales se han vinculado los programas de Familias en Acción y Red UNIDOS del Departamento Nacional para la Prosperidad Social, e iniciativas privadas, conformando una oferta diversa en los territorios que evidencia la apuesta del país por la primera infancia.

El posicionamiento progresivo de la primera infancia se consolida y reafirma con la Ley 1450 de 2011 del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 «Prosperidad para todos», que le otorga prioridad política, económica y social al grupo poblacional de primera infancia al establecer dentro de los propósitos del Gobierno «la atención integral a la población colombiana menor de seis años». En cumplimiento del Plan de Desarrollo se crean las condiciones institucionales para garantizar la atención integral a la primera infancia, asignando responsabilidades sectoriales e intersectoriales que se concretan en los planes territoriales, y de manera especial, en la Comisión Intersectorial de Atención Integral a la Primera Infancia, CIPI.

- **Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia «De Cero a Siempre»**

En el propósito de consolidar la política pública de primera infancia, el Estado Colombiano crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia a través del Decreto 4875 de 2011, integrada por la Presidencia de la República, los ministerios de Salud y Protección Social, Educación Nacional, Cultura, el Departamento Nacional de Planeación, el Departamento

Administrativo para la Prosperidad Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con la función de coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, en su calidad de instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados y se inicia la construcción de la estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia «De Cero a Siempre»¹⁰.

La estrategia se fundamenta en el nuevo concepto de niña y niño dado por la CDN, que los entiende como sujetos de derechos, y en consecuencia seres sociales, singulares e irrepetibles, con particularidades individuales en medio de la diversidad biológica, cultural y social, interlocutores válidos que opinan, participan y construyen su identidad y ciudadanía. Incorpora los desarrollos científicos sobre el desarrollo infantil temprano como el conjunto articulado de cuidados de salud, alimentación, nutrición, educación inicial y protección que constituyen la base fundamental del desarrollo humano y social, actuando desde la etapa pre-gestacional y hasta los seis años de vida. De allí el lema de la estrategia: *De Cero*, porque las condiciones para el desarrollo de una vida digna, con garantía de derechos, comienzan desde antes de la gestación, y *a Siempre* porque las capacidades que se desarrollan en esta etapa sientan las bases para toda la vida.

Puede decirse que la estrategia es el conjunto de acciones planificadas, de carácter nacional y territorial, dirigidas a garantizar el derecho al desarrollo Integral de la Primera Infancia a través de un trabajo unificado e intersectorial que articula y promueve los planes, programas y acciones que adelanta el país en favor de la atención integral a la primera infancia.

Desde la perspectiva de derechos, la estrategia trazó un horizonte de sentido que denomina *realizaciones*, entendidas como las condiciones y estados que se materializan en la vida de cada niña y cada niño, y hacen posible su desarrollo integral, por lo cual acordó que las *realizaciones* que merece cada niña y cada niño aquí y ahora, implican que:

- 1 Cuenta con padre, madre o cuidadores principales que le acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral.
- 2 Vive y disfruta del nivel más alto posible de salud.
- 3 Goza y mantiene un estado nutricional adecuado.
- 4 Crece en ambientes que favorecen su desarrollo.
- 5 Construye su identidad en un marco de diversidad.
- 6 Expresa sentimientos, ideas y opiniones en sus entornos cotidianos y éstas son tenidas en cuenta.
- 7 Crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración.

Las realizaciones deben darse en los entornos cotidianos donde se desarrolla la vida de las niñas y los niños desde la gestación y hasta los seis años de edad; estos entornos son el hogar, las instituciones de salud, las instituciones de educación inicial (Centros de Desarrollo Infantil y modalidades específicas), y los espacios públicos. Se requiere que el país en su conjunto garantice que sean de calidad, con atenciones simultáneas y concurrentes dirigidas a las niñas y los niños para la promoción de su desarrollo.

Las intervenciones y atenciones que requieren las niñas y niños en primera infancia (incluidas sus madres) para la realización de sus derechos, se organizan en la Ruta Integral de Atenciones a

la Primera Infancia, RIA, y deben ser ejecutadas por uno o varios sectores teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural del país. La atención integral es la forma a través de la cual los actores responsables de garantizar el derecho al pleno desarrollo de las niñas y los niños en primera infancia, materializan de manera *articulada* la protección integral para lo cual es necesario que las acciones sean intersectoriales y darse en los órdenes nacional y territorial con características de intencionalidad, planificación, continuidad, de interacción social y efectividad.

En consecuencia, la atención integral se organiza en torno a cinco ejes que estructuran y dan coherencia y consistencia a la atención integral a la vez que facilitan la distribución de las responsabilidades entre los distintos niveles de gobierno, sectores e instituciones con el fin de garantizar que las acciones lleguen a cada niña y cada niño de forma concurrente, complementaria, armónica, pertinente y oportuna¹¹. Estos ejes estructurantes son:

- 1 El cuidado y la crianza
- 2 La salud, la alimentación y la nutrición
- 3 La educación inicial
- 4 La recreación
- 5 El ejercicio de la ciudadanía y la participación.

En consonancia con lo anterior y con el fin de orientar técnicamente las acciones intersectoriales y territoriales se diseñaron seis lineamientos que contienen los criterios conceptuales y operativos que dan sentido a las prácticas de atención, independientemente de quién o cuál sea la entidad que las ejecute. Los lineamientos comprenden contenidos relacionados con:

- Formación y acompañamiento a familias y comunidades
- Salud, alimentación y nutrición
- Educación inicial
- Recreación y fortalecimiento cultural
- Ejercicio de la ciudadanía
- Restablecimiento de derechos.

En síntesis, la Estrategia es « la manera intersectorial, concurrente y coordinada en que los sectores estatales del nivel nacional y local (educación, salud, cultura, bienestar, planeación, etc.) así como otros actores de la sociedad (familias, comunidad, sociedad civil, academia, empresa privada, organizaciones no gubernamentales, entre otras), se articulan para lograr la atención integral a las mujeres gestantes, y las niñas y los niños en primera infancia, a partir de lo que ellas y ellos requieren»¹². El presente *Plan de acción de salud Primeros Mil Días de vida*, recoge y desarrolla el eje estructurante salud, alimentación y nutrición como un elemento esencial de la atención integral el cual será ampliado más adelante.

- **Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021**

EL PDSP es por antonomasia la política de salud pública esencial del Estado, que reconoce y garantiza la salud como un derecho fundamental, una dimensión central del desarrollo humano y un instrumento

*indispensable para lograr la paz y la equidad social con bienestar integral y calidad de vida, a través de la acción de todos los sectores que están involucrados directamente con los Determinantes Sociales de la Salud.*¹³

Su meta central es alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables (PDSP). En consecuencia tiene como objetivos estratégicos lograr la equidad en salud, mejorar la salud y mantener cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad. Para ello se estructura alrededor de ocho dimensiones prioritarias y dos transversales que constituyen los campos de acción indispensables para el bienestar de las personas, sin importar cuales sean sus diferencias.

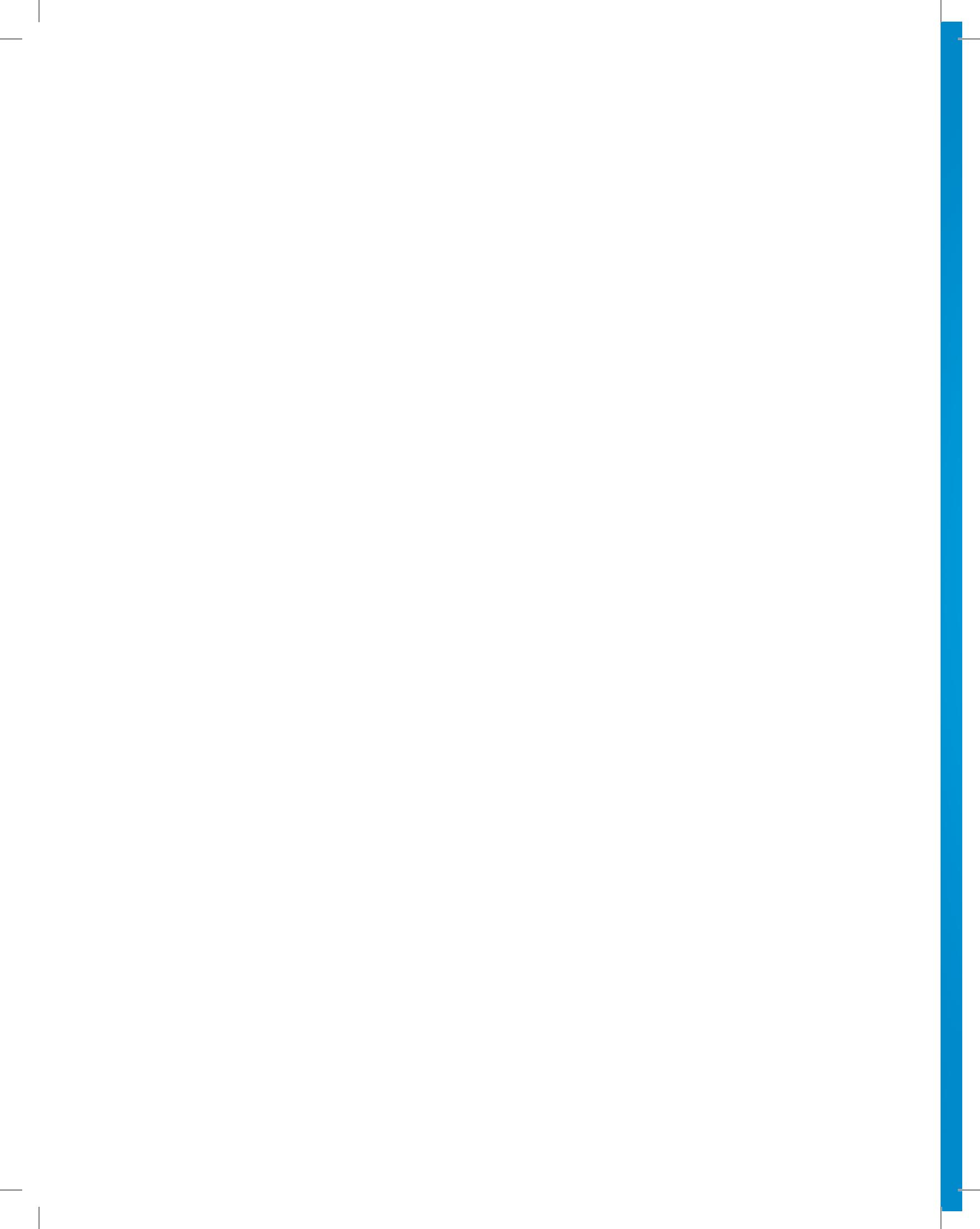
Dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	
1	Salud Ambiental
2	Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles
3	Convivencia Social y Salud Mental
4	Seguridad Alimentaria y Nutricional
5	Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos
6	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles
7	Salud Pública en Emergencias y Desastres
8	Salud y Ámbito Laboral

Dimensiones transversales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	<p>Define como grupos prioritarios los niños, niñas y adolescentes, los grupos étnicos, las personas en situación de discapacidad, el adulto mayor y las personas víctimas del conflicto armado.</p> <p>> Un componente de esta dimensión es el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, donde se establece la meta de implementar en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de los Primeros Mil Días de vida, desde la gestación y hasta cumplir los tres años de edad.</p>
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	<p>> Línea de trabajo clave para recuperar la capacidad de gestión y direccionamiento de las entidades territoriales.</p>

Las acciones de rectoría deben dirigirse a:

- i Priorizar a las mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, así como a las niñas y niños menores de tres años en la política, social, técnica y financiera nacional y territorial;
- ii Articular la dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables en su componente de desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, en los planes territoriales anuales de salud, para garantizar el derecho al desarrollo integral;
- iii Coordinar con actores sectoriales e intersectoriales que faciliten la gestión en el territorio para garantizar el desarrollo infantil temprano;
- iv Asegurar en el territorio la arquitectura institucional que permita disponer de talento humano cualificado, pertinente y suficiente, la integración de traductores para la atención de los pueblos y comunidades, la infraestructura dotada y en condiciones óptimas para prestar atención de salud humanizada y pertinente, que reconozca y se ajuste a la situación e intereses de las mujeres, las niñas y niños menores de tres años, el transporte, los medios de comunicación y sistemas de información que den cuenta de los resultados en salud;
- v Fortalecer la inspección, vigilancia y control en el seguimiento de la calidad y humanización de los procesos de atención de mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, niñas, niños y sus familias;
- vi Hacer seguimiento al gasto público social como herramienta para alcanzar los resultados en salud.

De esta manera, el Plan recoge el compromiso del Estado colombiano de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas públicas, siguiendo la orientación dada en la 62ª Asamblea Mundial de la Salud de 2009, que exhorta a los países a asumir el compromiso político de luchar contra las inequidades en salud¹⁴.



2

Perfil de la situación de salud materna e infantil en los primeros mil días de vida



El perfil de la situación de la salud materna e infantil que aquí se presenta, busca visibilizar los avances y retos en cobertura y calidad de la atención. Para ello recoge y resume los datos y análisis pertinentes a la salud en los primeros mil días de vida que se hallan contenidos en diversos documentos oficiales. Esta información proviene de datos oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, elaborados con base en las cifras de Estadísticas Vitales del Departamento Nacional de Estadísticas, EV-DANE, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud, INAS, y las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, ENDS 2010 y Encuesta Nacional de la Situación Nutricional, ENSIN 2010. Así mismo, del Departamento Nacional de Planeación y Naciones Unidas en su Informe de seguimiento a los ODM, Análisis Regional, Colombia 2011.

➤ **Perfil socio-demográfico: la población en el contexto de los Determinantes Sociales de la Salud**

- **Evolución de la población colombiana**

En los últimos 100 años la población total de Colombia se ha multiplicado diez veces, al pasar de 4.144.000 habitantes en el año 1905 a 41.468.384 en el año 2005. Según proyecciones del DANE, en 2010 la población ascendía a 45.508.205 de habitantes, el 49,4% hombres y el 50,6% mujeres; para el 2020 la población proyectada será de 50.911.747¹⁵.

Las niñas y niños menores de 5 años constituyen el 11% de la población total del país de los cuales 1.716.363 son menores de 2 años, y de los cuales el 34,5%, están en condición de pobreza.

Edad	0	1	2	3	4	5	Total 0 a 5
Total de población*	859.612	856.751	854.975	854.295	854.730	852.397	5.132.760
Población en situación de pobreza	264.867	327.534	473.731	514.686	563.446	631.370	2.875.634
Proporción	31%	50%	55%	60%	66%	73%	56%

Fuente: Tabla elaborada por la Estrategia Nacional De Cero a Siempre con base en proyecciones DANE 2010.

- **Distribución en el territorio nacional**

Por área de residencia, según el Censo 2005, tres cuartas partes de la población (75%) viven en las zonas urbanas lo cual tienen efectos significativos en los resultados de salud, dados por mayores o menores riesgos de contraer enfermedades manifiestas en causas específicas de mortalidad para grupos específicos de población¹⁶. Bogotá es la zona con menor grado de inequidades sociales y económicas (densidad poblacional, acceso a salud, disponibilidad de recursos), seguido de Cundinamarca, Medellín, Barranquilla y Cali, mientras las regiones de Amazonia, Orinoquia y el Pacífico presentan mayor concentración de inequidades, debido a las posibles limitaciones de ingresos, recursos disponibles, características poblacionales y acceso a la oferta sanitaria¹⁷.

- **Características de la estructura de la población colombiana**

En el año 2005, por cada 100 nacimientos de niñas se registraron 106 nacimientos de niños. La región del Atlántico y la Amazonia conservan una estructura piramidal con una base ancha de menores de cinco años. En las regiones oriental, central y Pacífico hay mayor población de adolescentes, principalmente de 10 a 14 años de edad mientras en Bogotá el grupo de 20 a 24 es mayoritario, especialmente mujeres.

Los grupos étnicos están representados en 3,4% de población indígena, 10,3% de afrocolombianos y 0,08% de grupos ROM, raizales de San Andrés y Providencia, y palenqueros. La población indígena está dispersa en todo el territorio nacional, con los porcentajes más altos en la Orinoquia y Amazonia aunque los departamentos de La Guajira, Cauca y Nariño concentran el 54,2% del total de la población indígena nacional, por otra parte en las zonas costeras se concentra cerca del 70% de la población afrocolombiana¹⁸.

La estructura familiar está conformada por 43% de hogares nucleares completos, 12% nucleares incompletos donde falta el padre o la madre, 14% hogares de familia extensa y 10% familias extensas incompletas, en donde falta alguno de los cónyuges del jefe de familia. Es notoria la feminización de la jefatura del hogar, que creció de menos del 25% en 1995 al 34% en 2010¹⁹.

- **Dinámica poblacional**

Fecundidad

Colombia vive un proceso de transición demográfica con una natalidad descendente y una mortalidad moderada o baja, y al igual que otros países latinoamericanos, presenta una tendencia descendente en la fecundidad general. La tasa global de fecundidad actual es de 2,1 hijos por mujer, pero no ocurre lo mismo con la fecundidad en adolescentes. Mientras la fecundidad general (mujeres de 15 a 49 años de edad) disminuyó entre los años 1990 a 2010 de 91 nacimientos por cada mil mujeres a 74 nacimientos, la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años se incrementó al 30%, pasando de 70 a 90 por mil entre 1990 y 2005, y aunque en 2010 bajó a 84 nacimientos por mil mujeres, el comportamiento de la fecundidad adolescente tiende a estabilizarse e incluso a aumentar discretamente, en particular en las regiones del Atlántico y del Pacífico²⁰.

Como producto de la alta fecundidad adolescente es posible anticipar que en los próximos años se mantendrá una estructura por edades de población ensanchada en las edades jóvenes, debido al nacimiento de más niñas que luego llegan a la edad de procrear. Adicionalmente y dado que no solo la proporción de adolescentes con hijos ha aumentado, sino que la edad a la cual tienen el primer hijo es cada vez menor, el número de nacimientos totales aumentará con una importante contribución de nacimientos adolescentes. En el último decenio, 23% de los 700.000 nacimientos registrados al año corresponde a mujeres de 15 a 19 años²¹.

Embarazo en adolescentes

Para el año 2010 el embarazo en niñas menores de 18 años disminuyó un punto porcentual con respecto al 2005, ubicándose en 19.5%, un porcentaje aún inadmisiblemente por el impacto negativo en las condiciones físicas y mentales de las niñas adolescentes²² y también de sus parejas adolescentes. Las consecuencias de estos embarazos son múltiples: de una parte, pueden complicarse con partos prematuros, bajo peso al nacer, preeclampsia, anemia o infecciones de transmisión sexual que conllevan riesgos para la salud y la vida de las adolescentes y de sus bebés; de otra parte, dado que en su mayoría, se trata de gestaciones que no han sido deseadas ni planeadas, estas pueden terminar en abortos practicados en forma clandestina y en condiciones sanitarias impropias que ponen en riesgo la vida de las adolescentes (el 22% de las niñas y adolescentes entre 12 y 19 años embarazadas tuvo complicaciones durante el parto que pusieron en riesgo sus vidas, según el Informe parcial de Morbilidad Materna Extrema del Instituto Nacional de Salud a semana epidemiológica 36 del año 2013). Los efectos sicosociales son también graves para las madres y padres adolescentes por cuanto no pueden llevar a cabo sus proyectos de vida, y para las niñas y niños por cuanto no reciben los cuidados apropiados para su crecimiento y desarrollo integral, todo lo cual les niega oportunidades a madres y padres, hijas e hijos.

Según la ENDS 2010, solo el 48% de los nacimientos de los últimos cinco años han sido deseados, el 30% lo quería pero más tarde, y el 23% manifestó que francamente no lo deseaba. Existe abundante evidencia científica de las consecuencias sicosociales del embarazo no planeado o no deseado en cualquier momento de la vida, manifiesta en maltrato infantil, abuso, explotación, violencia intrafamiliar, delincuencia y perpetuación de la violencia.

El embarazo en adolescentes se presenta tanto en las áreas rurales como en las urbanas, en todos los niveles educativos y estratos sociales. Por zonas geográficas, el porcentaje asciende a 26.7% en las áreas rurales, frente a 17.3% en las zonas urbanas. En cuanto al nivel educativo, los porcentajes más altos se presentan en adolescentes sin educación (55%) o solo con educación primaria (46.5%).

Mortalidad

La mortalidad general es más alta en hombres de todos los grupos de edad que en mujeres, con una marcada disminución de la mortalidad infantil y de la niñez y un desplazamiento de la mortalidad hacia los grupos de mayor edad en los años más recientes. En el primer año de vida el riesgo de morir es alto, y baja al mínimo nivel entre los 5 a los 15 años, cuando comienza a crecer al ritmo del proceso de envejecimiento biológico hasta llegar a la edad modal entre 70 y 80 años.

El PDSP 2012-2021 señala cómo esta dinámica poblacional ha incidido notoriamente en la esperanza de vida al nacer en Colombia, especialmente en los últimos 20 años donde el promedio de vida pasó de 68 a 74 años entre 1985 y 2010, una tendencia positiva aunque desacelerada por la pérdida de años de vida debidos a causas persistentes en el perfil epidemiológico del país, especialmente las muertes por causas externas (accidentes y homicidios).

Procesos migratorios

Otro componente que afecta la dinámica poblacional es el de los procesos migratorios; de una parte la migración interna, debido sobre todo al desplazamiento forzado por el conflicto armado interno que produce un crecimiento desordenado de la población urbana en condiciones de alta vulnerabilidad, con afectación de la salud y el bienestar de individuos y colectivos, tanto de las áreas expulsoras como de las receptoras, por lo cual constituye un determinante de la salud física y mental de la población colombiana. Según cifras del Ministerio de Salud en Antioquia, Nariño, Cauca y Caquetá se originan el 53% de los desplazamientos, y a su vez estas zonas, más el Distrito de Bogotá y el Valle del Cauca, reciben cerca del 52% de personas desplazadas²³. Se estima en cerca de cinco millones de personas las víctimas del desplazamiento forzado, siendo más afectadas las mujeres, las niñas, niños y adolescentes menores de 14 años y en general los grupos étnicos²⁴. A pesar de que la cobertura de aseguramiento de la población desplazada oscila entre el 80% y el 90%, el acceso efectivo a los servicios de salud es inferior al 40% debido a la dispersión geográfica, la presencia de grupos armados ilegales y la debilidad institucional en salud, entre otros factores.

Por otra parte la migración externa se manifiesta en 3.331.107 de colombianos residiendo en el exterior, que representan el 9% del total de la población censada en el país, con una mayor proporción de mujeres, quienes envían recursos o remesas a sus familiares con un impacto positivo en los indicadores de educación, alimentación y salud en algunas regiones del país²⁵.

- **Contexto socioeconómico:**

Inequidad

El Coeficiente de Gini mide la desigualdad del ingreso o de la riqueza, calificando con valores cercanos a 0 la igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y con valores cercanos a 1 la mayor desigualdad (una persona concentra todos los ingresos). En Colombia el índice de Gini mostró mejoría al bajar de 0.573 a 0.560 en el 2010, pero sigue revelando las grandes desigualdades regionales del país. Así se observa que mientras en 2010 La Guajira tiene un Coeficiente de Gini de 0.62, Chocó 0.58, Cauca y Huila 0.57, los departamentos de Caquetá y Cundinamarca tienen 0.46 y Risaralda 0.48²⁶.

Línea de pobreza

Según Planeación Nacional y el DANE, en Colombia una persona se encuentra bajo la línea de pobreza cuando tiene ingresos por debajo de los \$190.000 pesos mensuales. Los resultados en materia de pobreza y pobreza extrema para el periodo de análisis 2002-2010²⁷, aunque han sido favorables, manifiestan la persistencia de amplias brechas urbanas y rurales, al igual que divergencia en las zonas urbanas en 13 principales ciudades (incluidas áreas metropolitanas) y las demás cabeceras urbanas del país.

Los nuevos resultados, aplicando la metodología de la Mesep, indican una disminución continua de la pobreza monetaria a nivel nacional en el periodo de análisis mencionado, con una reducción de la pobreza de 12.2 puntos porcentuales al pasar de 49.4% a 37.2% (14.8 millones de personas). La pobreza rural se redujo 10.6 puntos porcentuales (de 60.9% a 50.3%) con una reducción importante de 4 puntos en 2010 (de 54.3% en 2009 a 50.3%). En conjunto en las 13 áreas metropolitanas la reducción ha sido pronunciada, con las menores incidencias en 2010 en Bucaramanga (11%), Bogotá (16%) y Medellín (22%) y las mayores en Pasto (43%), Montería (39%) y Barranquilla (39%). La relación entre Pasto con la mayor incidencia y Bucaramanga con la menor es de 4 a 1 (43% vs. 11%).

Algo similar ocurre con las desigualdades regionales urbano-rurales donde la mayor incidencia de la pobreza se observa en el Pacífico (Chocó y Cauca) y la Costa Atlántica (Guajira, Sucre, Córdoba y Magdalena) mientras en Bogotá es del 16%. En 2010 la población en condiciones de pobreza por departamentos fue de 65% en Chocó y 64% en La Guajira, Cauca, Sucre y Córdoba. Las mayores reducciones de la pobreza se registraron en el centro del país: Cundinamarca, Santander, Boyacá, Huila, Bogotá, Bolívar y Antioquia. La incidencia de la pobreza se mantuvo prácticamente sin variación en La Guajira, Chocó, Córdoba y Quindío, y aumentó en Cauca de 58% a 64% en el mismo periodo.



Pobreza extrema, Línea de indigencia

Según Planeación Nacional y el DANE, en Colombia una persona se encuentra bajo la línea de pobreza extrema cuando tiene ingresos por debajo de los \$90.000 pesos mensuales. En el periodo de análisis 2003-2010 la pobreza extrema registró una disminución a nivel nacional de 5.3 puntos porcentuales pasando de 17.6% a 12.3%, más notoria en la zona rural (7.3 puntos) al pasar de 32.8% a 25.5%, aunque también fue notable en la zona urbana (4.2 puntos) que pasó de 12.3% a 8.1%. En 2010 los

departamentos con menor pobreza extrema fueron Atlántico (9%), Bogotá (3%), Santander (5%), Risaralda (8%), Cundinamarca (8%) y Valle del Cauca (8%) y en el periodo 2002-2010 se redujo a menos de la mitad en Boyacá (de 39% a 19%), Bolívar (de 30% a 15%), Caquetá (21% a 10%), Cundinamarca (de 18% a 8%), Santander (de 16% a 5%) y Bogotá (de 7% a 3%). En contraste, el porcentaje de personas en condiciones de pobreza extrema en La Guajira pasó de 28% a 37%, en Cauca de 25% a 36% y en Chocó de 32% a 34%. Según la Encuesta Integrada de Hogares del DANE, en 2010 60% de las niñas y niños en primera infancia vive en condiciones de pobreza y 23,4% en condiciones de pobreza extrema.

Porcentaje de personas pobres por dominio según Índice de Pobreza Multidimensional -IPM, 2010 -2011

Desde 2009 el Departamento Nacional de Planeación, DNP²⁸, calcula el Índice de Pobreza Multidimensional- IPM, para dar una visión más integral a la pobreza, no circunscrita solo a los ingresos (medida por Línea de pobreza y Línea de Indigencia). Así, el IMP, contempla cinco dimensiones y 15 variables: clima educativo del hogar (incluye años de escolaridad y asistencia escolar), salud (incluye mortalidad infantil y nutrición), ocupación (desempleo de larga duración, informalidad), acceso a servicios públicos domiciliarios (incluye agua para consumo, electricidad, saneamiento, material de pisos, combustible para cocinar y posesión de activos), condiciones de la niñez y la juventud (incluye asistencia escolar, rezago escolar, atención integral a la primera infancia y trabajo infantil). Se considera que una persona está en situación de pobreza multidimensional cuando tiene al menos tres privaciones. De este modo se encontró que a nivel nacional 30,4% de personas estaban en esta categoría en 2010 y 29,4% en 2011, con una disminución en Cabecera municipal de 23,5% en 2010 y 22,2% en 2011 mientras en el Resto municipal permaneció en 53.1% en el mismo periodo. Estas cifras confirman la tendencia de la reducción de la pobreza registrada por Línea de Pobreza según la metodología de la MESEP.

Pese a los progresos notables del país en cobertura bruta para la educación básica pre-escolar, primaria, y secundaria, se observan desigualdades importantes en el nivel educativo de las mujeres en edad fértil en relación con los indicadores de fecundidad y salud materna e infantil. Otro determinante esencial de la salud es el acceso al agua potable, con una cobertura nacional de acueducto de 87,3% que además solo llega al 56,3% de la población rural, y un acceso a alcantarillado de 72,3%, con solo 12,3% de cobertura rural²⁹.

Todo lo anterior muestra que si bien Colombia ha obtenido avances en algunos indicadores macroeconómicos y aún sociales, aún persiste un importante rezago para los grupos en desventaja social, que debido a la falta de oportunidades se enfrentan a determinantes sociales de salud intermedios y estructurales como fallas en el sistema de salud, pobreza, hambre, baja educación, vivienda insalubre, el conflicto armado, todo lo cual pone de manifiesto la urgencia de eliminar las desigualdades e inequidades que afectan la salud y la calidad de vida de las mujeres, las niñas y los niños, interviniendo en las causas subyacentes y básicas o estructurales que las generan.

> **Objetivos de Desarrollo del Milenio y salud materna e infantil**

Objetivo N° 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Meta: reducir a 3% la DNT global (peso inferior a la edad) en menores de cinco años para 2015 (Línea de Base en 1990: 10%), y reducir la prevalencia de bajo peso al nacer a menos del 10% en 2014.

Este objetivo se mide tanto por nivel de pobreza como por desnutrición en menores de 5 años. La meta relacionada este objetivo es *acceso a una alimentación adecuada y suficiente* y está conformado por tres indicadores: prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad en menores de cinco años, prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla en menores de cinco años, el cual es un indicador de privación nutricional prolongada o de retraso del crecimiento en la niñez que solo se incorporó como indicador del ODM en el 2010, porcentaje de población total en subalimentación, porcentaje de niños con bajo peso al nacer, (menos de 2,5 Kilos) que expresa desnutrición desde el útero (los datos de estos indicadores corresponden a las Encuestas de Demografía y Salud, ENDS 2010 y Encuesta de la Situación Nutricional, ENSIN 2010. Estas encuestas utilizaron en las mediciones del estado nutricional los nuevos patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹.

- **Desnutrición global (bajo peso para la edad)**

La desnutrición global indica el bajo peso para una edad específica, respecto al patrón de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se define a partir de menos de dos (-2) desviaciones estándar del peso medio.

En el decenio 1990-2010 la prevalencia de desnutrición global en niños menores de cinco años pasó del 8,6% a 3,4% cifra que ubica a Colombia a 0,8 puntos porcentuales de la meta fijada en el actual Plan de Desarrollo de bajarla a 2,6% en el 2014. Se trata de un indicador general de desnutrición, pues no tiene en cuenta los factores estructurales de la sociedad ni la pérdida de peso reciente (como lo hacen la desnutrición crónica y la desnutrición aguda respectivamente).

En Colombia, la prevalencia de desnutrición global en niños menores de 5 años fue de 3,4% según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2010, lo cual implicó un avance de 86,7% en el cumplimiento de la meta a 2015 (prevalencia de 2,6%). Si la tendencia de la reducción del último quinquenio (2005-2010) se mantiene, se esperaría alcanzar la meta.

Las niñas y niños con bajo peso para la edad son con frecuencia menores de 6 meses, ocupan el sexto lugar o más en el orden de nacimiento, tienen un intervalo de nacimiento menor de 24 meses y sus madres son jóvenes entre 15 y 19 años o están entre 30 y 34 años. La prevalencia asciende al doble (6%) en los grupos con mayor pobreza, se triplica (9%) en los niños que tuvieron bajo peso al nacer y talla menor a 47 cm y es cuatro veces más alta en los hijos de madres sin educación (12%). Según la ENSIN 2010, en los niños indígenas el porcentaje de desnutrición global (7,5%), es más del doble que el de la población que no se identificó con ninguno de los grupos étnicos indagados. En cuanto a lugar de residencia, la brecha urbano-rural es casi el doble (3 % vs 5 %), por regiones, la Costa Caribe presenta la mayor desnutrición global junto con Amazonía y Orinoquía y por subregiones se ven más afectadas Guajira-Cesar-Magdalena (7%), Bolívar Sur-Sucre-Córdoba (5%) y Cauca-Nariño sin litoral (4 %). A nivel de departamentos La Guajira con 11% aumenta casi cuatro veces el promedio nacional, le siguen Magdalena, Chocó, Guainía y Amazonas. Las prevalencias más bajas se encuentran en San Andrés y Providencia, Valle y Meta.

¹ Los datos de estos indicadores corresponden a las Encuestas de Demografía y Salud, ENDS 2010 y Encuesta de la Situación Nutricional, ENSIN 2010. Estas encuestas utilizaron en las mediciones del estado nutricional los nuevos patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- **Desnutrición crónica (Baja talla para la edad)**

La desnutrición crónica indica la baja talla para una edad específica, respecto al patrón de referencia de la OMS, y se define a partir de menos de dos (-2) desviaciones estándar con respecto a la talla media. Según la ENSIN 2010, la prevalencia en Colombia de este tipo de desnutrición fue 13,2% en 2010, teniendo un avance de 71,3% respecto a la meta ODM para 2015 definida como 8%, sin embargo, si se mantiene la tendencia actual del indicador, no se esperaría alcanzar la meta.

En el decenio 1990-2010 la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años se redujo de 26.10% a 13.2%, con lo cual el país queda a 5 puntos porcentuales de la meta propuesta en el actual Plan de Desarrollo 2010- 2014 (meta 8%). Es de notar que el 27% de los niños con bajo peso al nacer tuvieron desnutrición crónica. La mayor prevalencia se da entre 1 y 2 años de edad, con orden de nacimiento de 6 o más, con intervalo al nacer menor de 24 meses y cuyas madres son jóvenes entre 15 a 24 años. Por características socioeconómicas la prevalencia más alta se observa en los hijos de mujeres sin educación (31%) y en hogares con un índice de riqueza más bajo (19%). Por lugar de residencia, el retraso en talla es mayor en la zona rural (17%) y por regiones la prevalencia es mayor en el Caribe y Bogotá, en las subregiones del Litoral Pacífico, Guajira-Cesar-Magdalena, Cauca- Nariño sin litoral y Bogotá, y los departamentos de Vaupés y Amazonas. La Guajira, junto con Guainía y Cauca tienen más del doble del promedio nacional. La ENSIN 2010 informa que el retraso en crecimiento es más del doble del promedio nacional en la población indígena (29,5%).

- **Desnutrición aguda (bajo peso para la talla)**

El indicador de desnutrición aguda empieza en los primeros meses de edad en cerca del 9 % y hacia el año baja al 1% donde se mantiene hasta los cinco años. El indicador peso para la talla permite medir el exceso de peso (>2 Desviaciones Estándar), el cual afecta al 5 % de los niños menores de cinco años a nivel nacional, es más prevalente entre los 6 a 11 meses (7%), en los primeros ordenes de nacimiento, con intervalo al nacimiento de 48 y más meses y en hijos de madres entre 30 y 34 años. Como se ve la malnutrición hace su aparición entre los seis meses y los dos años de edad, ya sea por defecto (el retraso en crecimiento empieza a ser mayor a partir de los 10 meses de edad hasta los 3 años) y el exceso de peso entre los seis y los 11 meses, lo que hace evidente la necesidad de fortalecer las políticas de seguridad alimentaria, junto con las prácticas apropiadas de lactancia materna y alimentación complementaria, en los primeros dos años de edad. El periodo de los primeros mil días de vida es la ventana de oportunidades donde lo que se gana en salud y nutrición tiene efectos positivos para toda la vida y lo que se pierde en estos mismos aspectos, no se recupera en los años posteriores.

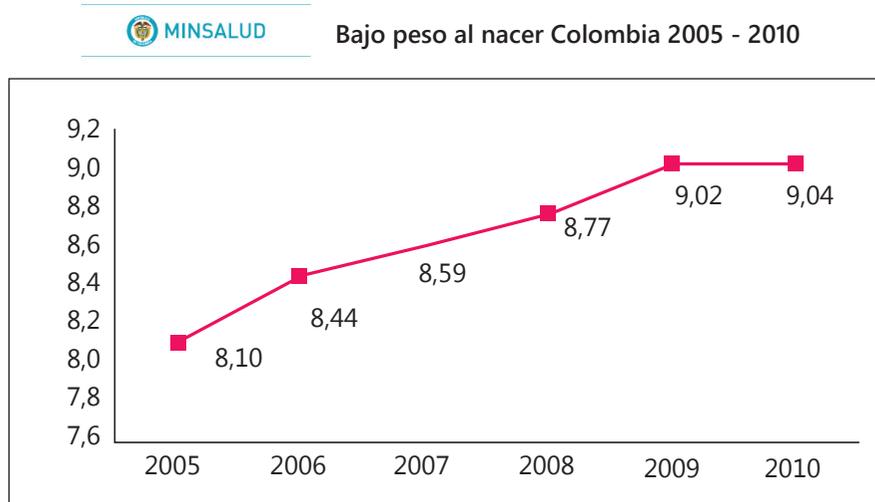
- **Bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos)**

El peso al nacer es el principal factor determinante del pronóstico de morir de los nacidos vivos y el factor asociado de la muerte, independiente del periodo perinatal en que esta ocurra³⁰.

Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños y niñas con antecedentes de BPN respecto a los que nacen a término y peso normal, al igual que más de la mitad de los costos hospitalarios directos están relacionados con los cuidados de los recién nacidos con bajo peso³¹. Además de ser uno de los principales factores de riesgo para la

mortalidad feto-infantil, se ha relacionado con probabilidad aumentada de sufrir enfermedades en edades posteriores como diabetes, hipertensión arterial y enfermedad coronaria, por lo cual tiene efecto importante en la carga de enfermedad en la vida adulta.

La Organización Mundial de la Salud definió como bajo peso al nacer, BPN, el peso menor de 2.500 gramos sin tener en cuenta la semana gestacional u otra característica. En el año 2010 la prevalencia de BPN en América Latina fue de 7.80%, en la Región Andina de 7.70% mientras en Colombia fue de 9,04%³². El BPN afecta a los grupos más vulnerables de la población, por lo cual es un indicador de inequidad social. Así el 76% del BPN se concentra en el 80% de la población más pobre del país. También guarda estrecha relación con el estado de salud y nutrición de la mujer en el embarazo ya que puede ser consecuencia de pre-eclampsia, ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias, vaginosis, hemorragias, prematuridad, deficiencia en el incremento de peso durante la gestación, madres menores de 20 años o mayores de 34, corto intervalo entre embarazos y embarazo no planeado.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo de indicadores SISPRO con base en datos DANE.

A nivel departamental y de distritos, Cundinamarca y Bogotá presentaban en el año 2009 la proporción de BPN más alta del país, por encima del 10% y 12% respectivamente, lo cual puede estar relacionado con mejor calidad en el registro del certificado de nacido vivo o con el aumento de mujeres desplazadas en el Distrito Capital. Otros departamentos con porcentajes por encima de 9% son Chocó, Antioquia, Boyacá, y Nariño mientras Vaupés, Casanare, Guainía, Vichada y Caquetá tienen prevalencias por debajo del 6%³³.

Lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer las políticas sociales dirigidas a aumentar el nivel educativo, la autonomía y empoderamiento de la mujer, el estado nutricional de las niñas, mujeres en edad fértil y gestantes, fortalecer los programas de planificación familiar y mejorar el uso y calidad del control prenatal, focalizando las acciones en los grupos más vulnerables. Así mismo, continuar la investigación y capacitación del recurso humano de salud en el sistema de información sobre mortalidad perinatal por periodos de riesgo, PPR y ajustada a determinantes maternos (MOM), donde el peso al nacer es determinante principal.

- **Subalimentación: población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria**

La información de este indicador para Colombia es suministrada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). En el trienio 2011 - 2013, mostró que 10,6% de las personas del país estaban por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria por día, equivalente a 5,1 millones de personas. Con respecto a la meta propuesta a 2015 (10,15%), se evidencia un cumplimiento del 95.5%.

Se debe mencionar que durante los años 2011 y 2012 se realizó un proceso de revisión y ajuste a la metodología utilizada por la FAO para la estimación de este indicador de subalimentación; dichos ajustes estuvieron relacionados principalmente con la introducción de nuevos datos sobre pérdidas y desperdicios de alimentos desde su producción hasta el consumo final; la revisión de los cambios en los datos de población de los países, así como los cambios en la estatura de las personas y los requerimientos de energía, entre otros.

Objetivo N° 4, Reducir la mortalidad infantil. Metas a 2015: 16,68 y 18,98 por mil nacidos vivos respectivamente

Mortalidad infantil

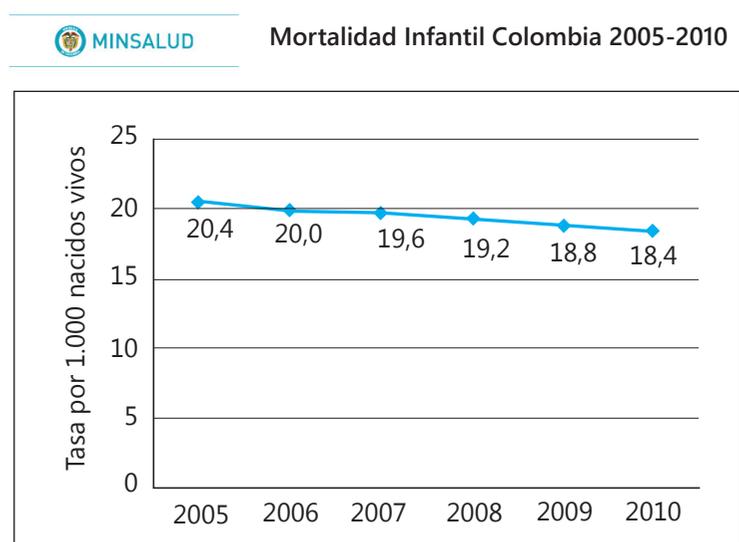
Indica la probabilidad de morir durante el primer año de vida, y tiene dos componentes, la mortalidad neonatal que ocurre a partir del nacimiento y hasta los 28 días, y la mortalidad post-neonatal que ocurre a partir de los 28 días y hasta los 364 días de nacido. La mortalidad neonatal puede ser temprana, esto es hasta el sexto día o tardía a partir de los 7 días y hasta los 28.

La Tasa de Mortalidad Infantil es uno de los indicadores que mejor reflejan el estado de salud de una población, lo cual se entiende cuando se analizan sus causas. En la estructura de la mortalidad infantil intervienen con mayor peso las derivadas del periodo perinatal (prematurez, malformaciones congénitas, trastornos respiratorios, sepsis bacteriana del recién nacido), y le siguen las del periodo post-neonatal (infecciones del tracto respiratorio e intestinal, y desnutrición). Una causa poco reconocida en Colombia de muerte repentina e inesperada de los bebés entre un mes y un año, mientras duermen, es la muerte súbita del lactante o Síndrome de Muerte Súbita Infantil o del lactante, SMSI o SMSL. Se ha informado una incidencia del SIMS en los países desarrollados entre 1,5 a 3 x 1.000 recién nacidos³⁴; en Colombia no existen datos oficiales, y solo se cuenta con los datos de una investigación en Bogotá entre los años 2005 y 2010 que arroja una tasa de 0.9 por 1.000 nacidos vivos lo que según los autores significa una muerte cada 3.5 días y constituye la primera causa de muerte pos neonatal en Bogotá³⁵. Las cifras invitan a profundizar en el conocimiento de una situación que estaría causando la muerte silenciosa y no reportada de bebés menores de un año en el país.

En realidad, los avances en la disminución de la mortalidad infantil se obtuvieron a expensas de bajar la mortalidad post-neonatal (que pasó de 13 a 5 por 1.000 nacidos vivos -n. v- en los últimos 30 años), gracias a intervenciones como la terapia de rehidratación oral, la vacunación, el fomento de la lactancia materna y la alimentación complementaria apropiada. En el momento actual, frente a la evidencia científica disponible del SMSL es importante pensar en estrategias sencillas y efectivas de «sueño

seguro» para disminuir su incidencia. La estrategia de sueño seguro contempla la campaña educativa «acuesta a tu bebé boca arriba, nunca boca abajo, ni de lado» y la disminución de otros factores de riesgo como exposición pasiva prenatal y postnatal al humo del cigarrillo, exceso de abrigo mientras el bebé duerme y estrangulamiento accidental o asfixia en la cuna³⁶. La posición boca arriba al dormir es también una recomendación de la Academia Americana de Pediatría, basada en evidencia científica.

La mortalidad infantil ha descendido a nivel nacional, al pasar de 31 muertes en menores de un año por mil nacidos vivos en el quinquenio de 1985 a 1990, a 18.4 muertes en el quinquenio de 2005 a 2010 (Tasa de mortalidad ajustada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE, datos dispuestos en el cubo de indicadores SISPRO)³⁷, lo que permite predecir que la meta será alcanzada, como lo muestra la siguiente gráfica sobre tendencia de la mortalidad infantil.



Fuente: DANE Estadísticas vitales

Si bien el panorama global es alentador, se trata de promedios nacionales que esconden las grandes desigualdades sociales, económicas y geográficas que viven las poblaciones más vulnerables. Hay abundante evidencia científica de la relación entre mortalidad infantil y pobreza, bajos ingresos, niveles de educación de la madre y desnutrición. La ENDS 2010 muestra que la mortalidad infantil en los hijos de mujeres sin educación es más del doble que en los hijos de mujeres con educación superior (38 vs. 16 por mil n. v), y también por Índice de Riqueza, es casi el doble en el quintil más pobre de la población que en el quintil más alto (23 vs. 12 por mil).

Por regiones, las zonas costeras (Chocó, La Guajira, San Andrés y Providencia), Amazonia y Orinoquia presentan las mayores tasas de mortalidad infantil. En los departamentos de Guainía, Vichada y Chocó, las tasas triplican el promedio nacional. En el periodo 1995 y 2010 la mortalidad infantil bajó a la mitad en la Región Central (de 30 a 17 por mil n.v) y en la Pacífica (de 39 a 18 por mil n.v), mientras que se estancó en las subregiones de La Guajira-Cesar-Magdalena, Boyacá-Cundinamarca-Meta, Bogotá-Medellín y Tolima-Huila-Caquetá. Es notable la reducción en el Litoral Pacífico en donde pasó de 54 a 22 por mil n.v. Hay disminuciones significativas en las subregiones de Caldas-Risaralda-Quindío, los Santanderes y Antioquia sin Medellín³⁸.

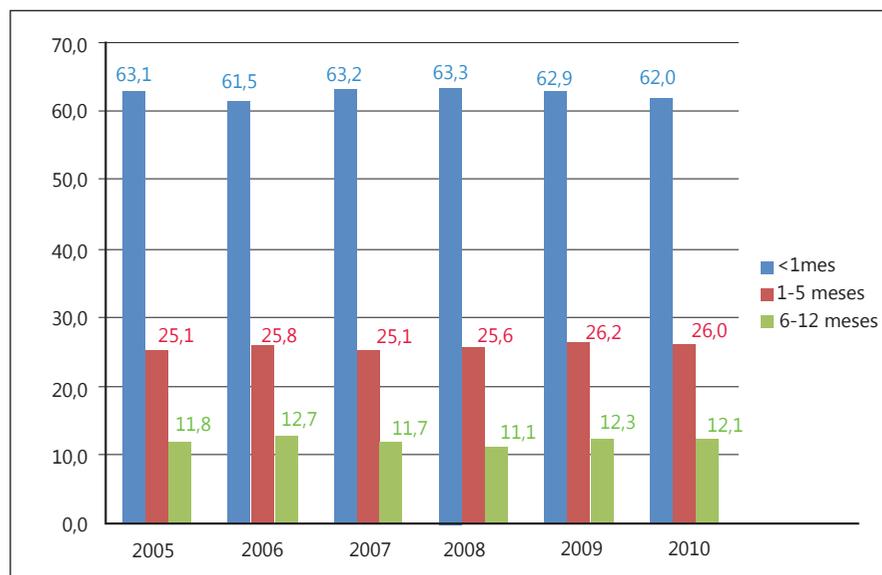
Otro importante avance es haber cerrado la brecha urbano-rural de muertes en menores de un año en el pasado decenio, ya que en el 2000 las tasas fueron 20 por mil nacidos vivos en zona urbana y 28 en zona rural, y en el año 2010 descendieron a 15 y 17 respectivamente. La tasa de mortalidad infantil de los niños es ligeramente mayor que la de las niñas (20 y 16 por mil respectivamente), y de igual modo, la mortalidad neonatal y en la niñez es más alta para los niños.

Mortalidad neonatal

La mortalidad neonatal representa el 60% de la mortalidad infantil en los países de América Latina y el Caribe. En el periodo 1990 a 2010 se observó una reducción de 50% en la tasa estimada de mortalidad neonatal³⁹. Las muertes neonatales se concentran en las primeras 24 horas de vida con un porcentaje cercano al 50 % y llegan al 75% en la primera semana.

En Colombia, la tasa de mortalidad neonatal pasó de 18 por mil en el quinquenio 1985-1990 a 11 por mil en el quinquenio 2005 a 2010 con una convergencia urbano-rural de 11 y 12⁴⁰. Si los porcentajes se trasladan a números totales, se tiene que para un total de 699.775 nacimientos registrados a 2009⁴¹ la cifra sería de 11.196 niñas y niños que no llegaron a cumplir su primer año de vida, y de ellos 7.697 no sobrevivieron al primer mes, lo que representa un 68%, frente al reportado a nivel de la región.

Tasa de mortalidad infantil por componentes 2005-2010 (DANE y ENDS)



Fuente: DANE

Las causas de la mortalidad neonatal se hallan asociadas en su mayoría con trastornos respiratorios del recién nacido (hipoxia neonatal, bronco- aspiración de meconio), trauma perinatal, malformaciones congénitas e hipotermia.

La condición de posición social y autonomía de la mujer influye de manera importante en la mortalidad neonatal; cuando las mujeres no tienen capacidad de tomar decisiones la mortalidad

neonatal es de 24 por mil comparada con 10 por mil cuando la mujer es más autónoma y puede tomar un mayor número de decisiones⁴². La muerte neonatal temprana aumenta con la edad de la madre al nacimiento, siendo mayor en el grupo de 20 a 29 años, aumenta en las mujeres con índices más bajos de riqueza, es mayor en la zona rural que en la urbana, y mayor en la región Caribe⁴³.

Aunque ha sido posible reducir la mortalidad infantil, resulta más difícil bajar la mortalidad neonatal porque requiere centrar los esfuerzos en el acceso y provisión de servicios de salud para la mujer gestante, el feto, el recién nacido y las niñas y niños pequeños. El determinante de salud más intervenible para reducir la mortalidad materna y neonatal evitable, se halla en los servicios de salud, lo cual significa garantizar atención calificada y continua durante la gestación, el parto, el postparto, el periodo neonatal y los dos primeros años de vida, a través de mejoras en infraestructura hospitalaria, dotación, insumos, uso de tecnologías apropiadas, recurso humano de salud calificado y transporte oportuno y seguro, todo lo cual demanda gestión y fluidez financiera sostenible como un asunto prioritario.

Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal es la que ocurre a partir de las 22 semanas de embarazo y/o 500 gramos de peso y hasta los 7 días completos de vida. Las causas de mortinatos (niños nacidos muertos) y muertes neonatales tempranas (nacidos vivos que mueren en la primera semana de vida) están muy relacionadas, por lo cual conviene examinarlas en su conjunto para evitar el riesgo de subestimar el nivel de la mortalidad perinatal⁴⁴.

Una muerte perinatal es el resultado final de una serie de interacciones entre factores de orden médico y factores sociales durante el proceso de gestación, relacionados con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud⁴⁵.

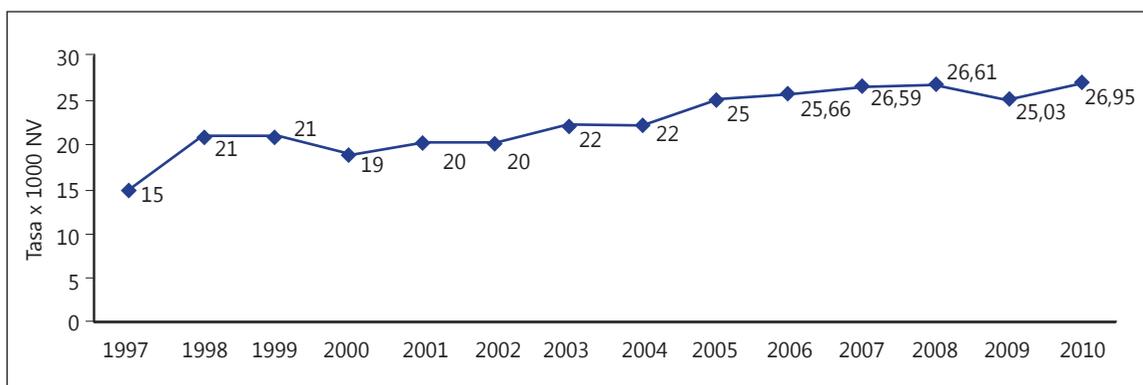
La información oficial sobre mortalidad perinatal proviene de fuentes DANE, del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA y de las encuestas de demografía y salud. El Instituto Nacional de Salud, a través del SIVIGILA recibe la información que notifican las entidades territoriales de salud, Unidades Primarias Generadoras del Dato, UPGD, la procesa y analiza. Desde el año 2008 se realiza este análisis con base en la metodología Periodos Perinatales de Riesgo, PPR o matriz BABIES, con la cual se estima la magnitud de la muerte en persona y lugar (antecedentes maternos, factores de riesgo y complicaciones del embarazo, causas de la muerte), datos adicionales para la muerte perinatal, se analizan las causas de muerte y se calculan las tasas de mortalidad (el SIVIGILA compara sus datos con los registros en línea de los certificados de defunción RUAF del DANE, para estimar el subregistro entre sistemas de información, detectar casos no ingresados al SIVIGILA y complementar la información disponible respecto a las causas directas de muerte perinatal y neonatal).

De acuerdo con la ENDS 2010, la tasa de mortalidad perinatal ha ido descendiendo de 24 por mil embarazos de 7 o más meses de duración en el 2000, a 17 por mil en el 2005 y a 14 por mil en el 2010. En este último año la tasa está compuesta por un número de muertes neonatales tempranas mayor que el número de mortinatos. Es mayor en la zona rural (14 por mil) que en la urbana (13 por mil), aumenta con la edad de la madre, de 9 por mil en madres menores de 20 años a 39 por mil en las mayores de 40 años, asciende a 19 por mil en madres sin educación frente a 13 por mil en niveles de educación superior, y aumenta cuando el intervalo entre nacimientos es mayor de 15 meses. Por regiones las tasas más altas están en Chocó (39 por mil), San Andrés y Providencia

(25 por mil) y Caldas (25 por mil). Huila, Vaupés, Cesar, Santander y Córdoba están entre 20 y 21 por mil. Con respecto al 2005, la mortalidad perinatal se ha mantenido casi igual en Chocó y ha disminuido en forma importante en Magdalena (de 35 a 16 por mil). Los menores niveles de mortalidad se observan en la región central. En las otras regiones, la mortalidad perinatal varía entre 13 (Orinoquía-Amazónía) y 16 por mil (Bogotá)⁴⁶.

Según el Informe de SIVIGILA sobre mortalidad perinatal y neonatal del año 2012, todas las entidades territoriales notificaron muertes perinatales, de las cuales el 81% se concentra en orden descendente, en Bogotá, Antioquia, Valle, Córdoba, Santander, Nariño, Norte de Santander, Cauca, Huila, Boyacá, Cesar, Cartagena, Barranquilla, Tolima, Meta y Cundinamarca. Es de notar que hay casos notificados que residen en otros departamentos, debido posiblemente a las redes de referencia y contra-referencia en la prestación de servicios a las gestantes. Los municipios con mayor número de casos acumulados en el 2012 son Bogotá, Cali, Medellín, Cartagena, Buenaventura, Cúcuta, Barranquilla, Valledupar, Villavicencio y Bucaramanga, que claramente son municipios de categoría 1 y 2, que cuentan con servicios de salud de mediana y alta complejidad y adecuadas coberturas de aseguramiento al sistema general de seguridad social.

Tasa de mortalidad perinatal 1997 - 2010 Colombia



Fuente: SIVIGILA, INS, Gráfica elaborada con base en Estadísticas Vitales DANE.

Para el mismo año, el promedio de edad de las madres de los casos notificados fue de 25 años; 71% de los casos de muerte provienen de cabeceras municipales, 8% corresponde a grupos étnicos negro, mulato o afrocolombiano y 4,4% indígena. Por afiliación al régimen de seguridad social, el 91% de los casos tiene algún tipo de afiliación de los cuales 58% pertenece al régimen subsidiado y 31% al contributivo; 8% no tenía afiliación el 80% de las madres acudió a consulta el mismo día de inicio de los síntomas y 14,4% entre el primero y tercer día posterior al inicio de los síntomas⁴⁷.

Del total de casos notificados, el 81% de las defunciones ocurrió dentro de una institución hospitalaria de mediana y alta complejidad, el 12% en el domicilio y el 1,8% falleció durante el traslado. En relación a los antecedentes de riesgo, 54% reporta recién nacidos pretérmino, de bajo peso, infecciones, deficiencias socioeconómicas y periodos intergenésicos menores de 2 años. Los trastornos hipertensivos estuvieron presentes solo en el 2,8% de los casos y 47% no registraron antecedentes de riesgo. Dentro de las complicaciones del embarazo actual, se encontró ruptura prematura de membranas, corioamnionitis y embarazo múltiple; seguido de preclampsia y fetos incompatibles con la vida⁴⁸.

En relación con los antecedentes prenatales, según el SIVIGILA 2012 el 25% de los casos notificados no tuvo control durante la gestación, el 24% tuvo entre uno y tres controles y el 50% cuatro o más; el promedio de inicio del control prenatal, CPN, es hacia la semana 13 de gestación. La mayor proporción de casos que no reportaron CPN pertenecía al régimen subsidiado (17,1%); los controles fueron realizados en un 54% por médico general y el 17% por gineco-obstetra. La edad gestacional promedio de las muertes perinatales y neonatales fue de 30 semanas, siendo la mínima de 20 semanas y la máxima de 45, aunque el SIVIGILA advierte que el 21% de las edades gestacionales reportadas no son confiables.

Primeras 10 causas básicas de muerte fetal de acuerdo a clasificación CIE-10 en SIVIGILA a décimo segundo periodo epidemiológico de 2012, Colombia.

1	Muerte fetal de causa no especificada
2	Sin información
3	Hipoxia intrauterina, no especificada
4	Parto prematuro
5	Atención materna por muerte intrauterina
6	Asfixia del nacimiento, no especificada
7	Inmadurez extrema
8	Malformación congénita, no especificada
9	Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas
10	Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación

La metodología conocida como periodos perinatales de riesgo⁴⁹, PPR, o Matriz BABIES, se fundamenta en el riesgo, medido como probabilidad de que se presente una enfermedad, complicación o muerte en un periodo de tiempo, utilizando dos variables: momento en que ocurre la muerte (ante parto, intraparto, pre-alta y post-alta), y peso al nacer como factor determinante del pronóstico para morir. Estas dos variables guardan estrecha correlación con factores determinantes asociados bien sea con la salud de la madre o con los cuidados que reciben ella o el recién nacido⁵⁰.

A continuación se presentan las tablas con los resultados del análisis por periodos perinatales de riesgo, realizado por el SIVIGILA, donde se presentan tanto el número de casos (Tabla 1) como las tasas (Tabla 2) según peso y momento de la muerte a décimo segundo periodo epidemiológico de 2012. Seguidamente, para mejor comprensión de los resultados, se hace una breve descripción de la Matriz BABIES.

Tabla 1. Análisis por periodos perinatales de riesgo - Matriz BABIES. Número de casos según peso y momento de la muerte a décimo segundo periodo epidemiológico de 2012, Colombia.

Grupos de peso	Anteparto	Intraparto	Prealta	Postalta	Total muertes	Nacidos Vivos	**vivos + muertos
< 1000 g	1453	386	927	75	2841	2335	5176
1000 a 1499	571	90	463	57	1181	4384	5565
1500 a 2499	909	169	593	88	1759	47909	49668
2500 a 3999	878	233	685	220	2016	525607	527623
4000 +	57	24	26	6	113	20970	21083
Total	3868	902	2694	446	7910	601205	609115(**) 609115(**) 609115(**)

(*) El total de muertes incluye solamente registros con información de peso y momento de ocurrencia la muerte (7910).
(**) Fuente de estadísticas vitales DANE-Nacidos Vivos 2010, hasta semana 48.

Fuente: SIVIGILA 2012, grupo maternidad segura.

Tabla 2. Análisis por periodos perinatales de riesgo - Matriz BABIES. Tasas por celda de momento de la muerte y peso al nacer a décimo segundo periodo epidemiológico de 2012, Colombia.

Grupos de peso	Ante-parto	Intra-parto	Neonatal temprana	Neonatal tardía	Total muertes por peso	Tasa muertes por peso	Nacidos Vivos**	vivos + muertos
< 1000 g	6.60				2841	4,66	2335	5176
1000-1499	6.60				1181	1,94	4384	5565
1500-2499	6.60				1759	2,89	47909	49668
3000-3999	3.03	0.70	2.14	0.52	2016	3,31	525607	527623
>4000	6.60				113	0,19	20970	21083
Total	6.35	1.48	4.42	0.73	7910	12,99	2335	609115

(*) Tasa calculada por 1.000 Nacidos vivos
(**) Fuente DANE 2010

Fuente: SIVIGILA 2012, grupo maternidad segura.

- **Muertes ante-parto:**

Los perfiles de riesgo de los bebés < 1500 gramos se atribuyen a problemas de salud materna (celdas azules en las tablas), dadas por infecciones como la malaria, vaginosis o vaginitis bacteriana, hemorragia antes del parto, incompetencia cervical o embarazos con patologías crónicas, por lo cual las intervenciones deben ir dirigidas a la planificación familiar, estilos de vida, remisión y tratamiento para condiciones médicas preexistentes (hipertensión, diabetes, malaria, estado nutricional de micronutrientes), y la conservación de la energía materna, prevención, identificación y tratamiento de infecciones especialmente las de transmisión sexual en el primer y segundo trimestre y evitar el cigarrillo, alcohol y otras drogas.

Las muertes entre 1.500 y 4.000 gramos durante este periodo se atribuyen a fallas en el control prenatal (celdas amarillas), que representan 3 puntos porcentuales de la mortalidad perinatal, lo cual debe orientar a intervenciones que aseguren la demanda inducida por parte de las aseguradoras, facilitar el acceso al control prenatal adecuado en el marco de la Atención Primaria en salud, incluido el seguimiento a complicaciones del embarazo como hemorragia antes del parto, diabetes gestacional, hipertensión y anemia, recomendaciones de alimentación y nutrición, vacunación contra rubeola y tétanos, prueba de VIH y sífilis, planeación del parto, en especial para las madres VIH positivas, información y servicios sobre métodos de planificación familiar para reducir la mortalidad neonatal asociada a intervalos muy cortos de nacimientos.

- **Muertes Intra-parto:**

Las muertes de bebés con peso igual o mayor a 1.500 gramos, se atribuyen a la pobre calidad de la atención a la madre durante el trabajo de parto y el alumbramiento (celdas rojas en las tablas), desde la entrada a sala de partos hasta la expulsión del feto, y representan 0.7 puntos porcentuales de la mortalidad perinatal. Las intervenciones en esta situación incluyen: buena cobertura de servicios de atención del parto por personal calificado, calidad adecuada del servicio de emergencias obstétricas (quirúrgica y servicios médicos para tratar la sepsis, la eclampsia, la hemorragia y el trabajo de parto obstruido), buena calidad de los servicios de atención para los recién nacidos (permeabilidad de vía aérea, reanimación, adecuación térmica, contacto piel a piel) y sistemas de comunicación y transporte para reducir las demoras en el acceso a la atención de la madre y el recién nacido.

- **Muerte a la Pre-alta o Neonatal temprana:**

Muertes tempranas de recién nacidos que pesan 1.500 gramos o más, refleja la capacidad institucional del sistema de atención al recién nacido (celdas verdes en las tablas) para resucitación, control térmico, tratamiento de infecciones, adaptación metabólica y disponibilidad de UCI neonatal. Estas muertes usualmente ocurren en instituciones de salud desde una hora después del alumbramiento hasta la salida de la institución generalmente a los 2 o 3 días de vida. Representa 2 puntos porcentuales de la mortalidad perinatal. Las intervenciones incluyen: monitoreo adecuado del recién nacido, calidad adecuada de resucitación, adaptación metabólica, contar con Unidad de Cuidado Intensivo neonatal, tratar infecciones, asfixia, ictericia, inicio temprano de la lactancia materna, estricta asepsia y cuidado del cordón umbilical, sistemas de comunicación y transporte para reducir las demoras en el acceso a la atención, e instituciones que implementen la estrategia IAMI.

- **Muerte Post-alta o neonatal tardía:**

Muertes tempranas de recién nacidos entre 7 y 28 días que pesan más de 1.000 gramos y reingresan a la institución de salud (celdas fucsia en las tablas); representan 0.52 puntos porcentuales de la mortalidad perinatal; se atribuyen a deficientes cuidados en el hogar, o insuficiencia en programas canguro a nivel institucional y domiciliario. Estas muertes deben alertar sobre la posibilidad de tétanos neonatal u otro tipo de infección neonatal, la cual puede estar relacionada con las prácticas de atención. Si el recién nacido no es amamantado exclusivamente, las muertes probablemente serán debidas a diarrea por el uso de agua contaminada en la fórmula, si es exclusivamente amamantado, una enfermedad respiratoria alta puede ser la causa primaria de la muerte; las diferencias específicas de género pueden ser una advertencia temprana de una atención preferencial dada a un sexo. Las intervenciones incluyen: AIEPI neonatal, amplias redes sociales que apoyen a las mujeres, corresponsabilidad de los varones para el cuidado del recién nacido y las tareas domésticas, movilidad y autonomía de las mujeres para controlar los recursos, así como acceso a una buena atención sanitaria, Programa Canguro e información, con lo cual las madres están en mejor situación para atender a sus hijos recién nacidos.

Puesto que la evidencia ha demostrado que entre más específico sea el análisis, más específicas pueden ser las intervenciones, el análisis de los PPR se fortalece si se realiza en subpoblaciones ajustadas por características esenciales o estratos relacionados con factores maternos y otros determinantes como edad de las madres, aseguramiento, nivel educativo, lugar de residencia, etc. Este análisis se conoce como mortalidad por PPR ajustados a características maternas o MOMS (por sus siglas en inglés), el cual incrementa el poder analítico y de uso de los PPR y amplía las posibilidades de comprensión de los determinantes de la salud materna y perinatal.

Con base en la información analizada el SIVIGILA alerta sobre dos aspectos fundamentales:

- 1 Las muertes maternas y perinatales son totalmente prevenibles e intervenibles mediante la oportuna aplicación de la tecnología y el conocimiento disponible, particularmente a través de la promoción, prevención y estrategias de atención intersectoriales e interinstitucionales;
- 2 Continuar la vigilancia de la mortalidad perinatal permite obtener información confiable y oportuna para la toma de decisiones.

Mortalidad en la niñez

Indica la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de edad. La Tasa en el año 2010 fue de 22 por mil nacidos vivos, lo cual representa un buen avance frente a la meta. Los mayores niveles se registran en la región Caribe especialmente en el departamento de Magdalena con 50 por mil y en el departamento de Casanare con 48 por mil. Los menores niveles de mortalidad se observan en la región Oriental, especialmente en Cundinamarca y Bogotá y en los departamentos de Quindío, Guainía y Vichada. La mortalidad en la niñez entre los hijos de mujeres con educación superior es tres veces inferior a la de los niños de mujeres sin educación (18 vs. 53 por mil)⁵¹.

La mortalidad en niños de 1 a 4 años se debe a enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales, relacionadas en más del 70% de los casos con las condiciones de vida y las viviendas insalubres. El 83%

de la mortalidad ocurre en el primer año de vida. Las causas de mortalidad entre el primer y segundo año están asociadas a la desnutrición y al deficiente acceso a agua potable y saneamiento básico. La población más afectada por EDA se encuentra entre los 6 y los 23 meses de edad especialmente en la Orinoquia, la Amazonia, La Guajira y Chocó. La falta de acceso a agua potable afecta al 18% de la población infantil en el campo y al 1,3% en las ciudades, 16% de los niños rurales no cuentan con alcantarillado frente a 2,5% de los niños en las ciudades.

Objetivo N° 5, Mejorar la salud materna. Meta a 2014: 45 x 1000.000 nacidos vivos.

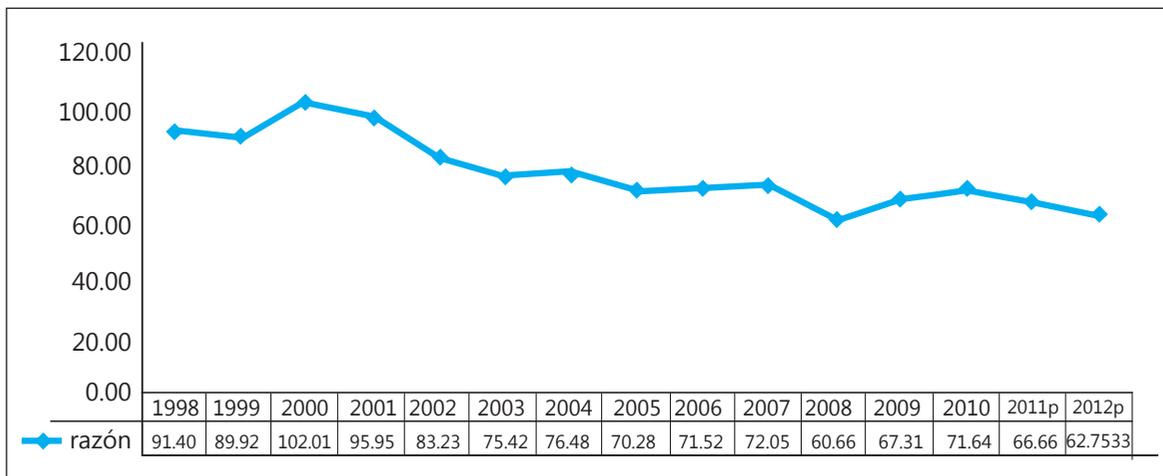
Mortalidad materna

Se refiere a las muertes maternas que ocurren hasta el día 42 después del parto, tanto por causas obstétricas (directas) como no obstétricas (indirectas). La tendencia de la mortalidad materna en Colombia muestra un descenso lento que hace improbable alcanzar la meta propuesta para el 2014. Si bien la razón de mortalidad materna se redujo en un 27% entre 1998 y 2010, pasando de 91,4 muertes a 71,6 por cada 100.000 nacidos vivos⁵², en los últimos 5 años este indicador no muestra variaciones, con una mediana aún alta para este periodo, ubicada en 74 por cada 100.000 nacidos vivos; si se tiene en cuenta que el subregistro persiste, con porcentaje estimado en 13.1% para el año 2002⁵³ la razón de mortalidad materna será mayor.

De acuerdo con el reporte de casos al SIVIGILA, en el año 2012 se notificaron 430 muertes maternas, que frente a los 422 casos notificados en el 2011, representa un incremento del 2%. El comportamiento de la notificación de casos evidencia un promedio de 8,2 casos por semana epidemiológica, con el mayor incremento en las semanas 39, 40, 41 y 42, que corresponden al mes de septiembre en el cual generalmente se presenta un incremento de atención de partos y nacimientos. Según el SIVIGILA la concordancia con las estadísticas vitales se mantiene por encima del 80% en los últimos 6 años.



**Razón de mortalidad materna
Colombia 1998-2012 Tasa por 100.000 NV**



Fuente: INS. Defunciones maternas 1998-2010: Estadísticas Vitales DANE: 2011-2012, Información preliminar SIVIGILA.

Causas de la muerte materna

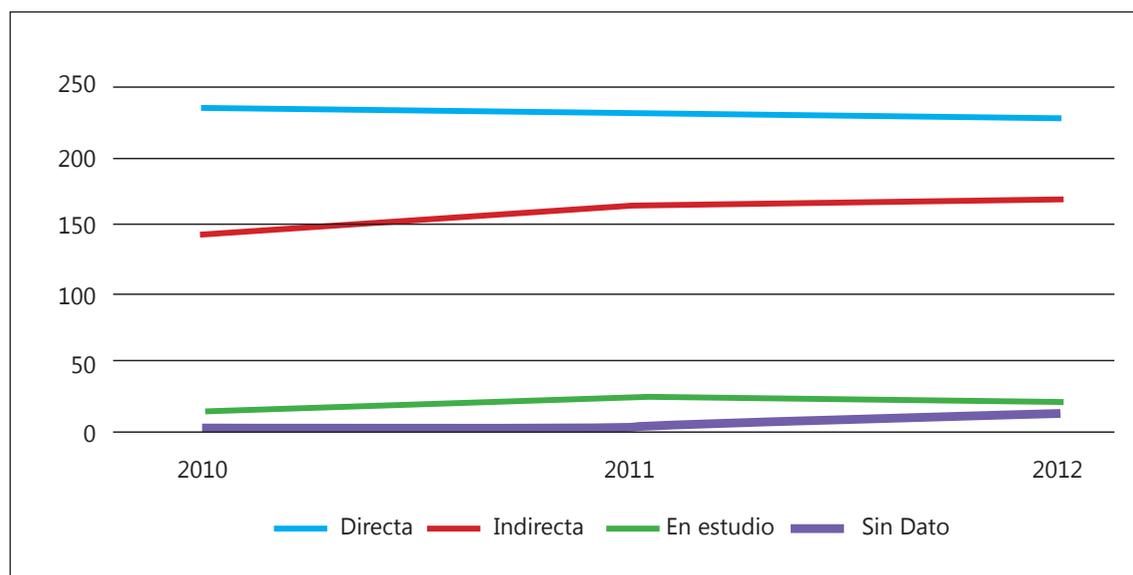
Desde el enfoque de determinantes sociales de la salud, la muerte materna obedece a múltiples factores interdependientes que actúan en distintos niveles: en un nivel externo a los servicios de salud se encuentran los factores relacionados con el entorno social, económico y cultural, incluyendo la promoción y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la autonomía de las mujeres; en un nivel intermedio se hallan los que afectan el resultado (ya sea la discapacidad o la muerte), como el estado de salud y nutrición de la mujer o el acceso a los servicios de salud, y en un nivel más directo o inmediato se encuentran las causas clínicas que llevan a la muerte⁵⁴.

Las causas directas se deben a complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio como hemorragias post-parto, infecciones, eclampsia, obstrucción del parto o parto prolongado y abortos, que resultan de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o una cadena de acontecimientos que comienza en cualquiera de estas circunstancias. Las causas de la muerte materna y neonatal están muy relacionadas como lo evidencia el análisis por PPR.

Las causas indirectas se refieren a las asociadas con una enfermedad existente desde antes de la gestación o con una enfermedad que evoluciona durante la misma, y que se ve agravada por el embarazo y el parto, como puede ser la anemia, el paludismo, el VIH-sida, las deficiencias de yodo o la malnutrición de las mujeres gestantes y de las madres⁵⁵.

De acuerdo con el SIVIGILA, el 53% de las muertes en el año 2012 se debió a causas directas que hubieran podido prevenirse en más del 90% de los casos y el 39% correspondió a causas indirectas; un 5% de las muertes maternas está aún en estudio y un 3% sin dato. El comportamiento entre las causas directas e indirectas ha sido similar en los últimos tres años y las causas que siguen en estudio o que carecen de datos han disminuido notablemente.

Tipo de causas de muerte materna 2010 - 2012



Fuente: SIVIGILA

Diez primeras causas de muerte materna durante el periodo 2010 – 2012 –SIVIGILA

1	Trastornos hipertensivos (298 casos, 22,3% del total de causas)
2	Complicaciones hemorrágicas (280 casos, 21% del total de causas)
3	Sepsis no ginecobstétricas (85 casos, 6,2% del total)
4	Sepsis ginecobstétricas (83 casos, 6,2 del total)
5	Infecciones respiratorias (73 casos,5, 5% del total)
6	En estudio (64 casos, 4,8% del total)
7	Aborto (60 casos, 4,5% del total de las causas)
8	Tromboembolismo pulmonar (55 casos, 4,1% del total)
9	Cardiopatías (50 casos, 3,7% del total)
10	Cáncer (46 casos, 3,4 del total)

Un análisis de estas causas evidencia fallas en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de la atención obstétrica básica, esencial y de emergencias durante los eventos del anteparto, el parto y el posparto, incluido el caso del aborto, como se observa en los siguientes informes, en este sentido, los servicios de emergencias son esenciales para la atención de la Morbilidad Materna grave, que pone en peligro la vida de la madre a causa de eventos como preeclampsia severa, eclampsia, hemorragia severa, síndrome de HELLP, ruptura uterina, sepsis, edema pulmonar y ruptura hepática⁵⁶. Según el SIVIGILA, en el acumulado de casos de muertes maternas 2010 – 2012, el 38% de los casos no accedió al control prenatal, un 22% asistió solamente de uno a tres controles y el 40% tuvo cuatro y más controles, lo que indica que 60% de los casos no contó con acciones de promoción y prevención para la detección de alteraciones en el embarazo y el fomento de la salud materna y perinatal, conforme a la normatividad vigente. Lo anterior se correlaciona con la información obtenida, por afiliación a la seguridad social, de los 430 casos de muertes maternas ocurridas en el año 2012, que muestra una mayor concentración en el régimen subsidiado con 65,3% (281 muertes), frente al régimen contributivo 24,1%, (104 muertes), 33 casos se identificaron como no afiliadas y 12 casos de afiliación a los regímenes especiales.

Si se considera que en el país más del 95% de los partos son institucionales, y que el 97% de las mujeres recibieron atención prenatal por un profesional médico, resulta inaceptable que las mujeres sigan muriendo por causas que hubieran podido evitarse con atención especializada, continua, oportuna y segura antes, durante y después del parto, incluida la interrupción del embarazo en los casos legalmente establecidos. A este respecto, la ENDS 2010 revela que la atención del personal de salud es algo menor para el aborto que para la atención del parto. Adicionalmente, la mala calidad de la atención deja como consecuencia que por cada mujer que muere, al menos otras 20 sufran lesiones, infección y discapacidad lo cual les genera sufrimiento, mala calidad de vida y exclusión social.

El análisis por determinantes sociales de tipo estructural, que intervienen en la mortalidad materna, muestra que el 70% de las muertes se presenta en los estratos socioeconómicos más bajos y entre

las mujeres menos educadas: más del 50% de los casos no contaban con educación o apenas tenían primaria, un 40% tenían educación secundaria y solo un 10% educación superior. La edad mínima de muerte materna fue de 12 años, la máxima de 48, con una mediana de 28 años; en los 430 casos notificados, 63,4% de la mortalidad se concentró en el grupo de 20 a 34 años, el 21% en el grupo de 35 y más, y 15,6% en las menores de 19 años. Por paridad o número de hijos, el 17,2% de las mujeres que murieron eran múltiparas, es decir que tenían 5 y más gestaciones previas, el 48% tenían de 2 a 4 gestaciones previas y el 34,7% eran primigestantes.

Además, se calculó el número de huérfanos que deja la muerte de la madre, encontrando que las 430 madres que fallecieron en el año 2012 dejaron 956 hijos huérfanos, lo que deja el interrogante sobre el futuro de estos niños y niñas que se ven abocados a crecer y desarrollarse sin el cuidado de sus madres, en una sociedad donde la mayoría de los varones no han asumido la corresponsabilidad de la crianza. Por pertenencia étnica, en los últimos tres años 10% de las muertes maternas ocurrieron en población indígena y otro 10% en mujeres afro colombianas.

Según distribución regional el indicador Razón de mortalidad materna evidencia las grandes desigualdades del país con nueve departamentos donde el indicador es muy superior al promedio nacional (74.09) como es el caso de Putumayo (242), Chocó (197), Caquetá (194), La Guajira (155), Córdoba (151), Cauca (141), Magdalena (127), Cesar (123), Vichada (118) y Arauca (111); otros cinco departamentos están por encima de la media, en un rango entre 74 y 100 muertes materna por 100.000 nacidos vivos: Norte de Santander (98), Tolima (82), Atlántico (80) y Casanare (77); diez departamentos más, aunque se hallan por debajo de la media, también están lejos de cumplir con la meta, estos son: Caldas (74), Guaviare (74), Boyacá (73), Bolívar (71), Nariño (69), Quindío (65), Sucre (63), Valle del Cauca (60), Risaralda (59), Meta (53) y Antioquia (52). Cabe destacar aquellos que ya cumplieron la meta de reducir la mortalidad materna a menos de 45, como son la ciudad de Bogotá (39.66), Cundinamarca (43.41) y Santander (43.8), y muy cerca de cumplirla Huila (48.13). No se tienen datos para Amazonas, Guainía y Vaupés⁵⁷. Por lugar de residencia en los últimos tres años el 60% de las mujeres procedían o eran residentes en el área urbana y 40% en el área rural, lo que confirma una vez más que una alta proporción de mujeres mueren en el ejercicio de su maternidad por barreras de acceso a los servicios de salud.

Las muertes en el embarazo por lesiones de causa externa hasta el día 42 postparto en el año 2012 ascendieron a 123 casos, revelan entre otras, la violencia contra las mujeres y el impacto en sus vidas y en la salud mental de la sociedad⁵⁸.

Lesión causa externa	2010	2011	2012	Total
Accidente de tránsito	1	7	6	14
Accidente ofídico		2		2
Homicidio	4	18	22	44
Otras Ice	5	15	10	30
Suicidio	5	17	11	33
Total general	15	59	49	123

Fuente: SIVIGILA.

Es evidente que en la muerte materna intervienen determinantes sociales intermedios, relacionados con las condiciones de acceso y atención en los servicios de salud dados por barreras en el aseguramiento y mala calidad de la atención, y por condiciones estructurales del sistema educativo, las inequidades de género, la desatención a la ruralidad, la discriminación racial y étnica, la pobreza y las dificultades geográficas y de transporte para llegar a las instituciones de salud, entre otras. El modelo de determinantes sociales está estrechamente relacionado con el modelo de las tres demoras que explican por qué ocurren las muertes maternas, en cualquier contexto y en cualquier país. Estas se deben a retrasos en uno o más niveles: 1. Demora en decidir buscar atención médica; 2. Demora en llegar a los servicios de salud, y 3. Demora en recibir atención médica oportuna y de calidad. Todas ellas deben ser intervenidas y mejoradas con políticas sociales en el inmediato, mediano y largo plazo, que en el caso del sector salud deben asegurar el acceso y la atención con calidad a las mujeres, las madres y los recién nacidos en los servicios de salud especialmente de aquellas regiones donde la mortalidad materna es mayor.

El indicador Razón de mortalidad materna es un trazador de la calidad de la atención en el periodo de la gestación, y particularmente en el momento del parto y el posparto, que es donde más ocurren las muertes maternas y neonatales. Los beneficios de reducir estas muertes son tanto individuales como sociales: salvan la vida de las mujeres en el ejercicio de su maternidad, favorecen la supervivencia y el desarrollo de los recién nacidos, las niñas y niños pequeños, aumentan el capital social y la cohesión familiar, lo cual es ante todo un asunto de derechos humanos de las mujeres y de la infancia, como también un compromiso del país con las metas de los ODM y un requisito para el desarrollo humano.

Violencia

Aunque la violencia no suele considerarse como una de las causas de mortalidad materna, las cifras de homicidio y suicidio durante el embarazo, revelan que la violencia contra las mujeres está incrementando la muerte materna. La OMS ha demostrado que a nivel mundial 15 a 71% de las mujeres sufren de violencia física y sexual por parte de su pareja, y entre las embarazadas la cifra varía de 4 a 32%⁵⁹. De acuerdo con el informe, el impacto de la Violencia sexual contra las mujeres, en su salud física y mental se evidencia en un aumento del 16% de probabilidades de tener hijos con bajo peso al nacer, el doble de probabilidad de tener abortos y de sufrir depresión y alcoholismo, y 1.5 veces de adquirir infección por VIH, sífilis, clamidia y gonorrea. La violencia física o sexual infligida contra la mujer por el compañero íntimo produce sufrimiento emocional, ideas suicidas y depresión materna que altera negativamente las interacciones tempranas madre-hijo/a generando un ciclo intergeneracional de maltrato y violencias.

➤ Cobertura y calidad de atención de la salud materna e infantil:

Planificación Familiar

La satisfacción de la demanda para evitar o espaciar los embarazos se mide por el acceso y uso de anticonceptivos y constituye un indicador de embarazo planeado. En Colombia, el uso de métodos modernos de anticoncepción en todas las mujeres en edad fértil es de 56%, y en mujeres entre 15 y 19 años de 55%, un porcentaje⁶⁰ muy bajo que exige fortalecer la promoción y uso de anticonceptivos modernos en los Servicios Amigables de Salud para adolescentes y jóvenes, en las consultas pre-concepcional, prenatal y post-parto. La demanda no satisfecha de planificación

familiar tiene como consecuencia embarazos no deseados o no planeados lo que aunado a la legislación restrictiva del aborto que induce a las mujeres a practicarlo en condiciones de riesgo, incrementa la mortalidad materna⁶¹.

Control prenatal

Según la ENDS 2010, las coberturas del control prenatal se incrementaron en los últimos 20 años al pasar de 82% en 1990 a 90,8% en el 2000 y alcanzar el 97% en el 2010 con una significativa reducción de la brecha entre las madres más pobres y las más ricas. Así mismo, el cuidado por parte de personal médico y de enfermería aumentó de 83 a 97% entre 1995 y 2010 con disminución de la brecha rural/urbana (en 2010 es de 98% urbana y 94% rural).

En el año 2010 el 89 % de las embarazadas tuvo 4 o más visitas de control prenatal (91% urbano y 81% rural) y el 3% ninguna visita (6 % en la zona rural y 2 % en la urbana). La mediana de meses de embarazo a la primera visita fue de 2.7 meses. En 2010 la menor cobertura de control prenatal estuvo en Amazonia y Orinoquia con 61,6% mientras en la región Caribe es 83,8%, la Oriental 85% y la Pacífica 86,3%. La mayoría (87 %) de madres de niños menores de 5 años informó haber recibido suplemento de hierro en el segundo y tercer trimestre de su último embarazo, 85% informó haber tomado ácido fólico, y 79% calcio⁶².

Si bien la encuesta evidencia que el contenido de la atención prenatal ha mejorado en el último quinquenio, ya que en el 2010 cuatro de cada cinco mujeres (81%) recibieron información sobre las posibles complicaciones del embarazo versus 64 % en el 2005, preocupa que un 19% de mujeres aún no reciban esta información que podría evitarles complicaciones y muerte. La educación en el control prenatal aumenta con la edad de las mujeres, con el menor número de hijos, en la zona urbana y en las que tienen índices de riqueza medio, alto y muy alto.

A casi todas las mujeres les tomaron la presión arterial, las pesaron y les midieron la altura uterina, a 97% les hicieron exámenes de orina o de sangre y 92% de ellas recibió complementos de hierro, en pastillas o jarabe. La vacunación antitetánica ha tenido fluctuaciones con tendencia a la baja ya que mientras en 1995 el 80% había recibido la vacuna antitetánica, en el 2000 aumentó al 88%, en el 2005 bajó al 86% y en el 2010 siguió bajando al 84%. Los porcentajes de vacunación contra el tétanos neonatal son ligeramente inferiores a los del 2005; si bien solo una de cada 9 mujeres no reciben esta vacuna durante su embarazo, no la reciben completa (24 % recibió una dosis y 60% dos o más dosis); se aplica menos a las mujeres de menor nivel de educación (24%), con nivel más bajo de riqueza (14 %), en la zona rural (14%), y en Antioquia sin Medellín (25%), Orinoquía-Amazónica (16%). Donde más se aplica la vacuna es en Barranquilla y en los departamentos de Norte de Santander, Tolima, Huila y los de la costa Caribe (excepto Córdoba y La Guajira).

Lo anterior muestra avances en la cobertura del control prenatal y en sus contenidos, pero se requieren mayores esfuerzos para mejorar la calidad de la atención, en especial a las mujeres de zona rural, con menores niveles de educación y riqueza y a las más jóvenes.

Atención del parto

El porcentaje de parto institucional pasó del 76% en 1990 al 95% en 2010, con una distribución urbana de 98.4% y rural 87.5%, con lo cual se cumple la meta para el 2014. Bogotá reporta la mejor

cobertura desde el año 1990 con el 93,4% y el 99.5 % actualmente. Entre 1990 y 2010 la atención del parto por médico pasó de 71 % a 93%, la atención por enfermera bajó de 10 a 2 % y la atención por partera bajó de 13 a 3%. Las cesáreas vienen aumentando en los últimos 15 años de 17% en 1995 a 34% en 2010, de estas 59% fueron practicadas de urgencias y 41% programadas.

Atención post-natal

Existe evidencia de que el riesgo de mortalidad de las madres es particularmente alto durante los dos primeros días después del alumbramiento. De acuerdo con la ENDS 2010, los problemas postparto más frecuentes se deben a sangrado vaginal intenso, desmayo o pérdida de conciencia, fiebre o escalofríos, dolor o ardor al orinar, flujos o líquidos vaginales, pérdida involuntaria de orina y depresión postparto, los cuales indican complicaciones que pueden llevar a la muerte materna o a secuelas que afectan su calidad de vida.

Entre 56 y 66 % de los problemas del postparto recibieron atención médica y solamente 38% de las mujeres que sufrieron depresión postparto fue atendida. Donde menos fueron atendidas por esta causa fue en Norte de Santander, Meta y Cauca (alrededor del 25%) lo que resulta preocupante por las consecuencias para la vida de las mujeres y sus hijos. No se tiene dato del porcentaje de púérperas y recién nacidos con control postnatal ambulatorio al tercer día⁶³.

La ENDS 2010 muestra el aumento en los porcentajes de mujeres atendidas en sus eventos reproductivos de embarazo, parto y puerperio, en la medida en que se incrementa su autonomía. Así, se tiene que entre mayor es el número de decisiones en las que ellas tienen la última palabra y el número de razones que dan para justificar su negación a tener relaciones sexuales, también es mayor el porcentaje de atención⁶⁴, en otras palabras hay una relación directa entre empoderamiento de la mujer y atención en salud.

El aseguramiento de la calidad de la atención de las mujeres en el último trimestre de la gestación, el anteparto y el postparto (especialmente hasta la segunda semana post-natal), evita secuelas, discapacidad, muerte materna y perinatal, por lo cual es necesario incrementar y fortalecer la vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema, MME, entendida como cualquier complicación que pone en riesgo la vida de la gestante y que requiere de una intervención médica urgente, es decir, atención obstétrica de emergencia por personal calificado, sangre, medicamentos y cuidado intensivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió tres categorías como criterios para MME: 1. Presentar signos y síntomas de enfermedad específica como eclampsia, choque séptico y choque hipovolémico; 2. Falla o disfunción orgánica del tipo de disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o de coagulación, y 3. Ingreso a unidad de cuidados intensivos, cualquier intervención quirúrgica de emergencia en el posparto, post-cesárea, o post- aborto y transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma.

De acuerdo con el Informe del evento de Morbilidad Materna Extrema, periodo IX de 2013, Instituto Nacional de Salud, la mayoría de los casos corresponden a trastornos hipertensivos (57,23%), seguidos de complicaciones hemorrágicas (20,42%) y sepsis de origen obstétrico (3.38%). Es muy preocupante que según reporte del SIVIGILA, actualmente 30% de las mujeres con tres o más criterios no están ingresando a UCI.

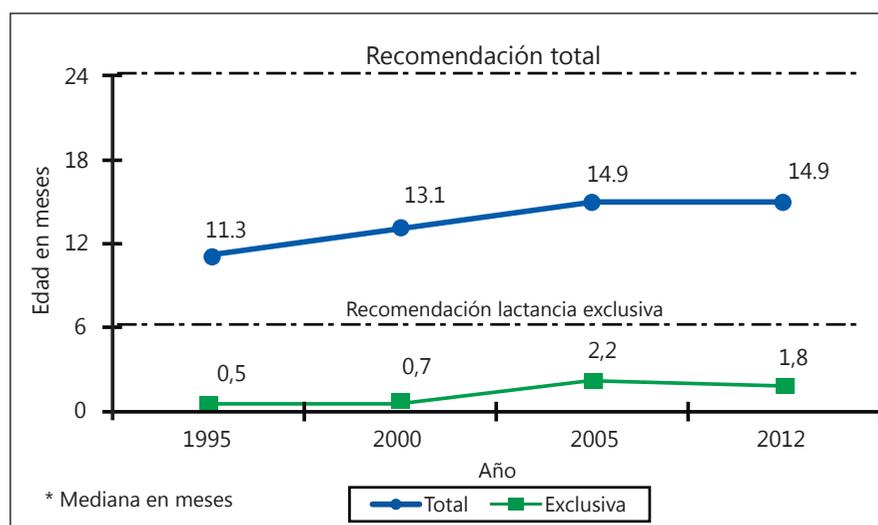
Atención a la terminación del último embarazo después de Mayo del 2006²

La atención por parte del personal de salud es algo menor para los abortos que para los otros eventos de terminación de los embarazos. El lugar de atención de los abortos, además de los hospitales, clínicas y centros de salud, son consultorios de médicos particulares y otros. Mientras al 87 por ciento de las mujeres que tuvieron interrupciones/abortos la EPS les pagó la atención total o parcialmente, al 11 por ciento les tocó pagar por su cuenta y 2 por ciento dijeron no estar afiliadas a la seguridad social.

«Los meses promedio de embarazos terminados en interrupciones/abortos fue de 2.1 meses. Los meses de embarazo para los abortos aumentan con la edad de las mujeres, entre las unidas, de menor educación y con mayor número de hijos nacidos vivos. Un poco más de tres cuartas partes de las mujeres mencionan cada una de las causas de terminación del embarazo autorizadas legalmente. 76% dice que cuando el embarazo pone en peligro la vida o salud de la mujer, 79% cuando hay malformación grave del feto y 78 % cuando la mujer ha sido violada. El conocimiento de las tres causas es mayor entre las mujeres de 20-34 años, entre las mujeres solteras y entre las mujeres con uno o dos hijos nacidos vivos» (ENDS, 2010).

Lactancia materna

Duración* de lactancia materna total y exclusiva Colombia, 1995 a 2010



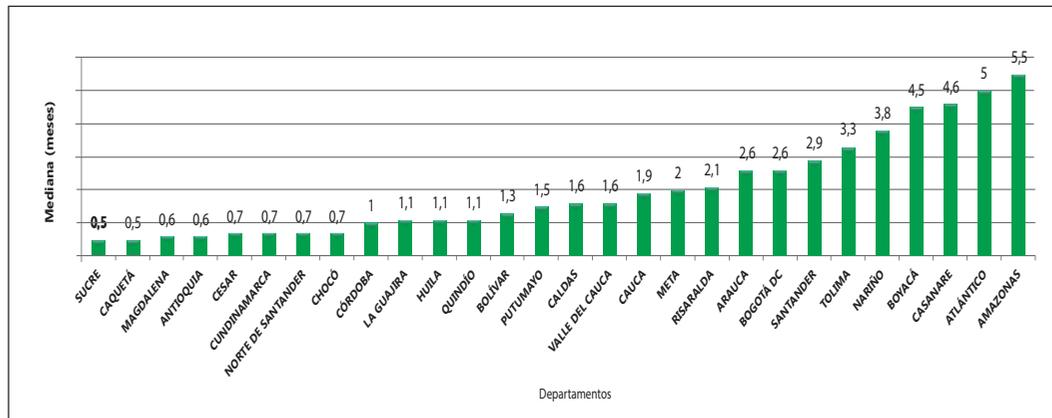
Fuente: ENSIN 2010.

En Colombia la mediana de duración total de lactancia materna para el año 2010 fue de 14.9 meses, lejos de la recomendación internacional de seis meses, así mismo la lactancia materna exclusiva fue de corta duración (1.8 meses) en comparación con las directrices de la Organización Mundial de la Salud de 6 meses.

² Fecha posterior a la Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006 de la Corte Constitucional de Colombia, que despenaliza en el país el aborto voluntario en tres casos bien definidos. ENDS 2010, Salud Materno infantil, pág. 235.

La gran mayoría de niñas y niños colombianos (96%) han sido amamantados alguna vez; el 57 % inicia el amamantamiento en la primera hora de nacido y el 20% en el primer día. El inicio temprano es mayor en la zona urbana (57.7%) que en la rural (53.6%), más frecuente en Bogotá, región Pacífica, Central, Orinoquia y menos en el Caribe; y aumenta con el nivel educativo de la madre, el nivel de riqueza y cuando el parto ocurre en la casa.

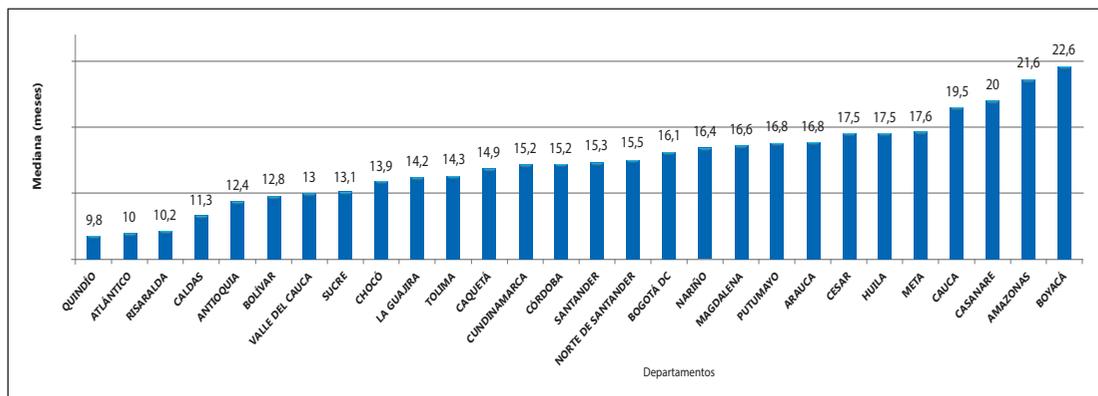
Duración de la lactancia materna exclusiva según departamentos



Fuente: ENSIN 2010.

Se observa mejoría en esta práctica, pues en el año 2005 un 49% de las mujeres inició en la primera hora, otro 20 % empezó a lactar durante el primer día de nacido y el restante 23% lo hizo en los primeros tres días posparto. La lactancia materna exclusiva al sexto mes es 43.7% según las madres entrevistadas y la duración media es de 1.8 meses muy por debajo de la recomendación de seis meses dada por la OMS. En cuanto a los departamentos y el Distrito de Bogotá la duración en meses de lactancia materna exclusiva más cercana a la recomendación internacional (6 meses) es para Amazonas con 5.5, seguido por Vaupés (5.4 mes), Casanare (4.6 meses), Boyacá (4.5 meses) y Guainía (4.0 meses). En tres de las cuatro grandes ciudades (Cali, Medellín y Barranquilla) y en la región Caribe se observa lactancia materna exclusiva de menos de 1 mes de duración. La duración total de lactancia materna de mujeres en el año 2010 en Colombia fue de 14.9 meses⁶⁵

Duración de la lactancia materna total según departamentos



Fuente: ENSIN 2010.

Según los resultados de la ENSIN 2010, el Departamento de Boyacá representó la mayor duración de lactancia materna total (22.6 meses), mientras que Quindío se ubicó en el extremo inferior (9.8 meses)

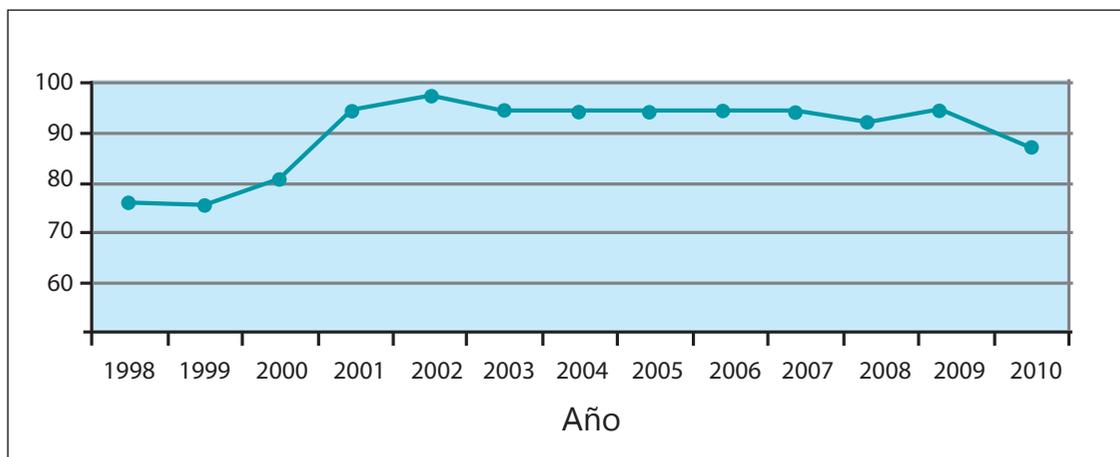
Alimentación complementaria

Se inicia prematuramente con alimentos líquidos distintos a la leche materna a los 2.7 meses, alimentos blandos o semisólidos a los 5.3 meses y sólidos a los 8.0 meses (medianas de edad), con diferencias regionales en cuanto al tipo de alimentos ofrecidos⁶⁶.

Vacunación

La vacunación es una de las metas del ODM 4 con coberturas que superen el 95%, para lo cual se ha tomado como referencia la cobertura con tres dosis de DPT al año de edad, la cual pasó de 69% en 2012 a 85% en 2011. El esquema completo de vacunación en menores de un año, pasó de 56.3% en el año 2000 a 76.3% en 2010⁶⁷ frente a la meta nacional del 100%. Este incluye las vacunas para gestantes, recién nacidos y menores de 6 años, cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud en el 2013: Pentavalente (DPT, Hepatitis B y Hemóphilus Influenza Tipo B), Influenza viral niños, Neumococo, Rotavirus, Hepatitis A, DPT acelular para gestantes. En 2010 las coberturas fueron: Polio (VOP) 3 dosis, 87,9%; DPT 3 dosis, 87,9%, Triple viral (TV) única dosis (1 año) 88.49%, y Antiámara (1 año) 78,5%⁶⁸, Rotavirus, segunda dosis en menores de un año 74,2%, neumococo en menores de un año 33,5% y neumococo en menores de dos años 21,7% en 2010⁶⁹.

Cobertura de vacunación sarampión: triple viral en niños de un año (Colombia 1998-2010)



Fuente: gráfica tomada del Reporte Anual 2012, «El Sistema de Salud busca su rumbo, Retos del Sistema de Salud», Programa Así Vamos en Salud.

Carga de enfermedad

En Colombia el 15% de la morbilidad registrada (La enfermedad que es atendida y registrada en los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS), corresponde a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, el 9% a lesiones de causa externa y el 76% a enfermedades crónicas no transmisibles, porcentaje similar al de los países desarrollados⁷⁰.

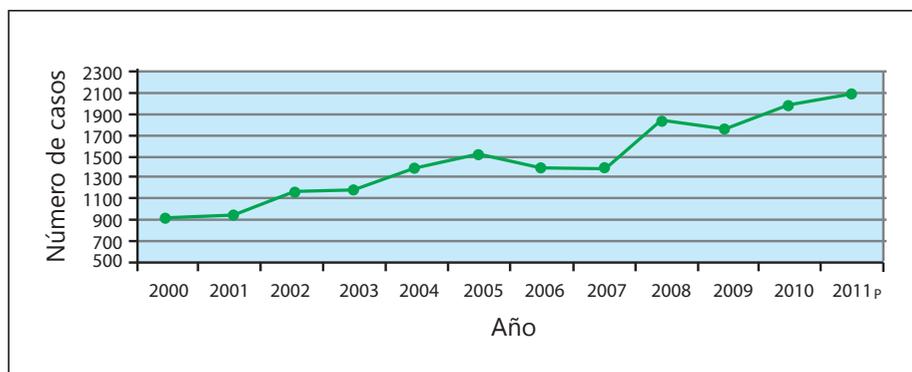
Morbilidad Materna Extrema

La MME ocurre por trastornos hipertensivos (57,23%), hemorragias (20,42%) y sepsis de origen obstétrico (3,38%) que ponen en riesgo la vida de la gestante. Entre los factores de riesgo más frecuentes figuran la edad (niñas adolescentes), la paridad, la anemia, los antecedentes de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, el trabajo de parto prolongado y la cesárea.

Enfermedades infecciosas

La sífilis gestacional y congénita es una enfermedad totalmente evitable que viene registrando un aumento importante, lo cual tiene impacto adverso en la salud de las mujeres gestantes, las niñas y niños recién nacidos y en sus condiciones sociales y económicas. Desde el inicio de su vigilancia en 1998, la sífilis congénita, subió de 0,9 a 2,7 por cada 1.000 nacidos vivos en el 2012 y la razón de incidencia de la sífilis gestacional pasó de 1,3 en el año 2003 a 7,3 en el 2011⁷¹.

Casos de sífilis congénita, Colombia 2000-2011p



Fuente: gráfica tomada del PDSP 2012-2021, Anexo 4

La sífilis gestacional y congénita es un trazador de la calidad del control prenatal, ya que existen intervenciones costo efectivas para detectar, tratar y monitorear esta infección, contempladas en el Plan Nacional de Prevención y control de la sífilis gestacional y congénita, y en la estrategia de prevención de la transmisión madre-hijo del VIH y la sífilis congénita. Si a esto se suma que la cobertura del control prenatal en Colombia es casi universal (97%), resulta clara la deficiente calidad de la atención a las mujeres durante la gestación.

Transmisión materno-infantil del VIH-Sida

Por el contrario, a partir del año 2007 ha habido una reducción importante de la transmisión madre-hijo durante la gestación, el parto y la lactancia materna, pasando de 8,2% a 4,9% en el 2009⁷². La prevalencia de VIH/Sida en población de 15-49 años ha disminuido de 0,7% en el 2006 a 0,52% en el 2011⁷³.

Prematurez

En el quinquenio 2005-2010⁷⁴, hubo 11 % de niños que nacieron con menos de 37 semanas; la prematurez generalmente aumenta con la edad y educación de la madre, es mayor en las zonas

urbanas y en las regiones Caribe, Central y Bogotá. El parto prematuro aumenta el porcentaje de niños con bajo peso al nacer, es causa de mortalidad infantil y predispone a asfixia, hemorragia intraventricular, hipertensión pulmonar, enterocolitis necrosante, hipoglicemia e inadecuada regulación térmica, además de afectaciones en el neurodesarrollo, todo lo cual tiene altos costos individuales, familiares y sociales.

Retinopatía de la prematurez

Se trata de una discapacidad evitable que puede llevar a la ceguera y que se halla asociada a condiciones del cuidado neonatal, como la administración y las fluctuaciones del flujo de oxígeno, la presencia de infecciones, los niveles de ruido y el dolor^{75,76} situación que demanda la capacitación del personal de salud en las unidades de recién nacidos para la prevención y control de la exposición de los niños prematuros a estos factores de riesgo.

Discapacidad

El Censo 2005 identificó un total de 96.273 niñas y niños de cero a cinco años en discapacidad, que equivalen a 1.87% de la población total en ese rango⁷⁷. La prevención de la discapacidad en los primeros mil días de vida se obtiene con el manejo adecuado durante la gestación, el parto y el cuidado de las niñas y niños en las unidades de recién nacidos y en la familia.

Violencia contra las mujeres y la infancia

La violencia basada en el género, VBG, parte de reconocer que los factores de riesgo, las consecuencias y las respuestas a la violencia contra la mujer están influenciados en gran medida por la condición subordinada de la mujer en los entornos familiar, social, económico y jurídico. Para algunas/os investigadores, la VBG puede ser no solo una manifestación de la falta de igualdad de género, sino también una manera de imponerla⁷⁸. La OMS advirtió que «la violencia contra las mujeres es un problema de salud global de proporciones epidémicas»⁷⁹ con efectos dañinos en la salud física, mental y emocional, por lo cual exhorta con urgencia a los países a mejorar la atención en salud a las mujeres que han experimentado algún tipo de violencia en su contra.

En Colombia, la violencia intrafamiliar ocupó el segundo lugar en el cuadro de la violencia no fatal en el 2011, dejando 89.807 víctimas en su mayoría mujeres, niñas y niños con una tasa de 195 por 100.000 habitantes⁸⁰. Durante el año 2012 fueron reportados al SIVIGILA 63.256 casos de violencia intrafamiliar de los cuales 40% corresponde a violencia física y 26% a privación y negligencia. Según la ENDS 2010, el 37,4% de las mujeres que alguna vez estuvieron casadas o unidas recibió agresiones físicas por su compañero y 9.7% refirió violación sexual por el esposo o compañero.

De acuerdo con los resultados de la encuesta sobre violencia contra la mujer en América latina y El Caribe realizada por la OPS⁸¹, en Colombia el 22% de las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez casadas o en unión fueron víctimas de violencia física o sexual infligida por el compañero íntimo alguna vez en los 12 meses precedentes, con una prevalencia intermedia entre Bolivia (25%) y Perú (15%). En los 12 países estudiados, la mayor parte de las mujeres que habían sufrido violencia física en los 12 meses precedentes, también informaron maltrato emocional y comportamientos controladores por parte del compañero íntimo, desde un 61,1% en Colombia 2005 hasta un 92,6%

en El Salvador 2008, confirmando así la evidencia científica de que el maltrato emocional a menudo acompaña la violencia física contra las mujeres.

De manera análoga, el mismo estudio demuestra la relación directa entre violencia física o sexual infligida por el compañero íntimo con indicadores de salud reproductiva como edad, paridad y embarazo no planeado, al encontrar que en todos los países, la prevalencia de la violencia era significativamente mayor en las mujeres con edades más tempranas al primer nacimiento, en las multíparas y en aquellas cuyo último nacido vivo había sido no planeado o no deseado. La literatura mundial reporta porcentajes de violencia infligida por el compañero íntimo a las mujeres durante el embarazo con un intervalo que va de 3 a 13% de casos. Según el estudio de la OPS en doce países, la prevalencia de violencia sexual sufrida en algún momento de la vida de la mujer por cualquier agresor, incluidos compañeros íntimos, en Colombia fue de 17% ocupando el tercer lugar después de Haití (27%) y Bolivia (18%).

La violencia contra las mujeres, infligida por el compañero íntimo, y la violencia contra la niñez se convierten en fenómenos que se retroalimentan, como lo muestra la prevalencia dos veces mayor de violencia física entre las mujeres que declaraban haber sufrido malos tratos físicos en la niñez, en comparación con las que no, y del mismo modo, dos veces más alta entre las mujeres que declaraban haber sufrido abuso sexual en la niñez en comparación con las que no⁸². Además, los niños que vivían en hogares donde las mujeres habían sufrido violencia de parte del compañero íntimo tenían probabilidades significativamente mayores de ser castigados con golpes, palizas, azotes o bofetadas en comparación con otros niños no expuestos a la violencia.

De acuerdo con Medicina Legal⁸³ en Colombia se practicaron 700 exámenes médicos legales por delito sexual en niños de 0 a 4 años para una tasa de 31.94 y en niñas 2.172 casos para una tasa de 103.78, que evidencia una vulnerabilidad mayor de la niñez con respecto a los adultos.

En síntesis, la situación actual de violencia contra las mujeres y la infancia reviste la mayor gravedad, en primer lugar, porque deja marcas en sus cuerpos y en sus mentes que producen sufrimiento emocional, dolor, discapacidad física y mental que atenta contra sus derechos humanos fundamentales incluyendo los sexuales y reproductivos, y porque en el marco de la familia, las niñas y niños están aprendiendo tempranamente formas discriminatorias y violentas de relacionamiento entre los sexos que muy probablemente reproducirán más tarde en sus vidas, perpetuando con ello una espiral de violencia, con enormes costos individuales y sociales.

No obstante, conforme señala la OPS en el estudio mencionado, la violencia contra la mujer no es una característica inevitable de la sociedad humana y existe evidencia científica que indica que es posible prevenirla y dar respuestas efectivas con políticas, programas y estrategias que impliquen a la sociedad en su conjunto.

Salud mental

Los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, muestran que cuatro de cada 10 individuos presentaron al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. Entre las mujeres el problema más común es la depresión mientras que en los hombres es el abuso de alcohol. En las mujeres la posibilidad de sufrir algún trastorno emocional fue mayor en separadas, divorciadas

o viudas, fumadoras, con antecedentes de enfermedad mental y de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que la criaron; otros antecedentes asociados son comorbilidad física y haber tenido alguna experiencia situacional grave⁸⁴.

Hasta el momento no existen estudios a nivel nacional sobre la afectación de la primera infancia, a causa del conflicto armado, y tampoco se cuenta con el indicador para medir esta situación. Se espera que el estudio de salud mental 2013 (en curso por parte del Ministerio de Salud y Protección Social con el Instituto de Ciencias de la Salud (CES) de Medellín), profundice en la calidad de vida y bienestar en salud mental de la primera infancia.

Carencias nutricionales

De acuerdo con la ENSIN 2010 una de cada seis mujeres gestantes tiene bajo peso (16,2%); las más afectadas son las adolescentes (28,6%) y las que tienen de 19 a 24 años (20,8%). El 24,8% de las madres tenía sobrepeso y 9,8% obesidad, es decir que 34,6% presentó algún grado de exceso de peso para la edad gestacional; esta situación fue mayor en gestantes de 25 a 49 años.

En el quinquenio 2005-2010 la anemia nutricional en las gestantes bajó de 44,7% a 17,9%, es decir que una de cada cinco gestantes tiene anemia por deficiencia de hierro; la brecha urbana es de 16.7 y rural 21.3. En mujeres de 13 a 49 años la prevalencia de anemia es de 7.6% (brecha 7.2 urbano y 9 rural) y en niños de 6 meses a 4 años según concentración de hemoglobina (Hemoglobina < 12 g/dl) fue de 27,5% en el 2010⁸⁵. La inseguridad alimentaria en los hogares colombianos según la clasificación por niveles del SISBEN durante el año 2010 es 2,16 veces mayor en el nivel 1 (60,1%) al compararlo con el nivel 4 o más (27,8).⁸⁶

Atención de la salud en los dos primeros años de vida

Veinticuatro de cada cien niños menores de cinco años no están inscritos en el programa de Crecimiento y Desarrollo. Del 76% que están inscritos, 60.7% son menores de 1 año y 79.4% menores de 2 años; asisten más los de zona rural 76.3% que los de zona urbana 75.3% especialmente de las regiones Central y Pacífica, de los departamentos que componen el antiguo Caldas, Antioquia, Tolima-Huila-Caquetá, el Valle sin Cali ni Litoral, Cauca-Nariño sin el Litoral Pacífico. Recibieron hierro 9.8% menores de un año y 23.6% menores de 2 años lo cual está por debajo de la norma. Donde más les dieron medicamentos contra los parásitos fue en la Orinoquía y Amazonía y en las regiones Caribe y Oriental. Estos dos tipos de medicamentos se dan más a los niños de madres que tienen menor educación y menor riqueza que el resto⁸⁷. La proporción de hogares que no tiene toldillos es de 66 % sin cambios respecto al 2005. En los hogares con toldillos, solo 80% de los niños durmieron con toldillo y de estos apenas 8% eran tratados con insecticida.

La madre es la principal cuidadora (82%) seguida de la abuela (10%), el porcentaje aumenta en las más jóvenes (87.6% son menores de 20 años), menor nivel educativo (95.7%) y zona rural (91.8% frente a 71.8% en zona urbana). El 53% de los niños menores de cinco años con síntomas de Infección Respiratoria aguda, IRA (tos acompañada de respiración corta y agitada durante las dos semanas anteriores a la encuesta) fue llevado a un proveedor de salud para tratamiento. El 88% de las madres conoce las Sales de Rehidratación Oral, SRO, para el tratamiento de la diarrea, menor que la proporción del 2005 pero la proporción de niños que recibió SRO o suero casero y

aumento de líquidos, pasó de 70 a 74% entre 2005 y 2010. En estas cifras se encuentra que solo el 43% de los niños que tuvieron diarrea fueron llevados a algún servicio de salud; de los cuales llevan más a los niños entre 6-11 meses, y a los que viven en zona urbana donde además el uso de SRO es mayor⁸⁸.

En cuanto a estimulación del desarrollo, la primera actividad de los cuidadores con los niños es el juego (89%), seguida por salir a pasear (78%), cantar canciones o contar historias (74%) y, por último, leerle cuentos (38%), pero las madres tienen los menores porcentajes en leer y jugar, sobre todo si tienen menor educación y viven en la zona rural.

➤ Conclusiones

De acuerdo con las tendencias del sector salud en los últimos 20 años, es innegable que ha habido un salto positivo grande en coberturas de salud en cuanto al control prenatal, atención institucional del parto, reducción de la desnutrición en niñas y niños menores de cinco años y de la tasa de mortalidad infantil.

No obstante, los promedios nacionales ocultan las desigualdades socioeconómicas y regionales por lo cual superar las inequidades sociales es el gran desafío de Colombia. La persistencia de desigualdades injustas que mantienen a individuos y colectivos alejados de las oportunidades para el desarrollo debido a condiciones que no están bajo su control, como la pertenencia a una raza o etnia, la pobreza, el bajo nivel educativo, el desplazamiento o habitar en el área rural o en algunas regiones y subregiones del país, generan mala salud física y mental desde el comienzo de la vida, obstaculizan el alcance de los ODM y frenan el desarrollo humano y social. Las muertes de las mujeres, niños y niñas indígenas, afro colombianas y habitantes de zona rural en general, evidencian amplias brechas en los determinantes sociales con respecto al resto de la población que deben ser atendidas con intervenciones de salud integrales, pertinentes culturalmente, oportunas y sostenibles, integradas con otros sectores que den respuesta efectiva al derecho al agua y el saneamiento básico, la educación, el transporte y la vida digna.

Colombia necesita acelerar el cumplimiento de sus compromisos con las metas de reducir la mortalidad materna, perinatal y neonatal, mejorando el acceso a los servicios de salud y asegurando la calidad de la atención obstétrica y neonatal básica y de emergencias, con énfasis en las adolescentes, los grupos étnicos, las personas en situación de pobreza, habitantes de zona rural y en desplazamiento. Así mismo, centrar la atención y la vigilancia en el tercer trimestre de la gestación y la primera semana después del nacimiento, momentos donde ocurren la mayor parte de las muertes maternas y perinatales.

La ocurrencia frecuente de trastornos emocionales como depresión, abuso de alcohol, comportamientos agresivos y violentos asociada con antecedentes de conflictos con los progenitores o adultos en la infancia, confirma que la exposición a la violencia en la niñez tiene efectos intergeneracionales perpetuadores de la violencia. La violencia contra las mujeres y la infancia es un fenómeno creciente e inaceptable que requiere atención prioritaria y urgente por las repercusiones físicas y mentales que acarrea desde el comienzo de la vida, porque constituye una grave violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y porque genera atraso social y económico para el país.

Transformar el perfil de la situación de salud materna e infantil exige como prioridades:

- Focalizar las acciones en los grupos marginados del desarrollo y desarrollar respuestas diferenciales de acuerdo a sus características socioculturales.
- Asegurar la calidad de la atención durante la gestación, y aun desde antes de la misma, en el parto y el periodo post-natal, especialmente en las primeras 24 horas de vida, a través de procesos de atención calificada, humana y continua en los servicios obstétricos, neonatales y pediátricos.
- Desarrollar acciones de formación y capacitación técnica y humanista del recurso humano en salud, incluyendo a todas las profesiones y ocupaciones, así como a los agentes comunitarios que forman parte de los Equipos Multidisciplinarios de Salud.
- En el caso de los grupos étnicos, se deberán desarrollar procesos de concertación para la construcción de programas integrales con enfoque intercultural. A nivel de formación y gestión de recursos humanos con grupos étnicos se requieren procesos específicos y diferenciales con parteras, agentes tradicionales de salud, entre otros. Esta estrategia resulta fundamental en zonas rurales y con dificultades de disponibilidad de profesiones y ocupaciones en salud, en donde el único recurso para acciones permanentes de seguimiento y atención y cuidado de la salud son integrantes de las comunidades, con diferentes perfiles y competencias.
- La identificación y formación de parteras, agentes comunitarios y tradicionales de salud en grupos étnicos, se debe realizar en el marco de procesos de gestión y concertación con las autoridades tradicionales y actores del sistema de salud, para definir el rol que se requiere en el marco de la prestación de los servicios. Esta estrategia también permite reconocer y fortalecer las prácticas y conocimientos ancestrales de los grupos étnicos para el cuidado de la salud materno - infantil, y construcción procesos de complementariedad y articulación con enfoque intercultural.
- Fomentar la difusión y aplicación de paquetes integrales e integrados de prácticas clave como la lactancia materna, el lavado de manos con agua y jabón, la vacunación, el uso de mosquiteros con insecticida y de sales de rehidratación oral, y la búsqueda de atención adecuada ante la presencia de síntomas, todo lo cual incide positivamente en la prevención y control de la diarrea, la neumonía y la malaria causantes importantes de mortalidad en la niñez.
- Fortalecer el sistema de información y vigilancia epidemiológica de la salud materna e infantil afinando los indicadores que den cuenta de la distribución social de la carga de morbilidad y mortalidad, y de los resultados de salud en los primeros mil días de vida, a la vez que se fomente la participación comunitaria como soporte para el análisis y la toma de decisiones que ayuden a superar las desigualdades en cobertura y mejorar los resultados de los servicios de salud en todas las entidades territoriales y grupos poblacionales.
- Asegurar y fortalecer el estado de financiación para los servicios de salud materna e infantil con carácter sostenible, sin lo cual no es posible pensar en la garantía del derecho al desarrollo integral en los primeros mil días de vida.

3

Marco Conceptual



El Plan de Salud *Primeros Mil Días* de vida acoge los enfoques contenidos en el Plan Decenal de Salud Pública y los amplía para su comprensión y aplicación en el grupo poblacional de cero a dos años.

➤ **Enfoque de derechos humanos**

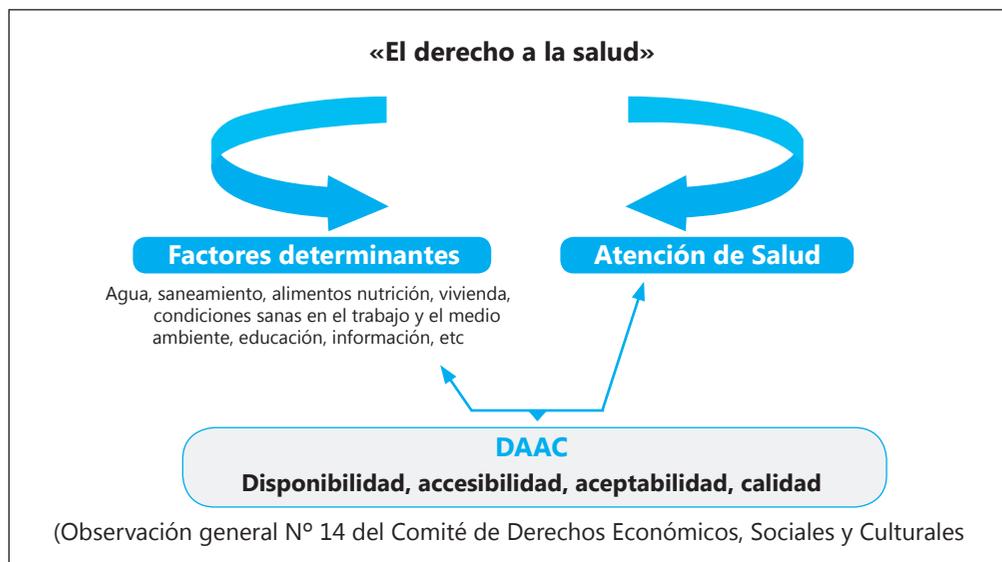
Los derechos humanos son garantías jurídicas universales, que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con sus libertades y su dignidad humana; se hallan consignados en los tratados internacionales y en las normas nacionales constituyendo un *corpus* de política y jurisprudencia de enorme valor para la garantía y exigibilidad de los derechos de las personas, en especial de las más desfavorecidas socialmente.

Una enumeración rápida de este *corpus* a nivel internacional, comienza con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), y es seguida cronológicamente por la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965), el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC (1966), la Convención sobre todas las formas de discriminación contra las mujeres, CEDAW (1979), la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), la Recomendación General N° 24 sobre el artículo 12 CEDAW (1999), la Observación General N° 14 sobre el artículo 12 del Comité DESC (2000) que amplía el derecho a la salud y la Observación General N° 7 del Comité de los Derechos del Niño, que como se dijo, amplía la comprensión de los derechos de la primera infancia contenidos en la CDN. A nivel nacional, la Ley de Infancia y Adolescencia establece en sus Artículos 27 y 29 el derecho a la salud y al Desarrollo Integral de la Primera Infancia, respectivamente, y reconoce que estos derechos prevalecen sobre los demás.

- **Derecho a la salud**

La salud entendida como «el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OPS) tiene estrechos vínculos con los demás derechos: a la alimentación, la educación, el agua potable y el ambiente sano, la vivienda, el trabajo, la identidad, el libre desarrollo de la personalidad y por supuesto la vida, todos los cuales deben ser garantizados por el Estado en subsidiaridad con la sociedad como un todo.

El derecho a la salud es un componente esencial del derecho al desarrollo integral de la primera infancia, que al hallarse en interdependencia con los demás derechos se vincula directamente con los determinantes sociales de la salud, cuyas relaciones se muestran en la gráfica.



Fuente: OMS, Centro de Prensa, Nota descriptiva N° 323, noviembre de 2012.

En la gráfica se puede observar que los elementos esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad, no se refieren solo a la atención de la salud sino a la interacción entre esta y otras condiciones que la determinan como el agua segura, el saneamiento básico, los alimentos saludables y la nutrición adecuada, la vivienda segura, el trabajo digno, la educación de calidad y la información sobre la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, entre otros.

El derecho a la salud en los primeros mil días de vida se halla en estrecha conexión con los derechos sexuales y reproductivos, y el derecho al desarrollo integral de la primera infancia que sustenta la política nacional «Colombia por la primera infancia». Se garantiza cuando el Estado implementa políticas públicas para asegurar a las mujeres la atención integral, para el ejercicio de la maternidad y el correcto crecimiento y desarrollo de las niñas y niños pequeños. Cuando mujeres, madres e hijos tienen acceso a aseguramiento y atención en salud en instituciones cercanas, con sólida capacidad resolutoria y personal cualificado, dotados con equipos y suministros, agua potable y condiciones sanitarias de calidad, personal idóneo y amable que conoce e implementa guías de práctica clínica y protocolos de atención basados en evidencia científica y actualizados, cuando se educa a los padres varones y se propicia su participación en las labores reproductivas, y en fin cuando se respeta la cultura, costumbres, ciclo de vida y diferencias de género de todas las personas.

La realización de los derechos demanda el reconocimiento del carácter de *titulares de derechos* para todas las personas por el hecho mismo de existir, y de portadores o *titulares de obligaciones* para el cumplimiento de los derechos, donde el Estado es el principal garante, con la obligación específica de dar prioridad a los grupos sociales más desfavorecidos como las mujeres, niñas y niños de primera infancia, adolescentes, pueblos indígenas, comunidades negras y demás minorías étnicas, personas en situación de pobreza, desplazamiento o discapacidad, y adultos mayores. Esto implica que en virtud del derecho internacional, el Estado es el principal *titular de obligaciones* en materia de derechos humanos, pero también pueden serlo los particulares, las organizaciones internacionales y otros agentes no pertenecientes al Estado. En el caso de las niñas y niños, los padres tienen obligaciones específicas en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño⁸⁹.

El Plan de salud *Primeros Mil Días* de vida se ha concebido desde el enfoque de derechos humanos y en línea con la Estrategia De Cero a Siempre con el propósito de garantizar a las mujeres, las madres y sus niñas y niños pequeños el disfrute de las condiciones físicas, mentales y sociales para el logro del más alto nivel posible de salud, lo cual demanda la responsabilidad del Estado y la sociedad para el trabajo intersectorial y la rendición pública de cuentas. Cuando se pone el tema de los derechos en el centro del debate entre gobiernos y ciudadanía se hace posible analizar las inequidades y se empodera a la gente para la exigibilidad del derecho.

- **Derechos Sexuales y Reproductivos**

El enfoque de derechos humanos considera que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, que deben ser respetados y aplicados conforme a los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad, inalienabilidad, imprescriptibilidad y progresividad.

«La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de Planificación de la Familia, así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, e incluye a los adolescentes y jóvenes para que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable»⁹⁰.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (El Cairo, Egipto, 1994), contempla dar a la mujer las herramientas necesarias para mejorar su situación y aumentar sus posibilidades de elección, mediante un mayor acceso a los servicios de educación y de salud y el fomento del desarrollo de las aptitudes profesionales y el empleo. El Programa aboga por la planificación familiar al alcance de todos para el año 2015, incluye objetivos de educación, especialmente de las niñas, y el logro de una mayor reducción de la mortalidad materna e infantil materno-infantil, así como la prevención y la lucha contra la pandemia del VIH/Sida, la información, la educación y la comunicación, el medio ambiente y las modalidades de consumo, la familia, la migración interna e internacional, la tecnología, la investigación, población y desarrollo.

Por su parte, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Reunida en Beijing, 1995, manifiesta en su Declaración que «Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual». Advierte sobre la desigualdad de oportunidades de la mujer para la protección, la promoción y el mantenimiento de su salud, la falta de servicios obstétricos de emergencia en muchos países en desarrollo, y manifiesta su preocupación porque las políticas y programas de salud a menudo perpetúan los estereotipos de género, no consideran las diferencias socioeconómicas y otras diferencias entre mujeres, y desconocen la autonomía de la mujer respecto de su salud. Afirma que

la salud de la mujer se ve sujeta a discriminaciones por motivos de género en el sistema de salud y por servicios médicos insuficientes e inadecuados⁹¹.

El Plan Decenal de Salud Pública acoge las recomendaciones sobre los derechos sexuales y reproductivos contenidos en estas declaraciones internacionales e incluye dentro de sus dimensiones transversales la Dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos con dos componentes: a) Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, y b) Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos.

En armonía con esta dimensión del PDSP, el Plan de Salud Materna e Infantil *Primeros Mil Días* de vida recoge las metas relacionadas y formula líneas de acción y actividades para ser desarrolladas en el marco de la atención primaria de salud, dirigidas a los hombres y mujeres en etapa pre-concepcional, mujeres en gestación, madres en trabajo de parto, parto, puerperio y lactancia, y niñas y niños hasta los tres años, abordando entre otras, la preparación para la gestación, planificación familiar, atención prenatal, parto humanizado y sin riesgos, atención posnatal, promoción de la lactancia materna y la nutrición, prevención de enfermedades de transmisión sexual y atención continua y de calidad de la salud materno-infantil.

- **Derecho al Desarrollo Integral de la primera infancia**

En el año 2004 el Comité de los Derechos del Niño, organismo de Naciones Unidas para el seguimiento a los avances de los gobiernos en el cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño, CDN, encontró que los Estados firmantes cubrían parcialmente los derechos de las niñas y niños más pequeños debido a que se centraban particularmente en la supervivencia de la primera infancia en aspectos relacionados con la salud y la nutrición, y daban poca prioridad al desarrollo infantil como un todo que articula la salud, la nutrición y la educación inicial, por lo que expidió la Observación General N° 7 de la CDN, «Realización de los Derechos del Niño en la Primera Infancia», que fue aprobada en septiembre de 2005⁹².

La Observación N° 7 amplía la comprensión de los derechos de la primera infancia contenidos en la CDN, al partir de una nueva visión que entiende las niñas y los niños pequeños como «personas capaces, activas, afectivas, curiosas y exploradoras, con capacidad de expresión, juicio y toma de decisiones según sus particularidades e intereses». Conforme con esta visión y fundamentados en el principio del interés superior del niño, que lo contempla como sujeto de derechos, profundiza en sus derechos a la salud y la nutrición, la educación inicial, la protección y la participación, los cuales deben ser garantizados por los Estados en corresponsabilidad con las familias, y disfrutados por cada niña y cada niño con carácter de universalidad, interdependencia, irrenunciabilidad, y progresividad, todo lo cual tiene implicaciones para el diseño y ejecución de políticas públicas y planes de acción de carácter integral dirigidos a la primera infancia, de acuerdo con las circunstancias específicas de cada país.

En este sentido, la estrategia De Cero a Siempre, concibe y plantea la atención integral encaminada a asegurar que en cada uno de los entornos en los que transcurre la vida de las niñas y los niños (el hogar, las instituciones de salud, los centros de desarrollo infantil y los espacios públicos), existan las condiciones humanas, sociales y materiales para garantizar la promoción y potenciación de su desarrollo teniendo en cuenta la diversidad de los grupos poblacionales del país. Como se mencionó

anteriormente, estas condiciones se entienden como las realizaciones que deben darse para garantizar el derecho al desarrollo integral de cada niña y cada niño cualquiera sea su condición.

El cabal cumplimiento de cada realización requiere que todos los actores portadores de obligaciones frente a los derechos de la infancia, Estado y Sociedad, estén presentes en los entornos cotidianos donde se desarrolla la vida de las niñas y los niños, para proporcionarles las condiciones que potencien y garanticen sus derechos.

En consecuencia, el Plan de Salud *Primeros Mil Días* de vida se ha concebido desde un enfoque de derechos, dando énfasis a los derechos sexuales y reproductivos y al derecho al desarrollo integral de la primera infancia, en estrecha correlación con los determinantes de la salud, para lo cual formula líneas estratégicas y actividades en el marco de la Atención Primaria en Salud, teniendo dentro de sus propósitos garantizar el bienestar y la salud a todas las madres, niños y niñas en esta franja de la vida, y reducir las inequidades sanitarias que producen enfermedad, muertes maternas, neonatales e infantiles evitables, causantes de dolor, años de vida saludable perdidos y freno al desarrollo social.

- **Enfoque Diferencial de derechos**

El enfoque diferencial aplica el principio de universalidad de los derechos humanos que significa que todas las personas, sin importar su pertenencia a un género, generación, raza/etnia, procedencia rural/urbana, posición económica, orientación sexual o situación de discapacidad, son merecedoras o *titulares* de derechos. Este enfoque permite por lo tanto la comprensión de la diversidad, las diferencias y la pluralidad de los seres humanos y debe orientar las políticas, planes y acciones institucionales para eliminar las desigualdades injustas generadas por estas diferencias.

Se ha definido como, [...] *el reconocimiento de las particularidades personales y comunitarias de quienes históricamente han sufrido exclusiones sociales, ya sea por su participación o por su modo de vida, en razón a su etnia, sexo, género, ciclo vital, discapacidad, el desplazamiento por el conflicto armado o los desastres naturales y la violencia*⁹³.

La falta de acceso a oportunidades y las desigualdades sociales marcan la vida de muchas niñas y niños, una situación injusta porque las circunstancias personales o la condición social no están bajo su control ni el de sus familias⁹⁴. En el campo de la salud, las inequidades que viven los grupos marginados y en desventaja social, se expresan entre otras, en mala salud, desnutrición infantil, complicaciones del embarazo y el parto, discapacidad, mortalidad materna, neonatal e infantil, pobreza, alta fecundidad, incapacidad para cuidar a la progenie y baja productividad, lo que constituye una vulneración de sus derechos fundamentales.

En el país la persistencia de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal evitables afectan con mayor frecuencia a las mujeres indígenas, habitantes de zona rural y en condiciones de pobreza, pero como ocurre también en otros países⁹⁵, con frecuencia esta situación no se visibiliza y pasa desapercibida, desconociendo que es una expresión máxima de las desigualdades injustas, innecesarias y evitables, que requiere mayores esfuerzos para focalizar las políticas en estos grupos. En el mismo sentido, la discapacidad es a menudo una situación invisible para las instituciones y la sociedad, generadora de desigualdades y exclusión social a pesar de que existe la Ley 1145 de 2007, cuyo objeto es «impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en

forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos». La ley estatutaria 1618 de 2013 es superior a esta y reglamenta todos los derechos de las personas con discapacidad y da lineamientos de política para diferentes actores incluyendo la salud.

El enfoque diferencial obliga a las entidades territoriales del orden nacional, departamental y municipal, a priorizar las acciones en los grupos en desventaja social y a adecuar sus acciones para atender integralmente sus necesidades y particularidades de acuerdo a su cultura y condiciones específicas de vulnerabilidad y vulneración de derechos⁹⁶. En este sentido, y de acuerdo con la Constitución Política⁹⁷ y la Sentencia de la Corte Constitucional C-371 de 2000 son mandatorias las acciones afirmativas en favor de los grupos discriminados a fin de eliminar las barreras que se oponen a la igualdad material y enfrentar las causas que generan la desigualdad; estas acciones afirmativas son «políticas o medidas dirigidas a favorecer a determinadas personas o grupos, ya sea con el fin de eliminar o reducir las desigualdades de tipo social, cultural o económico que las afectan, bien de lograr que los miembros de un grupo subrepresentado, usualmente un grupo que ha sido discriminado, tengan una mayor representación⁹⁸».

De otra parte, las brechas urbano/rurales constituyen un factor de inequidad que debe ser subsanado. El Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014) advierte que [...] *si bien la política de salud pública, y sus instrumentos, reconocen las diferencias territoriales, en muchos casos la gestión departamental y municipal evidencia debilidades en eficiencia, priorización y focalización de los recursos disponibles, lo que contribuye a la persistencia de disparidades entre regiones y entidades territoriales*. A su turno el Informe de seguimiento a los ODM, Colombia 2011 recuerda que, *El principal reto de política está dado por la disminución de las desigualdades regionales en aquellos departamentos que presentan rezago para alcanzar la meta. Si bien los resultados deben valorarse favorablemente, no pueden entenderse como logros suficientes*.

> Enfoque de Género

Favorecer la igualdad de oportunidades entre los géneros permite impulsar la autonomía de las niñas y las mujeres, superar la pobreza propia y la de los hijos, familias y comunidades, por lo que resulta moralmente adecuada y fundamental para el progreso humano y el desarrollo sostenible⁹⁹.

El género es una construcción social y cultural que asigna nociones sobre lo «propio» de lo masculino y lo femenino a partir de la diferencia sexual¹⁰⁰, instituyendo roles y atributos que se reproducen a través de las prácticas sociales bajo la influencia de instituciones como la familia, la medicina, la escuela, la religión, el Estado y los medios de comunicación en un momento histórico dado¹⁰¹, por lo cual puede decirse que el género organiza la vida de hombres y mujeres en los ámbitos donde crecen, se desarrollan y desempeñan.

La socialización en el género es un proceso que comienza en el hogar, donde desde muy temprano se van modelando en las niñas y los niños los estereotipos, roles y mandatos que la sociedad considera propios de su género, en interacción con la cultura y las instituciones en un contexto histórico específico, determinando así el lugar que hombres y mujeres ocupan en la vida familiar, laboral, profesional y política.

El hecho biológico de nacer hembra o varón ciertamente condiciona algunos aspectos que influyen en la salud, pero lo que marca las diferencias de salud entre hombres y mujeres son sus comportamientos y formas de vivir el género, expresadas en la toma de decisiones sobre sus cuerpos y el control de sus vidas, por lo cual el género se constituye en un determinante de la salud, tanto así que es considerado de esta forma por la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS¹⁰².

La salud y el poder están fuertemente vinculados, las personas sin poder tienen peor salud, se enferman más, sus afecciones son más largas y sus vidas más cortas³. Las mujeres pobres, con bajo nivel educativo, indígenas o habitantes del área rural, por lo general carecen de poder para decidir sobre sus cuerpos y su fertilidad, cuando tener los hijos o en qué momento acudir a la institución de salud, factores que se constituyen en mala calidad de vida y en riesgo de muerte materna e infantil.

Un aspecto donde las desigualdades de género ponen en evidencia la asimetría de las relaciones sociales y las relaciones de poder entre hombres y mujeres, es la forma como se organizan socialmente las actividades del cuidado, que tradicionalmente han recaído en las mujeres, argumentando una mirada que esencializa la maternidad como función «natural» de las mujeres, y en consecuencia el cuidado de los otros como su responsabilidad exclusiva. En los años recientes viene tomando fuerza el análisis del cuidado desde una perspectiva de género, que demanda abordarlo de manera intersectorial y redistribuirlo entre hombres y mujeres que tienen la responsabilidad de colaborar mutuamente en el desarrollo humano¹⁰³. De allí la necesidad de propiciar un cambio en la manera de entender y vivir la masculinidad y el ejercicio del poder en los espacios familiares, sociales y políticos, comenzando por el hogar, por lo cual resulta de la mayor importancia convocar a los varones a participar en la creación de nuevos modelos de masculinidad (para una mayor comprensión de este tema, ver el libro de Eleonor Faur, 2004)¹⁰⁴ que favorezcan la consolidación de relaciones equitativas con las mujeres y los miembros de la familia y contribuyan al desarrollo humano.

La comprensión de nuevas masculinidades o nuevas formas de ser hombre ofrece a los varones la oportunidad de aprender el ejercicio de la autoridad sin violencia, la expresión de los sentimientos y la ternura, la práctica del cuidado de los otros, en especial de las niñas y los niños, ejercer las funciones de la crianza y las labores domésticas, reconocer y promover la autonomía y la libertad de las niñas y las mujeres, y en general actuar en favor de la familia que han constituido.

El Artículo 12 de la Ley de Infancia establece que la Perspectiva de Género debe ser aplicada en todos los ámbitos en donde se desenvuelve la vida de los niños, las niñas y los adolescentes, con el fin de alcanzar la equidad. Esta perspectiva tiene en cuenta las experiencias, necesidades e intereses diferenciados de mujeres y hombres, como un elemento a ser integrado en la elaboración, aplicación, supervisión y evaluación de las políticas y programas de desarrollo, con el fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida la perpetuación de las desigualdades injustas⁴.

³ Es un concepto del filósofo Baruch Espinoza, citado por la filósofa feminista, académica y Consejera de Estado en España, Amelia Valcárcel, para explicar cómo la feminidad impuesta a las mujeres, les resta libertad y poder para decidir sobre sus cuerpos y su salud.

⁴ Una mayor profundización en lo concerniente a género y salud se encuentra en la política de igualdad de género de la OPS, adoptada por el Consejo Directivo, mediante la Resolución CD46.R16 del 30 de septiembre de 2005. Su contenido refleja el compromiso inalterable de la OPS con los principios de equidad, respeto a los derechos humanos y el ejercicio de ciudadanía, así como la voluntad de sumarse activamente a la corriente mundial dirigida a eliminar cualquier forma de discriminación por razones de género.

La perspectiva se extiende además al reconocimiento de que existen poblaciones con necesidades diferenciadas como los grupos étnicos, en desplazamiento, discapacidad y otras condiciones de vulnerabilidad social por lo cual la Ley de Infancia y Adolescencia 1098 de 2006 o Código de la Infancia, en su artículo 12 entiende por perspectiva de género el reconocimiento de las diferencias sociales, biológicas y psicológicas en las relaciones entre las personas según el sexo, la etnia y el rol que desempeñan en la familia y el grupo social, y establece tener en cuenta la perspectiva de género en la aplicación de la Ley en todos los ámbitos donde se desenvuelve la vida de las niñas y los niños, para alcanzar la equidad.

> **Enfoque de Ciclo de Vida: los primeros mil días de vida y el continuo de la atención**

Desde la perspectiva del curso de vida se reconoce que el efecto obtenido en cada periodo del desarrollo depende de las bases establecidas en el periodo anterior lo cual sustenta el concepto y promoción del continuo de la atención en este periodo con efectos en las siguientes etapas de vida.

- **Primeros Mil Días de vida**

El periodo neonatal es de gran vulnerabilidad por la inmadurez de los órganos y sistemas que hacen al recién nacido dependiente de los adultos para asegurar su supervivencia, continuar su maduración, en especial la de su cerebro, y lograr su desarrollo¹⁰⁵, por lo cual es un periodo de grandes oportunidades y a la vez de particular riesgo de enfermar y morir. De hecho este periodo de vulnerabilidad, también es una cualidad de los recién nacidos, la cual se conoce como *altricialidad*, que es la característica única de la especie humana de nacer sin haber completado el proceso de maduración cerebral por lo cual necesita un periodo prolongado de contacto con la madre y las cuidadoras/es para interactuar con el entorno y lograr su maduración post-natal.



Los Primeros Mil Días de vida se cuentan desde la gestación (270 días) y hasta los dos años de edad (730 días), y aunque la cuenta matemática no incluye la etapa pre-concepcional, esta sí cuenta en los resultados al final de los mil días porque durante esta etapa es posible conocer antecedentes socio familiares y de salud de los futuros padres, y especialmente valorar el estado nutricional de la mujer para prevenir algunos defectos congénitos, particularmente los de cierre del tubo neural, por lo cual cada día se insiste más en la conveniencia de la consulta pre-concepcional a las mujeres que planean tener un hijo, e idealmente también a sus parejas con objeto de prepararlas para la maternidad y la paternidad.

Un aspecto de gran interés y trascendencia es la evidencia científica de que durante los primeros mil días se forma y desarrolla el 90% del cerebro que permanecerá en la vida adulta, el que como se sabe es el órgano rector del organismo humano. Las neurociencias han podido establecer que durante el último trimestre de la gestación y la infancia temprana, el cerebro es extremadamente maleable y sensible a las experiencias de interacción con las personas y el entorno, lo que resulta en la diferenciación neuronal (neuronas con funciones especializadas en las distintas áreas del cerebro) y el desarrollo de circuitos sensoriales del oído, la visión, el olfato, el gusto, el tacto y la propiocepción¹⁰⁶, que junto con la buena nutrición, influyen decididamente en el desarrollo de las competencias físicas, cognitivas, del lenguaje, emocionales y sociales que sientan las bases para el desarrollo infantil temprano y las etapas subsecuentes del desarrollo humano.

De lo anterior se han derivado estudios que demuestran los grandes retornos económicos y sociales de invertir en educación inicial, salud y alimentación en este periodo¹⁰⁷, superiores a cualquier otra etapa de la vida, y a la inversa, que todo lo que se deje de hacer tiene efectos negativos irreversibles, por lo cual se ha llamado a este periodo «la ventana de oportunidades»¹⁰⁸ para invertir en el desarrollo humano y el desarrollo de las naciones.

En este sentido, favorecer el desarrollo infantil temprano es una obligación de todos los sectores sociales, y en particular del sector salud, ya que el primer contacto externo al entorno familiar que establecen las madres, padres y sus niños y niñas, en busca de orientación y cuidados, se hace en el entorno de las instituciones y los servicios de salud; en otras palabras, el sector salud es el llamado a liderar los procesos de salud-enfermedad-atención durante los Primeros Mil Días de vida ejerciendo sus funciones esenciales de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación. Es bien sabido que la atención en salud, la buena nutrición, el estímulo psicosocial, la orientación y el entrenamiento de ambos padres para la crianza, tiene beneficios inmediatos en el desarrollo cognitivo de las niñas y los niños pequeños, mejora su salud, disminuye la desnutrición, la morbilidad y la mortalidad, favorece una mejor higiene personal, mejores cuidados y menor abuso infantil¹⁰⁹.

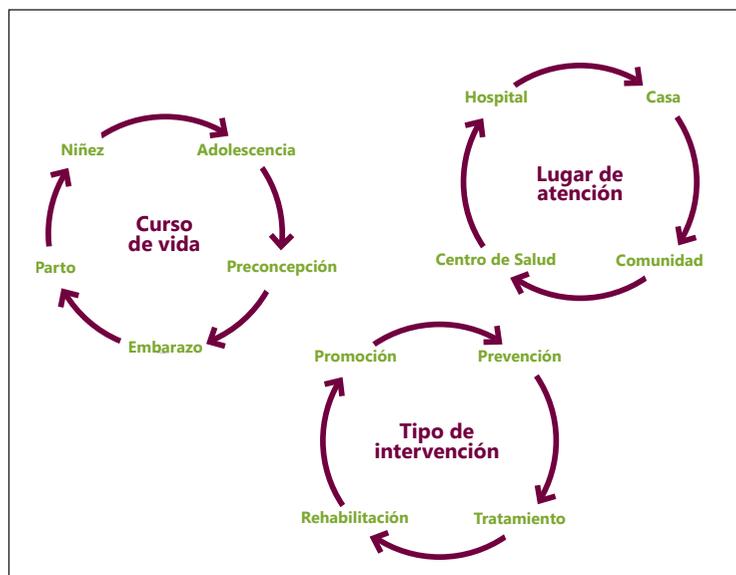
- **Continuo de la atención**

El reconocimiento de los estrechos vínculos entre la salud de las madres y sus niñas y niños recién nacidos, es casi una constante histórica que sin embargo en la práctica de los servicios de salud se separa, obedeciendo a políticas que enfatizan sus objetivos unas veces en las madres y otras en los neonatos y la niñez¹¹⁰. Es el caso de las políticas y estrategias de maternidad sin riesgo que al poner el acento en la reducción de la mortalidad materna descuidaron la atención neonatal, o que al priorizar las metas en favor de la infancia consideraron a la mujer como instrumento o medio para lograrlas, todo lo cual se tradujo en resultados parciales en la salud de las mujeres gestantes, las madres, las niñas y niños. Ante este fracaso, la Organización Mundial de la Salud, OMS, promovió los beneficios de contar con sistemas de salud funcionales que proporcionen intervenciones de promoción, prevención y atención con carácter de continuidad incluyendo el continuo de la atención desde antes de la concepción, durante la gestación, el parto, el post-parto y hasta el segundo año de edad¹¹¹. Este reconocimiento sentó las bases para el cambio de la salud materno infantil a la salud materna, neonatal e infantil con continuidad de la atención.

El proceso continuo de atención parte de reconocer que los efectos obtenidos, en un determinado periodo del desarrollo, dependen de las bases construidas en el periodo anterior, por lo cual el continuo abarca la adolescencia, el periodo previo a la concepción, el embarazo, el parto, el post-parto y los primeros años de vida; así mismo se refiere a los lugares donde se presta la atención, de modo a que sea continua en los entornos del hogar, la comunidad y la institución de salud con lo cual asegurar que la detección de signos de alarma sea seguida de la consulta temprana y cuando sea necesario la remisión y contra-remisión, el seguimiento del tratamiento y los cuidados de las madres, niñas y niños en el hogar y la comunidad.

El *Continuum* del cuidado se refiere por tanto al proceso de brindar atención continua y fluida en al menos tres dimensiones que comprenden: 1. El ciclo de vida; 2. Los lugares donde se presta la atención y 3. Los tipos de intervenciones que prestan los servicios de salud, con el fin de garantizar la disponibilidad y el acceso a las intervenciones basadas en evidencia que permitan mejorar la salud de la madre, las niñas y niños recién nacidos y hasta los dos años de vida¹¹².

Marco de acción en el continuo del cuidado madre, recién nacido y niñez



Fuente: OPS, «Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño».

En este contexto, establecer por ejemplo, nuevas y eficientes dinámicas entre los hogares, la comunidad y los servicios de salud puede contribuir a la reducción de las demoras causantes de la mortalidad materna, teniendo en cuenta el modelo de las tres demoras que explican por qué ocurren estas muertes, en cualquier contexto y en cualquier país, las cuáles se refieren básicamente a: 1. Demora en buscar atención médica; 2. Demora en llegar a los servicios de salud, y 3. Demora en recibir oportunamente atención médica de calidad. Así se tiene, que si el asegurador provee información y educación a las familias sobre los signos de alarma durante la gestación, facilita ambulancias y transporte, las gestantes podrán llegar oportunamente a los servicios de salud (evitando la segunda demora), o si garantiza servicios con óptimas dotaciones físicas y humanas y proporciona atención oportuna y de calidad (evitando la tercera demora).

El enfoque del *continuum* se refiere también al tipo de intervención, al plantear la continuidad de la atención en el curso de las acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

En conclusión, asumir el enfoque del continuo de la atención facilita al sector salud asegurar la calidad de la atención en los servicios durante los primeros mil días de vida y brindar el apoyo necesario a las familias y cuidadoras/es para llevar a cabo prácticas saludables de cuidado y crianza, con lo cual fortalece sus funciones esenciales en el marco de la atención primaria en salud.

➤ **Enfoque de Humanización de la atención**

Una queja frecuente de los usuarios/as del sistema de salud es el mal trato que reciben del personal de salud, que en ocasiones se muestra indolente ante sus necesidades, no se comunica adecuadamente o exhibe conductas discriminatorias. Dar información insuficiente, no emplear un lenguaje claro, subvalorar las capacidades de los pacientes para entender y tomar decisiones, irrespetar la privacidad, dar un diagnóstico sin considerar las condiciones particulares de cada paciente, o mostrar indiferencia frente al dolor ajeno, son unos de los tantos reclamos desatendidos de quienes acuden a los servicios de salud, en particular de las mujeres que se ven afectadas en su salud y la de sus hijas e hijos. Estos comportamientos deshumanizados en los servicios obstétricos deterioran la calidad de la atención de salud y vulneran los derechos de las mujeres y la infancia.

Todas las personas tienen derecho a recibir atención de salud humanizada y sensible a sus necesidades, en especial cuando están enfermas, pues la enfermedad las coloca en una condición de vulnerabilidad que demanda de quien las atiende, una actitud ética de compasión y respeto a la dignidad humana y a la soberanía de las personas. Preguntarse por la humanización de la atención, significa cuestionar la posición frente al modo de relacionamiento del personal de salud con los otros y otras, que son sus pacientes, o sus clientes, pero ante todo personas titulares de derechos; cuestionar el balance entre ciencia- tecnología y naturaleza, entre medicalización y soberanía para el cuidado de sí, entre autoridad y libertad, todo lo cual tiene un trasfondo de poder que se da cuando no se informa ni consulta con las personas las decisiones relacionadas con sus procesos de salud, enfermedad y atención. Conviene señalar que las niñas y niños de cualquier edad son personas con capacidades de entender y opinar, ya sea por medio de sus gestos, actitudes o verbalización, es decir que son interlocutores válidos a quienes se les debe saludar, escuchar, informar y consultar su opinión.

Humanización significa comprender y abordar al ser humano como un ser integral, en quien interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales que se materializan en sus cuerpos y mentes dando lugar a opiniones, emociones, reacciones y prácticas, particulares y diversas. Es en síntesis, reconocer al otro y la otra como sujeto de derechos, y a sí mismo/a como portador/a de obligaciones para el cumplimiento de los mismos.

La comunicación es quizás el principal indicador de la humanización, porque es precisamente el lenguaje el que nos distingue como humanos, por lo cual desde distintos ámbitos se ha insistido en la importancia de la formación del talento humano de salud en estrategias comunicativas y discursivas, que acerquen la ciencia y la técnica a la experiencia práctica de las personas de acuerdo a sus particularidades y contextos, y en especial a la experiencia humana del dolor, la enfermedad

y la preocupación por la pérdida de la salud. En el diálogo con las mujeres y los hombres, madres y padres de familia, y en particular con las niñas y los niños, hay dos aspectos esenciales de la comunicación: ofrecer información clara, completa, oportuna y confiable, a la vez que se debe mantener una escucha activa que tenga en cuenta la opinión de adultos y niños independiente de su género, edad, clase, etnia o cualquier otra condición social, permitiendo y estimulando su autonomía para la toma de decisiones.

El comportamiento humanitario tiene presente tanto la subjetividad como la realidad de los usuarios/as o pacientes. Desde la plena conciencia del valor de la salud, las y los profesionales y personal asistente de salud deberían estar en capacidad de responder adecuadamente a las necesidades y demandas de las madres, las niñas, niños y sus familias, a través de un trato amable, mediado por la palabra afable, compasiva y clara, que tenga en cuenta a cada quien en su individualidad y subjetividad y responda a los imaginarios, temores, esperanzas y necesidades que se les plantean. La buena comunicación, el saludar por el nombre a las personas, escucharlas, informarlas y pedir su opinión, ayuda al tratamiento y la recuperación y debe ser una constante en todos los procesos de atención a la salud y la enfermedad.

Humanizar la atención de los eventos reproductivos, se basa en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de sus parejas, y plantea al sector salud cambios en su enfoque mecanicista del embarazo y el parto como eventos patológicos que deben ser intervenidos, reemplazándolo por la noción más humana de procesos naturales y fisiológicos que constituyen acontecimientos sociales y culturales en la vida de las mujeres y de los hombres¹¹³. Esta mirada exige nuevas prácticas hospitalarias que permitan a las mujeres el control sobre sus cuerpos en momentos de gran intimidad como es por ejemplo el parto, donde ellas son las principales protagonistas de la vida, junto con sus parejas y sus bebés. Esto no significa dejar a las madres sin asistencia médica ya que cerca del 15% de los embarazos pueden terminar en una emergencia inesperada¹¹⁴. La práctica de la medicina basada en la evidencia no debe reñir con la atención humanizada del parto, pues aquella consiste en integrar a la práctica clínica las mejores evidencias disponibles, teniendo en cuenta la seguridad en las intervenciones y la ética en todas las acciones¹¹⁵. En este sentido la disponibilidad de guías dirigidas a los pacientes y cuidadores favorece el conocimiento de la enfermedad por parte de la comunidad, mejorando el diálogo médico –paciente.

Corregir las conductas y comportamientos deshumanizados, implica un proceso de transformación cultural de las instituciones y los servicios de salud que instauren nuevas formas de relacionamiento [...] *fundamentadas en los principios de la humanización, verdadera esencia de la relación médico-paciente que garantiza la calidez y la calidad de la atención en salud*¹¹⁶, a lo cual agrega la OMS que, *el fortalecimiento de las capacidades humanistas y técnicas del talento humano en salud, es a la vez un medio y una condición básica para generar cambios en el enfoque de la gestión en salud [...]. Es también una manera de acumular capital social y acrecentar el desarrollo humano.*

En el año 2001 la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, OMS, para Europa propuso los siguientes 10 principios para el cuidado perinatal¹¹⁷ que constituyen los fundamentos del parto humanizado:

- 1 Ser no medicalizado, esto es, proveer cuidado fundamental utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y aplicar la menor tecnología posible.

- 2 Ser basado en el uso de tecnología apropiada, definida como un conjunto de métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
- 3 Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
- 4 Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
- 5 Ser multidisciplinario, con participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
- 6 Ser integral y tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
- 7 Centrado en las familias y dirigido a las necesidades de la mujer, su pareja y su hijo/a.
- 8 Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
- 9 Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- 10 Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

En consonancia con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS, aprobó el modelo de seguridad clínica para el manejo de la morbilidad materna grave y la mortalidad materna, que incluye disponibilidad, oportunidad y suficiencia de sangre y componentes sanguíneos en los servicios de salud para el manejo de las complicaciones obstétricas, el fortalecimiento de sistemas de información y gestión del conocimiento, entre otros, lo cual ligado al Observatorio de maternidad segura, IVE y embarazo en adolescentes permite ofrecer atención humana y de calidad como la merecen las mujeres, las madres, sus hijas, hijos y parejas, para el disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos.

El MSPS expidió la Resolución 1441 de mayo del 2013, y con la Resolución 2003 de 2014, por medio de la cual define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud¹¹⁸, con el objetivo de asegurar las condiciones que permitan brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud. Por lo anterior, definió un proceso de verificación de las condiciones de habilitación de los servicios de salud, en torno a tres aspectos: 1. Capacidad Técnico-Administrativa; 2. Suficiencia Patrimonial y Financiera; 3. Capacidad Tecnológica y Científica. Así mismo, definió un Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, que especifica los estándares, criterios, parámetros y forma de verificación de dichas condiciones a cumplirse en todos los servicios que se presten: protección específica y detección temprana, consulta externa general y de especialidades médicas, urgencias, internación u hospitalización por niveles de complejidad, entre ellas la hospitalización obstétrica de baja, mediana y alta complejidad y las unidades de cuidado neonatal básico, intermedio e intensivo, y las unidades de cuidado pediátrico, entre otros.

La Resolución entiende como estándares de habilitación las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, defender la vida, la salud del paciente

y su dignidad, y los distribuye en siete categorías: i) Talento humano, ii) Infraestructura, iii) Dotación, iv) Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, v) Procesos Prioritarios (que incluyen entre otros, protocolos, guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia cada servicio), vi) Historia Clínica y Registros y vii) Interdependencia de servicios. Cada una de estas categorías tiene establecidas condiciones específicas que cumplir, con lo cual se mejora sustancialmente la seguridad y la calidad de la atención al igual que los resultados en salud.

A modo de ejemplo, la Resolución 1441 incluyó en los criterios de habilitación de las unidades de cuidado neonatal el examen oftalmológico de los prematuros previo a su egreso, por parte del oftalmólogo pediatra o retinólogo, para la detección temprana de la retinopatía del prematuro asociada a la administración de oxígeno, que de acuerdo a estudios recientes^{119, 120} es una de las causas de ceguera en la niñez que puede evitarse con el manejo oportuno (del flujo de oxígeno y las fluctuaciones del mismo, el nivel de ruido, las infecciones), por lo cual la retinopatía es un indicador trazador de la calidad de la atención neonatal.

Si bien el Sistema de acreditación de la calidad incluye estándares para el talento humano de salud, estos se refieren a disponibilidad por volumen de pacientes y a certificación de competencias técnicas, pero no a la actitud y comportamientos humanitarios. Lo que ha venido ocurriendo, es que por iniciativa propia, algunas instituciones prestadoras de salud han formulado políticas institucionales de humanización de la atención para responder a los requisitos de la habilitación¹²¹, con lo cual han abierto el camino hacia un abordaje integral de las personas considerando sus necesidades y particularidades y en alguna medida también sus derechos. Así en el año 2004 se incluyeron en los servicios de salud el desarrollo de la declaración de deberes y derechos de los pacientes, el consentimiento informado, el aislamiento en condiciones de respeto de la dignidad humana, la privacidad en los espacios, el respeto de la desnudez de los pacientes, el apoyo espiritual y emocional al paciente y el abordaje de la familia de los usuarios así como información que contribuya a reducir la angustia y el drama de la enfermedad¹²².

En este sentido se destaca la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, IAMI, concebida como una estrategia de calidad de la atención materna e infantil que deben implementar las instituciones prestadoras de salud, y que incluye dentro de sus diez criterios globales¹²³, de manera transversal, la humanización de la atención. Las evaluaciones externas hechas a las IPS que implementan cabalmente esta estrategia, han demostrado que es posible cambiar la vieja y perjudicial actitud autoritaria e inhumana del personal de salud por el trato amable, compasivo y respetuoso de la autonomía de las mujeres, con lo cual se obtienen mejores resultados de salud, mayor satisfacción de las pacientes y sus familias y mayor demanda de la atención. Además dejan como lección aprendida, que institucionalizar la humanización en los servicios de salud genera retornos sociales y económicos a los hospitales y clínicas.

Estas medidas e iniciativas sin duda contribuyen al buen trato, el bienestar y la salud de las personas, pero se requiere una política nacional de humanización en la atención, que regule la atención humanizada en todos los servicios e instituciones de salud del país.

Todo lo anterior proporciona argumentos de sobra, para insistir en la conveniencia del fortalecimiento continuo de las capacidades del talento humano en salud, para la atención humanizada durante los Primeros Mil Días de vida, como medio y condición básica para la garantía de la calidad e integralidad de la atención y el disfrute del derecho a la salud en esta etapa decisiva de la vida.

➤ **Modelo de Determinantes Sociales de la Salud**

El enfoque de Determinantes Sociales en Salud propone que la distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», los problemas de salud que observamos en un momento dado en un grupo social, denotan las formas de vida cotidiana que determinan sus formas de vivir, enfermar y morir. Los determinantes se refieren a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales en que transcurre la vida, determinan la salud.

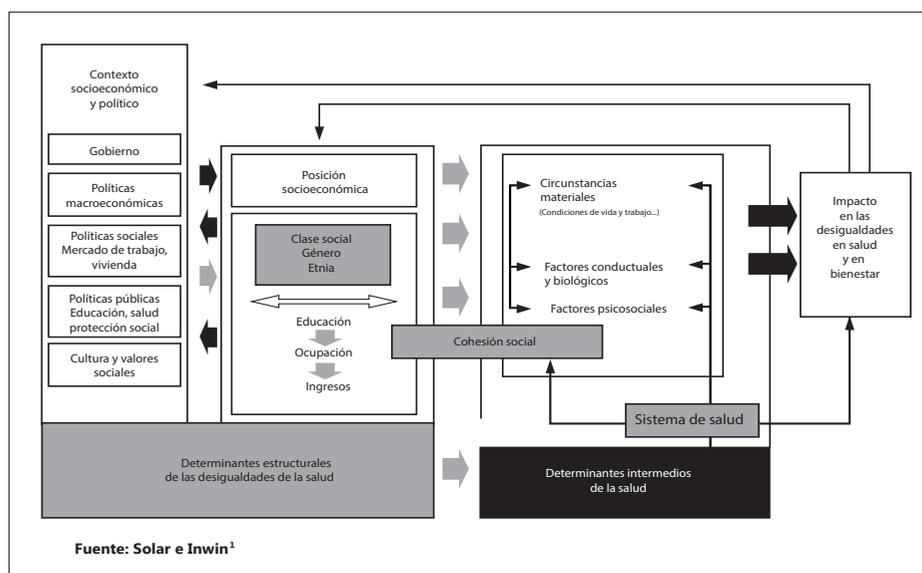
La asociación entre pobreza y enfermedad se remonta a mediados del siglo XIX con los estudios del médico inglés John Snow sobre el contagio del cólera por agua contaminada en Inglaterra, y del doctor Rudolf Virchow, nobel de Medicina en 1902, sobre la epidemia de fiebre tifoidea, quienes constataron que los factores socioeconómicos son fundamentales en la salud mientras que el tratamiento médico tiene escasa utilidad. Para Virchow «La salud no es un problema médico, es la otra cara de un problema de naturaleza política»¹²⁴ por lo cual planteó un nuevo concepto de salud que asocia las condiciones de vida con la enfermedad, y propuso como objetivos de la medicina las reformas sociales radicales, la democracia completa, la educación, la libertad y la prosperidad. Un siglo después, en 1948, la OMS define la Salud como «el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», noción que reafirma la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma-Ata (Rusia), en el año 1978 y que sigue aceptada hasta el momento actual.

Hacia 1974, el informe de Marc Lalonde¹²⁵, sustentó la existencia de cuatro factores que influyen en la salud, a los cuales llamó determinantes de la salud y los identificó como el estilo de vida, la biología humana o herencia genética, el sistema de salud y el medio ambiente. Señaló además, la desproporcionada inversión de recursos públicos en el sistema asistencial y en la biología humana destinada a controlar los problemas de salud, comparada con la poca inversión en los determinantes relacionados con el medio ambiente y los estilos de vida saludable, planteando con ello la necesidad de dar un viraje al modelo de salud centrado en la atención médica, por uno centrado en la salud de la población que diera respuesta al sistema de atención de la salud a la vez que a la prevención de enfermedades y la promoción de la buena salud (numerosas referencias y artículos sobre el Informe Lalonde se encuentran en www.paho.org).

La Comisión de Determinantes de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS, (CSDH)¹²⁶ precisó aún más la comprensión de los determinantes sociales de la salud como *las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el género y el sistema de salud, y que resultan de la distribución del dinero, los roles, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, los que a su vez dependen de las políticas macroeconómicas y sociales adoptadas por los países*, noción que explica por qué los determinantes sociales de la salud son la expresión de las inequidades sanitarias (entendidas como las diferencias injustas y evitables en salud) observadas al interior de los países y entre los mismos.

La Comisión distinguió la existencia de determinantes estructurales de la salud y determinantes intermedios. Los primeros están dados por la estratificación o posición de las personas en la sociedad, debida a la distribución de ingresos, la discriminación social y las estructuras políticas que propician las desigualdades. Estos a su vez condicionan las circunstancias de vida, las situaciones sicosociales, las realidades conductuales o biológicas y los sistemas de salud, todo lo cual conforma los determinantes intermedios.

Modelo de determinantes sociales en salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2010, en PDSP, 2013:79.

Por lo tanto es erróneo creer que la salud depende principalmente de la voluntad de las personas, pues existen determinantes que no están bajo su control y que requieren ser intervenidos a través de políticas intersectoriales con intervenciones en educación, salud, seguridad alimentaria y nutricional, empleo, vivienda, vías y transporte, agua y saneamiento, entre otras, que mejoren las condiciones cotidianas de vida.

Si bien cada determinante tiene un peso específico en el estado de salud, es a través de las relaciones interdependientes, de la complementariedad y la sinergia entre ellos como se logra el nivel más alto posible de salud. El peso específico de los servicios de salud en los resultados sanitarios ha sido demostrado por diversos estudios que revelan su contribución a la disminución de la morbilidad y mortalidad en un porcentaje no mayor del 25%, mientras que otros determinantes sociales aportan el 50%, los biológicos el 15% y los ambientales el 10% (PDSP2012-2021), lo que significa que en su conjunto, estos factores tienen un papel más importante que el desempeñado por los servicios de salud cuando se miran aisladamente; con esto no se pretende subestimar el rol del sistema sanitario sino por el contrario señalar su papel en la promoción, coordinación y ejecución de políticas, planes y programas de salud pública, en cooperación con otros sectores y actores políticos (PDSP 2012-2021).

La observación, de que los determinantes sociales influyen la salud a lo largo del ciclo de vida, tiene enorme importancia en el curso de la primera infancia porque abre la posibilidad de actuar tempranamente sobre ellos para mitigar o superar las inequidades. Para comenzar, es indudable la importancia de garantizar las condiciones que afecten positivamente los resultados de salud de las mujeres desde antes de la concepción, durante la gestación y el ejercicio de la maternidad, actuando intersectorialmente en el fortalecimiento de las capacidades y oportunidades de la mujer y su entorno (estatus social, barreras de género, educación, pobreza), y desde el sector salud en los determinantes intermedios y en los directos, con intervenciones costo-efectivas que mejoren el estado de salud de la mujer, el acceso y la atención en los servicios de salud, asegurando Cuidados Obstétricos Esenciales, COE, entre ellos personal de salud capacitado, dotación, insumos e infraestructura de los servicios¹²⁷.

Por otra parte, hoy se sabe que existen estrechos lazos entre los ambientes urbanos o rurales donde las niñas y los niños crecen y se desarrollan, el género como condicionante de roles que afectan el cuidado y la crianza, los hábitos y estilos de vida y los sistemas de salud, todo lo cual incide en el desarrollo infantil y este a su vez en el estado de salud, por lo cual la CSDH (Commission on Social Determinants of Health) estableció el Desarrollo Infantil Temprano, DIT, como un nuevo determinante de la salud¹²⁸, lo que plantea una mirada en doble vía: la salud como determinante del DIT y este como determinante de la salud. Se trata de un ejercicio interesante que invita a intervenir en los factores que determinan el DIT y en garantizar este como determinante de la salud para toda la vida. Incluir el enfoque de determinantes de la salud en el Plan *Primeros Mil Días de vida* significa coordinar y concertar el conjunto de acciones técnicas al interior del sector, entre sectores y entidades portadoras de obligaciones para la educación, la crianza, el trabajo, la seguridad alimentaria, la vivienda, el ambiente, el agua y el saneamiento básico, entre otros. Significa también, centrarse en las acciones de política que realiza el territorio con la participación intencionada de todos los sectores, a fin de reducir al máximo posible las diferencias injustas y evitables que impiden a las mujeres gestantes y madres en lactancia, y a las niñas y niños de muchos grupos poblacionales disfrutar de su derecho a la salud.

En síntesis, afectar los determinantes sociales de la salud y la nutrición desde un enfoque de derechos, exige acuerdos sociales e institucionales entre autoridades locales, comunidad, equipos técnicos, administrativos y gerenciales, tanto del sector salud como de los demás sectores sociales, ambientales y económicos, alrededor de la visión compartida del derecho al desarrollo integral de la primera infancia.

➤ **Modelo de Atención Primaria en Salud: el lugar de la atención materna e infantil**

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integral tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuo del cuidado de la salud.

Conferencia de Alma Ata, 1978

Son principios básicos de la APS:

- 1 Accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud
- 2 Compromiso, participación y auto sostenimiento individual y comunitario
- 3 Acción intersectorial por la salud
- 4 Costo-efectividad y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.

La noción de Promoción de la salud fue introducida en 1940 por el médico y académico francés Henry Sigerist, entendida como las «condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, y formas de esparcimiento y descanso», planteándola como misión primordial de la medicina, seguida de la prevención de enfermedades y en caso de fallas en todo lo anterior, la curación incluidas la restauración y la rehabilitación¹²⁹. En épocas recientes, se entiende la promoción de la salud como el proceso mediante el cual las personas a nivel individual, las familias y colectivos poblacionales ejercen mayor control sobre los determinantes sociales con el fin de mejorar su bienestar y calidad de vida.

La APS Renovada fue concebida internacionalmente como «una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, ODM, así como para abordar las causas fundamentales de la salud - tal como lo ha definido la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud - y para codificar la salud como un derecho humano, como lo han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros»¹³⁰.

La Ley 1438 de 2011 acoge el llamado de la OMS por la revitalización de la atención primaria de salud para orientar y mejorar el desempeño y capacidad resolutive de los sistemas de salud, que se traduzcan en el logro del nivel más alto posible de salud y disminuyan la mortalidad materna y neonatal¹³¹ y ordena pasar de un sistema centrado en la curación y la rehabilitación, a un modelo basado en la Atención Primaria en Salud, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y acciones intersectoriales que incidan en los determinantes sociales. Otras acciones relevantes son el fomento de la cultura del autocuidado, la atención integral en un proceso continuo, el reconocimiento de la diversidad y la interculturalidad, la cualificación continua del talento humano y su organización en grupos multidisciplinarios, motivados y suficientes, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud, la participación activa de las familias y la comunidad, y el enfoque territorial¹³².

Por otra parte, la Ley 1438 de 2011 estableció el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS, entendidas como el conjunto de organizaciones o redes de instituciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud eficientes, equitativos, integrales y continuos tanto a nivel individual como colectivo, con lo cual espera mitigar la fragmentación de los servicios de salud a la población. De acuerdo con la OPS las RISS facilitan la puesta en marcha de los elementos esenciales del enfoque de Atención Primaria en Salud a nivel de los servicios de salud, como la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la atención integral y continua, el cuidado apropiado, la correcta organización y gestión, la orientación y participación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial, entre otros¹³³. La capacidad instalada de las Redes Integradas de Servicios de Salud, garantiza la existencia y provisión de medicamentos, equipo e insumos básicos para la atención materna y neonatal. En este contexto, un elemento complementario para facilitar el acceso a los servicios de salud son los Equipos Básicos de Salud, que realizan acciones extramurales y atención domiciliaria, acercando de este modo los servicios a las personas que viven en áreas urbanas y rurales, independientemente de su género, edad, raza, etnia, situación social o cualquier otra condición.

De este modo, las Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS y los Equipos Básicos de Salud constituyen los ejes que ponen en contacto a las madres, las niñas y niños pequeños y sus familias con el sistema nacional de salud, en el marco de la Atención Primaria en Salud renovada.

El PDSP 2012-2021 establece la APS dentro de sus estrategias de calidad de la atención, como la mejor vía que asegura la atención en salud de manera integral, continua y complementaria a la mujer en el ejercicio de su maternidad, al recién nacido, a niñas, niños y adolescentes, incluyendo acciones diferenciadas dirigidas a las comunidades étnicas, campesinas y a la población en general que reside en área rural dispersa. Así mismo, da orientaciones para desarrollar el modelo de APS adaptándolo a las condiciones territoriales (equipos extramurales, telemedicina, disposición de medios para incrementar la capacidad resolutive en puntos de primer contacto, personal de salud diferencial en áreas rurales y dispersas), la implementación de redes regionales con integración de servicios básicos y servicios de alta complejidad disponibles en áreas urbanas, la incidencia en los determinantes de la salud con énfasis en la atención al medio ambiente, y la redefinición de procesos operativos entre entidades territoriales, prestadoras y aseguradoras, o quien haga sus veces, para lograr acciones articuladas y sinérgicas que desarrollen el modelo operativo con enfoque diferencial.

En consecuencia, el cuidado de la salud en los Primeros Mil Días de vida en el marco de la Atención Primaria en Salud requiere el uso de métodos, tecnologías y prácticas obstétricas y neonatales fundamentadas en evidencia científica y socialmente aceptables para la promoción de la salud, la prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, que contribuyan a la equidad, la solidaridad y el costo/efectividad de los servicios de salud. Las RISS y los Equipos Básicos de Salud constituyen los ejes que ponen en contacto a las madres, las niñas y niños pequeños y sus familias con el sistema nacional de salud, facilitando la coordinación interinstitucional e intersectorial y la participación comunitaria para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

- **Enfoque de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria**

El enfoque de salud familiar y comunitaria entiende que el proceso para mantener la salud de la población, se centra en el cuidado primario de la salud de las personas, familias y comunidades, haciendo énfasis en la acción transectorial para mejorar sus condiciones de salud y afectar positivamente los determinantes de la salud.

El enfoque de salud familiar y comunitaria es de carácter integral, familiar y social, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su auto cuidado, gestión y promoción. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

La salud familiar y comunitaria comprende un proceso transdisciplinario⁵ de gestión y prestación de servicios sociales y de salud que involucra no solo al médico familiar, sino también a otras

⁵ El proceso transdisciplinario se entiende como el ejercicio de construcción colectiva y creativa en el que participan diferentes disciplinas y corrientes de pensamiento, y que optimizando los aportes disciplinares, trasciende sus límites, y genera nuevo conocimiento que enriquece a todos los participantes.

profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios y actores sociales que participan en el cuidado de la salud, integrando acciones individuales y colectivas para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. En el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria se afectan procesos de determinación social de la salud.

La salud y medicina familiar y comunitaria es conceptualmente:

- a Un enfoque que orienta la reorganización de la atención socio-sanitaria alrededor de la situación de las personas familias y comunidades. Se centra en el cuidado primario de la salud de las familias y comunidades, focalizado en la promoción de la salud en los diferentes niveles, los riesgos y el entrenamiento en la responsabilidad compartida del mantenimiento, la recuperación de la salud, y la limitación del daño.
- b Es un proceso transdisciplinario y un campo de articulación que integra las acciones individuales, colectivas e intersectoriales para aportar al goce efectivo del derecho a la salud de la población.
- c Propone una diferenciación en la concepción, estructuración, financiación y operación de prestadores primarios y prestadores complementarios para la atención familiar y comunitaria, en el marco de la consolidación de redes integrales, acorde con las realidades de cada territorio, como estructuras fundamentales del sistema de salud, con integración vertical entre niveles y sectores y horizontal entre organizaciones y profesiones.
- d La SFC como modelo es integral, es un proceso continuo que se centra en el cuidado biopsicosocial y espiritual de las personas, familias y comunidades. Se preocupa por las personas desde antes de que aparezca la enfermedad, entregando herramientas de auto cuidado, autoayuda, autogestión, gestión y promoción. El énfasis está en promover estilos de vida saludables, gestionar la acción intersectorial, fomentar el compromiso familiar y comunitario para mantener y mejorar las condiciones de salud, y en realizar el seguimiento y control oportuno de las personas con la preocupación por la detención temprana, el control de los avances del daño y el avance hacia tratamientos complejos.
- e La comprensión integral y manejo de los fenómenos de salud dentro de un Sistema congruente y con interacción entre los niveles.
- f Garantiza la continuidad entre el cuidado primario, integrando las acciones de servicios complementarios, atención familiar y comunitaria especializada; coordinando niveles, organizaciones, profesiones y comunidad.
- g Fortalece el cuidado ambulatorio y en el hogar sin perder de vista todos los otros niveles.
- h Cuenta con espacios conjugados y contiguos de participación en salud y trabajo intersectorial.
- i Desarrolla sistemas de información para el mejoramiento continuo a través de indicadores que dan cuenta del desempeño, y de los resultados de la atención familiar y comunitaria.
- j Orienta el proceso de adscripción poblacional y territorial a equipos integrales y transdisciplinarios de salud los cuales deberán responder por las acciones de salud del nivel primario, en función de indicadores de proceso y resultados en salud.
- k Orienta la organización, formación y gestión de equipos integrales y transdisciplinarios de salud en el nivel primario y en su relación continua con el talento humano de los prestadores

complementarios y el responsable de las acciones de salud pública. en el contexto de las redes integradas de servicios de salud en función de poblaciones adscritas en territorios concretos.

- 1 Garantiza la capacidad resolutoria para la mayoría de los problemas de salud en el nivel primario, respondiendo con la tecnología necesaria y la oportunidad, cobertura y continuidad del servicio en función de la necesidades en salud, el recurso humano disponible cerca de los lugares de regular permanencia de la población a proteger, las características de contexto geográfico y social y la escala de los servicios necesaria y armónica para la funcionalidad en redes integradas.

La salud y la medicina familiar y comunitaria es un área académica y de conocimiento desarrollada de manera disciplinar desde 1940. Hoy ha tomado diferentes dimensiones y características, como concepto, como enfoque o como proceso. Como área del conocimiento y práctica de salud define unos principios, unas competencias y dimensiones teóricas y prácticas en administración y gerencia, gestión, educación, formación y manejo de aspectos biopsicosociales. Estos conocimientos se adquieren y refinan en programas de formación que exigen preparación, estudio, práctica e investigación para el desarrollo de la experticia.

La orientación comunitaria de la APS es estratégica para el logro de la reducción de las inequidades en salud y el logro del bienestar de la población. Tiene en cuenta el accionar intersectorial y el abordaje integral de la salud de la población como aspecto fundamental para la afectación de determinantes sociales de la salud. Así mismo, es indudable la influencia en la salud de las personas y comunidades, de factores tales como la estructura del tejido social, la cohesión social, la movilización colectiva, la participación comunitaria, y el entorno físico, social, cultural y espiritual. Desde una visión holística, la atención individual no puede estar desligada de la atención familiar y comunitaria, ni de la impronta educativa en las intervenciones.

➤ **La Ruta Integral de Atenciones en los Primeros Mil Días de Vida**

La Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, De Cero a Siempre, ha trazado una Ruta Integral de Atenciones, RIA, flexible, pertinente, oportuna y continua a través de los ciclos de vida de la primera infancia, en coherencia con el enfoque del proceso continuo del cuidado. La RIA contempla: i) Las Atenciones destinadas a cada madre, padre y familia de una niña o un niño desde su gestación y hasta el momento del parto; y ii) Las Atenciones destinadas a cada madre, padre y familia de una niña o un niño desde el nacimiento y hasta cumplir los seis años de vida y tiene en cuenta tanto las atenciones básicas de salud como las situaciones que desencadenan atenciones especializadas⁶. El conjunto de atenciones debe darse de manera armónica, pertinente, oportuna, flexible y complementaria en las distintas etapas del ciclo vital de primera infancia (preconcepción, gestación, parto, recién nacido, madres en lactancia, niñas y niños hasta los seis años), en los entornos donde transcurren sus vidas (hogar, institución de salud, Centro de Desarrollo Infantil y espacios públicos.

⁶ La estrategia De Cero a Siempre cuenta con protocolos, guías y lineamientos de atención armonizados con las normas y protocolos vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social. Así mismo construyó un anexo de Recomendaciones y orientaciones para la construcción local de procesos de atención integral a niños y niñas de grupos étnicos.



Fuente: Consejería Presidencial para la Primera Infancia. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, De Cero a Siempre, Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Presidencia de la República, Bogotá, Colombia, agosto de 2013.

A continuación se presenta un resumen de los cinco ejes estructurantes de la atención integral acordados por la estrategia⁷.

- 1 Cuidado y crianza. Busca favorecer y fortalecer los vínculos entre las niñas y los niños, con su familia y con las personas responsables de su cuidado a través de la creación de ambientes enriquecidos, seguros, protectores, incluyentes, participativos y democráticos. Tiene dos componentes: i) Formación y acompañamiento a familias y ii) Restablecimiento de derechos, entendiendo que el cuidado tiene relación con aspectos de prevención y protección para salvaguardar la integridad de las niñas y los niños.
- 2 Salud, alimentación y nutrición. «Busca preservar la existencia de niñas y niños en condiciones de plena dignidad, la promoción de su bienestar, la prevención de condiciones que lo alteren, el tratamiento de la enfermedad con calidad y calidez, y la rehabilitación de su estabilidad emocional y funcional para llevar una existencia autónoma y activa», que en otras palabras significa el ejercicio de las funciones esenciales del sector salud como son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención y la rehabilitación.

⁷ Aquí se presentan apartes textuales de los ejes estructurantes contenidos en la obra citada estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión. Para un mejor conocimiento se recomienda consultar el texto.

La salud, la alimentación y la nutrición en los primeros mil días de vida tienen como objetivos:

- i. Propender por la garantía de los derechos a la salud y la alimentación de todas las mujeres en edad fértil, gestantes y niñas y niños de 0 a 3 años, en los distintos entornos en donde transcurre su vida, para asegurar su desarrollo integral;
- ii. Preservar la existencia de las niñas y los niños en condiciones de plena dignidad, mediante la promoción de su bienestar y desarrollo, la prevención y detección temprana de condiciones que lo alteren, el tratamiento y cuidado de la enfermedad con calidad y calidez, y la rehabilitación y promoción de su estabilidad emocional y funcional para llevar una existencia autónoma y activa según sus particularidades culturales, territoriales y de identidad;
- iii. Afectar positivamente los determinantes biológicos, sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que inciden en las condiciones de salud, alimentación y nutrición de las mujeres en edad fértil, gestantes y niñas y niños de cero a tres años;
- iv. Fortalecer las capacidades de los actores sociales (institucionales, familiares y comunitarios) para gestionar los determinantes sociales de la salud, la alimentación y la nutrición.

Para cumplir con estos objetivos las atenciones están orientadas a:

La *Promoción y protección del bienestar* que busca el empoderamiento de las niñas y los niños de primera infancia y sus familias en el ejercicio de su derecho a la salud, y favorecer condiciones equitativas desde antes de la gestación, con el fin de que los seres humanos inicien su vida en condiciones que les permitan alcanzar su desarrollo integral, independiente de las circunstancias sociales, culturales o económicas en las que se encuentren.

La *Prevención* cuyo propósito es reducir la probabilidad de que se presenten condiciones que alteren el bienestar de las niñas y niños mediante su detección e intervención temprana.

El *Tratamiento y cuidado* de las alteraciones de la salud con calidad, calidez e integralidad para afectar positivamente el bienestar de las niñas, los niños y sus familias de acuerdo con sus propias necesidades.

La *Rehabilitación*, que busca promover y restablecer la estabilidad emocional y funcional de las mujeres gestantes, las niñas, los niños y sus familias, para garantizar la continuidad de sus procesos de desarrollo, la construcción de una existencia autónoma y el nivel más alto posible de bienestar.

El marco para la acción de este eje es la Atención Primaria en Salud ya que para la estrategia, el *entorno institución de salud* es la primera expresión institucional que acoge a las niñas y los niños desde antes de nacer, durante el proceso de preconcepción y gestación, y de ahí en adelante a través del proceso de crecimiento y desarrollo, por lo cual esta plantea que «Una institución de salud protectora de las niñas y los niños les acoge con prioridad, carece de barreras de acceso, está en capacidad de interactuar con sus contextos, respetar las diferencias, reconocer y asumir la diversidad humana como un valor y hacer de ella una ventaja y una oportunidad para el desarrollo integral. Asimismo [cuando] cuenta en sus diversas áreas con espacios adecuados para acoger de forma segura y cómoda a las mujeres gestantes, a las niñas y niños y a sus familias».

En síntesis, la atención en salud, alimentación y nutrición en el marco de la estrategia De Cero a Siempre, comprende el conjunto de acciones de política, intencionadas y efectivas que generan condiciones y promueven capacidades individuales, familiares y sociales para proteger el desarrollo integral de las niñas y los niños desde el comienzo de sus vidas, reconociendo sus potencialidades y condiciones particulares de contexto, anticipando el riesgo para la salud, abordando los rezagos en el desarrollo y proporcionando atención con calidad y calidez a quienes presenten afectación en su estado nutricional y de salud. De allí la importancia de articular la RIA al marco estratégico del Plan de Salud Primeros Mil Días de Vida y de armonizar este con los planes decenales de salud pública en el ámbito territorial

- 3 Educación inicial. Este eje estructurante de la atención integral, busca potenciar de manera intencionada el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su nacimiento hasta cumplir los seis años, partiendo del reconocimiento de sus características y de las particularidades de los contextos en que viven y favoreciendo interacciones que se generan en ambientes enriquecidos a través de experiencias pedagógicas y prácticas de cuidado. Algunas orientaciones para el trabajo pedagógico en el marco de la educación inicial se refieren a: el juego, la literatura, el arte y la exploración del medio.
- 4 Recreación y fortalecimiento cultural. Busca promover la construcción de la autonomía y la autodeterminación, de las niñas y los niños, a través de experiencias significativas que privilegien y promuevan el disfrute, el esparcimiento, la libre expresión creativa y el deseo de ser en relación con el mundo. La recreación se orienta al desarrollo de lo lúdico, en el sentido de construir mediante el ejercicio de la libre voluntad y la creatividad, una relación de disfrute con el entorno. La recreación, como parte constitutiva de la atención integral a la primera infancia, genera opciones concretas para el ejercicio libre y autónomo de su capacidad de participación, orientada a su desarrollo integral.
- 5 Participación y ejercicio de la ciudadanía. Busca favorecer la construcción del sentido de identidad personal y colectiva en la diversidad, a través de la promoción de la participación de las niñas y los niños en sus entornos, como ejercicio de libertad y de inclusión de acuerdo con los distintos momentos del ciclo vital, reconociendo sus múltiples formas de expresión y las diversas manifestaciones de lo que significa: ser escuchado, percibido, tenido en cuenta y tomar parte activa de las decisiones sobre la propia vida y la de los grupos y comunidades a los que se pertenece. Desde su nacimiento las niñas y los niños son interlocutores válidos y legítimos que a través del ejercicio de participación con la familia y la comunidad se hacen ciudadanos.

Se espera que el eje estructurante *salud, alimentación y nutrición*, oriente las atenciones a través de un trabajo articulado con otros sectores y actores, entendiendo que su aporte no se reduce a la atención desde una perspectiva biomédica, sino desde la comprensión de los determinantes de la salud como un campo y una oportunidad para el disfrute y exigibilidad del derecho al desarrollo integral de la primera infancia. En ese sentido, el personal de salud está llamado a brindar además de las atenciones propias de sus funciones esenciales, orientación y apoyo a ambos padres para el cuidado y la crianza, potenciar de manera intencionada la educación inicial y el desarrollo infantil temprano desde un enfoque holístico que contemple las dimensiones biológicas, cognitivas, de lenguaje, emocional y social, favorecer la educación para la recreación, la participación y el ejercicio de la ciudadanía y finalmente propiciar la participación de las niñas y los niños en el cuidado de su salud, en su alimentación y comportamientos asumiéndolos como interlocutores válidos desde que nacen.

Lo anterior guarda relación con las prácticas de puericultura promovida y practicada desde hace mucho tiempo por la pediatría e infortunadamente relegada muchas veces por las presiones del sistema de salud vigente centrado en la atención de la enfermedad. La puericultura es ante todo un arte, «el arte de cuidar a los niños/as, el arte de la crianza de los hijos/as, el arte de instruir, educar, acompañar, mostrar caminos, orientar, estimular y respaldar a los más pequeños/as»¹³⁴ con el propósito de asegurar la sobrevivencia, el crecimiento y el desarrollo de las niñas y los niños más pequeños. Se nutre tanto de los conocimientos ancestrales de las diferentes culturas, como de las prácticas cotidianas y de la evidencia científica procedente de variados estudios sobre pautas y prácticas de crianza realizados en diferentes culturas¹³⁵. Las prácticas de crianza son en últimas, los patrones de comportamiento de los adultos dirigidos a satisfacer las necesidades de las niñas y niños pequeños y asegurar su calidad de vida^{136,137}. Anteriormente se creía que las mujeres por el hecho de serlo desarrollaban naturalmente el instinto maternal con lo cual sabían criar a sus hijos; hoy está demostrado que tanto madres como padres requieren prepararse para el ejercicio de la maternidad y la paternidad y aprender las labores de la crianza y el cuidado de los hijos e hijas¹³⁸.



4

Diseño del marco estratégico para la salud en los Primeros Mil Días de vida



El marco conceptual y metodológico del plan se fundamenta en los derechos humanos y en los enfoques de género, humanización de la atención y determinantes sociales de la salud, y aplica el concepto del cuidado continuo a lo largo de los distintos momentos del ciclo vital de los primeros mil días de vida. El proceso metodológico integra estos principios y enfoques y los aborda desde referentes internacionales y nacionales de políticas públicas. De una parte sigue las orientaciones dadas por la Organización Panamericana de la Salud, OPS en la «Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño» y en el «Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave», y de otra parte, responde a las políticas nacionales acogiendo las Metas del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP 2012- 2021, relevantes y pertinentes para el grupo poblacional menor de tres años como también la política pública «Colombia por la Primera Infancia» materializada en la Estrategia Nacional De Cero a Siempre articulando las intervenciones con las atenciones de la Ruta Integral de Atenciones, RIA. A partir de estos referentes define el conjunto de intervenciones de salud de probada eficacia científica que contribuyen al ejercicio y disfrute del derecho a la salud en los primeros mil días de vida, incluyendo el periodo pre-gestacional, y las organiza en el marco estratégico para la acción.

➤ Metodología

Para la formulación del marco estratégico se realizó un taller preparatorio en el mes de abril de 2013, con participación de profesionales de ginecología, pediatría, neonatología, enfermería, genética, oftalmología y salud pública provenientes del Ministerio de Salud y Protección Social, la Estrategia De Cero a Siempre, entidades públicas y privadas, quienes como ya se dijo hicieron aportes al análisis de situación, y particularmente desde el punto de vista operativo propusieron dirigir las acciones hacia los sujetos de derechos, diferenciados según etapas del ciclo vital de primera infancia. Posteriormente, se dieron a conocer los avances del documento del plan a las expertas y expertos a través de una reunión presencial y de vía virtual para obtener retroalimentación, con lo cual se hicieron los ajustes finales al documento.

El diseño del marco estratégico partió de las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, referidas a la salud materna, neonatal e infantil, para lo cual se identificaron tanto las metas contempladas en la dimensión transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables -componente Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, como las contenidas en las dimensiones prioritarias del PDSP. Además se retoma una meta de país sobre registro civil al nacimiento, adquirida en la Primera Conferencia Regional Latinoamericana sobre el Derecho a la Identidad y Registro Universal de Nacimiento organizado por la Organización de Estados Americanos, Paraguay 2007. Las metas del PDSP son entonces la categoría organizadora del plan de salud Primeros Mil Días de vida, con

la ventaja adicional de que al utilizar herramientas y procesos de monitoreo y evaluación comunes a ambos planes, facilitarán su seguimiento y evaluación para el periodo 2012 a 2021.

Se utilizaron fuentes de datos oficiales provenientes del Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS, dispuestas en el Cubo de indicadores del Sistema de Información SISPRO que utiliza Estadísticas Vitales del Departamento Nacional de Estadística, DANE, datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, SIVIGILA, los indicadores básicos de salud del MSPS, estudios del Departamento Nacional de Planeación, DNP e informes consensuados entre el gobierno nacional y Naciones Unidas.

Una vez definidas las metas el plan se estructura en torno a los sujetos de derechos, es decir a las niñas, niños, mujeres, hombres y familias y se diseñan cuatro áreas estratégicas y un conjunto de actividades a través de las cuales se espera dar alcance a las metas y contribuir al ejercicio y goce de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho al desarrollo integral de la primera infancia, con énfasis en los individuos y colectivos más vulnerables de la población colombiana.

Tanto el PDSP 2012-2021 como la estrategia De Cero a Siempre, tienen un enfoque regional e intersectorial que da autonomía a los territorios para adaptar los direccionamientos generales de acuerdo a las «características, capacidades específicas y particularidades de los diversos grupos poblacionales» lo cual se aplica también al Plan Decenal de salud en los Primeros Mil Días de vida.

> **Objetivo**

El objetivo del Plan Nacional de Salud *Primeros Mil Días de Vida*, es garantizar la salud de la mujer en el ejercicio de su maternidad y la salud fetal, neonatal e infantil durante los primeros mil días de vida, con calidad, eficacia y continuidad, y acelerar los esfuerzos para cumplir con la meta de reducción de la mortalidad materna y neonatal fijada por el país a 2015, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y de la Política Pública de Primera Infancia.

> **Abordaje por sujetos de derechos**

En esencia las políticas públicas van dirigidas a las personas que jurídica y constitucionalmente son sujetos de derechos, independiente de la condición o lugar que ocupen en la sociedad, por lo cual el plan organiza las intervenciones y acciones en torno a:

- Mujeres y hombres en etapa pre-gestacional
- Mujeres y familias gestantes, niñas y niños en gestación
- Madres en trabajo de parto, parto y post-parto, niñas y niños neonatos
- Madres, padres, niñas y niños menores de dos años.

> **Metas**

Se identificaron veintiún (21) metas de salud materna e infantil contenidas en las ocho dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 como son Salud Sexual y Reproductiva, Seguridad Alimentaria

y Nutricional, Vida saludable y enfermedades transmisibles, Salud pública en emergencias y desastres, y las correspondientes a las dimensiones transversales Gestión diferencial de la salud en poblaciones vulnerables y Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria. Adicionalmente se incluye la meta de registro civil suscrita por Colombia en la Primera Conferencia Regional Latinoamericana sobre el Derecho a la Identidad y Registro Universal de Nacimiento organizado por la Organización de Estados Americanos-Paraguay 2007.

➤ **Áreas estratégicas**

Siguiendo las orientaciones de la Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño, y de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes de la Salud, Brasil 2011,⁸ se formularon cuatro áreas estratégicas que fundamentan las intervenciones a desarrollar para el alcance de las metas identificadas.

Adicionalmente, las áreas estratégicas son coherentes con los cinco objetivos generales de la Estrategia de Cero a Siempre que se enuncian a continuación:

- i Una apuesta por el desarrollo infantil temprano, DIT como núcleo esencial del derecho al desarrollo integral de la primera infancia;
- ii Líneas estratégicas para la universalización del acceso y la atención, la sostenibilidad técnica y financiera, el fortalecimiento de la gestión territorial y la consolidación de la política pública de primera infancia en el largo plazo;
- iii Acciones articuladas desde antes de la concepción y hasta los seis años, que garanticen la atención con integralidad, calidad y continuidad e identificación de herramientas para el monitoreo y la evaluación de procesos, resultados e impactos;
- iv Líneas estratégicas que favorecen la creación de entornos y alianzas con actores sociales para la formulación, ejecución y sostenibilidad del plan de acción para la salud en los primeros mil días de vida, la gestión del conocimiento, la sensibilización y movilización social en torno a la importancia del desarrollo infantil temprano;
- v Un área estratégica de participación comunitaria efectiva en las intervenciones y resultados de salud, que incluye y fortalece a la familia como actor fundamental en el desarrollo infantil temprano y prioriza la continuidad de la atención a lo largo del ciclo de vida y en especial entre las instituciones, el hogar y la comunidad.

Las cuatro áreas estratégicas del plan son:

⁸ Estas esferas se refieren a 1. Una mejor gobernanza a nivel nacional en pro de la salud y el desarrollo (incluyendo la formulación de políticas eficaces); 2. La participación comunitaria en la formulación y aplicación de políticas; 3. Reorientación continua al sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias (implica fortalecer los servicios de salud para que sean accesibles, disponibles, aceptables, asequibles y de calidad); 4. La cooperación, solidaridad y alianzas internacionales en aspectos técnicos y financieros; 5. La rendición de cuentas y la vigilancia de los progresos, incluyendo los sistemas de información para establecer relaciones entre los resultados sanitarios y las variables de estratificación social.

- 1 Fortalecer la gestión de la política pública nacional y territorial para la salud en los primeros mil días de vida, en el marco de las políticas públicas de salud y de primera infancia.**

Fundamentación del área

Los primeros mil días de vida constituyen una ventana de oportunidades para propiciar el desarrollo integral de las niñas y niños, y evitar la mortalidad materna e infantil. Por ello invertir en las condiciones para una vida saludable, la alimentación y la nutrición apropiada, son un objetivo de la política pública de salud del país con la cual se espera contribuir a su desarrollo integral.

Objetivo del área

Crear las condiciones propicias y las sinergias intersectoriales necesarias para la gestión del Plan de Acción en todo el territorio nacional, articulado con las políticas públicas de salud y de primera infancia concretada en la Estrategia De Cero a Siempre. Así mismo, sensibilizar y crear alianzas para la promoción, gestión y financiación del plan con énfasis en la reducción de la morbi-mortalidad materna, fetal y neonatal.

- 2 Fortalecer los servicios de salud materna e infantil y mejorar el acceso y la atención integral de la salud con calidad, continuidad y enfoque diferencial, en los primeros mil días de vida acorde con las políticas públicas de Atención Integral a la Primera Infancia.**

Fundamentación del área

La salud es elemento esencial del desarrollo infantil temprano y un eje estructurante de la atención integral a la primera infancia por lo cual el papel del sector es asegurar servicios de salud altamente competentes para la prestación y atención de intervenciones integrales e integradas de promoción, prevención, atención y rehabilitación en los primeros mil días de vida, así como el recurso humano calificado para hacer frente a las situaciones obstétrico-neonatales básicas, esenciales y de emergencia que se presenten. Los aspectos vinculados al acceso, la calidad de la atención y el rol del recurso humano son esenciales para mejorar la salud y la calidad de vida de las madres, los recién nacidos y las niñas y niños pequeños y reducir la mortalidad materna e infantil.

Objetivo del área

Garantizar el acceso universal y la atención de la salud, con calidad y continuidad, de las mujeres y sus parejas desde antes de la concepción, durante la gestación, el parto, el puerperio y el periodo de lactancia materna, así como de las niñas y niños menores de dos años, asegurando el manejo de la salud física y mental con perspectiva de derechos y diferencial.

- 3 Promover la participación de los hombres, familias y comunidades en la salud durante los Primeros Mil Días de Vida.**

Fundamentación del área

Entre el 70% y 80% de la atención en salud en los Primeros Mil Días de vida ocurre en el hogar por lo cual fortalecer las capacidades de las madres, los padres y la familia en los cuidados

de la gestación y la crianza, es un asunto estratégico para el inicio de la vida saludable en el entorno del hogar y para mantener la continuidad de las atenciones entre éste y las instituciones prestadoras de salud. Es altamente conveniente que las familias y la comunidad incorporen en su vida cotidiana prácticas clave⁹ orientadas al cuidado de los niños/as y mujeres gestantes con metodologías participativas de planificación de base comunitaria¹⁰ y a la vez que participen en la cogestión del plan materno infantil Primeros Mil Días de Vida y en la vigilancia y control social de la gestión pública.



En Colombia las estrategias IAMI y AIEPI poseen cada una un componente comunitario (Grupos Comunitarios de Apoyo IAMI, y AIEPI comunitario), que pueden ser reforzados para favorecer los resultados en salud y fomentar la demanda de atención calificada. Existen además otras iniciativas municipales de base comunitaria para los cuidados de salud que pueden ser integradas en la ejecución del presente plan.

Es de destacar la labor que han cumplido los grupos Familia, Mujer e Infancia, FAMI, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, en la orientación para el cuidado de las mujeres gestantes y las niñas y niños hasta los dos años de edad, por lo cual es pertinente la articulación del sector salud con los programas y modalidades de atención que implementa el Instituto, en especial con la modalidad familiar. El ICBF es el ente responsable de coordinar la prestación de servicios de educación inicial en el marco de la atención integral de la primera infancia. Es sabido que las familias que aplican prácticas adecuadas de cuidado y salud, y promueven comportamientos y estilos de vida saludable, tienen menos probabilidades de que las mujeres gestantes, los niños y niñas, enfermen y mueran por causas comunes y prevenibles.

Objetivo del área

Promover y fortalecer las capacidades de los papás, mamás, familias y grupos comunitarios para brindar cuidados y atención en salud a las mujeres durante el ejercicio de su maternidad y a las niñas y niños en los primeros mil días de vida en cada territorio, a la vez que propiciar su participación activa en la cogestión del Plan de Acción y la rendición de cuentas.

⁹ Las prácticas clave que promueve la estrategia AIEPI en su componente comunitario están orientadas a: 1- estimular el crecimiento y el desarrollo motriz, cognitivo, del lenguaje, emocional y social; 2- prevenir las enfermedades más frecuentes; 3- brindar cuidado apropiado en el hogar; 4- identificar oportunamente cuando buscar atención en la institución de salud, y 5- seguimiento a las recomendaciones de tratamiento y referencia nuevamente a la institución de salud si es el caso.

¹⁰ La descripción detallada de las intervenciones comunitarias se puede consultar en los documentos de AIEPI comunitario y en los Lineamientos de la estrategia IAMI: paso 10 Grupos comunitarios de apoyo.

4 Gestión del conocimiento para los resultados en salud y la rendición de cuentas en los primeros mil días de vida.

Fundamentación del área

La información sobre indicadores de proceso y resultados en salud, los sistemas de vigilancia en salud pública y la inspección, vigilancia y control del sistema de salud centrados en los Primeros Mil Días de vida, es una herramienta poderosa para el análisis actualizado y completo de la situación de salud, la toma de decisiones de política pública y la rendición de cuentas¹¹.

Objetivo del área

Fortalecer los sistemas de información para la vigilancia en salud pública¹², la inspección, vigilancia y control¹³ que permitan mejorar los resultados en salud y la participación social en el control social de la gestión pública.

- **Línea de Acción N° 1.** Fortalecer los sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación individual y poblacional de la salud en los primeros mil días de vida, incluyendo la etapa pre-gestacional.

Objetivo: Mejorar la recolección de la información y optimizar el análisis de resultados de salud en los primeros mil días de vida, para la toma oportuna y pertinente de decisiones de política pública y la rendición de cuentas.

- **Línea de Acción N° 2.** Fortalecer los sistemas de vigilancia en salud pública.

Objetivo: Mejorar la calidad y uso de los sistemas de vigilancia en salud pública que inciden en la salud, alimentación y nutrición durante los primeros mil Días de vida.

> **Actividades e Intervenciones basadas en evidencia científica dirigidas a los sujetos de derechos**

El cumplimiento de las metas agrupadas en torno a las áreas estratégicas descritas, solo es posible a través de intervenciones integradas e integrales basadas en evidencia científica con características de *continuidad de la atención*, calidad, integralidad e interculturalidad, dirigidas a los sujetos de derechos. «La [medicina Basada en la Evidencia] MBE consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada paciente»¹³⁹.

¹¹ Sistemas regulares de información: SISPRO, SUIN; Fuentes oficiales: DANE-Estadísticas vitales, ENDS, ENSIN, Encuestas de calidad de vida; Sistemas de vigilancia en salud pública: SIVIGILA, SISVAN, Red de laboratorios de salud pública; Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del sistema de salud.

¹² Sistema único de Información de Infancia, SUIN, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, SIVIGILA, DANE-Estadísticas vitales, ENDS, ENSIN, SISVAN, Encuestas de calidad de vida y Red de Laboratorios de Salud Pública.

¹³ Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del sistema de salud.

Colombia ha hecho un notable avance en promulgación de la normatividad, elaboración de Guías de Práctica Clínica - GPC, Guías de Alimentación y en la construcción de la Ruta Integral de Atenciones con el propósito de dar sustento científico y técnico a las prácticas actuales de atención que reduzcan la mortalidad materna y neonatal y mejoren sustancialmente la salud en los primeros mil días de vida¹⁴.

No obstante, conforme lo recomienda la Organización Panamericana de la Salud, es además necesario promover un cambio en los conocimientos y actitudes del personal de salud, que permita traducir estas recomendaciones basadas en evidencia científica en prácticas de atención estandarizada y humanizada, que permitan cambiar la realidad de las prácticas verticales no integradas y superar las barreras para el cambio. De acuerdo con la OPS, esto se logra cuando las personas tienen acceso a la base de evidencias que sustentan las intervenciones y a los resultados benéficos que se obtienen con su implementación. «Establecer el "por qué" y el "cómo" detrás de las prácticas recomendadas será el paso esencial para su implementación»¹⁴⁰

A continuación se presentan los beneficios y justificación de las principales intervenciones que han sido propuestas en el plan de salud Primeros Mil Días de vida siguiendo el principio del continuo de la atención dirigida a los sujetos de derechos¹⁵.

Intervenciones y estrategias para dar cumplimiento a las metas del área N° 1

Intervención	Justificación y resultados esperados
Definición y aprobación de fuentes de financiamiento y flujo de recursos.	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la implementación, evaluación y sostenibilidad del plan. • Garantizar la infraestructura y dotación sanitaria, recurso humano y tecnologías en salud obstétrica y neonatal básica y de emergencias, en todas las instituciones prestadoras de atención materna e infantil, conforme a su nivel de complejidad.
Coordinación sectorial e intersectorial.	<ul style="list-style-type: none"> • Permite incorporar las metas, líneas de acción, estrategias y actividades del Plan de Salud en los Primeros Mil Días de Vida, al interior de los planes territoriales de salud y los planes operativos en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y la Política Pública de Primera Infancia.

¹⁴ Las actividades o atenciones para el alcance de las metas están fundamentadas en la normatividad vigente para la prestación de los servicios de salud, del Plan de Beneficios del SGSSS, y la atención basada en evidencia científica de acuerdo al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

¹⁵ Las tablas que se presentan a continuación fueron elaboradas con base en la información contenida en AIEPI Neonatal, Obra Citada, y en The Lancet 2006, Separata especial sobre maternidad sin riesgo, 368:1284-99, Consulta en línea www.thelancet.com

Intervención	Justificación y resultados esperados
<p>Abogacía y alianzas intersectoriales para la gestión y evaluación del plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomadores de decisiones informados en la evidencia científica, sobre los beneficios de las prácticas integrales e integradas de salud materna e infantil (paquetes integrales de atención), podrán optimizar los sistemas y programas existentes para garantizar la salud y el desarrollo integral en los primeros mil días de vida.
<p>Abogacía y alianzas intersectoriales para la prevención del embarazo adolescente y el embarazo no planeado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover elecciones de vida en las mujeres adolescentes y jóvenes, para mejorar sus circunstancias sociales y económicas. • Propiciar una comprensión clara de las intenciones de embarazo en las adolescentes, para garantizar la prestación de los servicios apropiados y obtener los mejores resultados posibles para ellas y sus hijos. • Promover y facilitar intervenciones de educación, incluyendo a los prestadores de servicios y los padres. • Promover y proveer programas y servicios amigables para adolescentes y jóvenes, y aumentar el acceso a anticonceptivos modernos. • La educación sexual a nivel escolar aumenta el conocimiento de estrategias de reducción de riesgos, la toma de conciencia y reduce las conductas de alto riesgo. • El mayor acceso y calidad de métodos anticonceptivos modernos disminuye el embarazo adolescente y no deseado. • El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones seguras disminuye la mortalidad materna.
<p>Diseñar e implementar protocolos de detección, prevención y atención integral de las violencias de género y/o sexuales contra las mujeres, incluyendo el periodo de gestación, en coordinación con los sectores de justicia y protección, en el marco de la Ley 1257 de 2008 sobre violencia contra las mujeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La violencia contra las mujeres reviste características de epidemia. En Colombia la violencia intrafamiliar ocupó el segundo lugar en la violencia no fatal (2011), y el 22% de las mujeres entre 15 y 49 años alguna vez casadas o en unión fueron víctimas de violencia física o sexual por el compañero íntimo (2012). • La intervención busca prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus expresiones: VBG, violencia intrafamiliar, violencia sexual y dar respuestas efectivas con políticas, programas y estrategias en el marco de la Ley 1257 de 2008.

Intervención	Justificación y resultados esperados
Formular la Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud, y su implementación en todas las instituciones prestadoras de atención materna e infantil.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el trato digno en las instituciones de salud y el respeto a los derechos humanos incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. • El trato humanizado que respeta la autonomía de las mujeres en el ejercicio de su maternidad genera mejores resultados de salud para ellas y sus hijos/as.
Incluir a madres, neonatos y menores de tres años en los Planes Sectoriales de Gestión Integral del Riesgo de Desastres, acorde con la Dimensión de Salud Pública ante Emergencias y Desastres del PDSP.	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres gestantes, las madres y sus niñas y niños son uno de los grupos poblacionales más vulnerables en caso de emergencias y desastres. • La intervención disminuye morbilidad y mortalidad infantil.

Las principales intervenciones y estrategias que se proponen para dar cumplimiento a las metas del área estratégica N° 2, recogen las mejores prácticas basadas en la evidencia científica recomendadas en AIEPI neonatal, en las Guías de Práctica Clínica, y en las demás que se hallan reglamentadas en las Normas Técnicas y Guías de Atención del Ministerio de Salud y Protección Social¹⁶. Se incorporan también las estrategias de salud materna e infantil que el país implementa, y las atenciones de la Ruta Integral, RIA¹⁴¹, planteada por la estrategia De Cero a Siempre, con lo cual se espera generar una dinámica de atención articulada y continua entre los distintos sectores portadores de obligaciones para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho al desarrollo integral de la infancia.

Intervenciones de probada eficacia en la salud materna e infantil basadas en evidencia científica dirigidas a los sujetos de derechos

Mujeres y hombres en edad fértil que planean tener un hijo.	
Intervención	Justificación y beneficios
Consulta pre-concepcional¹⁴²	<p>Justificación</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los factores de riesgo están presentes antes de la concepción. • Alta tasa de embarazos en adolescentes y no deseados.

¹⁶ Normas Técnicas y Guías de Atención - Resolución 412 de 2000, Ministerio de Salud, Guías de Atención Integral, GAI, Guías de Práctica Clínica, Ministerio de Salud-Colciencias 2013, Guías Alimentarias para la población colombiana. Información complementaria se encuentra en The Lancet Tabla Estrategias e intervenciones basadas en pruebas para reducir la mortalidad materna y neonatal, Pg 19-23. Consulta en línea www.thelancet.com

Mujeres y hombres en edad fértil que planean tener un hijo.	
Intervención	Justificación y beneficios
Consulta pre-concepcional¹⁴² >	<ul style="list-style-type: none"> Existen intervenciones que tienen mayor impacto cuando se realizan antes del embarazo. Existen intervenciones que no pueden ser aplicadas durante el embarazo. Es un componente de los derechos sexuales y reproductivos <p>Beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> Información y educación para la gestación y la crianza en el marco del derecho al desarrollo integral de la primera infancia. Permite el tamizaje y tratamiento temprano de enfermedades infecciosas (parasitosis VIH-Sida, tuberculosis, sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, malaria, infecciones de transmisión sexual, ITS). Identificación y tratamiento de patologías crónicas (enfermedades cardíacas, VIH, asma, Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, cáncer, lupus). Permite detección temprana de cáncer cérvico uterino. La Vigilancia del estado nutricional por Índice de Masa Corporal, IMC, es un indicador para el diagnóstico, control y seguimiento del estado nutricional de la mujer desde el período pre-concepcional y durante el embarazo. En áreas endémicas de helmintiasis intestinal, la desparasitación rutinaria reduce considerablemente la prevalencia de anemia en las mujeres y sus posibles complicaciones y se asocia a menor riesgo de anemia durante el embarazo.
Suplementación con ácido fólico y multivitaminas. >	<ul style="list-style-type: none"> Disminuye el riesgo de malformaciones del tubo neural como anencefalia, espina bífida y encefalocele causantes de mortalidad perinatal, neonatal y discapacidad. Previene los nacimientos pretérmino. Previene anemia por déficit de ácido fólico.
Prevención y tratamiento de la anemia con hierro. >	<ul style="list-style-type: none"> La anemia por deficiencia de hierro, en la mujer adolescente, se asocia con mayor riesgo de anemia durante el embarazo, alteraciones en la función cognoscitiva y la memoria, disminución del desempeño escolar y depresión de la función inmune con incremento en las tasas de infección. Favorece la salud y nutrición de la futura madre.
Micronutrientes y salud reproductiva de la mujer. >	<ul style="list-style-type: none"> El estado de nutrición adecuado de las mujeres antes, durante y después del embarazo es elemento importante de la salud reproductiva. Mantiene la salud, reduce riesgo de resultados adversos durante el embarazo, disminuye la prevalencia de defectos congénitos y de enfermedad crónica en las niñas y niños en la vida posnatal.

Mujeres y hombres en edad fértil que planean tener un hijo.

Intervención	Justificación y beneficios
Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • En las mujeres la clamidia y gonorrea pueden provocar enfermedad inflamatoria pélvica que conducen a infertilidad o problemas en el embarazo. En los hombres la gonorrea puede producir epididimitis e infertilidad. El VIH mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo conduciendo a infecciones graves y la muerte. La transmisión perinatal ocurre durante el embarazo, el trabajo de parto y la lactancia materna. • La prevención por vacunación del VPH puede disminuir el cáncer en el cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, el VPH pueden provocar cáncer del ano y del pene. • La detección y tratamiento oportuno del VIH y la sífilis previenen transmisión perinatal de VIH-Sida, sífilis gestacional y congénita.
Esquema completo de inmunización.	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres en edad reproductiva deben llegar a su próximo embarazo con el esquema completo de vacunación para disminuir el riesgo de infecciones intrauterinas, la mayoría de las veces fatales.
Detección y tratamiento de la enfermedad periodontal.	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermedad periodontal se asocia con fiebre reumática, endocarditis bacteriana o enfermedades sistémicas y puede afectar la alimentación y la escogencia de los alimentos. El dolor oral y facial de la dentadura, los trastornos articulares temporomandibulares y las infecciones orales afectan los comportamientos y la interacción social. La detección y tratamiento tiene beneficios físicos, sociales y económicos particularmente en las y los jóvenes.
Detección, prevención y manejo de la violencia intrafamiliar.	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuye a eliminar la violencia contra las mujeres y la infancia • Busca promover relaciones democráticas al interior de la familia, y el buen trato desde el inicio de la vida.
Detección, prevención y manejo del consumo de alcohol y tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de alcohol está asociado con comportamientos sexuales de riesgo y es predictivo de maternidad temprana y tabaquismo habitual. • Su detección y manejo oportuno permiten la preparación para una gestación saludable y la prevención de enfermedades fetales, neonatales y post-natales.
Detección, prevención y manejo de la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas depresivos son comunes en los adolescentes y tienen un curso que es difícil de predecir, especialmente si existe la posibilidad de embarazo. • El apoyo sicosocial es esencial para disminuir factores de riesgo para desarrollar depresión durante el embarazo, especialmente los relacionados con violencia doméstica, embarazo no deseado, ansiedad materna, estrés por eventos vitales (muerte familiar, divorcio), falta de apoyo de la pareja e historia personal de depresión.

Mujeres y hombres en edad fértil que planean tener un hijo.

Intervención	Justificación y beneficios
<p>Orientación en planificación familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientada a desarrollar una comprensión clara de las intenciones de embarazo especialmente en las adolescentes, para garantizar la prestación de los servicios apropiados y obtener los mejores resultados posibles para las mujeres y sus hijos. • Prevención del embarazo en adolescentes y el embarazo no deseado. • Incrementa espaciamiento de los embarazos, reduce la mortalidad infantil y la pobreza. • La planificación familiar favorece la igualdad de género.

Mujeres y familias gestantes, niñas y niños en gestación.

Intervención	Justificación y beneficios
<p>Inicio temprano del control prenatal y asistencia a por</p>	<p>Justificación</p> <ul style="list-style-type: none"> • El control prenatal representa una oportunidad para incrementar el acceso al parto en condiciones seguras, en un ambiente de emergencia obstétrica y atención neonatal institucional calificada. • Es también una oportunidad para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. <p>Beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos complicaciones durante el embarazo y el parto: menos pre-eclampsia, infección del tracto urinario, anemia postparto, mortalidad materna y perinatal, menos partos pretérmino y Peso Bajo al Nacer. • Menos complicaciones en el recién nacido (reducción del riesgo de Síndrome de Dificultad Respiratoria, infección neonatal temprana y mortalidad neonatal) cuando se hace detección y manejo adecuado con antibióticos de la Ruptura prematura de membranas. • Tamizaje, detección y manejo de enfermedades frecuentes (hipertensión arterial, ITS, bacteriuria asintomática y sintomática, infección urinaria aguda, sífilis, malaria en zonas endémicas). El tratamiento de la bacteriuria asintomática se asocia con menor incidencia de recién nacidos de bajo peso al nacer. • Detección y manejo adecuado de la morbilidad materna grave. • Vigilancia del estado nutricional de la gestante que favorece su nutrición y la del bebé. • Permite la desparasitación, reduce anemia materna y bajo peso al nacer. • Favorece el apoyo psicosocial a la gestante y disminución de factores de riesgo (ansiedad grave y ausencia de apoyo socio familiar) que se asocian con mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales.

Mujeres y familias gestantes, niñas y niños en gestación.

Intervención	Justificación y beneficios
<p>Prevención de partos pretérmino¹⁷</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los nacimientos prematuros proporcionan cerca del 75% de la mortalidad perinatal y más de la mitad de la morbilidad a largo plazo. Las complicaciones se deben a problemas agudos y crónicos de tipo respiratorio, gastrointestinal, inmunológico, del sistema nervioso central, audición, visión (retinopatía del prematuro causante de ceguera), cognitivos, socioemocionales, del neurodesarrollo y altos costos económicos. • La prevención de los nacimientos prematuros disminuye considerablemente la mortalidad neonatal, la morbilidad en el corto y largo plazo y la discapacidad.
<p>Detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Asesoría y Prueba Voluntaria para VIH y el tamizaje para sífilis gestacional permiten prevenir y tratar transmisión perinatal de VIH-Sida, prevenir y tratar sífilis gestacional y congénita. • Enfermedades como clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana pueden ser tratadas y curadas con antibióticos durante el embarazo. El herpes genital y el VIH, pueden tratarse con medicamentos antivirales para reducir los síntomas en las mujeres embarazadas. • Protección al recién nacido mediante parto por cesárea (acompañado de tratamiento a la madre y el recién nacido) cuando la mujer tiene lesiones activas de herpes genital, HIV o Hepatitis B al momento del parto.
<p>Vacunación contra tétanos, aplicación de la vacuna antigripal A H1N1-2009 y para virus estacional. Vacuna contra Hepatitis B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce la incidencia de tétanos neonatal entre un 88 a 100%, reduce la mortalidad neonatal entre el 35 y el 58%¹⁴³. • Prevención de influenza, disminuye riesgo de morbilidad y muerte por la Influenza AH1N1. • Prevención de Hepatitis B en recién nacidos (las mujeres con pruebas de detección negativas para hepatitis B pueden recibir la vacuna durante el embarazo).

¹⁷ Para profundizar en las intervenciones basadas en evidencia que permitan el abordaje del nacimiento pretérmino y sus madres a nivel primario (prevención y reducción del riesgo en la población), secundario (identificación de y tratamiento para las mujeres con incremento del riesgo) y terciario (tratamiento para reducir la morbilidad y mortalidad después de iniciar el proceso del parto pretérmino), se recomienda consultar AIEPI Neonatal, Obra Citada.

Mujeres y familias gestantes, niñas y niños en gestación.

Intervención	Justificación y beneficios
<p>Valoración nutricional y suplementación con micronutrientes¹⁸.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención busca reducir la obesidad en la embarazada que se asocia directa o indirectamente con aumento de la mortalidad materna (en 52% cuando el IMC > 25 y en 27 % con IMC ≥ 30). • La intervención busca reducir el exceso de peso que se asocia con nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer, macrosomía, recién nacidos grandes para su edad gestacional, recién nacidos pequeños para su edad gestacional así como resultados adversos durante la labor y el parto. • La suplementación con calcio disminuye el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres con riesgo de preeclampsia, reduce el riesgo de parto pretérmino, el peso bajo al nacer y la mortalidad neonatal¹⁴⁴. • El tratamiento oportuno de la anemia ferropénica reduce el riesgo de mortalidad materna y neonatal, parto pretérmino y bajo peso al nacer¹⁹. • La suplementación con zinc en el embarazo se asocia con mejor desarrollo neurológico²⁰. • Esta intervención también busca reducir la malnutrición por déficit en la embarazada.
<p>Tratamiento de la enfermedad periodontal (Control odontológico 2 veces durante el embarazo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce riesgo de pre-eclampsia. • Reduce entre 45-65% los nacimientos pretérmino.
<p>Orientación sobre signos de alarma durante el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención y manejo oportuno de morbilidad materna grave (eclampsia, hemorragia severa, Síndrome de HELLP, ruptura uterina, sepsis, edema pulmonar). • Disminuye la primera demora causante de mortalidad materna (demora en decidir cuándo buscar atención médica).

¹⁸ Las nuevas recomendaciones en Ganancia de Peso Total y por trimestre durante el embarazo según el IMC pre-embarazo se pueden consultar en AIEPI Neonatal, Obra Citada.

¹⁹ La reducción del hierro en el cerebro se asocia con alteraciones en la función de neuro transmisión, alteraciones en la mielinización de los nervios y aislamiento «Funcional». Algunos efectos pueden permanecer aún si se corrige la anemia. Lozoff, et al. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2006; 160:1108-1113, citado por Piñeiro Lamas, en Micronutrientes y Desarrollo Cognitivo, PPT, portal.oas.org/.../Piñeiro, consultado el 4 de agosto de 2013.

²⁰ El estado del Zinc en el embarazo se asocia con el desarrollo neurológico (Caulfield 1999) citado por Grantham Sally McGregor, Yin Bun Cheung et al., "Developmental Potential in the first 5 years for children in developing countries", The Lancet, Vol. 369, January, London 2007: 60-67.

Mujeres y familias gestantes, niñas y niños en gestación.

Intervención	Justificación y beneficios
Información a las gestantes y sus familias sobre planificación familiar. >	<ul style="list-style-type: none"> Incrementa espaciamiento de los embarazos, previene mortalidad infantil, reduce la pobreza.
Orientación en hábitos saludables. >	<ul style="list-style-type: none"> Favorece el embarazo saludable, la construcción temprana de estilos de vida y alimentación saludable.
Detección, prevención y manejo de la violencia intrafamiliar, el maltrato y la depresión. >	<ul style="list-style-type: none"> Contribuye a reducir la violencia intrafamiliar, la violencia contra las mujeres y a promover el buen trato. Incrementa la identificación, documentación y manejo de casos de violencia de pareja. Reduce factores de riesgo para desencadenar muerte fetal o materna asociada con la violencia (otros problemas asociados son depresión, estrés postraumático, aborto espontáneo, parto pretérmino, bajo peso al nacer y preeclampsia)¹⁴⁵. La detección, prevención y manejo adecuado de la depresión severa en las mujeres gestantes puede reducir los riesgos asociados como aborto espontáneo, bajo crecimiento fetal, bajo peso al nacer, parto prematuro, sangrado durante la gestación, mayor dolor durante el trabajo de parto, Apgar bajo al nacer y muerte fetal¹⁴⁶.
Detección y prevención de la exposición a tabaco, alcohol y exposición a drogas. >	<ul style="list-style-type: none"> El tabaquismo durante la gestación aumenta el riesgo de abortos espontáneos, nacimientos prematuros, labio y paladar hendido y muerte súbita del lactante. se asocia con trastornos respiratorios en la niñez (neumonías, bronquitis, asma, otitis), diabetes, trastornos de aprendizaje y déficit de atención. También se ha descrito mayor predisposición a fumar en la adolescencia¹⁴⁷. El consumo de alcohol durante el embarazo aún en cantidades moderadas puede causar retardo mental, problemas de aprendizaje, alteraciones emocionales y del comportamiento, cardiopatías y defectos en otros órganos. Aumenta el riesgo de aborto espontáneo, bajo peso al nacer y recién nacido muerto, y se ha informado de adicción posterior al alcohol y las drogas¹⁴⁸. La detección permite prevenir el síndrome de alcoholismo fetal (retardo mental, anomalías faciales y retardo de crecimiento). La detección permite prevenir el síndrome de abstinencia del recién nacido asociado al consumo materno de sustancias psicoactivas.
Estimulación intrauterina¹⁴⁹. >	<ul style="list-style-type: none"> Favorece la interacción de los padres con el bebé en formación. Optimiza el desarrollo de los sentidos base para su aprendizaje. Asegura la salud física y mental del niño por nacer. Desarrolla el vínculo afectivo niño-padres-familia.

Mujeres y familias gestantes, niñas y niños en gestación.

Intervención	Justificación y beneficios
<p>Conocimiento y buen uso de la red de servicios, uso de la Historia Clínica Perinatal y del carné perinatal del CLAP/MSR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evita demoras en acudir a los servicios de salud, facilita los procesos de atención, favorece el seguimiento post-natal de la madre y el niño o niña. • Fortalece la capacidad de autoevaluación asistencial perinatal, permite tomar conciencia al personal de salud de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud y proporciona a los entes perinatales asistenciales una herramienta ágil y de fácil manejo para las investigaciones operacionales.

Madres en trabajo de parto, parto y post-parto, niñas y niños neonatos

Intervención	Justificación y beneficios
<p>Atención del parto limpio y seguro con personal calificado¹⁵⁰.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es componente esencial para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho al desarrollo integral de la primera infancia. • Personal calificado incluye la adopción de los principios del parto humanizado para el manejo de la paciente obstétrica en todas sus dimensiones²¹. • Previene complicaciones y reduce morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal.
<p>Disponibilidad de atención obstétrica y neonatal básica, esencial y de emergencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce mortalidad materna y neonatal. • Tratamiento adecuado de la morbilidad materna grave.
<p>Vigilancia del trabajo de parto con partograma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detección y manejo oportuno de las complicaciones del parto. • Disminuye las intervenciones innecesarias y complicaciones perinatales.

²¹ Las Guías de Atención Integral No. 11-15, van dirigidas al personal clínico asistencial que brinda cuidados a mujeres para la prevención, detección temprana y atención de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio, en los diferentes niveles de atención en salud (médicos familiares, médicos generales, médicos rurales, médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, Anestesiólogos, Intensivistas, profesionales de Enfermería y otros profesionales de la salud).

Madres en trabajo de parto, parto y post-parto, niñas y niños neonatos

Intervención	Justificación y beneficios
Acompañamiento a la madre durante el trabajo de parto y el parto por la persona que ella elija.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo psicoafectivo a la madre. • Garantía del derecho del niño a nacer en una familia y ser acogido por padres que lo aman y cuidan. • Reduce el trabajo de parto, la necesidad de cesárea, el parto instrumental, la necesidad de medicamentos para el dolor y en el recién nacido la puntuación baja de Apgar (<7 a los 5 minutos).
Pinzamiento tardío del cordón umbilical (a los tres minutos o hasta que deje de latir)^{151,22}.	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementa el hematocrito neonatal hasta en un 50% cuando se le compara con el pinzamiento precoz, aumenta las reservas de hierro del recién nacido disminuyendo la prevalencia de anemia en los primeros 4 a 6 meses de vida, mejora la oxigenación cerebral en recién nacidos prematuros en las primeras 24 horas de vida. • Favorece el manejo activo del tercer periodo del parto (alumbamiento). • Impacto positivo inmediato y a largo plazo en la nutrición y la salud de la madre y el recién nacido y en el buen desarrollo del niño más allá del periodo neonatal.
Facilitar el inicio de la respiración en el primer minuto de vida (extraer secreciones de boca y nariz, secar de inmediato la cabeza y el cuerpo) «Minuto de oro»¹⁵²	<ul style="list-style-type: none"> • Asegura la buena oxigenación del cerebro. • Evita la asfixia perinatal, disminuye mortalidad neonatal, secuelas neurológicas y discapacidad.
Contacto inmediato piel a piel al nacer.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la adaptación metabólica al ambiente extrauterino (estabilidad térmica y cardiorrespiratoria y del llanto del recién nacido), y el inicio temprano y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. • Fortalece el vínculo afectivo y la conducta de apego.
Inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora de nacido.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la bajada de la leche y la lactancia materna exclusiva. • Estimula la contracción uterina y favorece el tercer periodo del parto (alumbamiento de la placenta). • Disminuye mortalidad neonatal en 22%.

²² Para una revisión completa de los estudios publicados sobre el tema consultar Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Madres en trabajo de parto, parto y post-parto, niñas y niños neonatos	
Intervención	Justificación y beneficios
Tamizaje de enfermedades metabólicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Permite detectar y manejar oportunamente hipotiroidismo congénito, galactosemia, fenilcetonuria y fibrosis quística.
Alojamiento conjunto madre-recién nacido. Sueño seguro con el niño en posición supina (boca arriba) al dormir.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la lactancia materna a libre demanda. • Fortalece el vínculo afectivo. • Incrementa la confianza materna, su autoestima y el desarrollo de competencias. • Favorece la identidad como padres y el conocimiento de su hija o hijo; brinda tranquilidad y entusiasmo a los padres para el egreso. • Acostar al niño boca arriba ayuda a evitar el Síndrome de Muerte Súbita en la cuna.
Vigilancia de la madre y el recién nacido durante las primeras 24 horas, control del puerperio y el recién nacido entre el tercero y el séptimo día.	<ul style="list-style-type: none"> • Permite detectar y manejar la endometritis puerperal con resultados en menor morbilidad y mortalidad materna. • Previene muertes evitables en el periodo neonatal temprano. • Permite detectar y manejar la depresión post-parto. • Permite identificar y tratar la mastitis, dificultades con la lactancia materna, alimentación neonatal, ictericia neonatal, onfalitis. • Las visitas domiciliarias por personal de salud producen mejoras en las prácticas claves del cuidado neonatal como lactancia materna exclusiva, contacto piel a piel, retrasar el baño, mejorar la higiene y el lavado de manos con agua limpia y jabón y el cuidado del cordón umbilical.
Asegurar estabilización y transporte neonatal.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye morbilidad y mortalidad neonatal.
Esquema completo de vacunación.	<ul style="list-style-type: none"> • Previene enfermedades transmisibles, disminuye morbilidad y mortalidad infantil.
Registro civil al nacimiento¹⁵³.	<ul style="list-style-type: none"> • Abre la puerta al ejercicio de los demás derechos: vacunación, atención en salud, alimentación, educación inicial, escuela, ciudadanía, más adelante casarse, votar, encontrar trabajo.
Disponibilidad de Unidades de Cuidado neonatal (Básico, intermedio e intensivo) de alta calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye mortalidad neonatal. • Prevención de morbilidad y secuelas generadoras de discapacidad (debidas a hipoxia, sepsis neonatal, retinopatía del prematuro, sífilis congénita, entre otras).

Madres, padres, niñas y niños menores de dos años.

Intervención	Justificación y beneficios
<p>Lactancia materna exclusiva por seis meses y continua hasta los dos años con alimentación complementaria adecuada^{23, 24}.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La leche materna favorece el óptimo crecimiento y desarrollo de las niñas y niños recién nacidos y hasta los dos años de edad. • La leche materna contiene hierro, zinc, yodo, vitamina A y ácidos grasos esenciales que favorecen la transmisión interneuronal de la información, la memoria y la capacidad de concentración todo lo cual favorece el desarrollo cerebral. • La leche materna provee todos los nutrientes que el niño o la niña necesita hasta los seis meses de edad, y sigue siendo muy buen alimento hasta los dos años junto con la alimentación complementaria. • Protege contra enfermedades, mejora el sistema inmunitario del niño, dándole protección a largo plazo contra obesidad, diabetes, cáncer y elevación del colesterol. • La lactancia materna reduce el riesgo de hemorragia postparto, ayuda a la involución uterina, retrasa el retorno de la menstruación con lo cual protege de nuevos embarazos y contra la anemia al conservar el hierro. Protege a las madres contra el cáncer de mama y de ovario. • La lactancia tiene un papel mediador de interacciones madre e hijo/a que estimulan los sentidos, promueven el aprendizaje y fortalecen el vínculo afectivo. • Conserva los recursos naturales y reduce la contaminación.
<p>Consejería en lactancia materna, Bancos de Leche Humana, Salas Amigas de la familia lactante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permiten promover, proteger y apoyar la práctica de la lactancia materna y garantizar a las niñas y niños el mejor alimento físico y psicoafectivo durante sus primeros mil días de vida.
<p>Aplicación del método Canguro en casos de prematuridad y/o bajo peso al nacer^{154,25}.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce significativamente la mortalidad neonatal en 51-71 % y la morbilidad severa (principalmente la infección) en 66-83 %¹⁵⁵. • Prolonga la lactancia materna exclusiva, aumenta la producción de leche materna, disminuye la estancia hospitalaria y reduce costos y riesgo de infecciones nosocomiales, disminuye las rehospitalizaciones debidas a hipotermia, bronco aspiración e infecciones. • Mejora el apego madre-recién nacido y familia-recién nacido aumentando la unión familiar.

²³ Para profundizar en la alimentación complementaria se recomienda la consulta del documento «Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado», Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003.

²⁴ El por qué y el cómo de muchas de las intervenciones se halla descrito en la Guías de Práctica Clínica del Recién Nacido Sano, Guía N°2, Ministerio de Salud-Colciencias 2013.

²⁵ Si desea profundizar en el por qué y el cómo de las intervenciones, consultar la Guía de Práctica Clínica del recién nacido prematuro, Guía N° 04, Ministerio de Salud. Colciencias, 2013.

Madres, padres, niñas y niños menores de dos años.	
Intervención	Justificación y beneficios
Esquema completo de vacunación.	<ul style="list-style-type: none"> • Previene morbilidad y mortalidad infantil, y en el futuro infecciones congénitas.
Detección, prevención y manejo de anomalías congénitas en el recién nacido.	<ul style="list-style-type: none"> • Las Anomalías Congénitas, AC son la segunda causa de mortalidad en menores de un año en Colombia y generan más del 30% de la discapacidad en la población general. Su frecuencia se calcula entre el 3 y 7%. Las AC de mayor impacto en la morbimortalidad son las cardiopatías congénitas (15.73 / 10.000 nacidos vivos), el síndrome de Down (17.82 / 10.000 nacidos vivos), el labio y paladar hendido y los defectos de cierre de tubo neural¹⁵⁶. • La intervención reduce morbimortalidad infantil y la discapacidad.
Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI²⁶.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye mortalidad infantil. • Previene enfermedades evitables, secuelas y discapacidad. • Promueve el aprendizaje de hábitos y estilos de vida saludable y las prácticas claves de lactancia materna exclusiva y continua hasta los dos años junto con alimentación complementaria apropiada, higiene y lavado de manos con agua limpia y jabón entre otras. • Promueve la salud física y mental, la nutrición y el desarrollo infantil.
Interacciones positivas, oportunas y de calidad entre adultos/niñas y niños¹⁵⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla la comunicación, lenguaje, vocabulario, coordinación visual-motora, memoria, razonamiento e inteligencia social, funciones básicas para iniciar y continuar con éxito la educación formal.
Fortalecer los programas de Crecimiento y Desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve el óptimo crecimiento y el desarrollo en los primeros mil días de vida. • Contribuye al desarrollo integral de la primera infancia. • El mantenimiento de la salud y la nutrición contribuye a reducir la mortalidad infantil.

²⁶ Ver también Guías de Práctica Clínica sobre asfixia, sepsis, trastornos respiratorios, EDA, Ministerio de Salud-Colciencias 2013.

Tres estrategias de salud de probada eficacia para la salud materna y neonatal

Estrategias	Objetivos	Contenidos
Prevención de la transmisión madre-hijo del VIH-Sida y sífilis congénita.	<p>Prevenir la transmisión madre hijo/a del VIH y de la sífilis congénita con la finalidad de cumplir con la meta del ODM 6 de disminuir la transmisión del VIH a 2% o menos en el 2015.</p> <p>El MSPS incluye la meta de reducir la incidencia de sífilis congénita a 0.5 casos por cada 1.000 nacidos vivos o menos, incluidos los mortinatos.</p>	acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos.
Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, IAMI¹⁵⁸.	Fortalecer las instituciones de atención materna e infantil garantizando la atención con <i>calidad, integralidad y continuidad</i> a las mujeres durante la gestación, a las madres en el parto, el puerperio y el periodo de lactancia materna, y a las niñas y niños en el periodo post-natal y hasta cumplir los seis años de vida.	Cumplimiento de 10 Criterios Globales ¹⁵⁹ que incluyen contar con una política en favor de la salud de las mujeres y de la infancia, capacitación y actitud humanizada del recurso humano de salud, y la implementación de prácticas dirigidas a procurar el bienestar y la salud de las mujeres y la infancia, dentro de las cuales la lactancia materna es el eje principal.
Atención Integral a las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI y sus componentes neonatal, y comunitario.	<p>Prevención, promoción y tratamiento de las enfermedades prevalentes de la infancia.</p> <p>Mejorar las competencias del personal de salud en la práctica clínica, mejorar las prácticas de cuidado del niño en la familia y la comunidad, y fortalecer los sistemas de salud.</p>	<p>El componente neonatal de AIEPI es crucial para reducir la fracción más difícil de afectar en la mortalidad infantil.</p> <p>Un aspecto estratégico de AIEPI son las prácticas clave.</p>

Las prácticas clave de AIEPI²⁷

Para el desarrollo físico y mental	Para la prevención de enfermedades	Para asegurar la atención adecuada en el hogar	Búsqueda de ayuda fuera del hogar
1. Lactancia materna	5. Vacunación	9. Alimentación durante enfermedades	14. Identificación de enfermedades
2. Alimentación complementaria	6. Higiene	10. Tratamiento en el hogar	15. Uso de servicios adecuados, referencia

²⁷ En Colombia se agregaron dos prácticas en 2008, relacionadas con Salud Bucal y Tuberculosis. El Grupo de Salud Mental del MSPS tiene en proceso de pilotaje 2 prácticas clave para la promoción de la salud mental desde la primera infancia en el marco de la estrategia De Cero a Siempre, Juego y Arte y Apego y Vínculo.

Para el desarrollo físico y mental	Para la prevención de enfermedades	Para asegurar la atención adecuada en el hogar	Búsqueda de ayuda fuera del hogar
3. Micro nutrientes	7. Protección contra malaria	11. Prevención de accidentes	16. Uso de medicamentos
4. Desarrollo mental y social.	8. Prevención del VIH/Sida	12. Prevención del abuso	
		13. Participación del hombre en la crianza	

En síntesis, todas estas intervenciones de probado valor costo efectivo, al ser ofrecidas de manera horizontal y continua a lo largo del ciclo vital, en los entornos donde transcurre la vida inicial de las niñas y los niños, y durante los procesos de promoción, prevención y atención en los servicios de salud, con fuerte participación de los padres, las familias y demás actores sociales y comunitarios, constituyen una sombrilla protectora de la salud en el periodo más vulnerable de la especie humana.

Todas las intervenciones deben contemplar atenciones de diferenciación positiva como crear estrategias para la promoción de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres adolescentes de grupos vulnerables, estrategias o mecanismos para favorecer el acceso y la atención institucional de las madres, indígenas y afro-descendientes al control prenatal en el primer trimestre de la gestación y la adherencia a por lo menos cuatro controles, permitir el parto vertical en las mujeres que lo deseen facilitando medidas de armonización y adaptación intercultural del parto, con lo cual se evitan complicaciones obstétricas y neonatales generadoras de discapacidad; asignar recursos para la prestación de servicios de salud con priorización y focalización en el área rural y grupos étnicos; crear estrategias para la atención física y sicosocial de las niñas y niños menores de tres años que viven en reclusión con sus madres privadas de la libertad; afinar los indicadores de salud materna e infantil desagregando sistemáticamente los datos referentes a grupos étnicos, sexo, área rural/urbana a fin de identificar la distribución social de la carga de enfermedad y la mortalidad.

Las principales actividades que se proponen para dar cumplimiento a las metas del área estratégica 3, se refieren a la incorporación en la vida cotidiana de las familias y comunidades, de las prácticas clave de cuidado para las mujeres gestantes y los niños/as utilizando metodologías participativas de planificación de base comunitaria, de cogestión del plan materno infantil Primeros Mil Días de Vida, vigilancia y control social de la gestión.

La Alianza Regional Neonatal en América Latina y el Caribe recomienda que las intervenciones comunitarias deben ser parte integral de las estrategias y planes de acción en salud neonatal y propone diez prácticas que deben ser promocionadas en la comunidad¹⁶⁰.

Prácticas que deben ser promovidas en la comunidad

1	Nutrición adecuada de las madres
2	Inmunización tetánica
3	Cuidado esencial neonatal incluyendo parto limpio y seguro
4	Reconocimiento temprano de signos de peligro y transporte inmediato
5	Lactancia materna exclusiva por seis meses y continua hasta los dos años o más
6	Prácticas sexuales seguras
7	Ambiente seguro y limpio
8	Protección contra las violencias
9	Prevención de embarazos tempranos
10	Educación de las niñas

La prevención y la atención deben continuarse además con información y orientación a los padres y la familia para evitar accidentes en el hogar y aprender el manejo adecuado de la discapacidad en caso de que se presente.

Finalmente, las principales actividades que se proponen para el cumplimiento de las metas del área estratégica 4 se refieren al fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo, seguimiento y evaluación individual y poblacional de la salud en los primeros mil días de vida, a la vez que el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia en salud pública a través de la notificación oportuna al SIVIGILA de los eventos de interés en salud pública, acciones de inspección, vigilancia y control a entidades del orden nacional y territorial, Entidades Gestoras de Salud o quien haga sus veces, y prestadores de servicios, en lo referente a servicios integrales para la atención obstétrica, neonatal y de menores de tres años, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Así mismo, acciones de promoción y fortalecimiento de las veedurías ciudadanas y rendición pública de cuentas sobre la gestión sanitaria y los resultados de salud durante los primeros mil días de vida.



5

Consideraciones Finales



El Plan de salud *Primeros Mil Días de vida*, es el aporte del sector salud al derecho al desarrollo integral de la primera infancia en su etapa más temprana, que requiere ser realizado en el contexto intersectorial de la política pública de primera infancia y en armonía con los planes territoriales de salud pública.

Es también una oportunidad para articular las diversas acciones del sector salud dirigidas a las mujeres gestantes, madres en lactancia y niñas y niños menores de dos años, a través de un trabajo concertado y coordinado tanto al interior del sector como en articulación con los sectores de educación, cultura y protección para garantizar el derecho a la atención integral de todas las niñas y los niños del país en el periodo decisivo de los primeros mil días de vida.

Los enfoques que orientan el Plan buscan sentar las bases para la construcción de una sociedad cada vez más respetuosa de los derechos humanos, y de la diversidad de las personas que habitan el territorio colombiano, a la vez que transformar tempranamente las relaciones inequitativas entre hombres y mujeres, mejorar las prácticas de crianza y los cuidados de salud, dar un trato humanizado en los servicios de salud, atención continua a las mujeres en el ejercicio de su maternidad y a las niñas y niños en sus primeros mil días de vida con participación activa de los papás, teniendo en cuenta que el Desarrollo Infantil Temprano es un determinante de la salud que requiere ser atendido con calidad en el marco de la Atención Primaria en Salud.

El Plan brinda al recurso humano de salud los principales elementos para orientar las condiciones y realizaciones que deben darse en los entornos donde se desarrolla la vida de las niñas y los niños, en los Primeros Mil Días, y permitirles el ejercicio y disfrute del derecho a la salud como un componente esencial del desarrollo infantil temprano, y a las mujeres en el ejercicio de su maternidad, la garantía de procesos calificados de atención continua, oportuna y humana, promoviendo la corresponsabilidad de los papás y la participación de la familia. La participación comunitaria y las redes sociales para la salud materna e infantil son mecanismos que fortalecen los vínculos entre la comunidad y los establecimientos de salud.

El Marco estratégico y la matriz de monitoreo, buscan llevar a la práctica los planteamientos conceptuales y hacer realidad el derecho a la salud, desde el comienzo de la vida, como elemento esencial del derecho al desarrollo integral de la primera infancia.

Construir vidas saludables y felices desde el comienzo de la existencia como humanos, es la base para continuar creciendo y desarrollándose en el curso de la vida, una labor que requiere de interacciones intencionadas, amorosas, pertinentes, oportunas y de calidad por parte de los adultos hacia todas las niñas y niños pequeños sin ningún tipo de discriminación, y del acompañamiento continuo durante las transiciones de su evolución en los ciclos vitales de la infancia, la niñez y la adolescencia para que lleguen a ser jóvenes y adultos cada vez más maduros y competentes, productivos y felices.

› Anexos



> ANEXO 1 <

Plan Nacional de Salud Primeros Mil Días de Vida. Colombia, Marco Estratégico

El objetivo del Plan Nacional de Salud *Primeros Mil Días de Vida*, es garantizar la salud de la mujer en el ejercicio de su maternidad y la salud fetal, neonatal e infantil durante los primeros mil días de vida, con calidad, eficacia y continuidad, y acelerar los esfuerzos para cumplir con la meta de reducción de la mortalidad materna y neonatal fijada por el país a 2015, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y de la Política Pública de Primera Infancia.

ÁREA ESTRATÉGICA 1

Fortalecer la gestión de la política pública nacional y territorial para la salud en los primeros mil días de vida, en el marco de las políticas públicas de salud y de primera infancia.

Fundamentación del área: los primeros mil días de vida constituyen una ventana de oportunidades para propiciar el desarrollo integral de las niñas y niños, y evitar la mortalidad materna e infantil. Por ello invertir en las condiciones que les garanticen una vida saludable, la alimentación y la nutrición apropiada, son un objetivo de la política pública de salud del país con la cual se espera contribuir a su desarrollo integral.

Objetivo del área estratégica.

> Crear las condiciones propicias y las sinergias intersectoriales necesarias para la gestión del Plan de Acción Primeros Mil Días de vida en todo el territorio nacional, articulado con las políticas públicas de salud y de primera infancia. Así mismo, sensibilizar y crear alianzas público-privadas para la promoción, gestión y financiación del plan con énfasis en la reducción de la morbi-mortalidad materna, fetal y neonatal.

Metas a las cuales contribuyen las actividades del área estratégica

- >
- I. A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de los Primeros Mil Días de Vida, desde la gestación y hasta los dos años de vida (Plan Decenal de Salud Pública).
 - II. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3).
 - III. A 2021, disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (Plan Decenal de Salud Pública).
 - IV. A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15% (Plan Decenal de Salud Pública).

Mujeres y hombres en etapa pre-gestacional.

- Actividades** >
- 1.1 Definir y aprobar fuentes de financiamiento y flujo de recursos para la gestión del plan de salud en los primeros mil días de vida, incluyendo la etapa pre-gestacional.
 - 1.2 Incorporar las metas, estrategias y actividades del Plan de Salud Primeros Mil Días de Vida, a los planes territoriales de Salud Pública 2012-2021 y armonizarlas actividades con la Ruta Integral de Atenciones de la Estrategia de Cero a Siempre.
 - 1.3 Abogacía, alianzas intersectoriales y movilización social con sector privado, sociedad civil, academia, sociedades científicas, ONG, organismos internacionales, donantes y medios de comunicación, para desarrollar el Plan de Salud en los Primeros Mil Días con énfasis en la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal.
 - 1.4 Implementar planes territoriales para prevención, atención y vigilancia de defectos congénitos, de prevención de la discapacidad iniciando desde los primeros mil días de vida.
 - 1.5 Abogacía y alianzas para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar contra las mujeres y la infancia desde los primeros mil días de vida.
 - 1.6 Abogacía y alianzas intersectoriales para la prevención del embarazo adolescente, el embarazo no planeado y las complicaciones derivadas de estos.

Mujeres y familias gestantes, niñas y niños en gestación.

- Actividades** >
- 1.7 Diseñar e implementar protocolos de detección, prevención y atención integral de las violencias de género y/o sexuales contra las mujeres, incluyendo el periodo de gestación, en coordinación con los sectores de justicia y protección, en el marco de la Ley 1257 de 2008 sobre violencia contra las mujeres.
 - 1.8 Fortalecer la coordinación con el sector educativo para la prevención del embarazo en adolescentes y el embarazo no planeado, en el marco del Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía.

Madres en trabajo de parto, parto y post-parto, niñas y niños neonatos.

- Actividad** >
- 1.9 Priorizar en la asignación del gasto nacional y territorial, presupuestos para garantizar infraestructura y dotación sanitaria, recurso humano y de tecnologías en salud obstétrica y neonatal básica y de emergencias en todas las instituciones prestadoras de atención materna e infantil conforme a su nivel de complejidad.

Madres, padres, niñas y niños menores de dos años.

- Actividades** ➤
- 1.10 Formular la Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud, y su implementación en todas las instituciones prestadoras de atención materna e infantil.
 - 1.11 Abogacía a decisores/as de política para la formulación y reglamentación de una política de sueño seguro para prevenir la muerte súbita del lactante, SMSL.
 - 1.12 Incluir al grupo poblacional de madres, neonatos y menores de tres años en los Planes Sectoriales de Gestión Integral del Riesgo de Desastres, acorde con la Dimensión de Salud Pública Emergencias y Desastres, del PDSP.
 - 1.13 Las entidades territoriales de salud y las IPS implementan el Plan de salud para los Primeros Mil Días de vida, con énfasis en la atención calificada del parto, el post-parto, el periodo neonatal y los dos primeros años de edad, dando prioridad a los grupos vulnerables del país.

ÁREA ESTRATÉGICA 2.

Fortalecer los servicios de salud materna e infantil y mejorar el acceso y la atención integral de la salud con calidad, continuidad y enfoque diferencial, en los primeros mil días de vida²⁸.

Fundamentación del área: la salud es un elemento esencial del desarrollo infantil temprano y un eje estructurante de la atención integral a la primera infancia por lo cual el papel del sector es asegurar servicios de salud altamente competentes para la prestación y atención de intervenciones integrales e integradas de promoción, prevención, atención y rehabilitación en los primeros mil días de vida, así como el recurso humano calificado para hacer frente a las situaciones obstétrico-neonatales básicas, esenciales y de emergencia que se presenten. Los aspectos vinculados al acceso, la calidad de la atención y el rol del recurso humano de salud son esenciales para mejorar la salud y la calidad de vida de las madres, los recién nacidos y las niñas y niños pequeños y reducir la mortalidad materna e infantil.

- Objetivo del Área Estratégica** ➤
- Garantizar el acceso universal y la atención de la salud con calidad y continuidad de las mujeres y sus parejas desde antes de la concepción, durante la gestación, el parto, el puerperio y el periodo de lactancia materna, así como de las niñas y niños menores de tres años, asegurando el manejo de la salud física y mental con perspectiva de derechos y diferencial.
- Metas a las cuales contribuyen las actividades del área estratégica** ➤
- V. A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).
 - VI. A 2015, reducir a 20% la anemia en mujeres de 13 a 49 años, en las áreas urbanas y rurales.
 - VII. A 2021, la mortalidad materna evitable es inferior a 150 muertes anuales en el país.

²⁸ Las actividades para cada línea de acción están fundamentadas en la normatividad vigente para la prestación de servicios de salud y del Plan de Beneficios del SGSS, así como la atención basada en evidencia científica de acuerdo al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, para lo cual se recomienda la revisión y consulta de las Normas Técnicas y Guías de Atención aprobadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Ruta Integral de Atenciones a la primera infancia- Estrategia De Cero a Siempre, conforme se explica en el marco conceptual del presente plan.

Metas a las cuales contribuyen > las actividades del área estratégica

- VIII. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.
- IV. 2021, el 95% de las mujeres gestantes tienen 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.
- X. A 2021, mantener el porcentaje de transmisión materna e infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.
- XI. A 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por x 1.000 nacidos vivos.
- XII. A 2021, mantener en <10% la proporción de Bajo Peso al Nacer.
- XIII. En 2021 habrá disminuido la mortalidad infantil nacional a menos de 15 x 1.000 nacidos vivos.
- XIV. Asegurar para el año 2015, la universalidad, accesibilidad y gratuidad del registro del nacimiento.
- XV. A 2015, incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.
- XVI. A 2021, alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional.
- XVII. A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de promoción de la salud materna, prevención, atención y vigilancia de las anomalías congénitas.

Mujeres y hombres en etapa pre-gestacional.

- Actividades >**
- 2.1 Diseñar e implementar protocolos de atención pre-concepcional con énfasis en grupos vulnerables conforme a la normatividad vigente y a las guías de práctica clínica.
 - 2.2 Capacitación periódica del recurso humano de salud para la atención integral, continua y de calidad durante la etapa pre-concepcional con énfasis en la atención a adolescentes y jóvenes.
 - 2.3 Fortalecer y ampliar la cobertura y calidad de los Servicios Amigables de Salud (SAS) para la atención integral en salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en todo el territorio nacional.
 - 2.4 Fortalecer los programas de Planificación familiar mejorando la consejería y la oferta de métodos anticonceptivos modernos y de emergencia, con énfasis en adolescentes, jóvenes y personas de grupos vulnerables.
 - 2.5 Asegurar la toma sistemática de hemoglobina en las mujeres entre 13 y 49 años en las áreas urbanas y rurales.
 - 2.6 Promover hábitos saludables en cada hombre y cada mujer en edad fértil.

Mujeres y familias gestantes, niñas y niños en gestación.

- Actividades >**
- 2.7 Diseñar e implementar en todos los servicios de salud, protocolos y rutas de atención para la atención del control prenatal básico y la atención de situaciones especiales como morbilidad materna grave, interrupción voluntaria del embarazo-IVE, gestantes víctimas de violencia intrafamiliar y violencia sexual, trastornos psicosociales, malnutrición, adolescentes gestantes y gestantes en situaciones de emergencia o desastre, bajo los estándares de calidad que se requieran.

Actividades >

- 2.8 Capacitar al recurso humano de salud para la adopción y buen uso de las Guías de práctica clínica durante el embarazo, normas sectoriales vigentes, protocolos y Ruta Integral de Atenciones a la primera infancia- u otras que se requieran de acuerdo a las necesidades de los territorios.
- 2.9 Identificar e incrementar los hogares de paso para gestantes de poblaciones dispersas, y articularlos con la red integrada de servicios de salud.
- 2.10 Fortalecer las competencias de promotoras/es de salud y parteras tradicionales para que acompañen la continuidad de la atención entre las instituciones prestadoras de salud y la comunidad en el área rural.
- 2.11 Diseñar e implementar estrategias institucionales y comunitarias para la captación de las gestantes en el primer trimestre de embarazo y la adherencia a los controles prenatales con énfasis en grupos poblacionales vulnerables.
- 2.12 Valorar la salud oral de cada mujer gestante y atenderla de manera integral y oportuna.
- 2.13 Fortalecer la vacunación de las gestantes en el control prenatal y el registro respectivo en el carné materno.
- 2.14 Garantizar la disponibilidad de la Prueba para VIH-Sida y la asesoría respectiva, en todos los servicios de salud que prestan control prenatal.
- 2.15 Fortalecer la vigilancia nutricional de la gestante y la activación de la ruta de atención específica en caso de signos de alarma, refiriendo al ICBF y entidades responsables para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.
- 2.16 Diseñar e implementar estrategias de prevención del parto prematuro y Plan de parto que garantice la atención oportuna y segura en el nivel de atención requerida.
- 2.17 Informar y orientar a las gestantes y a sus parejas (cuando sea el caso) sobre métodos modernos de planificación familiar.
- 2.18 Establecer políticas institucionales que permitan la presencia de los papás en los controles prenatales, curso psicoprofiláctico y les ofrezcan información y educación para el ejercicio de la paternidad.
- 2.19 Capacitar al recurso humano de salud en la estrategia para la prevención de la transmisión perinatal de VIH-Sida y sífilis congénita y en el manejo integral de la sífilis gestacional, acorde con el Plan Nacional para la prevención y control de la sífilis gestacional y congénita.
- 2.20 Implementar y fortalecer la capacidad de los actores del Sistema General de Seguridad Social en salud para implementar programas madre canguro, PMC, en las modalidades hospitalarias y ambulatorias, como método de atención del neonato prematuro o de bajo peso al nacer, BPN.

Madres en trabajo de parto, parto y postparto; niñas y niños neonatos.

- Actividades** >
- 2.21 Incrementar y fortalecer las redes integradas de servicios de salud- RISS (incluyendo hogares de paso cuando sea apropiado), para la referencia y contra-referencia de las mujeres en trabajo de parto y post-parto, las niñas y niños recién nacidos.
 - 2.22 Aumentar la disponibilidad y suficiencia de la infraestructura y tecnologías para la atención obstétrica y neonatal básica y de emergencias basadas en evidencia científica, según la complejidad del neonato y de la madre en el marco de la Atención Primaria en Salud.
 - 2.23 Fortalecer la suficiencia y las competencias del recurso humano de salud, para el uso adecuado de medidas esenciales de atención obstétrica y neonatal (Atención Obstétrica esencial Básica, Atención obstétrica de emergencias Básica y Atención Obstétrica de Emergencia Integral, Atención Neonatal esencial básica y de emergencias), conforme a la normatividad vigente.
 - 2.24 Implementar el parto intercultural y adecuar los servicios de maternidad para su efecto, respetando la decisión de las mujeres sobre la posición del parto y la compañía de la persona que la madre elija.
 - 2.25 Fortalecer la vigilancia médica institucional de las madres y sus recién nacidos durante las 24 horas siguientes al parto, la atención ambulatoria del puerperio al tercer día del parto, y del recién nacido al tercero y séptimo día de vida, haciendo énfasis en los grupos con difícil acceso a los servicios de salud.
 - 2.26 Establecer políticas institucionales que permitan la presencia de los papás en el momento del parto o de una persona significativa que la mujer decida, si las condiciones de la madre y el hijo o hija lo permiten.
 - 2.27 Mejorar la calidad de la atención neonatal esencial básica (Ayudando a los bebés a respirar, ABR y protocolo para la acción en el «minuto de oro», pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto inmediato piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de nacido), y atención de emergencia de acuerdo a las normas de atención y Guías de Práctica Clínica.
 - 2.28 Realizar sistemáticamente las pruebas de tamizaje neonatal, analizar los resultados y garantizar la entrega oportuna de los mismos a los padres con información clara y veraz.
 - 2.29 Reglamentar el alojamiento conjunto madre-hija/o y permitir el acompañamiento continuo del padre o de la persona que la mujer decida, antes del egreso de la institución de salud.
 - 2.30 Iniciar la vacunación de las niñas y niños recién nacidos conforme al esquema de vacunación del PAI.
 - 2.31 Garantizar la atención del recién nacido con defectos congénitos según el Plan Intersectorial para la prevención, atención y vigilancia de defectos congénitos.
 - 2.32 Fortalecer y desarrollar articuladamente las estrategias IAMI y AIEPI incluyendo sus componentes clínicos y comunitarios en todas las entidades territoriales de salud del país.

- Actividades** >
- 2.33 Capacitar al recurso humano de salud que atiende niñas y niños recién nacidos, en la resucitación neonatal particularmente en escenarios de pocos recursos.
 - 2.34 Incrementar y fortalecer la capacidad de los actores del SGSS para implementar los Programas Madre Canguro en las modalidades hospitalaria y ambulatoria, como método de atención del neonato prematuro o de bajo peso.
 - 2.35 Orientar a la familia de la niña o el niño recién nacido para hacer el registro civil al nacimiento, con énfasis en grupos indígenas y población rural dispersa.

Madres, padres, niñas y niños menores de dos años.

- Actividades** >
- 2.36 Aumentar las competencias y la disponibilidad de recurso humano calificado para la promoción, prevención y atención de la salud y la nutrición de las madres en lactancia, el crecimiento y el desarrollo integral de las niñas y niños menores de tres años de edad, tanto en la modalidad intramural²⁹ como extramural³⁰, garantizando la continuidad de la atención, la pertinencia étnica y territorial.
 - 2.37 Fortalecer los programas de Crecimiento y Desarrollo en todas las instituciones prestadoras de salud, de acuerdo a la ruta Integral de Atenciones de la estrategia «De Cero a Siempre» (articulando sus cinco ejes estructurantes: cuidado y crianza, salud, alimentación y nutrición, recreación, educación inicial, participación y el ejercicio de la ciudadanía).
 - 2.38 Promover, facilitar y proveer la vacunación a cada niña o niño según el esquema de vacunación establecido por el MSPS en el Programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI.
 - 2.39 Implementar los nuevos estándares de crecimiento dados por la OMS en los servicios de salud en todo el territorio Nacional.
 - 2.40 Fortalecer las capacidades del talento humano en salud para valorar el desarrollo infantil con pertinencia étnica y territorial desde la perspectiva holística que contempla la estrategia De Cero a Siempre (dimensiones física, motriz, cognitiva, del lenguaje, emocional y social) teniendo en cuenta sus determinantes sociales.
 - 2.41 Fortalecer las capacidades del recurso humano de salud para la identificación oportuna de condiciones de discapacidad, detección y prevención de la sordera y de la ceguera por retinopatía del prematuro, y la remisión a tratamiento especializado del 100% de los identificados.

²⁹ Se refiere a la atención hospitalaria y ambulatoria que se realiza en una misma estructura de salud. Resolución 1441 de 2013, Ministerio de Salud y Protección Social.

³⁰ Se refiere a espacios no destinados a la salud (incluye atención domiciliaria) o espacios de salud en zonas de difícil acceso, Resolución 1441 de 2013, Ministerio de Salud y Protección Social.

Actividades >

- 2.42 Difundir en todos los servicios de salud materno-infantiles el paquete de normas, protocolos y guías de práctica clínica basadas en evidencia científica dirigidas a la primera infancia, producidas en el marco de la normatividad sectorial vigente y de la Ruta Integral de Atenciones.
- 2.43 Incluir el enfoque del cuidado continuo para el desarrollo infantil temprano en los primeros mil días de vida, en los programas de formación de pre y postgrado de las facultades y escuelas formadoras del recurso humano de salud.
- 2.44 Construir indicadores de evaluación del desempeño del personal de salud que incluyan humanización, interculturalidad y continuidad de la atención en los primeros mil días de vida.
- 2.45 Reactivar y fortalecer las acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en todas las entidades territoriales y servicios de salud con atención materna e infantil (IAMI, Bancos de Leche, consejería en lactancia materna) y promover las Salas Amigas de la familia lactante en el nivel comunitario y empresarial.
- 2.46 Fortalecer la asistencia técnica de las entidades territoriales al recurso humano de salud, para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, y continuarla hasta los dos años acompañada de alimentación complementaria apropiada.
- 2.47 Establecer políticas institucionales que promuevan la información y educación a los varones para el apoyo a la lactancia materna, y su responsabilidad en los cuidados para el crecimiento y el desarrollo infantil.
- 2.48 Promover y apoyar estrategias de hábitos saludables de alimentación, higiene, actividad física y relacionamiento con las personas y seres vivos.
- 2.49 Fortalecer la asistencia técnica territorial del PAI por parte del Ministerio de Salud y Protección Social con enfoque diferencial y del continuo de la atención en el marco de la Atención Primaria en Salud.
- 2.50 Fortalecer las capacidades del talento humano en salud para el conocimiento y manejo de la Ruta Integral de Atenciones de la estrategia De Cero a Siempre, de modo a complementar y sinergizar las acciones propias del eje estructurante salud, alimentación y nutrición con los demás ejes estructurantes: cuidado y crianza, educación inicial, recreación, participación y ejercicio de la ciudadanía, con el fin de contribuir al derecho al desarrollo integral.
- 2.51 Fortalecer la implementación nacional y territorial de los programas y estrategias dirigidas a favorecer la salud materna, neonatal e infantil desde antes de la gestación (Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, Prevención de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, IAMI, Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional en los Primeros Dos Años, Salas Amigas de la Lactancia Materna en medio laboral y comunitario, Sueño Seguro Programa Madre Canguro, Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, Entornos saludables) y demás estrategias definidas en las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021.

**ÁREA
ESTRATÉGICA
3.**

Promover la participación de los hombres, familias y comunidades en la salud durante los Primeros Mil Días de vida.

Fundamentación del área: entre el 70% y 80% de la atención en salud en los Primeros Mil Días de vida ocurre en el hogar por lo cual fortalecer las capacidades de las madres, los padres y la familia en los cuidados de la gestación y la crianza es un asunto estratégico para el inicio de la vida saludable en el entorno del hogar, y para mantener la continuidad de las atenciones entre éste y las instituciones prestadoras de salud. Es altamente conveniente que las familias y la comunidad incorporen en su vida cotidiana las prácticas clave orientadas al cuidado de los niños/as y mujeres gestantes con metodologías participativas de planificación de base comunitaria y a la vez que participen en la co-gestión del plan materno infantil Primeros Mil Días de Vida y en la vigilancia y control social de la gestión pública.

**Objetivo del Área
Estratégica.**

➤ Promover y fortalecer las capacidades de los papás, mamás, familias y grupos comunitarios para brindar cuidados y atención en salud a las mujeres durante el ejercicio de su maternidad y a las niñas y niños en los primeros mil días de vida en cada territorio, a la vez que propiciar su participación activa en la co-gestión del Plan de Acción y la rendición de cuentas.

**Metas a las cuales
contribuyen las
actividades del área
estratégica**

➤ XVIII. A 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizarán que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial.

XIX. A 2021 Colombia consolida y desarrolla el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en todo el territorio nacional, y lo integra a los sistemas de vigilancia y control sanitario, e inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en coordinación con las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud EPS o las que hagan sus veces, Prestadores de Servicios de Salud, organismos de control e institutos adscritos.

Mujeres y hombres en etapa pre-gestacional.

Actividades

-
- 3.1 Identificar y promover redes sociales y organizaciones comunitarias con participación de hombres y mujeres a nivel nacional y municipal de apoyo al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y sus parejas, con énfasis en los grupos y poblaciones más vulnerables.
 - 3.2 Incorporar sistemáticamente en los programas, proyectos y actividades de promoción y prevención, la información y educación a hombres y mujeres sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres.

Actividades >

- 3.3 Capacitar a los padres, madres, familias, agentes educativos, y adolescentes hombres y mujeres, sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el ejercicio responsable de la maternidad y la paternidad, focalizando en los grupos y poblaciones vulnerables.
- 3.4 Elaboración y difusión de herramientas educativas innovadoras (incluidas las tecnologías de información y comunicación) a los padres, madres, familias, agentes educativos, y adolescentes hombres y mujeres, sobre la maternidad y la paternidad responsables en el marco de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho al desarrollo integral de la primera infancia, con énfasis en grupos y poblaciones vulnerables.
- 3.5 Aumentar mecanismos para la capacitación y participación de hombres y mujeres de la comunidad dirigida a la prevención y detección del maltrato, la violencia intrafamiliar y el abuso sexual contra las mujeres en etapa reproductiva, las niñas y niños.

Mujeres y familias gestantes, niñas y niños en gestación.

Actividades >

- 3.6 Crear e implementar redes territoriales de vigilancia comunitaria al proceso de gestación y al seguimiento de la atención articuladas con la red prestadora de servicios de salud.
- 3.7 Fomentar la sensibilización, educación y participación familiar en torno a estrategias y programas de salud durante los Primeros Mil días de vida: IAMI, AIEPI NEONATAL, Sueño Seguro, PAI, Prevención de la Transmisión madre hijo del VIH y la sífilis congénita.

Madres en trabajo de parto, parto y postparto, niñas y niños neonatos.

Actividad >

- 3.8 Crear y fortalecer comités locales para la vigilancia de la morbilidad materna grave y la mortalidad materna, perinatal, y neonatal, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho al desarrollo integral de la primera infancia.

Madres, padres, niñas y niños menores de dos años de edad.

Actividades >

- 3.9 Crear e incorporar comités de participación comunitaria que gestionen la salud en los primeros Mil Días de vida en el marco de los planes territoriales de salud y la política de primera infancia (Mesas de infancia de los Consejos de Política Social), y que participen en los procesos de rendición pública de cuentas.

Actividades >

- 3.10 Promover la participación de la familia, cuidadores y líderes comunitarios en la formulación y desarrollo de políticas públicas de prevención y atención a la discapacidad, con enfoque de derechos que favorezcan la inclusión social temprana de todos los niños y niñas pequeños.
- 3.11 Promover en los hombres en edad fértil y en los padres de niños menores de tres años, la capacitación en el enfoque de género y nuevas masculinidades, con el fin de transformar los tradicionales roles de género y democratizar las relaciones en la familia (utilizar los Servicios Amigables de Salud para adolescentes y jóvenes, consulta pre-concepcional, curso sicoprofiláctico de preparación para el embarazo, la maternidad y la paternidad, entre otros).
- 3.12 Capacitar, actualizar y dar asistencia técnica periódica a los grupos comunitarios de apoyo que hacen parte de las estrategias IAMI, AIEPI neonatal y comunitario, para garantizar el cuidado integral y continuo de las madres y sus niñas y niños menores de tres años de vida y el desarrollo integral de la primera infancia.
- 3.13 Estructurar y fortalecer redes sociales (integradas por hombres y mujeres) vinculadas al sistema de salud, que favorezcan el desarrollo integral de todas las niñas y los niños, integrando salud, alimentación y educación inicial.
- 3.14 Diseñar mecanismos y estrategias de articulación del sector de la salud con las modalidades de educación inicial que implementa el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar³¹, con el fin de fortalecer la atención integral a la primera infancia y la transición armoniosa a las siguientes edades.

ÁREA ESTRATÉGICA 4.

Gestión del conocimiento para la acción y la rendición de cuentas de la salud en los primeros mil días de vida.

Fundamentación del área: la información sobre indicadores de proceso y resultados en salud, los sistemas de vigilancia en salud pública y la inspección, vigilancia y control del sistema de salud centrados en los Primeros Mil Días de vida, es una herramienta poderosa para el análisis actualizado y completo de la situación de salud, la toma de decisiones de política pública y la rendición de cuentas.

Objetivo del área estratégica. >

Fortalecer los sistemas de información para la vigilancia en salud pública³², la inspección, vigilancia y control³³ que permitan mejorar los resultados en salud y la participación social en el control social de la gestión pública.

³¹ Incluidos los Grupos FAMI donde existan. En la actualidad estos grupos se están integrando a la modalidad familiar de educación inicial.

³² Sistema único de Información de Infancia, SUIN, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, SIVIGILA, DANE-Estadísticas vitales, ENDS, ENSIN, SISVAN, Encuestas de calidad de vida y Red de Laboratorios de Salud Pública.

³³ Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del sistema de salud.

<p>Línea de Acción 4.1</p>	<p>> Fortalecer los sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación individual y poblacional de la salud en los primeros mil días de vida, incluyendo la etapa pre-gestacional.</p>
<p>Objetivo de la Línea de Acción</p>	<p>> Mejorar la recolección de la información y optimizar el análisis de resultados de salud en los primeros mil días de vida, para la toma oportuna y pertinente de decisiones de política pública y la rendición de cuentas.</p>
<p>Metas a las cuales contribuyen las actividades del área estratégica</p>	<p>XX. A 2021, Colombia consolidará el sistema de información integrado y los observatorios de salud pública, utilizado como la fuente única de información en salud por las Entidades Territoriales, las aseguradoras o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud, y los organismos de control, y como fuente principal para los investigadores y la academia.</p> <p>XXI. A 2021, el 80% de los municipios del país operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.</p>

Mujeres y hombres en etapa pre-gestacional.

<p>Actividades</p>	<p>> 4.1 Fortalecer la inclusión de indicadores e información sobre las violencias de género y/o sexuales contra las mujeres en el sistema de vigilancia en salud pública en cada municipio, desagregando la información para visibilizar la violencia contra las mujeres en el ejercicio de su maternidad.</p> <p>> 4.2 Incorporar la información e indicadores de salud de la etapa pre-concepcional en las bases de datos de los sistemas regulares de información en salud³⁴.</p> <p>> 4.3 Hacer uso del Análisis de Situación de Salud - ASIS, para caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de las mujeres, las niñas y niños en el territorio y sus determinantes, que favorezcan la toma de decisiones. El análisis se puede fortalecer articulando el trabajo con universidades y sociedades científicas.</p>
---------------------------	--

Mujeres y familias gestantes, niñas y niños en gestación.

<p>Actividades</p>	<p>> 4.4 Promover y fortalecer la notificación sistemática de los casos de morbilidad materna grave, y mortalidad materna en el 100% de las Unidades Primarias Generadoras del Dato, UPGD, en todo el territorio nacional para la identificación de puntos críticos de intervención que eviten la progresión de las morbilidades por los mismos hechos.</p>
---------------------------	--

³⁴ Incluir información relacionada con el estado de vacunación de las mujeres en gestación, hemoglobina en sangre, valoración nutricional, asesoría y prueba voluntaria para VIH-sida y tamizaje para sífilis.

Actividades

4.5 Fortalecer la notificación de la violencia contra las mujeres especificando procedencia rural/urbana, pertenencia a grupos étnicos, nivel educativo, edad, condición de embarazo, puerperio, lactancia , etc.

Madres en trabajo de parto, parto y post-parto, niñas y niños neonatos.**Actividades**

4.6 Crear y fortalecer comités locales para la vigilancia de la morbilidad materna grave, la mortalidad materna, perinatal y neonatal, siguiendo los lineamientos del Instituto Nacional de Salud.

4.7 Las entidades territoriales de salud definirán metas de mortalidad infantil y de mortalidad neonatal diferenciando según grupos étnicos, zona rural y urbana que serán incluidas sistemáticamente en los planes de salud Mil Días y planes territoriales de salud.

4.8 Mejorar la calidad, oportunidad y cobertura de los certificados de defunción de muertes maternas, como también los de nacidos vivos (DANE), la vigilancia de la mortalidad materna en web así como la calidad de información y notificación oportuna de la ficha de notificación del subsistema de información SIVIGILA Código INS 560 para la mortalidad perinatal y neonatal.

4.9 Fortalecer los análisis agrupados de la de la mortalidad perinatal a través de la metodología periodos de riesgo (PPR o Babies) y ajustada a determinantes sociales maternos (MOMS), bajo los lineamientos del Instituto Nacional de Salud, así como los análisis de casos en donde esté incluida la visita familiar, autopsia verbal y el análisis interinstitucional que permita consolidar y obtener mejor información sobre la mortalidad feto-infantil que permita una mejor toma de decisiones.

Madres, padres, niñas y niños menores de dos años.**Actividades**

4.10 Incluir en las encuestas nacionales uno o varios indicadores del desarrollo infantil temprano y de la participación familiar y comunitaria en los planes territoriales de acción para la salud en los primeros mil días de vida.

4.11 Incluir en las encuestas nacionales un indicador de la participación de los padres varones, familias y comunidades en los planes territoriales de acción para la salud en los Primeros Mil Días de vida.

4.12 Ampliar la incorporación de variables maternas, perinatales, neonatales y de menores de 3 años con enfoque de género y diferencial en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS.

4.13 Establecer alianzas con instituciones educativas y sociedades científicas para la generación de nuevos conocimientos e indicadores sobre la afectación de los niños, niñas y adolescentes por el conflicto armado.

Actividades

- > 4.14 Promover la investigación aplicada para la comprensión y manejo de la salud mental de las mujeres gestantes, las madres y las niñas y niños menores de tres años, derivada de las situaciones de violencia intrafamiliar, el conflicto armado y los desastres naturales.
- 4.15 Definir a nivel nacional la metodología y mecanismos para valoración del desarrollo integral de niñas y niños menores de tres años con enfoque diferencial.
- 4.16 Diseñar, publicar y difundir material educativo sobre el cuidado continuo para el desarrollo integral durante los primeros mil días de vida dirigido a promotoras/es de salud, familias y comunidad.
- 4.17 Asegurar la difusión de los protocolos, lineamientos y guías de la estrategia De Cero a Siempre, a las entidades territoriales de salud del país.

Línea de Acción 4.2

> Fortalecer los sistemas de vigilancia en salud pública

Objetivo de la Línea de Acción

> Mejorar la calidad y uso de los sistemas de vigilancia en salud pública que inciden en la salud, alimentación y nutrición durante los primeros mil Días de vida.

Mujeres y hombres en etapa pre-gestacional.

Actividad

> 4.18 Aumentar la notificación oportuna al SIVIGILA de los eventos de interés en salud pública en mujeres en edad fértil y sus parejas, muertes maternas, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía, y demás eventos de interés en salud pública en torno a salud materna y SSR

Mujeres y familias gestantes, niñas y niños en gestación.

Actividad

> 4.19 Fortalecer las estrategias de vigilancia en salud pública durante la gestación (SIVIGILA, SISVAN, Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública y red de laboratorios clínicos especializados).

Madres en trabajo de parto, parto y post-parto, niñas y niños neonatos.

Actividad

> 4.20 Fortalecer la vigilancia en salud pública sobre los eventos de morbilidad materna grave y neonatal extrema, la interrupción voluntaria del embarazo, IVE, el embarazo en adolescentes y el modelo de seguridad clínica para el manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales, en el marco del PDSP y los planes territoriales de salud pública.

Madres, padres, niñas y niños menores de dos años.

Actividades

- 4.21 Fortalecer la vigilancia en salud pública los eventos de salud, alimentación y nutrición de las madres en periodo de lactancia, y las niñas y niños menores de dos años, en el marco del PDSP y los planes territoriales de salud pública.
- 4.22 Incluir la vigilancia epidemiológica de la Muerte Súbita del lactante en el protocolo de Vigilancia y control de la mortalidad perinatal y neonatal del INS.

Línea de Acción 4.3

Fortalecer los sistemas de inspección, vigilancia y control del sistema de salud focalizado en la gestión de la salud durante los primeros mil días de vida.

Objetivo de la Línea de Acción

- 4.23 Fortalecer la gestión del sistema de salud para garantizar el derecho a la salud durante los primeros mil días de vida y el ejercicio ciudadano para su exigibilidad.

Transversal a mujeres, padres, niñas y niños menores de dos años.

Actividades

- 4.24 Fortalecer la vigilancia y control a entidades del orden nacional y territorial, Entidades Gestoras de Salud y prestadores de servicios, en lo referente a servicios integrales para la atención obstétrica, neonatal y de menores de dos años, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y en el marco del PDSP 2012-2021 y del SGSSS.
- 4.25 Promover y fortalecer las veedurías ciudadanas en el control social de la gestión sanitaria y resultados de salud durante los primeros mil días de vida, y la exigibilidad del derecho a la salud desde el comienzo de la vida.
- 4.26 Promover y fortalecer los procesos de Rendición Pública de Cuentas en salud, con énfasis en la garantía del derecho a la salud durante los primeros mil días de vida.

> ANEXO 2 <

La gestión del monitoreo del Plan de Salud Primeros Mil Días de Vida

Un sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados constituye una herramienta especial de gestión que permite medir y evaluar efectos, para luego retroalimentar esta información en los procesos continuos de gobernar y de tomar decisiones¹⁶¹.

> **Objetivos del monitoreo del Plan de Salud Primeros Mil Días de Vida**

El monitoreo es un proceso fundamental que hace parte del ciclo de las políticas públicas, a través del cual se hace seguimiento a la implementación de las iniciativas públicas para valorar el desempeño de las mismas, y asegurar que se está avanzando hacia los objetivos planteados y las metas acordadas. Así mismo, el monitoreo debe proporcionar las herramientas necesarias para la toma de decisiones de política pública. Se espera que a través de las estrategias de monitoreo del Plan de Salud Primeros Mil Días se contribuya a la eficiencia, eficacia y transparencia de la gestión interinstitucional y se fortalezcan los procesos de rendición de cuentas y participación ciudadana en la política pública.

A través del monitoreo del Plan se pretende:

- Hacer seguimiento a los resultados de salud de las mujeres y sus parejas, los niños y las niñas durante los primeros mil días de vida, a través de la medición de los indicadores de resultado establecidos en la matriz de monitoreo.
- Medir los progresos en la implementación del Plan de Salud Primeros Mil Días de Vida, a través de los indicadores de proceso y las preguntas de monitoreo que se presentan en la segunda sección de la matriz de monitoreo. A través de estos indicadores de proceso y preguntas de monitoreo se pueden identificar las áreas de avance insuficiente y tomar las medidas correctivas de forma oportuna.
- Promover una cultura de monitoreo y rendición de cuentas en los diferentes actores del sector salud, y los demás sectores que intervienen en la implementación del Plan, tanto en el nivel nacional como en las entidades territoriales

- Proporcionar información, basada en evidencia, sobre la situación de la salud materna infantil y contribuir a la difusión de los logros en la implementación del Plan de Salud Primeros Mil Días de Vida.
- Promover la apropiación social del conocimiento en salud pública y fortalecer las redes de conocimiento en salud.
- Apoyar la gestión de conocimiento para orientar la formulación de las políticas públicas en salud y otros sectores.

➤ **Fuentes de información para el monitoreo del Plan de Salud Primeros Mil Días de vida**

El proceso de monitoreo debe ser transparente y objetivo, por lo cual debe alimentarse de fuentes de información oportunas, confiables y relevantes. Actualmente, Colombia dispone de un amplio y nutrido conjunto de registros estadísticos, observatorios, sistemas de seguimiento y salas situacionales que facilitan la identificación de las condiciones de vida de los sujetos de derechos y la medición de los resultados y el impacto de las políticas públicas³⁵. El monitoreo del Plan de Salud Primeros Mil Días de Vida se basa en la recopilación, consolidación y análisis sistemático de información a partir de la gran diversidad de fuentes y herramientas disponibles en la actualidad.

Como se mencionó en la sección introductoria de este documento, el *Plan Nacional de Salud Primeros Mil Días de Vida* responde a un referente sectorial de política representado en el Plan Decenal de Salud Pública, del que retoma varias de las metas e indicadores de resultado, relevantes para el grupo poblacional menor de tres años. Lo anterior proporciona grandes ventajas, ya que contribuye a una mayor articulación entre estas dos herramientas de política y además, facilita la creación de sinergias y agiliza las labores de seguimiento y evaluación³⁶. Lo anterior también significa que el monitoreo y la evaluación, de los resultados del Plan de Salud Primeros Mil Días de vida, se pueden realizar a partir de las mismas fuentes de información, herramientas y procesos utilizados para el monitoreo y la evaluación del PDSP y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esto plantea numerosas ventajas en cuanto a la eficiencia y el uso de recursos y ofrece oportunidades para la coordinación y articulación en la implementación de estos dos Planes.

De acuerdo con el *Sistema de Monitoreo y Evaluación al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*¹⁶², el seguimiento de las metas y estrategias del Plan Decenal de Salud Pública en Colombia, integra fuentes de información que por norma legal notifican al Sistema de Información Integral de la Protección Social, SISPRO. El SISPRO es una herramienta que permite obtener, procesar y consolidar la información necesaria para la toma de decisiones que apoyen la elaboración de políticas, el monitoreo y la gestión del sector salud. Utiliza datos provenientes de fuentes internas y externas al Ministerio, entre ellas el DANE y el Instituto Nacional de Salud, entre muchas otras, y concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes¹⁶³. Por lo anterior, el SISPRO

³⁵ Ver *Sistema de Monitoreo y Evaluación al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*, en donde se referencian dieciséis observatorios, nueve sistemas de seguimiento, una sala situacional, dos registros y otras fuentes de información relacionadas con las condiciones de salud de la población.

³⁶ El presente Plan Nacional de Salud también retoma algunas de las metas e indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) por las mismas razones planteadas anteriormente.

constituye una de las principales herramientas para el monitoreo del Plan de Salud para los Primeros Mil Días. Así mismo, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, que provee información sistemática y oportuna sobre los eventos relacionados con la salud de la población Colombiana y el Observatorio Nacional de Salud³⁷, constituyen valiosas fuentes de información para el monitoreo del Plan de Salud para los Primeros Mil Días. Además del monitoreo a las metas e indicadores de resultado, se espera que el seguimiento a las actividades y procesos establecidos se realice a través de la información cualitativa y cuantitativa relevante obtenida a partir de diversos medios de verificación en los niveles nacional y territorial.

> **La gestión del monitoreo del Plan de Salud Primeros Mil Días de Vida**

El monitoreo es un proceso fundamental e indispensable para que el Plan de Salud Primeros Mil Días de vida sea realidad en los territorios y los ámbitos en donde se desarrolla la vida de las mujeres, los hombres, las familias, los niños y las niñas. A partir de un esquema de monitoreo que sea sistemático y participativo, que incorpore a una gran diversidad de actores, que se desarrolle tanto en los ámbitos nacionales y territoriales y que se base en información confiable, relevante y oportuna, se podrá apoyar la implementación efectiva del Plan y de esa forma, transformar la vida de los niños y niñas colombianas durante sus primeros mil días de vida.

Para el monitoreo del Plan de Salud Primeros Mil Días de vida se consolidará un grupo colaborativo interinstitucional y multicéntrico, compuesto por representantes del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Ministerio de Educación, la Personería, facultades de medicina, enfermería y otras disciplinas y sociedades científicas y sociedad civil. Este grupo colaborativo deberá interactuar de forma dinámica y colaborativa para orientar y asesorar el monitoreo del Plan, contribuyendo desde las diversas disciplinas y experiencias para asegurar la calidad, relevancia y transparencia del proceso de monitoreo del mismo.

La estructura organizacional propuesta para la gestión del sistema de monitoreo comprende dos niveles articulados entre sí: nacional y territorial. En el nivel nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud liderarán el monitoreo del Plan de Salud para los Primeros Mil Días, y contarán con la participación y los aportes de un nutrido grupo de actores que en el marco de sus competencias y responsabilidades, contribuirán en las diferentes etapas del proceso. En el nivel territorial, las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales llevarán el liderazgo de las acciones para el monitoreo y la rendición de cuentas del Plan. Vale la pena recalcar que un aspecto fundamental del monitoreo del Plan es el trabajo conjunto entre la comunidad, los actores territoriales del sector salud, los ministerios, los departamentos administrativos e instituciones públicas y privadas. La apropiación y gestión del Plan de Salud para los Primeros Mil Días en el nivel local, incluyendo las labores de monitoreo del mismo, son elementos fundamentales para el éxito del mismo.

³⁷ El Observatorio Nacional de Salud realiza el análisis de la situación de salud del país y el monitoreo de los indicadores relevantes en salud pública, para generar evidencia en la cual soportar la toma de decisiones del sector salud y guiar la formulación de políticas en salud del país, así como identificar las brechas de conocimiento que requieren la formulación de proyectos de investigación. <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/Paginas/la-direcci%C3%B3n.aspx#.UmawT3BHLfI>

Como se puede apreciar, en la primera parte de la matriz de monitoreo, las metas y los indicadores del Plan Nacional de Salud Primeros Mil Días de Vida en su mayoría se relacionan con cambios esperados en las condiciones de vida de los sujetos de derechos, es decir, las niñas, niños, mujeres, hombres y familias. Para cada indicador, se especifica la línea de base y la fuente de información, lo cual permitirá realizar nuevas mediciones al indicador en el futuro y de esa forma determinar si se está avanzando de forma satisfactoria hacia el logro de la meta. En la segunda parte de la matriz de monitoreo, se incluyeron indicadores de gestión y preguntas de monitoreo que buscan medir a través de información cuantitativa y cualitativa, los cambios institucionales y/o en la provisión de bienes y servicios generados como resultado de la ejecución de las estrategias y las actividades propuestas en el Plan Nacional de Salud Primeros Mil Días de Vida.

Adicional a los indicadores y preguntas de monitoreo establecidos en la matriz de monitoreo, se recomienda que una vez que se cuente con las líneas de base para la totalidad de indicadores establecidos en el PDSP, se incorporen los indicadores de gestión relevantes para complementar el monitoreo del Plan de Salud Primeros Mil Días de vida.

Tal como está estructurado, el Plan será monitoreado a partir de los observatorios y demás mecanismos diseñados para hacer seguimiento al PDSP y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se recomienda que el seguimiento y la medición de los indicadores de resultado establecidos en la matriz de Monitoreo del Plan se realice una vez al año, haciendo uso de los escenarios, sistemas y demás herramientas diseñadas para el monitoreo del PDSP. Por su parte, el seguimiento a los indicadores de gestión y a las preguntas de monitoreo se deberá realizar semestralmente. Estos ejercicios de monitoreo deben ser participativos e interinstitucionales y se deben realizar tanto en el nivel nacional como en el territorial. Deben estar acompañados de informes de gestión que incluyan la información relevante de acuerdo a los distintos momentos de generación de datos y las necesidades de comunicación. Además de los informes de gestión, debe haber informes técnicos sobre los resultados del Plan de Salud para los Primeros Mil Días, que pueden coincidir temporalmente con los informes sobre el PDSP.

El monitoreo del presente plan debe complementarse con procesos de rendición de cuentas y fortalecimiento de los mecanismos para la exigibilidad y el control social por parte de los ciudadanos. Se propone que el monitoreo del plan se apoye en los diversos instrumentos y espacios de veeduría y control social que operan en el país, así como en los mecanismos ya establecidos para la rendición de cuentas de los Planes Territoriales de Salud y/o de la gestión de gobernadores y alcaldes. La Personerías Municipales y Distritales, las Veedurías Ciudadanas, y los ciudadanos como personas naturales son actores fundamentales en estos procesos de rendición de cuentas y exigibilidad de derechos.

> ANEXO 3A <

Matriz de monitoreo del Plan Nacional de Salud Primeros Mil Días de Vida (I)

Metas	Indicadores ³⁸	Valor línea de base		Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable																						
		Edad	Tasa																										
Meta 1 (Corresponde a la Meta 9 del PDSP, Dimensión Transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables)	I. A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de los Primeros Mil Días de Vida, desde la gestación hasta cumplir los dos años de vida.	Indicador de gestión	Documento en elaboración; aún no ha iniciado la implementación		2013	Ministerio de la Protección Social	Ministerio de la Protección Social																						
	I. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3)	Tasa de violencia de pareja contra la mujer, Colombia (por 100.000 habitantes)	Indicador de resultado	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>Tasa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10-14</td> <td>6,28</td> </tr> <tr> <td>15-17</td> <td>144,4</td> </tr> <tr> <td>18-19</td> <td>352,63</td> </tr> <tr> <td>20-24</td> <td>577,76</td> </tr> <tr> <td>25-29</td> <td>620,76</td> </tr> <tr> <td>30-34</td> <td>552,79</td> </tr> <tr> <td>35-39</td> <td>395,77</td> </tr> <tr> <td>40-44</td> <td>248,16</td> </tr> <tr> <td>45-49</td> <td>137,57</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>219,15</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	Tasa	10-14	6,28	15-17	144,4	18-19	352,63	20-24	577,76	25-29	620,76	30-34	552,79	35-39	395,77	40-44	248,16	45-49	137,57	Total	219,15	2011	Nacional, por grupo de edad	Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Forensis 2011
Edad	Tasa																												
10-14	6,28																												
15-17	144,4																												
18-19	352,63																												
20-24	577,76																												
25-29	620,76																												
30-34	552,79																												
35-39	395,77																												
40-44	248,16																												
45-49	137,57																												
Total	219,15																												

37 Al igual que las metas, salvo que se indique lo contrario, los indicadores coinciden con aquellos del Plan Decenal de Salud Pública.

Metas		Indicadores	Valor línea de base				Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable
Meta 1 (Corresponde a la Meta 9 del PDSP, <i>Dimensión Transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables</i>)	I. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3)	Violencia a niños, niñas y adolescentes, según año del hecho, Colombia, 2011 (tasa por 100.000 habitantes)	Niños, niñas y adolescentes según edad		Tasa por 100.000 habs.		2011	Nacional, por grupo de edad	Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Forensis 2011	Sectores de salud, educación, protección y justicia
			Hombres 0-4 años		57,45					
			Mujeres 0-4 años		52,46					
			Hombres Total 0-17 años		82,16					
			Mujeres total 0-17 años		100,14					
Meta 2 (Corresponde a la meta 3 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio)	II. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3)	Exámenes médico-legales por presunto delito sexual, tasa por 100.000 habitantes	Grupos de edad		Hombre	Mujer	2011	Sexo, grupos de edad	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Forensis 2011	Sectores de salud, protección y justicia
			0-4	31,9	103,8	67,0				
			5-9	67,4	209,2	136,8				
			10-14	44,3	339,6	188,9				
			15-17	17,3	181,0	97,1				
			18-19	6,6	69,2	37,1				
			20-24	2,9	43,7	22,9				
			25-29	1,4	26,9	14,3				
			30-34	1,4	15,9	8,8				
			25-39	0,7	12,8	6,9				
40-44	0,8	6,8	3,9							
45-49	0,8	6,3	3,6							
		Indicador de resultado								

Metas		Indicadores		Valor línea de base			Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable
Meta 3 (Corresponde a la Meta 4 del PDSP, Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos)	III. A 2021, disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.	Tasa específica de fecundidad para mujeres 15-19 años	Zona urbana	Zona rural	Total	2010	Zona urbana, rural	Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 Estadísticas vitales	Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud	
	Indicador de resultado	73	122	84						
Meta 4 (Corresponde a meta 11 del PDSP, Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos)	IV. A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%.	Indicador de resultado	Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que alguna vez han estado embarazadas, Colombia 2010			2011	Tasa por grupos de edad, zona y región geográfica	Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 Estadísticas vitales	Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud	
			Tasa							
			Edad	15	16					17
				5.2	9.5					19.1
				27.6	38.4					
			Zona	Urbana	Rural					
				17.3	26.7					
			Región	Caribe	Oriental					Bogotá
				20.2	19.1					17.5
				19.2	20.5					28.1
				Orinoquía y Amazonia	Amazonas					

Metas		Indicadores	Valor línea de base		Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable	
Meta 5 (Corresponde a la meta 5 del PDSP, <i>Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</i>)	V. A. 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).	Porcentaje de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que usan métodos modernos de anticoncepción.	56,9		2010	Nacional	Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010	Ministerio de Salud y Protección Social, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud	
			Indicador de gestión						
Meta 6 (Corresponde a la meta 12 del PDSP, <i>Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional</i>)	VI. A. 2015, reducir a 20% la anemia en mujeres de 13 a 49 años, en las áreas urbanas y rurales.	Prevalencia de anemia en mujeres de 13 a 49 años	7,2		2010	Urbano	Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010	Ministerio de Salud y Protección Social, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud	
			9,0						Rural
			7,6						
Meta 7 (Corresponde a la meta 8 del PDSP, <i>Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</i>)	VII. A. 2021, la mortalidad materna evitable es inferior a 150 muertes anuales en el país.	Razón de mortalidad materna	Indicador de resultado		2010	Departamental	Estadísticas Vitales DANE 2010	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud	
			Entidad territorial	Razón de mortalidad materna					
				Antioquia					52
			Arauca	111					
			Atlántico	80					
			Bolívar	71					
			Boyacá	73					
			Caldas	74					
			Caquetá	194					
			Casanare	77					
Cauca	141								

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable																																												
<p>Meta 7 (Corresponde a la meta 8 del PDSP, <i>Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</i>)</p> <p>VII. A 2021, la mortalidad materna evitable es inferior a 150 muertes anuales en el país.</p>	<p>Indicador de resultado</p> <p>Razón de mortalidad materna</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Entidad territorial</th> <th>Razón de mortalidad materna</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Cesar</td><td>123</td></tr> <tr><td>Chocó</td><td>197</td></tr> <tr><td>Córdoba</td><td>151</td></tr> <tr><td>Cundinamarca</td><td>43</td></tr> <tr><td>Guajira</td><td>155</td></tr> <tr><td>Guaviare</td><td>74</td></tr> <tr><td>Huila</td><td>48</td></tr> <tr><td>Magdalena</td><td>127</td></tr> <tr><td>Meta</td><td>53</td></tr> <tr><td>Nariño</td><td>69</td></tr> <tr><td>Norte de Santander</td><td>98</td></tr> <tr><td>Putumayo</td><td>242</td></tr> <tr><td>Quindío</td><td>65</td></tr> <tr><td>Risaralda</td><td>59</td></tr> <tr><td>Santander</td><td>44</td></tr> <tr><td>Sucre</td><td>63</td></tr> <tr><td>Tolima</td><td>82</td></tr> <tr><td>Valle del Cauca</td><td>60</td></tr> <tr><td>Vichada</td><td>128</td></tr> <tr><td>Bogotá</td><td>40</td></tr> <tr><td>Total Nacional</td><td>74</td></tr> </tbody> </table>	Entidad territorial	Razón de mortalidad materna	Cesar	123	Chocó	197	Córdoba	151	Cundinamarca	43	Guajira	155	Guaviare	74	Huila	48	Magdalena	127	Meta	53	Nariño	69	Norte de Santander	98	Putumayo	242	Quindío	65	Risaralda	59	Santander	44	Sucre	63	Tolima	82	Valle del Cauca	60	Vichada	128	Bogotá	40	Total Nacional	74	2010	Departamental	Estadísticas Vitales DANE 2010	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud
		Entidad territorial	Razón de mortalidad materna																																															
Cesar	123																																																	
Chocó	197																																																	
Córdoba	151																																																	
Cundinamarca	43																																																	
Guajira	155																																																	
Guaviare	74																																																	
Huila	48																																																	
Magdalena	127																																																	
Meta	53																																																	
Nariño	69																																																	
Norte de Santander	98																																																	
Putumayo	242																																																	
Quindío	65																																																	
Risaralda	59																																																	
Santander	44																																																	
Sucre	63																																																	
Tolima	82																																																	
Valle del Cauca	60																																																	
Vichada	128																																																	
Bogotá	40																																																	
Total Nacional	74																																																	

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable
Meta 8 (Corresponde a la meta 10 del PDSP, Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos)	Indicador de gestión Porcentaje de mujeres gestantes que ingresan al control prenatal antes de los cuatro meses de embarazo ³⁹	80,4	2010	Urbano	Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 Estadísticas Vitales	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud
		67,4		Rural		
		77		Total		
Meta 9 (Corresponde a la Meta 9 del PDSP, Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos)	Porcentaje de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales	91,2	2010	Urbano	Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 Estadísticas Vitales	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud
		81,4		Rural		
		88,6		Total		

³⁹ El indicador que aparece en el Plan Decenal de Salud Pública es *Porcentaje de mujeres gestantes que ingresan al control prenatal antes de las 12 semanas de edad gestacional*. En este documento se utiliza el indicador *Porcentaje de mujeres gestantes que ingresan al control prenatal antes de los 4 meses de embarazo* para el cual la Encuesta Nacional de Demografía y Salud proporciona la información necesaria para su seguimiento.

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable		
<p>Meta 9 (Corresponde a la Meta 9 del PDSP; <i>Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</i>)</p> <p>IX. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tienen 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.</p>	<p>Indicador de resultado</p> <p>Atención profesional durante el parto</p>	Atención de profesional (doctor o enfermera)	2010	Grupo de edad, zona, región	Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 Estadísticas Vitales	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud		
		Edad al nacimiento						
		<20					96,6	3,4
		20-34					2,7	97,3
		35-49					3,9	96,1
		Zona						
		Urbana					98,0	2,0
		Rural					94,0	5,9
		Región						
		Caribe					95,5	4,5
		Oriental					97,8	2,1
		Bogotá					98,2	1,9
		Central					97,6	2,5
Pacífica	96,5	3,6						
Orinoquía y Amazonía	93,9	6,1						
No recibió atención prenatal								

Metas		Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable
<p>Meta 10 (Corresponde a la meta 20 del PDSP, Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos)</p>	<p>X. A 2021, mantener el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos</p>	Indicador de resultado	4,5%	2009	Nacional	<p>Observatorio Estrategia Materno Infantil del VIH, Ministerio de la Protección Social 2009¹⁶⁴.</p>	<p>Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud</p>
<p>Meta 11 (Corresponde a la meta 21 del PDSP, Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos)</p>	<p>XI. A 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por x 1.000 nacidos vivos</p>						

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable	
<p>Meta 12 (Corresponde a la meta 9 del PDSP, Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional)</p> <p>XII. A 2021, mantener en <10% la proporción de Bajo Peso al Nacer.</p>	<p>Indicador de resultado</p> <p>Porcentaje de niños con bajo peso al nacer (2.500 gramos)</p>	Entidad territorial	2010	Nacional	<p>SISPRO MSPS, Fuente Primaria: DANE, EEVV¹⁶⁶.</p>	<p>Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS</p>	
		Amazonas					5,7%
		Antioquia					9,4%
		Arauca					6,5%
		Atlántico					9,0%
		Bolívar					8,0%
		Boyacá					9,3%
		Caldas					6,7%
		Caquetá					6,6%
		Casanare					5,5%
		Cauca					8,1%
		Cesar					7,9%
		Chocó					9,4%
		Córdoba					8,4%
		Cundinamarca					10,8%
		Guainía					4,4%
Guajira	8,1%						
Guaviare	7,4%						
Huila	6,3%						
Magdalena	7,7%						
Meta	6,6%						
Nariño	8,5%						
Norte de Santander	6,3%						

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable
Meta 12 (Corresponde a la meta 9 del PDSP, Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional)	Indicador de resultado Porcentaje de niños con bajo peso al nacer (2.500 gramos)	Putumayo	5,8%	2010	SISPRO MSPS, Fuente Primaria: DANE, EEVV ¹⁵⁶ .	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS
		Quindío	7,2%			
		Risaralda	8,6%			
		San Andrés	7,7%			
		Santander	7,5%			
		Sucre	7,8%			
		Tolima	6,7%			
		Valle del Cauca	8,9%			
		Vaupés	6,4%			
		Vichada	6,0%			
Meta 12 (Corresponde a la meta 9 del PDSP, Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional)	Indicador de resultado Prevalencia de retinopatía del prematuro tratable	8%	2006	Nacional	Carrion <i>et al.</i> Prevalence of retinopathy of prematurity in Latin America. Clinical Ophthalmology. 2011 5: 1687–1695.	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable																																													
Meta 13 (Corresponde a la meta 3 del PDSP, Dimensión Transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables)	XIII. En 2021 se habrá disminuido la mortalidad infantil nacional a menos de 15 x 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad infantil ajustada	2011	Nacional	DANE EEW	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS																																													
							Indicador de resultado																																												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Entidad territorial</th> <th>Tasa de mortalidad infantil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Antioquia</td><td>15,05</td></tr> <tr><td>Arauca</td><td>25,80</td></tr> <tr><td>Atlántico</td><td>16,63</td></tr> <tr><td>Bogotá</td><td>12,88</td></tr> <tr><td>Bolívar</td><td>21,74</td></tr> <tr><td>Boyacá</td><td>16,04</td></tr> <tr><td>Caldas</td><td>13,35</td></tr> <tr><td>Caquetá</td><td>21,52</td></tr> <tr><td>Casanare</td><td>26,80</td></tr> <tr><td>Cauca</td><td>21,80</td></tr> <tr><td>Cesar</td><td>19,63</td></tr> <tr><td>Chocó</td><td>42,69</td></tr> <tr><td>Córdoba</td><td>25,03</td></tr> <tr><td>Cundinamarca</td><td>13,88</td></tr> <tr><td>Grupo Amazonía</td><td>38,62</td></tr> <tr><td>Huila</td><td>17,96</td></tr> <tr><td>La Guajira</td><td>32,05</td></tr> <tr><td>Magdalena</td><td>18,65</td></tr> <tr><td>Meta</td><td>25,81</td></tr> <tr><td>Nariño</td><td>23,40</td></tr> <tr><td>Norte de Santander</td><td>13,20</td></tr> <tr><td>Putumayo</td><td>19,82</td></tr> </tbody> </table>	Entidad territorial	Tasa de mortalidad infantil	Antioquia	15,05	Arauca	25,80	Atlántico	16,63	Bogotá	12,88	Bolívar	21,74	Boyacá	16,04	Caldas	13,35	Caquetá	21,52	Casanare	26,80	Cauca	21,80	Cesar	19,63	Chocó	42,69	Córdoba	25,03	Cundinamarca	13,88	Grupo Amazonía	38,62	Huila	17,96	La Guajira	32,05	Magdalena	18,65	Meta	25,81	Nariño	23,40	Norte de Santander	13,20	Putumayo	19,82			
Entidad territorial	Tasa de mortalidad infantil																																																		
Antioquia	15,05																																																		
Arauca	25,80																																																		
Atlántico	16,63																																																		
Bogotá	12,88																																																		
Bolívar	21,74																																																		
Boyacá	16,04																																																		
Caldas	13,35																																																		
Caquetá	21,52																																																		
Casanare	26,80																																																		
Cauca	21,80																																																		
Cesar	19,63																																																		
Chocó	42,69																																																		
Córdoba	25,03																																																		
Cundinamarca	13,88																																																		
Grupo Amazonía	38,62																																																		
Huila	17,96																																																		
La Guajira	32,05																																																		
Magdalena	18,65																																																		
Meta	25,81																																																		
Nariño	23,40																																																		
Norte de Santander	13,20																																																		
Putumayo	19,82																																																		

Metas	Indicadores	Valor línea de base		Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable			
Meta 13 (Corresponde a la meta 3 del PDSP, Dimensión Transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables)	Indicador de resultado	Tasa de mortalidad infantil ajustada	Quindío	12,40	2011	Nacional	DANE EEV	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS		
			Risaralda	13,68						
			San Andrés	15,33						
			Santander	14,13						
			Sucre	23,42						
			Tolima	18,97						
			Valle del Cauca	12,91						
			Nacional	17,78						
			Departamentos	Casos de mortalidad perinatal						
			Región Caribe							
Guajira	19,89									
Cesar	14,70									
Magdalena	12,37									
Santa Marta	7,88									
Atlántico	8,57									
Barranquilla	8,03									
Bolívar	10,91									
Cartagena	10,12									
Sucre	10,91									
Córdoba	15,13									
San Andrés	19,23									
Región Pacífica										
Chocó	48,08									
Valle	12,71									
Meta 13 (Corresponde a la meta 3 del PDSP, Dimensión Transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables)	Indicador de resultado	Muertes perinatales y neonatales tardías por cada 1.000 nacidos vivos			2012	Departamental	Instituto Nacional de Salud, Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIMIGILA	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS		

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable	
<p>Meta 13 (Corresponde a la meta 3 del PDSP; Dimensión Transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables)</p> <p>XIII. En 2021 se habrá disminuido la mortalidad infantil nacional a menos de 15 x 1.000 nacidos vivos</p>	<p>Muertes perinatales y neonatales tardías por cada 1.000 nacidos vivos</p> <p>Indicador de resultado</p>	Cauca	2012	Departamental	<p>Instituto Nacional de Salud, Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA</p>	<p>Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS</p>	
		20,26					
		Nariño					20,12
		Región Andina					
		Norte de Santander					16,47
		Santander					11,57
		Boyacá					17,74
		Bogotá					12,67
		Cundinamarca					11,63
		Tolima					11,83
		Huila					13,21
		Eje Cafetero					
		Antioquia					12,36
		Risaralda					12,06
		Caldas					15,18
		Quindío					16,88
		Orinoquía Amazonía					
Arauca	15,50						
Casanare	14,00						
Vichada	41,67						
Meta	12,24						
Guainía	44,67						
Vaupés	466,67						
Guaviare	20,05						

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable		
Meta 13 (Corresponde a la meta 3 del PDSP, <i>Dimensión Transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables</i>)	Indicador de gestión	Caquetá	2012	Departamental	Instituto Nacional de Salud, Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA			
		Putumayo						
		Amazonas						
		Total Colombia						
XIII. En 2021 se habrá disminuido la mortalidad infantil nacional a menos de 15 x 1.000 nacidos vivos	% de los hogares con cobertura de servicio de acueducto en áreas urbanas y rurales	Fuente de agua para beber de los hogares	2010	Urbano, rural	Encuesta nacional de Demografía y Salud, 2010	Ministerio de Medio Ambiente, Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, Departamentos y municipios		
		Acueducto público					Zona Urbana	Zona Rural
		Acueducto comunal o veredal					90.8	17.1
							0.8	42.2
XIII. En 2021 se habrá disminuido la mortalidad infantil nacional a menos de 15 x 1.000 nacidos vivos	% de los hogares con cobertura de saneamiento básico en zonas urbanas y rurales	Servicio sanitario de los hogares	2010	Urbano, rural	Encuesta nacional de Demografía y Salud, 2010	Ministerio de Medio Ambiente, Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, Departamentos y municipios		
		Inodoro a alcantarillado					Zona Urbana	Zona Rural
							91.8	21.8
		Inodoro a pozo séptico					4.8	47.2

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable	
Meta 14 (Corresponde a la meta suscrita en la Primera Conferencia Regional Latinoamericana sobre el Derecho a la Identidad y Registro Universal de Nacimiento organizado por la Organización de Estados Americanos-Paraguay 2007)	Indicador de resultado Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años registrados	97,2%	2010	Urbana	Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010	Registraduría Nacional del Estado Civil	
		94,6%	2010	Rural			
		96,5%	2010	Total			
Meta 15 (Corresponde a meta 7 del PDSP, <i>Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional</i>)	Indicador de resultado Mediana de la duración de lactancia exclusiva entre los niños nacidos en los tres años anteriores a la encuesta que viven con la madre	Mediana de duración de lactancia exclusiva, en meses	2010	Área, región	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2010	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS, ICBF	
		Total					1,8
		Área					
		Urbana					1,8
		Rural					1,7
		Región					
		Amazonía y Orinoquía					2,9
		Atlántica					0,6
		Central					1,2
		Oriental					2,7
Pacífica	2,1						
Bogotá D.C.	2,6						

Metas	Indicadores	Valor línea de base		Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable
		Entidad territorial	Porcentaje, población menor 1 año				
Meta 16 (Corresponde a meta 1 del PDSP, <i>Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles</i>) XVI. A 2021, alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional.	Cobertura (porcentaje) de menores de un año con tercera dosis de polio Indicador de resultado	Amazonas	85,6	2012	Departamental	Ministerio de Salud y Protección Social	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS
		Antioquia	88,0				
		Arauca	88,3				
		Atlántico	87,2				
		Bolívar	95,4				
		Boyacá	92,7				
		Caldas	95,5				
		Caquetá	75,4				
		Casanare	97,6				
		Cauca	90,6				
		Cesar	106,1				
		Chocó	72,2				
		Córdoba	95,4				
		Cundinamarca	82,5				
		Guainía	63,9				
		Guajira	8,8				
		Guaviare	56,5				
Huila	95,0						
Magdalena	94,5						
Meta	94,7						
Nariño	84,5						
Norte de Santander	91,7						

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable
Meta 16 (Corresponde a meta 1 del PDSP, <i>Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles</i>) XVI. A 2021, alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional.	Indicador de resultado Cobertura (porcentaje) de menores de un año con tercera dosis de DPT	Chocó	2012	Departamental	Programa MIPASOF. Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores Básicos de Salud, Colombia 2011	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS
		Córdoba				
		Cundinamarca				
		Guainía				
		Guajira				
		Guaviare				
		Huila				
		Magdalena				
		Meta				
		Nariño				
		Norte de Santander				
		Putumayo				
		Quindío				
		Risaralda				
		San Andrés				
		Santander				
		Sucre				
Tolima						
Valle del Cauca						
Vaupés						
Vichada						
Bogotá						
Total Nacional	87,96					

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable		
Meta 16 (Corresponde a meta 1 del PDS, <i>Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles</i>)	XVI. A 2021, alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional.	Indicador de resultado	2010	Departamental	Programa MIPASOF. Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores Básicos de Salud, Colombia 2011	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS		
							Amazonas	79,38
							Antioquia	76,25
							Arauca	63,8
							Atlántico	54,72
							Bolívar	64,64
							Boyacá	79,3
							Caldas	65,11
							Caquetá	89,49
							Casanare	92,59
							Cauca	76,24
							Cesar	104,75
							Chocó	74,42
							Córdoba	92,84
							Cundinamarca	54,67
							Guainía	76,9
							Guajira	63,39
							Guaviare	52,81
							Huila	86,85
							Magdalena	84,5
Meta	90,01							
Nariño	69,5							
Norte de Santander	85,76							
Putumayo	79,6							
Quindío	78,2							
Risaralda	79,7							

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable
Meta 16 (Corresponde a meta 1 del PDSP <i>Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles</i>)	XVI. A 2021, alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional.	Cobertura (porcentaje) de menores de un año que recibieron vacuna BCG	San Andrés 70,81	Departamental	Programa MIPAIOSOF. Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores Básicos de Salud, Colombia 2011	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS
			Santander 91,43 Sucre 91,55 Tolima 84,35 Valle del Cauca 85,17 Vaupés 69,43 Vichada 49,08 Bogotá 100,84 Total Nacional 83,54			
	Cobertura (porcentaje) de menores de un año que recibieron vacuna contra Hepatitis B	Indicador de resultado	Amazonas 76,82 Antioquia 76,66 Arauca 79,66 Atlántico 75,95 Bolívar 85,98 Boyacá 91,36 Caldas 70,12 Caquetá 89,19 Casanare 95,21 Cauca 91,03 Cesar 107,69 Chocó 64,91 Córdoba 97,4 Cundinamarca 76,8 Guainía 65,11 Guajira 87,15 Guaviare 65,42 Huila 89,98			

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable	
Meta 16 (Corresponde a meta 1 del PDSP; <i>Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles</i>) XVI. A 2021, alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional.	Indicador de resultado Cobertura (porcentaje) de menores de un año que la tercera dosis de Hib	Cauca	2010	Departamental	Programa MIPASOF. Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores Básicos de Salud, Colombia 2011	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS	
		Cesar					91,03
		Chocó					107,69
		Córdoba					64,90
		Cundinamarca					97,40
		Guainía					76,73
		Guajira					65,11
		Guaviare					87,17
		Huila					65,42
		Magdalena					90,02
		Meta					95,34
		Nariño					95,76
		Norte de Santander					72,27
		Putumayo					91,02
		Quindío					88,52
		Risaralda					80,45
		San Andrés					77,88
Santander	77,07						
Sucre	93,09						
Tolima	96,91						
Valle del Cauca	89,04						
Vaupés	95,06						
Vichada	74,23						
Bogotá	70,44						
Total Nacional	94,12						
		87,96					

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable																																																
<p>Meta 17 (corresponde a la meta 10 del PDSP; Dimensión Grupos Diferenciales de Población)</p> <p>XVII. A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de promoción de la salud materna, prevención, atención y vigilancia de las anomalías congénitas.</p>	<p>Indicador de resultado</p> <p>Notificación de casos de anomalías congénitas por departamento de procedencia, 2011.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Casos notificados</th> <th>Departamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Amazonas</td><td>3</td></tr> <tr><td>Antioquia</td><td>168</td></tr> <tr><td>Arauca</td><td>65</td></tr> <tr><td>Atlántico</td><td>9</td></tr> <tr><td>Barranquilla</td><td>3</td></tr> <tr><td>Bogotá</td><td>339</td></tr> <tr><td>Bolívar</td><td>18</td></tr> <tr><td>Boyacá</td><td>12</td></tr> <tr><td>Caldas</td><td>51</td></tr> <tr><td>Caquetá</td><td>31</td></tr> <tr><td>Cartagena</td><td>51</td></tr> <tr><td>Casanare</td><td>9</td></tr> <tr><td>Cauca</td><td>164</td></tr> <tr><td>Cesar</td><td>32</td></tr> <tr><td>Córdoba</td><td>23</td></tr> <tr><td>Cundinamarca</td><td>42</td></tr> <tr><td>Guainía</td><td>1</td></tr> <tr><td>Guajira</td><td>10</td></tr> <tr><td>Guaviare</td><td>3</td></tr> <tr><td>Huila</td><td>75</td></tr> <tr><td>Magdalena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Meta</td><td>60</td></tr> <tr><td>Nariño</td><td>128</td></tr> </tbody> </table>	Casos notificados	Departamento	Amazonas	3	Antioquia	168	Arauca	65	Atlántico	9	Barranquilla	3	Bogotá	339	Bolívar	18	Boyacá	12	Caldas	51	Caquetá	31	Cartagena	51	Casanare	9	Cauca	164	Cesar	32	Córdoba	23	Cundinamarca	42	Guainía	1	Guajira	10	Guaviare	3	Huila	75	Magdalena	5	Meta	60	Nariño	128	2011	Departamental	<p>SVIGILA, Instituto Nacional de Salud (INS)</p>	<p>Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS</p>
		Casos notificados	Departamento																																																			
		Amazonas	3																																																			
		Antioquia	168																																																			
		Arauca	65																																																			
		Atlántico	9																																																			
		Barranquilla	3																																																			
		Bogotá	339																																																			
		Bolívar	18																																																			
		Boyacá	12																																																			
		Caldas	51																																																			
		Caquetá	31																																																			
		Cartagena	51																																																			
		Casanare	9																																																			
		Cauca	164																																																			
		Cesar	32																																																			
		Córdoba	23																																																			
Cundinamarca	42																																																					
Guainía	1																																																					
Guajira	10																																																					
Guaviare	3																																																					
Huila	75																																																					
Magdalena	5																																																					
Meta	60																																																					
Nariño	128																																																					

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable	
Meta 17 (corresponde a la meta 10 del PDSP, Dimensión Grupos Diferenciales de Población)	XVII. A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de promoción de la salud materna, prevención, atención y vigilancia de las anomalias congénitas.	Indicador de resultado	Notificación de casos de anomalias congénitas por departamento de procedencia, 2011.	Norte de Santander Putumayo Risaralda San Andrés Santa Marta Santander Sucre Tolima Valle Vichada Sin dato Total nacional	2011	Departamental	SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS
Meta 17 (corresponde a la meta 10 del PDSP, Dimensión Grupos Diferenciales de Población)	Indicador de gestión	78,8%	2012	Departamentos, municipios	Análisis de los Planes de Desarrollo Departamentales, Estrategia Hechos y Derechos, Procuraduría General de la Nación y UNICEF 2013.	Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades territoriales de salud, Empresas Gestoras de Salud, IPS	
Meta 17 (corresponde a la meta 10 del PDSP, Dimensión Grupos Diferenciales de Población)	Porcentaje de departamentos que incluyen en sus planes de desarrollo, programas y proyectos para garantizar el acceso por parte de adolescentes y jóvenes a información y servicios de salud sexual y reproductivos	78,8%	2012	Departamentos, municipios	Análisis de los Planes de Desarrollo Departamentales, Estrategia Hechos y Derechos, Procuraduría General de la Nación y UNICEF 2013.	Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación, Departamentos y Municipios.	

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable
<p>XVIII. A 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizarán que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos)</p> <p>Meta 18 (corresponde a la meta 3 de la Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos)</p>	<p>Indicador de resultado</p> <p>Proporción de niños, niñas y adolescentes escolarizados, de los municipios focalizados por el MEN que reciben educación para la sexualidad</p>	14.35%	2012	Departamentos, municipios	<p>Sistema de Información del PESCC del Ministerio de Educación. Tomado del Sistema de Información de UNFPA (http://sispro.unfpa.org.co/bd_limb_d.php?id_indicador=39&opcm=1)</p>	Ministerio de Educación y demás actores sector educación
<p>XIX. A 2021 Colombia consolida y desarrolla el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en todo el territorio nacional</p> <p>Meta 19 (corresponde a la meta 7 de la Dimensión Fortalecimiento de la autoridad sanitaria)</p>	<p>Indicador de gestión</p> <p>Número y porcentaje de Unidades Primarias Generadoras de Datos del sistema de vigilancia de eventos de interés en salud pública</p>	<p>93.77 %</p> <p>4716 de 5029 Unidades Primarias Generadoras de Datos.</p>	Semana epidemiológica 41 de 2013 (6 al 12 de Octubre 2013)	Nacional	<p>Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana 41 de 2013.</p>	Instituto Nacional de Salud

Metas	Indicadores	Valor línea de base	Año	Nivel de desagregación	Fuentes de información	Entidad/actor responsable
<p>XX. A 2021, Colombia consolidará el sistema de información integrado y los observatorios de salud pública, utilizado como la fuente única de información en salud por las Entidades Territoriales, las aseguradoras o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud, y los organismos de control</p> <p>Meta 20 (Corresponde a la Meta 3 del PDSP; <i>Dimensión Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria</i>)</p>	<p>Indicador de gestión</p> <p>Funcionamiento del sistema de información integrado y de los observatorios de salud pública utilizando fuentes únicas de información</p>	<p>Proceso en marcha, línea de base aún no disponible</p>	2013	Nacional	<p>Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, aseguradoras de salud, prestadores de servicios de salud</p>
<p>XXI. A 2021, el 80% de los municipios del país operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.</p> <p>Meta 21. (Corresponde a la Meta 15 del PDSP; <i>Dimensión Convivencia social y salud mental</i>)</p>	<p>Indicador de gestión</p> <p>Porcentaje de municipios del país que operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar</p>	<p>Línea de base no disponible. La información está siendo recopilada por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social</p>	2013	Municipal	<p>Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social</p>

> ANEXO 3B <

Matriz de Monitoreo del Plan Nacional de Salud Primeros Mil Días de Vida (II)

> **Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para hacer seguimiento a las intervenciones de probada eficacia en la salud materna e infantil**

La matriz de monitoreo presentada anteriormente incorpora en su mayoría indicadores de resultado e impacto que hacen referencia a cambios en la situación de mujeres, hombres, niños, niñas y familias como resultado de intervenciones de política pública que buscan mejorar las condiciones de vida de la población. El seguimiento a la implementación del plan a través de los indicadores de resultado presentados en la matriz de monitoreo, es indispensable para contar con información contundente acerca de cómo se está incidiendo sobre la vida de la población objeto. No obstante, también resulta útil incluir herramientas que permitan hacer un seguimiento a los procesos institucionales, y de gestión pública, que se llevan a cabo en los territorios en el marco de la implementación del plan. El monitoreo en estos dos niveles permite hacer un seguimiento periódico tanto a los procesos y al accionar de los portadores de obligaciones, como a los resultados y al impacto sobre los titulares de derechos. Así mismo, el monitoreo en estos dos niveles facilitará hacerle un seguimiento periódico al plan, ya que las fuentes de información para algunos indicadores de gestión tienen una mayor periodicidad que algunos de los indicadores de impacto que se recopilan a través de instrumentos como encuestas o censos que se realizan con una menor periodicidad.

En línea con lo anterior, el cuadro a continuación presenta herramientas para el seguimiento de un conjunto de intervenciones prioritarias que aparecen reseñadas en el marco estratégico del presente documento. En la primera y segunda columnas de la izquierda se presenta el número y la actividad que se pretende monitorear, de acuerdo con la numeración correspondiente a las actividades establecidas en el marco estratégico del presente documento. En la tercera columna se presenta un conjunto de preguntas que deben ser respondidas con información cualitativa y cuantitativa, utilizando las fuentes de información disponibles en el nivel territorial. Para diligenciar la siguiente columna, se debe identificar cuál ha sido el avance en la implementación de la actividad bajo análisis y se debe marcar la casilla que corresponda a la realidad: avance Nulo (no se ha dado inicio a la implementación de la actividad); Bajo (se han realizado algunas gestiones iniciales en la implementación de la actividad); Medio (se ha avanzado en la implementación de la actividad pero aún no se puede considerar completa su implementación) o Alto (se ha avanzado sustancialmente en la implementación de la actividad y se puede dar cuenta de resultados obtenidos).

Las preguntas de monitoreo y los indicadores de gestión deben ser utilizados de forma complementaria a los indicadores de resultado, para proporcionar la información necesaria para la realización de los ejercicios de seguimiento y rendición de cuentas del Plan de Salud Primeros Mil Días de vida.

Avance en la implementación de la actividad
(marque con una X la categoría que aplique, verificando la explicación que se proporciona en los pies de página correspondientes)

Nº de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo ⁴⁰	Bajo ⁴¹	Medio ⁴²	Alto ⁴³
Área 1: Fortalecer la gestión de la política pública nacional y territorial para la salud en los primeros mil días de vida, en el marco de las políticas públicas de salud y de primera infancia.						
1.1	Definir y aprobar fuentes de financiamiento y flujo de recursos para la gestión del plan de salud en los primeros mil días de vida, incluyendo la etapa pre-gestacional.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se han definido en el nivel nacional y territorial las fuentes de financiamiento para la gestión del Plan de Salud? (si/no/parcialmente) ¿Se han aprobado en el nivel nacional y territorial las fuentes de financiamiento para la gestión del Plan de Salud? (si/no/parcialmente) Si respondió no o parcialmente, por favor explique su respuesta 				
1.2	Incorporar las metas, líneas de acción, estrategias y actividades del Plan de Salud en los Primeros Mil Días de Vida, al interior de los planes territoriales de Salud Pública 2012-2021 y armonizar las actividades con la Ruta Integral de Atenciones de la Estrategia de Cero a Siempre.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se han incorporado las metas y líneas de acción del Plan de Salud en los Primeros Mil Días de Vida en los planes territoriales de salud? (si/no/parcialmente) Por favor describa las acciones sectoriales e intersectoriales que se han realizado para incorporar las metas, líneas de acción, estrategias y actividades del Plan de Salud en los Primeros Mil Días de Vida en los planes territoriales de salud. 				

⁴⁰ Nulo (no se ha dado inicio a la implementación de la actividad).

⁴¹ Bajo (se han realizado algunas gestiones iniciales en la implementación de la actividad).

⁴² Medio (se ha avanzado en la implementación de la actividad pero aún no se puede considerar completa su implementación).

⁴³ Alto (se ha avanzado sustancialmente en la implementación de la actividad y se puede dar cuenta de resultados obtenidos).

Avance en la implementación de la actividad
(marque con una X la categoría que aplique, verificando la explicación que se proporciona en los pies de página correspondientes)

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
1.4	Implementar planes territoriales para prevención, atención y vigilancia de defectos congénitos y prevención y detección de la discapacidad iniciando desde los primeros mil días de vida.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se ha implementado el Plan Intersectorial para la prevención, atención y vigilancia de defectos congénitos? (si/no/parcialmente) En caso de haber respondido no o parcialmente, explique su respuesta y en la medida de lo posible, especifique qué acciones se han tomado para iniciar la implementación del Plan Intersectorial. ¿Se ha implementado el Plan para la Prevención y Detección de la Discapacidad? (si/no/parcialmente) Las acciones realizadas en el marco de este Plan para la Prevención y Detección de la Discapacidad, ¿contemplan los primeros mil días de vida? 				
1.5	Abogacía y alianzas para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar contra las mujeres y la infancia iniciando desde los primeros mil días de vida.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se han realizado acciones de abogacía y se ha avanzado en la creación de alianzas para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar contra las mujeres y la infancia? (si/no/parcialmente) En caso de haber respondido no o parcialmente, especifique qué acciones se han tomado para la implementación de esta actividad. 				

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
1.6	Abogacía y alianzas intersectoriales para la prevención del embarazo adolescente, el embarazo no planeado y las complicaciones derivadas de estos.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se han realizado acciones de abogacía y se ha avanzado en la creación de alianzas para la prevención del embarazo adolescente, el embarazo no planeado? (si/no/parcialmente) En caso de haber respondido no o parcialmente, especificar qué acciones se han tomado para la implementación de esta 				
1.7	Diseñar e implementar protocolos de detección, prevención y atención integral de las violencias de género y/o sexuales contra las mujeres, incluyendo el periodo de gestación, en coordinación con los sectores de justicia y protección, en el marco de la Ley 1257 de 2008 sobre violencia contra las mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se han diseñado protocolos de detección, prevención y atención integral de las violencias de género y/o sexuales contra las mujeres, en coordinación con los sectores de justicia y protección? (si/no/parcialmente) En caso de haber respondido no o parcialmente, especificar qué acciones se han tomado para el diseño y para la implementación de los protocolos especificados. 				
1.9	Priorizar en la asignación del gasto nacional y territorial, presupuestos para garantizar infraestructura y dotación sanitaria, recurso humano y de tecnologías en salud obstétrica y neonatal básica y de emergencias en todas las instituciones prestadoras de atención materna e infantil conforme a su nivel de complejidad.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se ha priorizado en el presupuesto territorial la asignación de recursos para garantizar infraestructura y dotación sanitaria, recurso humano y de tecnologías en salud obstétrica y neonatal básica y de emergencias en todas las instituciones prestadoras de atención materna e infantil conforme a su nivel de complejidad? (si/no/parcialmente) Con respecto al período anterior, ¿ha aumentado el presupuesto público para los rubros anteriormente mencionados? 				

Avance en la implementación de la actividad
(marque con una X la categoría que aplique, verificando la explicación que se proporciona en los pies de página correspondientes)

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Avance en la implementación de la actividad			
			Nulo	Bajo	Medio	Alto
1.10	Formular la Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud, y su implementación en todas las instituciones prestadoras de atención materna e infantil.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se ha formulado la Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud? ¿Se ha implementado la Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud en todas las instituciones prestadoras de atención materna e infantil en su territorio? (si/no/parcialmente) En caso de haber respondido no o parcialmente, especificar qué acciones se han tomado en el marco de la implementación de la Política. 				
1.12	Incluir al grupo poblacional de madres, neonatos y menores de dos años en los Planes Sectoriales de Gestión Integral del Riesgo de Desastres, acorde con la Dimensión de Salud Pública ante Emergencias y Desastres del PDSP.	<ul style="list-style-type: none"> Los Planes Sectoriales de Gestión Integral del Riesgo de Desastres ¿incluyen al grupo poblacional de madres, neonatos y menores de tres años? (si/no/parcialmente) En caso de haber respondido no o parcialmente, especificar qué acciones se han tomado para lograr la inclusión de las madres, neonatos y menores de 3 años en los Planes Sectoriales de Gestión Integral del Riesgo de Desastres. 				
1.13	Las entidades territoriales de salud y las IPS implementan el Plan de salud para los Primeros Mil Días de vida, con énfasis en la atención calificada del parto, el post-parto, el periodo neonatal y los dos primeros años de edad, dando prioridad a los grupos vulnerables del país.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué porcentaje de las IPS en su departamento o municipio están implementando el Plan de Salud para los Primeros Mil Días de Vida? ¿Cómo calificaría la gestión del promedio de las IPS en su departamento o municipio con respecto a la implementación del Plan de Salud para los Primeros Mil Días de Vida? 				

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
Área 2. Fortalecimiento de servicios de salud materna e infantil y mejorar el acceso y la atención integral de la salud con calidad, continuidad y enfoque diferencial, en los primeros mil días de vida.						
2.2	Capacitación periódica del recurso humano de salud para la atención integral, continua y de calidad durante la etapa pre-concepcional con énfasis en la atención a adolescentes y jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio, ¿se ofrece capacitación periódica al recurso humano de salud para la atención integral, continua y de calidad durante la etapa pre-concepcional con énfasis en la atención a adolescentes y jóvenes? 				
2.3	Fortalecer y ampliar la cobertura y calidad de los Servicios Amigables de Salud (SAS) para la atención integral en salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en todo el territorio nacional.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio, ¿en el último periodo se ha ampliado la cobertura de los Servicios Amigables de Salud (SAS) para la atención integral en salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes? En su departamento o municipio, ¿en el último periodo se han tomado medidas para mejorar la calidad de los Servicios Amigables de Salud (SAS) para la atención integral en salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes? Describa las medidas tomadas. 				
2.5	Asegurar la toma sistemática de hemoglobina en las mujeres entre 13 y 49 años en las áreas urbanas y rurales	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio ¿es una práctica común que a las mujeres entre 13 y 49 años que asisten a consulta en los servicios de salud, se les haga sistemáticamente una prueba de hemoglobina? (si/no/parcialmente) ¿Las aseguradoras de salud cubren este servicio? 				

Avance en la implementación de la actividad
(marque con una X la categoría que aplique, verificando la explicación que se proporciona en los pies de página correspondientes)

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
2.7	<p>Diseñar e implementar en todos los servicios de salud, protocolos y rutas de atención para la atención del control prenatal básico y la atención de situaciones especiales como morbilidad materna grave, interrupción voluntaria del embarazo-IVE, gestantes víctimas de violencia intrafamiliar y violencia sexual, trastornos psicosociales, malnutrición, adolescentes gestantes y gestantes en situaciones de emergencia o desastre, en el marco del sistema de la protección social, bajo los estándares de calidad que se requieran.</p>	<p>En su departamento o municipio ¿se han diseñado e implementado protocolos y rutas de atención para la atención de control prenatal básico y la atención de las siguientes situaciones especiales?</p> <ul style="list-style-type: none"> • morbilidad materna grave • interrupción voluntaria del embarazo-IVE • gestantes víctimas de violencia intrafamiliar y violencia sexual • trastornos psicosociales • malnutrición • adolescentes gestantes • gestantes en situaciones de emergencia o desastre 				
2.11	<p>Diseñar e implementar estrategias institucionales y comunitarias para la captación de las gestantes en el primer trimestre de embarazo y la adherencia a los controles prenatales con énfasis en grupos poblacionales vulnerables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En su departamento o municipio ¿se han diseñado e implementado estrategias institucionales y comunitarias para la captación de las gestantes en el primer trimestre de embarazo y la adherencia a los controles prenatales? Por favor describa estas estrategias. • ¿Para la implementación de estas estrategias se ha priorizado a los grupos poblacionales vulnerables? 				

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
2.12	Valorar la salud oral de cada mujer gestante y atenderla de manera integral y oportuna	<ul style="list-style-type: none"> • En su departamento o municipio ¿se han diseñado e implementado acciones específicamente orientadas a valorar la salud oral de las mujeres gestantes y ofrecerles atención integral y oportuna? (si/no/parcialmente) • Describa las principales acciones en salud oral para la mujer gestante que se desarrollan en su departamento o municipio. 				
2.13	Fortalecer la vacunación de las gestantes en el control prenatal y el registro respectivo en el carné materno.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se aplican rutinariamente las vacunas a las mujeres gestantes en el marco de sus controles prenatales? • ¿Se lleva un registro de cada vacuna en el carné materno? • ¿Qué porcentaje de las IPS de su departamento o municipio realiza las acciones de vacunación a las mujeres gestantes a cabalidad? 				
2.14	Garantizar la disponibilidad de la Prueba voluntaria para VIH-Sida y la asesoría respectiva, en todos los servicios de salud que prestan control prenatal.	<ul style="list-style-type: none"> • En su departamento o municipio, ¿todas las IPS disponen de pruebas voluntarias para VIH-Sida? (si/no/parcialmente) • En su departamento o municipio, ¿todas las IPS dan asesoría para la toma de la prueba voluntaria de VIH-Sida? (si/no/parcialmente) • Si respondió no o parcialmente, por favor explique su respuesta. 				

Avance en la implementación de la actividad
(marque con una X la categoría que aplique, verificando la explicación que se proporciona en los pies de página correspondientes)

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Avance en la implementación de la actividad			
			Nulo	Bajo	Medio	Alto
2.15	Fortalecer la vigilancia nutricional de la gestante y la activación de la ruta de atención específica en caso de signos de alarma, refiriendo al ICBF y entidades responsables para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio ¿se realizan acciones para vigilar el estado nutricional de la gestante? ¿En las IPS conocen y saben cómo activar la ruta de atención específica para referir al ICBF y otras entidades responsables los casos que generan signos de alarma? ¿Cuántas mujeres han sido referidas en el último año? 				
2.19	Capacitar al recurso humano de salud en la estrategia para la prevención de la transmisión perinatal de VIH-Sida y sífilis congénita y en el manejo integral de la sífilis gestacional, acorde con el Plan Nacional para la prevención y control de la sífilis gestacional y congénita.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio, ¿se han desarrollado en el último año acciones de capacitación para el recurso humano de salud en la estrategia para la prevención de la transmisión perinatal de VIH-Sida y sífilis congénita y en el manejo integral de la sífilis gestacional? ¿Cuántos talleres o procesos de capacitación se han desarrollado en el último año en su territorio? 				
2.20	Implementar y fortalecer la capacidad de los actores del Sistema General de Seguridad Social en salud para implementar programas madre canguro, PMC, en las modalidades hospitalarias y ambulatorias, como método de atención del neonato prematuro o de bajo peso al nacer, BPN.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio ¿se han desarrollado en el último año acciones de capacitación para los actores del Sistema General de Seguridad Social en salud para implementar programas de madre canguro? ¿Se dispone de material pedagógico para este fin (cartillas, libros, videos, entre otros)? ¿Cuántos talleres o procesos de capacitación se han desarrollado en el último año en su territorio? 				

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
2.23	Fortalecer la suficiencia y las competencias del recurso humano de salud para el uso adecuado de medidas esenciales de atención obstétrica y neonatal (Atención Obstétrica esencial Básica, Atención Obstétrica de emergencias Básica y Atención Obstétrica de Emergencia Integral, Atención Neonatal esencial básica y de emergencias) conforme a la normatividad vigente.	<ul style="list-style-type: none"> • En su departamento o municipio ¿se han desarrollado en el último año acciones de capacitación para el recurso humano de salud para el uso adecuado de medidas de atención obstétrica y neonatal? • ¿Se dispone de material pedagógico para este fin (cartillas, libros, videos, entre otros)? • ¿Cuántos talleres o procesos de capacitación en esta temática se han desarrollado en el último año en su territorio? 				
2.24	Implementar el parto intercultural y adecuar los servicios de maternidad para su efecto, respetando la decisión de las mujeres sobre la posición del parto y la compañía del padre o de una persona significativa que ella elija.	<ul style="list-style-type: none"> • En su departamento o municipio ¿se han adecuado los servicios de maternidad para la implementación del parto intercultural? (si/no/parcialmente) • ¿Se les permite a las mujeres tomar una decisión sobre la posición del parto? (si/no/parcialmente) • ¿Se les permite a las mujeres contar con la compañía del padre u otra persona durante el parto? (si/no/parcialmente) • Si respondió no o parcialmente a alguna de estas preguntas, por favor explique su respuesta. 				

Avance en la implementación de la actividad
(marque con una X la categoría que aplique, verificando la explicación que se proporciona en los pies de página correspondientes)

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
2.25	Fortalecer la vigilancia médica institucional de las madres y sus recién nacidos durante las 24 horas siguientes al parto, la atención ambulatoria del puerperio al tercer día del parto, y del recién nacido al tercero y séptimo día de vida, haciendo énfasis en los grupos con difícil acceso a los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio ¿se realiza la vigilancia médica durante las 24 horas siguientes al parto para todas las mujeres, incluyendo poblaciones vulnerables? (si/no/parcialmente) ¿Se proporciona atención ambulatoria del puerperio al tercer día del parto? (si/no/parcialmente) ¿Se proporciona atención ambulatoria del recién nacido al tercero y al séptimo día de vida para todos los recién nacidos, incluyendo poblaciones vulnerables? (si/no/parcialmente) Si respondió no o parcialmente, por favor explique las respuestas. 				
2.27	Mejorar la calidad de la atención neonatal esencial básica (Ayudando a los bebés a respirar, ABR, y protocolo para la acción en el «minuto de oro», pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto inmediato piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de nacido), y atención de emergencia de acuerdo a las normas de atención y Guías de Práctica Clínica.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio ¿se han tomado acciones concretas para la implementación de las siguientes medidas?: <ul style="list-style-type: none"> o pinzamiento tardío del cordón umbilical o contacto inmediato piel a piel o inicio de la lactancia materna en la primera hora de nacido o atención de emergencia (incluyendo Guía de atención Ayudando a los bebés a respirar, ABR y protocolo para la acción en el «minuto de oro»). Responda si/no/parcialmente y explique su respuesta.				

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
2.29	Reglamentar el alojamiento conjunto madre-hija/o y permitir el acompañamiento continuo del padre o de la persona que la mujer decida, antes del egreso de la institución de salud.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio ¿se ha reglamentado el alojamiento conjunto de la madre con su recién nacido? (si/no/parcialmente) ¿Se permite el acompañamiento continuo del padre o de la persona que la mujer decida, antes del egreso de la institución de salud? (si/no/parcialmente) 				
2.31	Garantizar la atención del recién nacido con defectos congénitos según el Plan Intersectorial para la prevención, atención y vigilancia de defectos congénitos.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio ¿se presta de forma rutinaria atención del recién nacido con defectos congénitos? (si/no/parcialmente) 				
2.32	Desarrollar articuladamente las estrategias IAMI y AIEPI incluyendo sus componentes clínicos y comunitarios en todas las entidades territoriales de salud del país.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio, ¿se desarrolla la estrategia IAMI? (si/no/parcialmente) ¿Se desarrolla la estrategia AIEPI? (si/no/parcialmente) ¿Estas dos estrategias se desarrollan de forma articulada? (si/no/parcialmente) Si respondió no o parcialmente, por favor explique su respuesta. 				
2.33	Capacitar al recurso humano de salud que atiende niñas y niños recién nacidos, en la resucitación neonatal particularmente en escenarios de pocos recursos	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio, ¿se han realizado talleres u ejercicios de capacitación en resucitación neonatal dirigidos al recurso humano en salud? (si/no/parcialmente). Por favor explique su respuesta ¿En qué porcentaje de las IPS de su territorio se cuenta con personal capacitado en resucitación neonatal? 				

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
2.36	<p>Aumentar las competencias y la disponibilidad de recurso humano calificado⁴⁴ para la promoción, prevención y atención de la salud y la nutrición de las madres en lactancia, y el crecimiento y el desarrollo⁴⁵ de las niñas y niños menores de dos años de edad, tanto en la modalidad intramural⁴⁶ como extramural⁴⁷, garantizando la continuidad de la atención, la pertinencia étnica y territorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio, ¿en el último año se han desarrollado acciones de capacitación del recurso humano en salud, dirigidas a fortalecer las competencias para promoción, prevención y atención de la salud y la nutrición de las gestantes y las madres en lactancia, y el crecimiento y el desarrollo de las niñas y niños menores de tres años? (si/no/parcialmente) ¿Considera usted que en el departamento o municipio se cuenta con el suficiente personal capacitado para el desarrollo de las acciones anteriormente mencionadas? (si/no/parcialmente) Por favor explique sus respuestas 				
2.37	<p>Fortalecer los programas de Crecimiento y Desarrollo en todas las instituciones prestadoras de salud, de acuerdo a la ruta Integral de Atenciones de la estrategia «De Cero a Siempre» (articulando sus cinco ejes estructurantes: cuidado y crianza, salud, alimentación y nutrición, recreación, educación inicial, participación y el ejercicio de la ciudadanía).</p>	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio, ¿se han implementado acciones para fortalecer los programas de crecimiento y desarrollo en las IPS? Por favor describa las principales acciones. ¿Estas acciones han estado guiadas por lo estipulado en la ruta integral de atenciones de la estrategia «De Cero a Siempre»? 				

Avance en la implementación de la actividad
(marque con una X la categoría que aplique, verificando la explicación que se proporciona en los pies de página correspondientes)

⁴⁴ Según competencias técnico-científicas estipuladas en la Resolución 1441 de 2013, Ministerio de Salud y Protección Social.

⁴⁵ Teniendo presentes las cinco dimensiones del desarrollo: corporal, cognitiva, del lenguaje, emocional y social.

⁴⁶ Se refiere a la atención hospitalaria y ambulatoria que se realiza en una misma estructura de salud. Resolución 1441 de 2013, Ministerio de Salud y Protección Social.

⁴⁷ Se refiere a espacios no destinados a la salud (incluye atención domiciliaria) o espacios de salud en zonas de difícil acceso, Resolución 1441 de 2013, Ministerio de Salud y Protección Social.

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
2.41	Fortalecer las capacidades del recurso humano de salud para la identificación oportuna de condiciones de discapacidad, la prevención de la sordera y la retinopatía en niñas y niños prematuros y la remisión a tratamiento especializado del 100% de los identificados.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio, ¿en el último año se han desarrollado acciones de capacitación del recurso humano en salud, dirigidas a: <ul style="list-style-type: none"> Identificación oportuna de condiciones de discapacidad Prevención de la retinopatía en niñas y niños prematuros Remisión de los casos identificados para tratamiento especializado? (si/no/parcialmente) <p>Por favor explique su respuesta</p>				
2.45	Reactivar y fortalecer las acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en todas las entidades territoriales de salud y servicios de salud con atención materna e infantil (IAM), Bancos de Leche, consejería en lactancia materna) y promover las Salas Amigas de la familia lactante en el nivel comunitario y empresarial.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio, ¿durante el último año se han tomado medidas específicas para fortalecer la lactancia materna en los servicios de salud con atención materna e infantil? (si/no/parcialmente) Describa las principales medidas tomadas con este fin. ¿En su departamento o municipio operan bancos de leche? ¿Cuántos? En su departamento o municipio ¿existen salas amigas de la familia lactante en el nivel comunitario o empresarial? ¿Cuántas salas amigas de la familia lactante están en funcionamiento? 				

Avance en la implementación de la actividad
(marque con una X la categoría que aplique, verificando la explicación que se proporciona en los pies de página correspondientes)

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades				
		Nulo	Bajo	Medio	Alto	
2.51	Fortalecer la implementación nacional y territorial de los programas y estrategias dirigidas a favorecer la salud materna, neonatal e infantil desde antes de la gestación (Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, Prevención de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, IAMI, Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional en los Primeros Dos Años de la Lactancia Materna en medio laboral y comunitario, Sueño Seguro, Programa Madre Canguro, Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, Entornos saludables) y demás estrategias definidas en las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021.					
	<p>Describa los principales avances que se han logrado en la implementación de los siguientes programas y estrategias en su territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI • Programa Madre Canguro • Estrategias Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, IAMI • Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI • Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional en los Primeros Dos Años • Salas Amigas de la Lactancia Materna en medio laboral y comunitario • Prevención de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita • Sueño Seguro • Entornos saludables • Otras (especificar) 					
Área 3. Promover la participación de los papás, familias y comunidades en la salud durante los Primeros Mil Días de vida.						
3.2	Incorporar sistemáticamente en los programas, proyectos y actividades de promoción y prevención, la información y educación a hombres y mujeres sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres.					
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha incorporado información y educación a hombres y mujeres sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en los programas, proyectos y actividades de promoción y prevención en su territorio? (si/no/parcialmente) • ¿Qué ejemplos puede citar en que se haya incorporado información y educación sobre derechos sexuales y reproductivos en los programas, proyectos y actividades de promoción y prevención? 					

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
3.5	Aumentar mecanismos para la capacitación y participación de hombres y mujeres de la comunidad dirigida a la prevención y detección del maltrato, la violencia intrafamiliar y el abuso sexual contra las mujeres en etapa reproductiva, las niñas y niños.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se han implementado en su departamento o municipio nuevas iniciativas para la capacitación y promoción de la participación de la comunidad en la prevención y detección del maltrato, la violencia y el abuso contra mujeres en etapa reproductiva, niños y niñas? (si/no/parcialmente) • ¿Qué ejemplos puede citar al respecto? 				
3.8	Crear y fortalecer comités locales para la vigilancia de la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna, perinatal, y neonatal, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho al desarrollo integral de la primera infancia.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen en su departamento o municipio comités locales para la vigilancia de la morbilidad materna grave y la mortalidad materna, perinatal y neonatal? ¿Cuántos? • ¿En el último año se han realizado acciones tendientes a fortalecer la labor que realizan dichos comités? 				
3.9	Crear e incorporar comités de participación comunitaria, que co-gestionen la salud en los primeros Mil Días de vida en el marco de los planes territoriales de salud y la política de primera infancia (Mesas de infancia de los Consejos de Política Social), y que participen en los procesos de rendición pública de cuentas.	<ul style="list-style-type: none"> • En su departamento o municipio ¿se han creado comités de participación comunitaria que co-gestionen la salud en los primeros mil días de vida? ¿Cuáles son las principales funciones que desempeñan estos comités? • ¿Estos comités participan en los procesos de rendición pública de cuentas? 				

Avance en la implementación de la actividad
(marque con una X la categoría que aplique, verificando la explicación que se proporciona en los pies de página correspondientes)

N° de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Avance en la implementación de la actividad			
			Nulo	Bajo	Medio	Alto
3.13	Capacitar, actualizar y dar asistencia técnica periódica a los grupos comunitarios de apoyo que hacen parte de las estrategias IAMI, AIEPI neonatal y comunitario, para garantizar el cuidado integral y <i>continuo</i> de las madres y sus niñas y niños menores de dos años de vida y el desarrollo integral de la primera infancia.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio, ¿se ha ofrecido capacitación y asistencia técnica a los grupos comunitarios de apoyo que hacen parte de las estrategias IAMI, AIEPI neonatal y comunitario? ¿Cuántos talleres o eventos de capacitación se han realizado con este fin en el último año? 				
3.14	Diseñar mecanismos y estrategias de articulación del sector de la salud con las modalidades de educación inicial que implementa el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ⁴⁸ , con el fin de fortalecer la atención integral a la primera infancia y la transición armoniosa a las siguientes edades.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Los programas y modalidades de educación inicial del ICBF operan de forma articulada con el sector salud? En su departamento o municipio, ¿se han diseñado mecanismos y estrategias de articulación del sector de la salud con las modalidades de educación inicial que implementa el ICBF? ¿Las modalidades incluyen los Grupos FAMI? ¿Cuáles y cuántos mecanismos de articulación se han desarrollado en el último año? Por favor explique su respuesta. 				
Área 4. Gestión del conocimiento para la acción y la rendición de cuentas de la salud en los primeros mil días de vida.						
4.2	Incorporar la información e indicadores de salud de la etapa pre-concepcional en las bases de datos de los sistemas regulares de información en salud ⁴⁹ .	<ul style="list-style-type: none"> Las bases de datos de los sistemas regulares de información en salud del departamento o municipio ¿han incorporado la información e indicadores de salud de la etapa pre-concepcional? (sí/no/parcialmente) Mencione cuáles son los nuevos indicadores relacionados con la etapa pre-concepcional que han sido incorporados en las bases de datos de los sistemas regulares de información en salud. 				

Nº de la actividad	Actividad	Indicadores de gestión y preguntas de monitoreo para el seguimiento a las actividades	Nulo	Bajo	Medio	Alto
4.6	Crear y fortalecer comités locales para la vigilancia de la morbilidad materna grave, la mortalidad materna, perinatal y neonatal, bajo los lineamientos del Instituto Nacional de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Existen en su departamento o municipio comités locales para la vigilancia de la morbilidad materna grave, la mortalidad materna, perinatal y neonatal? 				
4.7	Las entidades territoriales de salud definirán metas de mortalidad infantil y de mortalidad neonatal diferenciando según grupos étnicos, zona rural y urbana que serán incluidas sistemáticamente en los planes de salud Mil Días y planes territoriales de salud.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio ¿se han definido metas de mortalidad infantil y neonatal diferenciando según grupos étnicos, zona rural y urbana? ¿Estas metas se han incluido en los planes territoriales de salud? 				
4.25	Promover y fortalecer las veedurías ciudadanas en el control social de la gestión sanitaria y resultados de salud durante los primeros mil días de vida, y la exigibilidad del derecho a la salud desde el comienzo de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> En su departamento o municipio, ¿las veedurías ciudadanas trabajan en torno al control social de la gestión sanitaria y la salud durante los primeros mil días de vida? (si/no/parcialmente) Por favor explique su respuesta 				
4.26	Promover y fortalecer los procesos de Rendición Pública de Cuentas en salud, con énfasis en la garantía del derecho a la salud durante los primeros mil días de vida.	<ul style="list-style-type: none"> Por favor describa los principales procesos y/o escenarios de rendición pública de cuentas en salud. ¿En alguno(s) de estos escenarios se aborda de forma específica el derecho a la salud de los niños y niñas durante los primeros mil días de vida? 				

⁴⁸ Incluidos los Grupos FAMI donde existan. En la actualidad estos grupos se están integrando a la modalidad familiar de educación inicial.

⁴⁹ Incluir información relacionada con el estado de vacunación de las mujeres en gestación, hemoglobina en sangre, valoración nutricional, asesoría y prueba voluntaria para VIH-sida y tamizaje para sífilis.

> ANEXO 4 <

Consideraciones sobre los aspectos financieros del Plan de Salud Primeros Mil Días de Vida

La puesta en práctica del Plan de Salud *Primeros Mil Días de Vida*, requiere de una acción decidida por parte del Estado y la sociedad, quienes deben asumir la salud y el bienestar de los niños y las niñas como una prioridad nacional que trascienda intereses políticos, institucionales y personales. La implementación de este plan exige de la provisión por parte del Estado de un conjunto de servicios, programas y acciones multisectoriales e interdisciplinarias en las áreas de salud, salud sexual y reproductiva, medio ambiente, nutrición, educación, protección y justicia. Esto tiene repercusiones financieras importantes, ya que requiere de una inversión significativa por parte del gobierno nacional y de los entes territoriales así como del fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y control para asegurar la adecuada inversión de recursos públicos.

Actualmente, la sociedad colombiana destina un considerable monto de recursos para el financiamiento del sector de la salud¹⁶⁷. De acuerdo con un ejercicio realizado por Paredes¹⁶⁸ para estimar los recursos destinados a la prestación de servicios de salud así como los gastos que están por fuera del aseguramiento individual, se encontró que en 2011 se destinaron \$45,5 billones a la salud en Colombia, lo que equivale a 8,3 puntos porcentuales del PIB de ese año¹⁶⁹. Los hallazgos de este estudio permiten evidenciar que ha habido un aumento considerable del gasto en salud en los últimos años y también, que el gasto de bolsillo o el gasto privado en salud que realizan las familias, se ha visto disminuido como consecuencia de un mayor gasto público en salud. Actualmente, el gasto de bolsillo que las familias realizan en salud en Colombia está por debajo del promedio para los países de Suramérica¹⁷⁰.

Aunque en Colombia se han realizado varios trabajos sobre las finanzas del sector salud^{171, 172, 173} se requieren esfuerzos adicionales para avanzar en la consolidación de un sistema único de cuentas nacionales de salud que suministre información sobre el comportamiento del gasto en este sector. Así mismo, en la actualidad no se cuenta con información periódica sobre el gasto en salud dirigido a diferentes grupos poblacionales, según las etapas de su ciclo vital. Esto impide determinar el gasto actual en salud para los niños y niñas menores de dos años y de esa forma calcular la inversión adicional necesaria para dar cumplimiento a lo estipulado en el presente plan.

En el marco de la Estrategia de Cero a Siempre, se realizó el *Estudio de costos y sostenibilidad financiera del componente de educación inicial*¹⁷⁴. Este estudio estima los costos asociados a la implementación de la Ruta Integral de Atenciones según los grupos de edad y las modalidades de

atención, así como las correspondientes fuentes de financiación. Sería deseable contar además con un estudio sobre los costos asociados a la implementación del Plan de Salud *Primeros Mil Días de Vida*, de manera a tener información precisa que permitiera orientar la asignación presupuestal para dar cumplimiento a las estrategias y actividades previstas en el plan. Adicionalmente, se requiere de una metodología que permita conocer el monto y demás características del gasto público en salud que beneficia a las mujeres gestantes y niños menores de dos años de edad.

En línea con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud promueve la aplicación de la metodología de cuentas nacionales en salud como mecanismo que suministra información al proceso de políticas públicas, el diálogo político y el monitoreo y la evaluación de las intervenciones en salud¹⁷⁵. Las cuentas nacionales en salud proporcionan información sobre el panorama general del estado financiero del sistema de salud y pueden proporcionar información pertinente acerca de las fuentes de financiación de la salud y la carga relativa de dichas fuentes.

Las cuentas nacionales en salud permiten responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se movilizan y cómo se administran los recursos para el sistema de salud?
- ¿Quién paga y cuánto se paga por la atención de la salud?
- ¿Quién proporciona los bienes y servicios del sector salud y qué recursos utilizan para ello?
- ¿Cómo se distribuyen los fondos de la atención de la salud entre los diferentes servicios, intervenciones y actividades que produce el sistema de salud?
- ¿Quién se beneficia del gasto en la atención de la salud? (según grupos de ingreso, edad, sexo, regiones geográficas, el estado o las condiciones de salud o los tipos de intervenciones proporcionadas).

Tomado de Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial, Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional. 2004 *Guía del Productor de Cuentas Nacionales en Salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios*.

Así mismo, las cuentas nacionales en salud permiten determinar cómo se distribuye el gasto en salud entre los diferentes servicios, intervenciones y actividades que produce el sistema de salud, lo cual arroja luces sobre las verdaderas prioridades del sistema. En el marco de la metodología de cuentas nacionales se podría avanzar en la creación de subcuentas de infancia, que permitiría obtener mayor información acerca del gasto que beneficia este grupo poblacional, teniendo en cuenta otras variables como la edad, el sexo, el nivel de ingreso, la procedencia geográfica y el tipo de afiliación al sistema, entre otras.

Esta información resultaría valiosa para los formuladores de política, que requieren de información precisa acerca de la brecha entre los recursos disponibles y las inversiones necesarias para alcanzar las metas establecidas en el Plan de Salud Materna e Infantil, *Primeros Mil Días de Vida*. Adicionalmente, las cuentas nacionales en infancia ayudarían a determinar cuál es el monto actual de gasto en salud a lo largo del ciclo vital de los niños, niñas y adolescentes; cuáles son las fuentes de financiación del gasto en salud para la infancia y qué actores administran estos recursos; a cuánto asciende el gasto de bolsillo de los hogares para la salud de los niños y niñas; cómo se distribuye el gasto en salud y qué porcentaje se asigna a intervenciones que benefician a los niños y niñas durante los primeros

mil días de vida y cuál ha sido el comportamiento del gasto en salud de la niñez a través de los años. La anterior información proporcionaría la evidencia necesaria para la toma de decisiones acertadas, la asignación eficiente de los recursos, la identificación de las prioridades estratégicas y la sostenibilidad de los programas y estrategias para la salud infantil. También se fortalecería la rendición de cuentas por parte de los formuladores de política y la sociedad contaría con mayores herramientas para sus labores de veeduría y control social del gasto en salud infantil.

> Acrónimos

- > **ACOFAEN.** Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería.
- > **AIEPI.** Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
- > **APS.** Atención Primaria en Salud.
- > **BPN.** Bajo Peso al Nacer.
- > **CDN.** Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.
- > **CIPI.** Comisión Intersectorial de Atención Integral a la Primera Infancia.
- > **CLAP /SMR.** Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva.
- > **CONPES.** Consejo Nacional de Política Económica y Social.
- > **DANE.** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- > **DIT.** Desarrollo Infantil Temprano.
- > **DNP.** Departamento Nacional de Planeación.
- > **EDA.** Enfermedad Diarreica Aguda.
- > **ENDS.** Encuestas Nacionales de Demografía y Salud.
- > **ENSIN.** Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia.
- > **EV-DANE.** Estadísticas Vitales del Departamento Nacional de Estadísticas.
- > **FAO.** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- > **FAMI.** Familia, Mujer e Infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- > **GPC.** Guías de Práctica Clínica.
- > **IAMI.** Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia.
- > **ICBF.** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- > **INAS.** Instituto Nacional de Salud.
- > **IPM.** Índice de Pobreza Multidimensional.
- > **MBE.** Medicina Basada en la Evidencia.
- > **MME.** Morbilidad Materna Extrema.
- > **MOM.** Determinantes maternos.
- > **n. v** Nacidos Vivos.
- > **ODM.** Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- > **OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- > **ONG.** Organización No Gubernamental.
- > **OPS.** Organización Panamericana de la Salud.

- > **PAIPI.** Atención Integral a la Primera Infancia.
- > **PDSP.** Plan Decenal de Salud Pública.
- > **PND.** Plan Nacional de Desarrollo.
- > **PPR.** Periodos Perinatales de Riesgo.
- > **RIA.** Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia.
- > **RUAF.** Registro Único de Afiliados.
- > **SGSSS.** Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- > **SIDA.** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- > **SISBÉN.** Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales.
- > **SISPRO.** Sistema Integral de Información de la Protección Social.
- > **SISVAN.** Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
- > **SIVIGILA.** Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud.
- > **SMSI o SMSL.** Síndrome de Muerte Súbita Infantil o del Lactante.
- > **SUIN.** Sistema Único de Información Normativa.
- > **UCI.** Unidad de Cuidados Intensivos.
- > **UNFPA.** United Nations Population Fund.
- > **UNICEF.** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- > **UPGD.** Unidades Primarias Generadoras del Dato.
- > **VBG.** Violencia Basada en Género.
- > **VIH.** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- > **VPH.** Virus del Papiloma Humano.

› Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño. OPS, 48 Consejo Directivo, Washington, D.C, 2008.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño. OPS, 48 Consejo Directivo, Washington, D.C, 2008.
3. The World Bank. Repositioning Nutrition as Central to Development, A strategy for large-Scale Action, Washington D.C, 2006; 12-19.
4. Unicef. Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006, Versión Comentada, unicef, Bogotá, Colombia; 2007; 10-50 Artículos 8 y 9.
5. *Naciones Unidas. Committing to Child Survival: A Promise Renewed – Progress Report 2012, Unicef, septiembre 2012.* Disponible en: http://www.unicef.org/philippines/APR2014_Sep2014.pdf
6. Secretaría de Relaciones Exteriores de México. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer UNIFEM, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Derechos de las Mujeres, Normativa, Interpretaciones y Jurisprudencia Internacional, México 2010, Tomo I, pg. 19-121; 383-431.
7. World Health Organization. LIVES, Boletín de la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, N°2 de enero de 2006, pg.3, Disponible en: www.who.int/entity/pmnch/media/lives/Lives2span_web.pdf. Consultado el 7 de agosto de 2013.
8. Unicef. Declaración Conjunta Sobre la Salud de la Madre y del Recién Nacido. Aceleración de las medidas para salvar las vidas de mujeres y recién nacidos. 2008. En www.unicef.org, Comunicado de prensa, Declaración Conjunta, consultada el 30 de julio de 2013. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/media/media_45747.html
9. Unicef. Declaración Conjunta Sobre la Salud de la Madre y del Recién Nacido. Aceleración de las medidas para salvar las vidas de mujeres y recién nacidos. 2008. En www.unicef.org, Comunicado de prensa, Declaración Conjunta, consultada el 30 de julio de 2013. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/media/media_45747.html
10. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño. Evaluación de Medio Término, CD 52, 65ª Sesión del Comité Regional, Washington, D.C, 2013.

11. Consejería Presidencial para la Primera Infancia. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, De Cero a Siempre, Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Presidencia de la República, Bogotá, Colombia, agosto de 2013.
12. Consejería Presidencial para la Primera Infancia. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, De Cero a Siempre, Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Presidencia de la República, Bogotá, Colombia, agosto de 2013.
13. Plan Decenal de Salud Pública 2013 - 2021, Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia 2013.
14. Ministerio de Salud y Protección Social, Boletín de Prensa N° 162, 30 de mayo de 2013 (orientación dada en la 62ª Asamblea Mundial de la Salud de 2009, que exhorta a los países a asumir el compromiso político de luchar contra las inequidades en salud).
15. Minsalud. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2013-2021, Análisis de la situación de salud en Colombia, Pág.89.
16. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá, Colombia, junio de 2013. Pág.90
17. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá, Colombia, junio de 2013. Pág.90
18. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá, Colombia, junio de 2013. , pg.91, con base en datos del Censo 2005 y del Ministerio del Interior Sistema Dirección de Etnias, 2012.
19. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá, Colombia, junio de 2013. pg.92-93 con base en datos de la ENDS 2010 y del Censo 2005.
20. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá, Colombia, junio de 2013. pg.92-93 con base en datos de la ENDS 2010 y del Censo 2005.
21. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá, Colombia, junio de 2013. pg. 93-94, con base en ENDS 1990-2010.
22. Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Presidencia de la República Seguimiento a la política social del gobierno e indicadores poblacionales con enfoque de género, Observatorio de asuntos de Género, agosto de 2011. Informe presentado con base en la ENDS 2010.
23. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá, Colombia, junio de 2013. Con base en datos de CODHES 2012.
24. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá, Colombia, junio de 2013. Con base en datos de CODHES 2012.
25. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá, Colombia, junio de 2013. Con base en datos del Banco de la República, 2003.

26. Naciones Unidas, Departamento Nacional de Planeación. Informe de seguimiento a los ODM, Análisis Regional, Colombia 2011.
27. Naciones Unidas, Departamento Nacional de Planeación. Informe de seguimiento a los ODM, Análisis Regional, Colombia 2011.
28. Departamento Nacional de Planeación. Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2010 y 2011.
29. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá, Colombia, junio de 2013. Pág.101
30. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2010, Profamilia, Colombia. 33. ICBF. Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2010. DANE-SIVIGILA. Evaluación de la Calidad de las Bases de Datos Perinatales. 2012.
31. Pérez Escamilla R, Pollit E. Causas y consecuencias del retraso del crecimiento intrauterino en América Latina. Bol Of Sanitaria Panamericana 1992; 112(6):473-92.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores Básicos de Salud 2011, Situación de Salud en Colombia.
33. Naciones Unidas, Departamento Nacional de Planeación. Informe de seguimiento a los ODM, Análisis Regional, Colombia 2011.
34. Ucrós S, Latorre ML. Muerte inesperada y súbita en la infancia: el asesino ignorado. Revista Prospectiva Pediátrica Latinoamericana, Vol 1, Número octubre de 2013, Disponible en: pplat.org/final%20PARA%20WEB.swf, consultado el 26 de octubre de 2013.
35. Ucrós S, Latorre ML. Muerte inesperada y súbita en la infancia: el asesino ignorado. Revista Prospectiva Pediátrica Latinoamericana, Vol 1, Número octubre de 2013, Disponible en: pplat.org/final%20PARA%20WEB.swf, consultado el 26 de octubre de 2013.
36. Ucrós S, Latorre ML. Muerte inesperada y súbita en la infancia: el asesino ignorado. Revista Prospectiva Pediátrica Latinoamericana, Vol 1, Número octubre de 2013, Disponible en: pplat.org/final%20PARA%20WEB.swf, consultado el 26 de octubre de 2013.
37. Minsalud. Sistema Integral de Información de la Protección Social. Disponible en: <http://www.sispro.gov.co/>
38. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
39. Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño. Evaluación de Medio Término, CD 52, 65ª Sesión del Comité Regional, Washington, D.C, 2013.
40. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
41. Ministerio de Salud y Promoción Social. Indicadores Básicos 2011, Situación de Salud en Colombia,
42. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
43. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
44. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
45. Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Vigilancia y Control en salud Pública. Informe del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, hasta el periodo epidemiológico 12 del año 2012, septiembre de 2012.

46. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
47. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, SIVIGILA 2012. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/software%20sivigila/Forms/AllItems.aspx>
48. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, SIVIGILA 2012. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/software%20sivigila/Forms/AllItems.aspx>
49. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, Informe del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, SIVIGILA 2012. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/software%20sivigila/Forms/AllItems.aspx>
50. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia y Control de la Mortalidad perinatal y neonatal Tardía, 2011.
51. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
52. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá, Colombia, junio de 2013.
53. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento mortalidad materna 2012, Vigilancia y Control en Salud Pública, SIVIGILA, 2012.
54. Romero Mariana, Ramos Silvina, Ábalos Edgardo, Modelos de Análisis de la Morbi-mortalidad materna, en Hojas Informativas del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, <http://www.ossyr.org.ar>
55. Unicef. Salud Materna y neonatal, Estado Mundial de la Infancia, New York: Unicef. 2009.
56. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento de Morbilidad Materna Extrema, periodo IX de 2013.
57. DANE. Nacimientos y Defunciones. Estadísticas vitales DANE 2010. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-registros-vitales/nacimientos-y-defunciones/nacimientos-y-defunciones>
58. Instituto Nacional de Salud, Vigilancia y Control en Salud Pública, Informe del evento mortalidad materna 2012.
59. OMS. Informe mundial de violencia contra las mujeres, OMS, junio de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>
60. Minsalud. Indicadores Básicos de Salud 2011. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/INDICADORESBASICOSSP.aspx>
61. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, OMS, 51° Consejo Directivo, 63ª Sesión del Comité regional, Washington, D.C., septiembre de 2011.
62. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
63. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
64. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.

65. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010. Minsalud. Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia, 2010. ENSIN 2010. Indicadores básicos de Salud, 2011. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>
66. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
67. Minsalud. SISPRO y Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI. 2015. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodeInmunizaciones%28PAI%29.aspx>
68. Minsalud. Indicadores Básicos de Salud, 2010. Situación de salud en Colombia. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20B%C3%A1sicos%202010.pdf>
69. Minsalud. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. Registros PAI. 2015. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
70. Minsalud. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2013-2021, Análisis de la situación de salud en Colombia, Pág. 108.
71. Minsalud. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. Registros PAI. 2015. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
72. Minsalud. Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida, UNGASS 2012, Informe Nacional, República de Colombia 2012, Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/2_abril2012_final_UNGASS_COLOMBIA.pdf
73. Minsalud. Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida, UNGASS 2012, Informe Nacional, República de Colombia 2012, Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/2_abril2012_final_UNGASS_COLOMBIA.pdf
74. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
75. Gilbert C, Fielder A, Gordillo L, Quinn G, Semiglia R, Zin A. Characteristics of infants with severe retinopathy of prematurity in countries with low, moderate, and high levels of development: implications for screening programs, *Pediatrics*, May 2005, 115 (5): e-518- e-525.
76. Carrion JZ, Fortes Filho JB, Tartarella MB, Zin A, Jornada Jr ID. Prevalence of retinopathy of prematurity in Latin America, *Clin. Ophthalmology*, 2011. 5: 1687-95.
77. Alarcón CL. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Fundamentos Políticos y de Gestión, Bogotá: Minsalud.
78. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer en América Latina y El Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de doce países. OPS, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC, Washington, DC, OPS, 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21425&Itemid
79. OMS. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud, Ginebra, Junio de 2013, Comunicado de prensa, Disponible en: www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women, consultado el 30 de julio de 2013.

80. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tu, Bogotá, Colombia, junio de 2013.
81. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer en América Latina y El Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de doce países. OPS, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC, Washington, DC, OPS, 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21425&Itemid
82. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer en América Latina y El Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de doce países. OPS, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC, Washington, DC, OPS, 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21425&Itemid
83. Vergel J. Descripción epidemiológica de los exámenes sexológicos forenses, Colombia, 2011: una aproximación a la violencia sexual en nuestro país, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Informe Forensis 2011. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34616/5-F-11-Sexologicos.pdf/7287afc0-59d8-4756-8360-dcf3e4520c21>
84. Ministerio de Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Ministerio de Protección Social y Fundación FES Social. 2005. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
85. Minsalud. Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia, 2010. ENSIN 2010. Indicadores básicos de Salud, 2011. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>
86. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tu, Bogotá, Colombia, junio de 2013.
87. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
88. Profamilia. ENDS 2010, Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. 2010.
89. Unicef. Convención sobre los Derechos del Niño. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, ACNUR, Ginebra 2006. Disponible en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf
90. UNIFEM. Derechos humanos de las mujeres: normativa, interpretaciones y jurisprudencia internacional", Secretaría de Relaciones Exteriores de México, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, UNIFEM, Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, segunda edición, 2010.
91. UNIFEM. Derechos humanos de las mujeres: normativa, interpretaciones y jurisprudencia internacional", Secretaría de Relaciones Exteriores de México, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, UNIFEM, Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, segunda edición, 2010.
92. Fundación Bernard van Leer, Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Guía a la Observación General N°7, Realización de los derechos del niño en la Primera Infancia, La Haya, 2007.
93. Minsalud. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia. Ministerio de Protección Social, ACNUR, 2011. Pág. 27-29.

94. Barros F, Ferreira F. Molinas J. Saavedra J. Midiendo la Desigualdad de Oportunidades en América Latina y El Caribe, Washington: Banco Mundial, 2008.
95. Meneses S, Freyermuth G, Meléndez D. Acceso universal y gratuito a la atención obstétrica. La necesidad de modificaciones sistemáticas para la definición de una política de salud materna. En: G Freyermuth y P Sesia (coords.), La muerte materna, acciones y estrategias hacia una maternidad segura, México: CIESAS, 2009.
96. Minsalud. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia. Documento Ministerio de la Protección social, Dirección general de promoción social, Oficina del alto comisionado de Naciones Unidas para los refugiados ACNUR, Unidad de servicios comunitarios. Bogotá, Minsalud. 2011.
97. Congreso de Colombia. Constitución Política de Colombia, Artículo 13. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de los grupos discriminados o marginados. Bogotá: Congreso de Colombia. 2008.
98. Corte Constitucional. Sentencia C-371 de 2000, en Alcaldía Mayor de Bogotá, Plan Integral de acciones Afirmativas para el reconocimiento de la diversidad cultural y la garantía de los derechos de los y las afro descendientes, 2009. Disponible en: [file:///C:/Users/Leonardo%20Montenegro/Documents/Downloads/Acciones%20afirmativas%20afrocolombianos%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Leonardo%20Montenegro/Documents/Downloads/Acciones%20afirmativas%20afrocolombianos%20(1).pdf)
99. Unicef. La mujer y la infancia: el doble dividendo de la igualdad de género. Estado Mundial de la Infancia, UNICEF, 2007. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/sowc07/profiles/double_dividend.php
100. Faur L. Masculinidades y desarrollo social, Las relaciones de género desde la perspectiva de los hombres. Bogotá: Arango Editores. 2004.
101. Faur L. Masculinidades y desarrollo social, Las relaciones de género desde la perspectiva de los hombres. Bogotá: Arango Editores. 2004.
102. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early Child Development: A Powerful Equalizer, Final Report, for the World Health Organization's, Commission on Social Determinants of Health, June 2007.
103. Valcárcel A. Salud y Poder, presentación del 25 Aniversario de la Asociación de Mujeres para la salud, Jornada Internacional, Madrid, 17 de diciembre de 2012, disponible en: <http://www.mujeresparalasalud.org/spip.php?article384>
104. Faur L. Masculinidades y desarrollo social, Las relaciones de género desde la perspectiva de los hombres. Bogotá: Arango Editores. 2004.
105. Organización Panamericana de la Salud. Política de igualdad de género de la OPS, adoptada por el Consejo Directivo, mediante la Resolución CD46.R16 del 30 de septiembre de 2005.
106. Sampson A. Mente universal y particularidad cultural, Ponencia para el Encuentro Internacional de Estudios culturales en América Latina, Globalización y cultura, Bogotá, septiembre 16 a 19 de 1998. Disponible en: <http://psicologiacultural.org/Pdfs/Sampson/Pdf%20Sampson%20capitulos/Mente%20universal%20y%20particularidad%20cultural.pdf> consultado el: 28 de junio de 2011.
107. Mustard F, Desarrollo infantil inicial y política pública, conferencia dada en el 2° Foro Internacional de Movilización por la Primera Infancia, Colombia 2006.
108. Van der Gaag J, La inversión en Primera Infancia como Política Pública, 2° Foro Internacional de Movilización por la Primera Infancia, Colombia, 2006.

109. The World Bank, Repositioning Nutrition as Central to Development, A strategy for large-Scale Action, Washington D.C.: The World Bank, 2006.
110. Van der Gaag J, La inversión en Primera Infancia como Política Pública, 2° Foro Internacional de Movilización por la Primera Infancia, Colombia, 2006.
111. UNFPA. ¿Dónde está la salud materno infantil ahora? En: The Lancet, separata especial sobre maternidad sin riesgo, 2006; 368:1474-77
112. Organización Mundial de la Salud, OMS, The World health report: make every mother and child count.2005. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html> consultado el 7 de septiembre de 2006.
113. Araceli Gil, Humanización del parto y el nacimiento, La Muerte Materna, Acciones y estrategias hacia una maternidad segura, Coord. Graciela Freyermuth y Paola Sesia, México, 2009, pg.101-107.
114. Araceli Gil, Humanización del parto y el nacimiento, La Muerte Materna, Acciones y estrategias hacia una maternidad segura, Coord. Graciela Freyermuth y Paola Sesia, México, 2009, pg.101-107.
115. Araceli Gil, Humanización del parto y el nacimiento, La Muerte Materna, Acciones y estrategias hacia una maternidad segura, Coord. Graciela Freyermuth y Paola Sesia, México, 2009, pg.101-107.
116. Organización Mundial de la Salud. Modificar las relaciones entre prestadores de servicios y usuarios, Organización Mundial de la Salud, 2002.
117. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R, WHO, Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. Birth 2001; 28:202-207
118. Invima. Decreto N°2309 del 15 de octubre de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
119. Gilbert C, Fielder A, Gordillo L, Quinn G, Semiglia R, Visintin P, Zin A; International NO-ROP Group, Characteristics of infants with severe retinopathy of prematurity in countries with low, moderate, and high levels of development: implications for screening programs, Pediatrics, Vol. 115, N°5, May 2005, pg. e-518 a e-525, Epub 2005 Apr 1.
120. Carrion JZ, Fortes Filho JB, Tartarella MB, Zin A, Jornada Jr ID., " Prevalence of retinopathy of prematurity in Latin America", Clin. Ophthalmology, 2011, 5:1687-95, doi: 10.2147/OPHT.S25166. Epub 2011 Dec 1.
121. Rodríguez CE. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud, Revista Normas y Calidad, Icontec. Disponible en: www.acreditacionensalud.org.co/.../Rev-95, consultado el: 1 de agosto de 2013.
122. Rodríguez CE. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud, Revista Normas y Calidad, Icontec. Disponible en: www.acreditacionensalud.org.co/.../Rev-95, consultado el: 1 de agosto de 2013.
123. Minsalud. Lineamientos IAMI, Ministerio de la Protección Social, UNICEF, 2011.
124. Ponte Mittelbrunn, C. Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias. disponible en: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf consultado el: 23 de diciembre de 2010.
125. Lalonde M. Informe Lalonde «Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses», 1974. Disponible en: www.paho.org .

126. World Health Organization. Commission of Social Determinants of Health. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/
127. Romero M, Ramos S, Ábalos E. Modelos de análisis de la morbi-mortalidad materna, Hojas Informativas Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, Argentina, en Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina, disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_3.pdf
128. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early Child Development: A Powerful Equalizer, Final Report, for the World Health Organization's, Commission on Social Determinants of Health, June 2007.
129. Ponte Mittelbrunn, C. Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias. disponible en: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf consultado el: 23 de diciembre de 2010.
130. Organización Panamericana de la Salud. La Atención Primaria en Salud Renovada en el contexto mundial y regional: Un enfoque renovado para transformar la práctica en salud, 2007.
131. Organización Panamericana de la Salud. Informe de Salud, 2008.
132. Consejería Presidencial para la Primera Infancia. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, De Cero a Siempre, Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Presidencia de la República, Bogotá, Colombia, agosto de 2013.
133. Consejería Presidencial para la Primera Infancia. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, De Cero a Siempre, Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Presidencia de la República, Bogotá, Colombia, agosto de 2013.
134. Consejería Presidencial para la Primera Infancia. Estrategia Nacional de Cero a Siempre, Guía de Puericultura para los Primeros Mil Días de Vida, documento técnico elaborado en el marco de la ruta de atención integral para la primera infancia, Bogotá, Colombia, febrero de 2013.
135. Consejería Presidencial para la Primera Infancia. Estrategia Nacional de Cero a Siempre, Guía de Puericultura para los Primeros Mil Días de Vida, documento técnico elaborado en el marco de la ruta de atención integral para la primera infancia, Bogotá, Colombia, febrero de 2013.
136. Consejería Presidencial para la Primera Infancia. Estrategia Nacional de Cero a Siempre, Guía de Puericultura para los Primeros Mil Días de Vida, documento técnico elaborado en el marco de la ruta de atención integral para la primera infancia, Bogotá, Colombia, febrero de 2013.
137. Cortés Moreno A, Romero Sánchez P, Flores Torres G. Diseño y valoración inicial de un Instrumento para evaluar prácticas de crianza en la infancia, Univ. Psychol. 5 (1): 37-49, 2006.
138. Bernard Van Leer Foundation. Fortaleciendo el ambiente de cuidado del niño pequeño, La Haya, 2007. Disponible en www.bernardvanleer.org.
139. Organización Panamericana de la Salud, Documento AIEPI Neonatal Intervenciones basadas en evidencia, Segunda edición, Washington, D.C. 2010
140. Organización Panamericana de la Salud. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Washington, D.C., OPS, 2007.

141. Consejería Presidencial para la Primera Infancia. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, De Cero a Siempre, Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Presidencia de la República, Bogotá, Colombia, agosto de 2013.
142. Organización Panamericana de la Salud. Guía de AIEPI Neonatal, Intervenciones basadas en evidencia en el contexto del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y el niño, Texas Children's Hospital, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Segunda Edición, Washington D.C, OPS, 2010.
143. Organización Panamericana de la Salud. Guía de AIEPI Neonatal, Intervenciones basadas en evidencia en el contexto del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y el niño, Texas Children's Hospital, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Segunda Edición, Washington D.C, OPS, 2010.
144. Organización Panamericana de la Salud. Guía de AIEPI Neonatal, Intervenciones basadas en evidencia en el contexto del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y el niño, Texas Children's Hospital, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Segunda Edición, Washington D.C, OPS, 2010.
145. Organización Panamericana de la Salud. Guía de AIEPI Neonatal, Intervenciones basadas en evidencia en el contexto del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y el niño, Texas Children's Hospital, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Segunda Edición, Washington D.C, OPS, 2010.
146. Center on the Developing Child. Maternal Depression Can Undermine the Development of Young Children, National and Scientific Council on The Developing Child, Harvard University, 2009. Disponible en: <file:///C:/Users/Leonardo%20Montenegro/Documents/Downloads/WP8.pdf>
147. Lodrup KC, Jaakkola JJ, Nafstad P, Carlsen KH. In utero exposure to cigarette smoking influences lung function at birth. *European respiratory journal* 10: 1774-1779, 1997. Lung Function, Tager IB, JHanrahan JP, Tosteson TD, Castile RG, Brown RW, Weiss ST, Speizer FE. Pre- and Post-natal Smoke Exposure, and Wheezing in the First Year of Life. *American Journal of respiratory and critical care medicine* 158: 700-705, 1998. *Annals of Allergy, asthma and immunology*, 79:80-84, Boston, USA, 1997.
148. Sokol RJ, Delaney-Black V, Nordstrom B. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *JAMA*, 290 (22): 2296-2999. 2008.
149. Villacorta VE. Estimulación intrauterina: beneficios y prejuicios. disponible en www.adolescencialindaetapa.blogspot.com, 30 de marzo de 2009.
150. Organización Panamericana de la Salud, Documento AIEPI Neonatal Intervenciones basadas en evidencia, Segunda edición, Washington, D.C. 2010
151. Organización Panamericana de la Salud. Más allá de la supervivencia: prácticas integrales durante la atención del parto , beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños, Washington, D.C.: OPS, 2007.
152. Academia Americana de Pediatría. Guía para la implementación de Ayudando a los bebés a respirar, Fortalecimiento de la reanimación neonatal en los programas sostenibles de atención neonatal esencial, Usaid. 2011. Disponible en: <http://www.helpingbabiesbreathe.org/docs/Implementation%20guide%20Spanish%20Dec%204.pdf>

153. Consejería Presidencial para la Primera Infancia. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, De Cero a Siempre, Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Presidencia de la República, Bogotá, Colombia, agosto de 2013.
154. Minsalud. Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, Ministerio de la Protección Social, Programa Mundial de Alimentos. 2009. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/LIBRO_MADRE_CANGURO_APROBADO12.pdf
155. Organización Panamericana de la Salud. Guía de AIEPI Neonatal, Intervenciones basadas en evidencia en el contexto del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y el niño, Texas Children's Hospital, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Segunda Edición, Washington D.C, OPS, 2010.
156. Minsalud. Guía de práctica clínica detección de anomalías congénitas en el recién nacido, Guía N°03, Ministerio de Salud. Colciencias, 2013.
157. Consejería Presidencial para la Primera Infancia. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, De Cero a Siempre, Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Presidencia de la República, Bogotá, Colombia, agosto de 2013.
158. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, Ministerio de la Protección Social, 2006, y Plan Decenal de Salud Pública 2007-2010, Ministerio de la Protección Social, Colombia.
159. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, Ministerio de la Protección Social, 2006, y Plan Decenal de Salud Pública 2007-2010, Ministerio de la Protección Social, Colombia.
160. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional Materno neonatal.
161. Kusek JZ, Rist RC. Manual para Gestores del Desarrollo. Diez pasos hacia un sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados. Banco Mundial, 2004. Disponible en: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/2004/01/7206164/handbook-development-practitioners-ten-steps-results-based-monitoring-evaluation-system-manual-para-gestores-del-desarrollo-diez-pasos-hacia-un-sistema-de-seguimiento-y-evaluacion-basado-en-resultados>
162. Ministerio de Salud y Protección Social. Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales. Sistema de Monitoreo y Evaluación al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. PDSP Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Mayo 2013.
163. Minsalud. Sistema Integral de Información SISPRO. 2015. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.aspx>
164. Moreno de Chaves, T. Comportamiento del VIH/SIDA durante el 2010 en Colombia. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
165. Ministerio de Protección Social. Plan Estratégico para la Eliminación de la transmisión materno- infantil del VIH y de la sífilis congénita. Colombia 2011-2015. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, UNFPA.
166. Ministerio de Salud y Protección Social. Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales. Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Documento en elaboración. Marzo 2013.

167. Núñez J, Zapata JG. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Bogotá: Fedesarrollo, 2012,
168. Paredes, N. Análisis financiero de fuentes y usos en el Sistema de Salud colombiano. 2009.
169. Núñez J, Zapata JG. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Bogotá: Fedesarrollo, 2012,
170. Organización Panamericana de la Salud. Salud en Sudamérica. Panorama de la situación de salud y las políticas y sistemas de salud. Washington D.C.: OPS, 2012.
171. Barón. G. Cuentas de la Salud en Colombia 1993 -2003 - gasto de salud en Colombia y su financiamiento. Bogotá: Ministerio de Salud, 2007.
172. Procuraduría General de la Nación. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. Bogotá: Procuraduría General de la Nación, 2012.
173. Melo L, Ramos JE. Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia. Borradores de Economía N° 624, Bogotá: Banco de la República, 2010.
174. Econometría Consultores. Estudio de costos y sostenibilidad financiera del componente de educación inicial de la Estrategia De Cero a Siempre, marzo de 2013.
175. Organización Mundial de la Salud. Guide to producing child health subaccounts within the national health accounts framework. Ginebra: OMS, 2012.