Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia

Dirección de Promoción y Prevención

Grupo Curso de Vida

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.

Ministerio de Salud y Protección Social.

Diagramación y adecuación pedagógica: Organización para la Excelencia en Salud.

Bogotá, 2014

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social (e)

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESUS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

Dirección Técnica
Ana María Peñuela Poveda

Equipo Técnico Grupo Curso de Vida

Martha Imelda Linero
Lia Marcela Güiza
Jinneth Hernández Torres
Magaly Jaimes Ballesteros
Ana Maria León Taborda
Yenifer Mariño
Diana Mendivelso
Andres Motta
Ana Margaret Raba

Publicación desarrollada durante el Viceministerio del doctor Norman Julio Muñoz.

Tabla de Contenido

Preevaluación 09

Introducción 13

1. Situación de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes con énfasis en los derechos a la vida, la salud y la nutrición 14

2. Marco normativo y de política 33

3. La salud en la atención integral a la primera infancia, infancia y la adolescencia 45
3.1 Estructurante de salud, alimentación y nutrición en la atención integral en el continuo de la vida 47
3.2 El sector salud como actor clave en cada uno de los entornos y que incide en cada uno de los estructurantes de la atención integral 51
3.2.1 Salud en el entorno hogar 52
3.2.2 Salud en el entorno de salud 54
3.2.3 Salud en el entorno educativo 56
3.2.4 La salud en el entorno espacio público 58
3.2.5 El sector salud como un actor social en la atención integral 60
3.2.6 Atención integral a infancia y adolescencia 62
3.2.7 Perspectiva poblacional y territorial para la atención integral, intercultural y diferencial en salud 64
3.2.7.1 Una forma de comprender la diversidad y singularidad del desarrollo integral 64
3.2.7.2 Una forma de reconocer poblaciones históricamente discriminadas 65
3.2.7.3 Una forma de atención con pertinencia en cada contexto 66

4. Prioridades de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y la adolescencia 69
4.1 Cero tolerancia a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable y otros eventos que vulneren los derechos de niños, niñas y adolescentes 71
4.2 Calidad y humanización de la atención en salud 72
4.3 La familia y la comunidad como determinantes de la salud y el desarrollo infantil 74
4.4 Fortalecimiento de la rectoría sanitaria 76

5. Marco operativo de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y la adolescencia 78
5.1 Antecedentes 80
5.2 Líneas operativas y estrategias 82
5.2.1 Promoción de la salud 82
5.2.2 Gestión del riesgo en salud 82
5.2.3 Gestión de la salud pública 83
5.3 Procesos para la Atención Integral en Salud 83
5.3.1 Análisis de situación de derechos de niños, niñas y adolescentes, calidad y humanización de los servicios de salud y gestión social y comunitaria e identificación de prioridades 83
5.3.2 Adecuación y/o fortalecimiento de la gestión de la política, calidad y humanización de los servicios de salud y la gestión social y comunitaria 84

5.3.2.1 Gestión de la política pública en primera infancia, infancia y adolescencia 84
5.3.2.2 Gestión social y comunitaria 86
5.3.2.3 Gestión de la atención en salud a familias gestantes, niños, niñas y adolescentes con calidad y humanización 88
5.3.3. Seguimiento y evaluación de la gestión para el desarrollo integral y los resultados en salud de niños, niñas y adolescentes 89
5.3.3.1 Arquitectura institucional para la Atención Integral en Salud de niños, niñas y adolescentes 89
5.4 Responsabilidades de los actores del sgsss para la atención integral de primera infancia, infancia y adolescencia en el marco de competencias 90

6. Anexos 91

Evaluación 92
Bibliografía 95

Guía para el lector

Este documento está dividido en varios capítulos, cada portadilla le indicará que está en una nueva sección de acuerdo con la tabla de contenidos descrita. Durante la lectura de este documento encontrará los siguientes íconos, los cuales le permitirán consultar con mayor facilidad los contenidos. A continuación, el significado de cada uno de ellos:

Mapa de caminos

Describe someramente los conceptos que serán abordados.

Pare

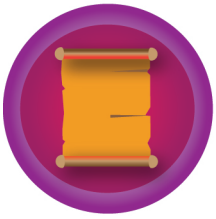
Cuando vea este icono "baje la velocidad". Reflexione si esta comprendiendo y aplicando los conceptos y vínculos clave. Cada "pare" consiste en un planteamiento breve y unas cuantas preguntas sobre conceptos.

Palabras clave

Una lista de los conceptos esenciales para comprender el tema tratado. Cada término ofrece una descripción del significado y la importancia de cada concepto.

Bitácora

Son actividades para verificar conceptos y preguntas de análisis que le ayudarán a recordar y aplicar lo que aprendió en el tema.



Historia

Se trata de una breve historia que apoya y complementa el tema tratado.

Frase destacada

Es una frase que puede pertenecer o no al texto, y que es recomendada por los autores para reflexionar.

Guía para el lector

Lectura recomendada

Es un link a un documento que le permite conocer más acerca del tema revisado.

Juego de aprendizaje

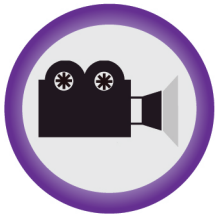
Actividad corta y sencilla que pretende reforzar un concepto mediante el juego. Encontrará: crucigramas, sopas de letras y juego del ahorcado.

Quiz

Son preguntas sencillas de falso verdadero, selección múltiple o emparejamiento.

Internet

Selectos enlaces que amplían o complementan la información expuesta.



Ver al autor

Video del conferencista, tutor o encargado de la cartilla.

Escuchar al autor

Grabación sonora del conferencista, tutor o encargado de la cartilla.

Para recordar

Información importante y destacada que usted debe recordar.

Preevaluación

1. Según la Atención Primaria en Salud Renovada, centro del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, se plantea que los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema son:

a. Estado y niñez.

b. Familia y comunidad.

c. Mujeres y niñas.

d. Adolescentes, niños y niñas.

e. Todas son ciertas.

Retroalimentación
Los principios y estrategias de la Atención Primaria en Salud Renovada, centro del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, plantea que "la orientación familiar y comunitaria supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema".

2. Intervenciones como la promoción de la lactancia materna, promoción de la alimentación complementaria adecuada, suministro de micronutrientes, la reducción de la carga de enfermedades (promoción del lavado de manos y las estrategias para reducir la carga de la Malaria en el embarazo) y el tratamiento a la desnutrición, han demostrado un efecto positivo sobre la salud. En cuanto a la lactancia materna es cierto:

a. Se cumplió la meta de cubrir con leche materna el 95% de los recién nacidos.

b. Se encuentra una fuerte disminución del porcentaje de recién nacidos que recibieron leche materna, durante el primer día de nacidos entre el 2000 y el 2010.

c. La lactancia materna disminuye el riesgo de presentar infecciones de oído.

d. La lactancia materna parcial para el resto del primer año de vida (después de los 3 meses) puede evitar el 55 por ciento de los fallecimientos asociados con enfermedades diarreicas.

e. Todas son ciertas.

Retroalimentación
Las evidencias científicas confirman los múltiples beneficios de la lactancia materna en la salud infantil y el desarrollo intelectual y motor. Es claro que los beneficios de la lactancia materna consisten en el mantenimiento de la salud y la consecuente supervivencia del lactante. Los lactantes que iniciaron la lactancia materna temprano (en el transcurso de los tres primeros días, después del nacimiento) presentaron una tasa de diarrea menor, correspondiente al 26%, que los lactantes que iniciaron la lactancia materna tardíamente (después del tercer día). Además hay una disminución del 70% del riesgo de presentar infecciones de oído.

Se observa un aumento de la lactancia materna, tal y como lo recomendó el Comité de los Derechos del Niño. En el momento está por encima de la meta del 95%; aunque ha disminuido el porcentaje de recién nacidos que recibieron leche materna durante el primer día de nacidos (de 86% en el año 2000 a 19.7% en el 2010).

3. El atributo de accesibilidad/oportunidad se puede ver afectado por:

a. Especialistas centralizados en las grandes urbes.

b. No hay servicios de salud en zonas marginadas.

c. No hay acceso al sistema de información.

d. Deficiencias en la asequibilidad.

e. Todas son ciertas.

Retroalimentación
Los atributos de accesibilidad/oportunidad se encuentran íntimamente relacionados y se ven afectados por diversas situaciones, como la concentración de la oferta especializada en las grandes ciudades, los servicios de salud no accesibles a algunos sectores más vulnerables y marginados de la población, la accesibilidad física, la asequibilidad y el acceso a la información.

4. En el 2013 la principal conducta violatoria al derecho a la salud fue:

a. Deficiencia e inoportunidad en el servicio de urgencias.

b. Obstaculización de las garantías necesarias para el acceso a los servicios de promoción.

c. Ausencia de consentimiento informado.

d. Demora de la atención de salud de un servicio fuera del POS.

e. Dos de las respuestas son correctas.

Retroalimentación
Aunque todas son conductas que violan el derecho a la salud, es la deficiencia e inoportunidad en el servicio de urgencias, consulta externa, hospitalización, procedimientos, medicamentos o terapias la más importante. Siguiendo en orden: la negación, obstaculización o demora de la atención de salud de un servicio fuera del POS o POSS, medicamento, tratamiento, procedimiento o medio de diagnóstico; la ausencia o falta de información comprensible, oportuna y completa para que la persona pueda decidir sobre su situación de salud (consentimiento informado); la negación u obstaculización de las garantías necesarias para el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y la negación o coacción del derecho a escoger la administradora o prestador de salud.

5. El entorno hace referencia a:

a. Espacios físicos, sociales y culturales donde habitan los seres humanos.

b. Las condiciones y estados que se materializan en la vida de cada niña y cada niño en donde transcurre su cotidiano desde la gestación, y que hacen posible su desarrollo integral.

c. La responsabilidad permanente y sostenible de la familia, la sociedad y el Estado.

d. a y c son correctas.

e. Ninguna es cierta.

Retroalimentación
Los entornos son espacios físicos, sociales y culturales donde habitan los seres humanos, en los que se produce una intensa y continua interacción entre ellos y con el contexto que les rodea (espacio físico y biológico, ecosistema, comunidad, cultura y sociedad en general), los cuales promueven y cuidan su integridad física, emocional y social; generan tranquilidad y confianza en niñas y niños; son sensibles ante sus intereses, inquietudes y capacidades; potencian su desarrollo; facilitan la inclusión de niños y niñas de diferentes culturas y etnias, y de condiciones físicas o mentales diferentes, y promueven la equidad social, la paz y la armonía entre las personas y con el ambiente. Estos entornos son el entorno hogar, el entorno de salud, el entorno educativo y el entorno espacio público.

Las realizaciones son las condiciones y estados que se materializan en la vida de

cada niña y cada niño, en los contornos cotidianos donde transcurre su cotidiano desde la gestación, y que hacen posible su desarrollo integral.

La protección integral es una responsabilidad permanente y sostenible de la familia, la sociedad y el Estado.

Introducción

Los derechos de los niños y las niñas colombianos han sido consagrados al más alto nivel normativo. La Constitución Política Nacional señala que sus derechos son fundamentales y establece su prevalencia sobre los de los demás. Colombia ratificó la Convención Internacional de los Derechos del Niño y otra amplia serie de tratados y convenios internacionales en la materia. En la última década, se expidió el Código de Infancia y Adolescencia - Ley 1098 de 2006.

Es así como el enfoque de derechos se constituye en el orientador, por excelencia, en la construcción de la política nacional y territorial en primera infancia, infancia y adolescencia.

La Ruta Integral de Atenciones (RIA), por momentos y edades desde la preconcepción, es un instrumento de política de la primera infancia, que sirve de referente para orientar a las autoridades territoriales y a los demás actores responsables respecto del conjunto de atenciones que deben garantizarse a cada niña y niño, correspondientes a los cinco estructurantes de la atención integral.[1]

El estructurante de salud, alimentación y nutrición contribuye a preservar la existencia de niñas y niños en condiciones de plena dignidad, mediante 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.

En este marco normativo, de política y técnico, que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) tiene la responsabilidad de brindar lineamientos que orienten técnicamente a los actores del sector salud para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia, de acuerdo con sus competencias.

Este documento de lineamientos presenta la situación de los derechos de gestantes, niñas y niños, con énfasis en el derecho a la vida, la salud y a la alimentación como insumo para, desde allí, definir y argumentar cuáles son las prioridades para alcanzar la Atención Integral en Salud, y el marco político, normativo y conceptual que la sustenta. Por último, precisa el marco operativo que comprende líneas, estrategias, procesos, acciones y responsabilidades por cada actor social del sistema de salud para su implementación de acuerdo con sus competencias.

[1] En el ejercicio de construcción de la RIA para infancia y la adolescencia es posible que estos estructurantes varíen.

1. Situación de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes, con énfasis en los derechos a la vida, la salud y la nutrición.

Situación de derechos

Niñas y niños

Adolescentes

Gestantes

Derecho a la vida

Derecho a la salud

Derecho a la nutrición

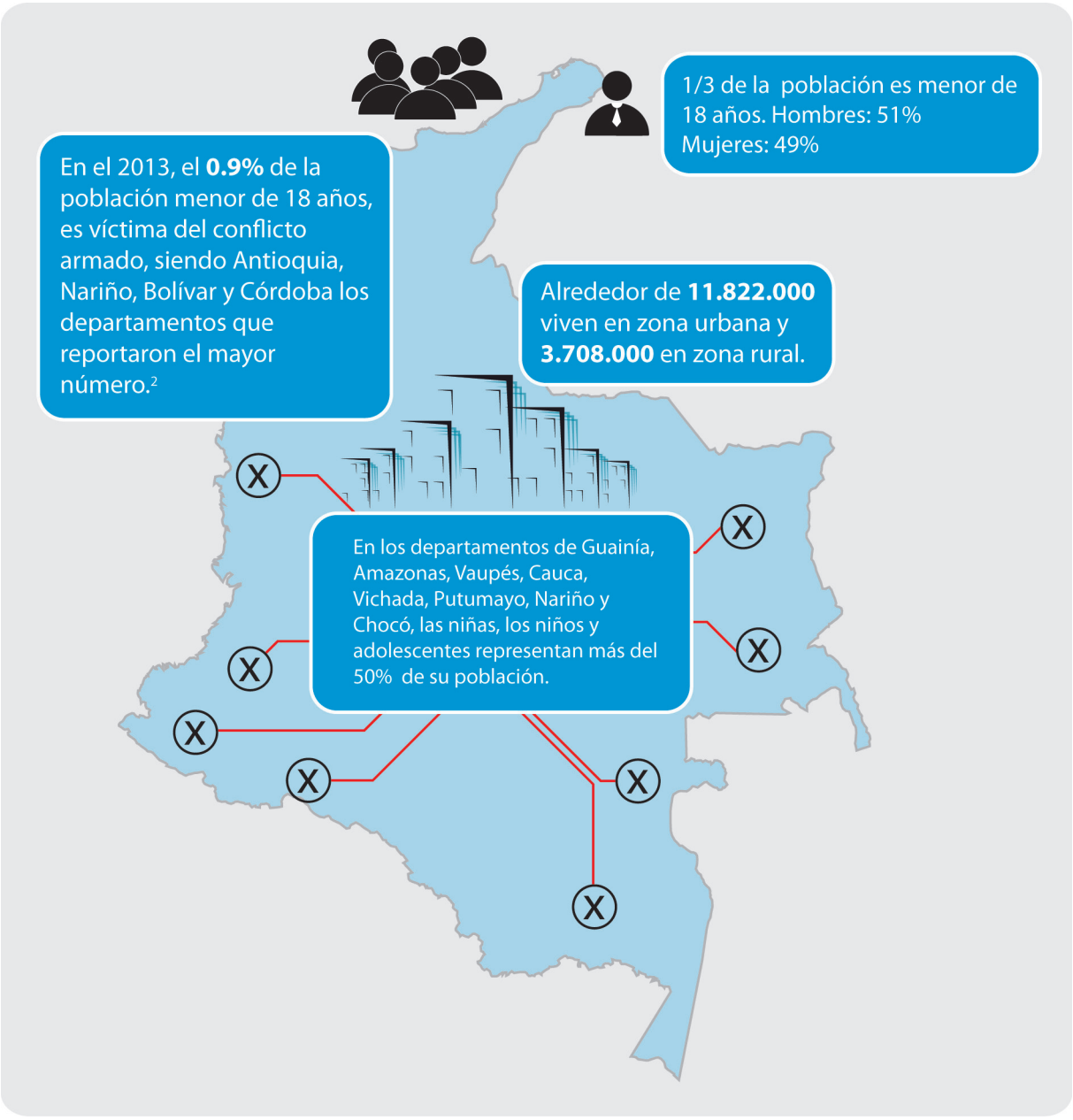
Quienes son y cómo viven

Riesgos o daños a la salud

Acceso a servicios con calidad y humanización

Mapa de caminos

1. Situación de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes, con énfasis en los derechos a la vida, la salud y la nutrición



[2] Registro Único de Población Desplazada. Demografía y Epidemiología

Primera infancia
Son 5'162.488 niñas y niños.

Infancia
entre 6 y 11 años son 5'120.430 niñas y niños.

Adolescencia
entre 12 y 17 años son 5´210.099 adolescentes.[3]

Afrocolombianos[4]
11,3%

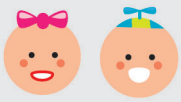
Gitanos[5]
0.01%

Indígenas
4,2%

Para 2013:
12´537.111 de mujeres se encuentran en edad fértil.

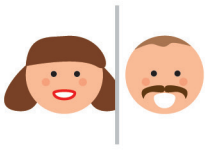
3% de los niños y las niñas menores de 15 años viven con el padre.

56% de los niños y las niñas menores de 15 años viven con ambos padres.



7% de los niños y las niñas, menores de 15 años, no viven con sus padres.
4% son huérfanos.[6]

32% de los niños y las niñas menores de 15 años viven con la madre.



De aquellos que viven sólo con la madre o sólo con el padre, 90% tienen el padre vivo o la madre viva.

51% de niños y niñas ≤ de 5 años permanecen la mayor parte del tiempo, entre semana, con su padre o madre en casa.

34% en el hogar comunitario, guardería o jardín.

11% al cuidado de un familiar mayor de 18 años.

4% con uno de sus padres en el trabajo, con la niñera, con un menor de 18 años o solos (0,1%).[7]

Tomado de: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2012. DANE

[3] Estimaciones y proyecciones de población DANE. 2014
[4] Como Población Afrocolombiana se toma la suma de las personas que se auto reconocen como raizal, palanquero, negro, mulato o afrocolombiano, según las opciones del Censo General 2005.
[5] Censo General 2005
[6] ENDS 2010
[7] Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2012. DANE

El Informe de Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2013[8] reporta que el 30,6% de la población es pobre y el 9,1% se encuentra en extrema pobreza. Según este informe, la característica socioeconómica que está asociada a mayores niveles de pobreza es el número de niños en el hogar; **se observa que, del total de personas en pobreza y en pobreza extrema, el 68,2% y el 27,3%, respectivamente, viven en hogares donde hay tres o más niños menores de 12 años.** Colombia es uno de los países más inequitativos en América Latina; el coeficiente de GINI es de 0,539, no hubo variación comparado con 2012.

Frase destacada

Este contexto es útil para comprender algunos elementos del análisis respecto al derecho a la vida, la salud y la alimentación que se presenta a continuación.

Mortalidad materna

2010

474 (tasa de 71.64 muertes por 100 mil nacidos vivos)

2012

446 (tasa de 65.9 muertes por 100 mil nacidos vivos)[9]

De acuerdo con el cálculo de la curva de concentración, el 50% de la población más pobre concentra el 68% de la mortalidad materna en Colombia.

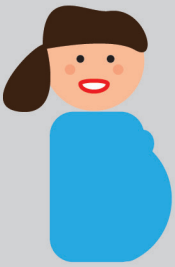
La desigualdad es mayor en la población más pobre.[10]

Principales causas de mortalidad materna:
- Trastornos hipertensivos y eclampsia
- Hemorragias postparto
- Sepsis

[8] Publicado por el DANE el 18 de abril de 2013
[9] Estadísticas Vitales - DANE. Cálculos: MSPS; consulta bodega de datos SISPRO el 16 de agosto de 2013
[10] Elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012. DANE

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010):

Tras visitar **50 mil hogares** de **258 municipios** de Colombia, se encontró que:



- **89%** de las gestantes tuvo una o más visitas de control prenatal.
  - A esta cifra corresponden: 91% para el sector urbano y 81% para el sector rural.
- **6%** tuvo entre 2 y 3 visitas.
- **1%** tuvo 1 sola visita.
- **3%** no tuvo ninguna visita de control prenatal.
  - Entre ellas: 6% en zona rural y 2% en zona urbana.

ENDS (2010)

Según el reporte de Estadísticas Vitales (DANE):

En el 2012: **84.8%** de las gestantes asistieron a cuatro o más controles prenatales.

▲ **4.1% con respecto a 2005 (81%)**

- En promedio, acudieron a la primera visita a los 2.7 meses de gestación.
- 77% asistió al primer control prenatal antes de los primeros cuatro meses.
- 15% asistió al primer control prenatal entre el cuarto y el quinto mes.

Departamentos donde el control prenatal es más escaso:

- Vaupés
- Guainía
- Vichada
- Amazonas
- Guaviare
- Chocó[11]

[11] EEVV - DANE. 2012.

Según la ENDS 2010

97% de las madres recibieron atención médica durante la gestación.

- Por parte del médico (91.7%)
- Por parte de enfermera (5,3%)
- Ningún tipo de atención (3%)

Según Estadísticas Vitales (DANE)

99% de los partos son atendidos en IPS por personal cualificado.

▲ **5.7% con respecto a 1988 (93.1%)**

33% de las IPS atiende a la mujer en el parto y en el postparto.

- Instituciones públicas **(56%)**
- Instituciones privadas **(14%)**

86% de las instituciones cuentan con médico general para la atención del recién nacido.

En IPS privadas:

- Médico general (47,4%)
- Médico pediatra (90%)
- Enfermero (32.4%)

En Instituciones públicas:

- Médico pediatra (18,8%)
- Enfermero (62.3%)

Centro Nacional de Consultoría. Línea de base calidad de atención en la primera infancia, año 2012.[12]

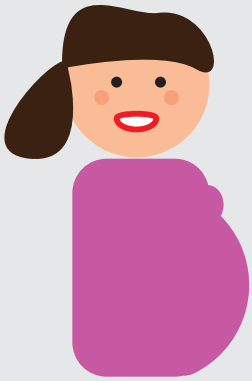
Según la línea de base sobre la calidad de la atención en la oferta de salud, 95% de las IPS, objeto de estudio, ofertan el servicio de control prenatal.

¿Cuánto tiempo tarda un paciente en obtener una consulta?

- Primera vez: (1.7 días)
- Control (7.7 días)

Centro Nacional de Consultoría. Línea de base calidad de atención en la primera infancia, año 2012

[12] Centro Nacional de Consultoría. Línea de base calidad de atención en la primera infancia, año 2012



Sobre el estado nutricional:

- Mujeres gestantes con bajo peso (16,2%)
- Adolescentes gestantes con bajo peso (28,6%)[21]

ENSIN 2005

Porcentaje de gestantes que consumieron suplementos de:

- Hierro (86.5%)
- Ácido fólico (84.9%)
- Calcio (80.5%)

ENDS 2010

Por su parte, la mortalidad infantil presenta un descenso sostenido en las últimas décadas. En el año 2012, de cada mil nacidos vivos, 17,47 murieron antes de cumplir un año de vida. Sin embargo, esta tasa enmascara las grandes diferencias territoriales; comparando la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) con el porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), se puede decir que en el departamento del Chocó por cada mil nacidos vivos, mueren 3.75 veces más niños que en el Distrito de Bogotá. En un sentido absoluto, en el Chocó que es el departamento con el mayor porcentaje de NBI mueren 34 niños más, por cada 1.000 que nacen vivos, comparado con Bogotá que es el territorio con menor porcentaje de NBI.

Mortalidad infantil

Indicadores	2005 ▶ 2012	
Tasa de mortalidad infantil (desde recien naido vivo hasta cumplir un año de edad)	20,40	17,47
Tasa de mortalidad perinatal (desde 28 semanas de gestación hasta 7 días de nacido)	9,65	8,35
Tasa de mortalidad neonatal (desde recién nacido vivo hasta 28 días)	9,87	7,73
Tasa de mortalidad neonatal temprana (En los primeros 6 días)	7,52	5,41
Tasa de mortalidad neonatal tardía (desde 7 días hasta menos de 28 días)	2,35	2,32
Tasa de mortalidad post neonatal (desde 28 días hasta cumplir un año de edad)	5,95	4,37

FUENTE: EEVV-DANE. Consulta cubo indicadores SISPRO 30/10/2014.

Si el país lograra alcanzar las condiciones que prevalecen en el departamento o distrito con mejores condiciones de NBI, se evitaría en promedio 5,6 muertes por cada mil niños que nacen vivos, lo cual representa el 31.1% de las muertes infantiles. Las principales causas de defunción registradas son los trastornos respiratorios, seguido de las malformaciones y anomalías congénitas e infecciones especificas del periodo perinatal.[13]

El 65.4% de las muertes se presentan en las niñas y niños menores de un mes; el 24.9% de 1 a 5 meses y el 9.8% de 6 a 11 meses de edad.[14]

Es una prioridad nacional disminuir la mortalidad neonatal, por ser este momento vital en donde se presenta el mayor número de muertes.

Verificación de conceptos: Es una prioridad nacional disminuir la _____ , por ser este el momento vital en donde se presenta el mayor número de muertes.

Cuadro 1

Mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda)

2005	2011	2012
Tasa de 13.38 muertes por 100 mil niños y niñas menores de 5 años.	Tasa de 3.73 muertes por 100 mil niños y niñas menores de 5 años.	Tasa de 3.54 muertes por 100 mil niños y niñas menores de 5 años.

Este descenso se explica en parte por la introducción al esquema nacional de vacunación, en el año 2009, de la vacuna contra el rotavirus.

Para el 2012

Departamentos con las tasas más bajas de mortalidad por EDA		Departamentos con las tasas más altas de mortalidad por EDA	
Caldas	2.5	Vaupés	33.5
Bolivar	2.4	Amazonas	19.4
Bogotá D.C.	1.7	Cesar	10.9
Nariño	1.2	La Guajira	9.1

[13] DANE EEVV. 2012.
[14] SISPRO, MSPS. Fuente Primaria: RUAF-ND

Para el 2012 año de reporte de los datos de mortalidad por EDA, los departamentos con coberturas de vacunación críticas fueron: Vichada (41.2%), Vaupés (45.5%), Guaviare (51.5%), Guainía (54.5%) y Chocó (58.9%).

La incidencia de EDA está asociada a la deficiencia en la calidad del agua y en el saneamiento básico.[15] En el año 2009, Quindío fue el único departamento donde se suministró agua apta para consumo humano en todos sus municipios; por el contrario, en Vaupés, sin exceptuar ningún municipio, el agua fue inviable sanitariamente. Los departamentos de La Guajira, Caquetá, Huila, Cundinamarca, Atlántico, Arauca y San Andrés y Providencia mejoraron las condiciones de la calidad de agua para consumo humano entre el año 2008 y 2009; por el contrario, los departamentos de Putumayo, Caldas, Risaralda y la ciudad de Bogotá, D.C. desmejoraron sus condiciones de calidad del agua.[16]

IRA (Infección Respiratoria Aguda)

2005	2010	2011	2012
Tasa de 25.1 muertes por 100 mil niños y niñas menores de 5 años.	Tasa de 16.4 muertes por 100 mil niños y niñas menores de 5 años.	Tasa de 15.9 muertes por 100 mil niños y niñas menores de 5 años.	Tasa de 16.1 muertes por 100 mil niños y niñas menores de 5 años.

La IRA y las afecciones que la constituyen las consultas médicas más frecuentes en este grupo de edad.

La IRA grave, dentro de la cual se encuentra la neumonía, es la causa más frecuente de muerte; principalmente, la originada por gérmenes como el Neumococo y el *Haemophilus Influenzae.*

Para el 2012 los departamentos de Vaupés, Chocó y Cesar presentan tasas por encima de 30, mientras que la tasa nacional es de 16,1 muertes por cada 100 mil niños.

Es una prioridad garantizar las coberturas de vacunación útiles por encima del 95%

En relación a la mortalidad en la infancia y adolescencia, y según las estimaciones del MSPS con base en DANE - Estadísticas Vitales 2012, **las principales causas de mortalidad** son: las agresiones - homicidios, accidentes de transporte terrestre, enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis; ahogamiento y sumersión accidental, y tumor maligno de tejido linfático.

[15] OMS 1998; APHA, 2001, En los países en desarrollo aproximadamente un 80 por ciento de todas las enfermedades y más de una tercera parte de las defunciones tienen por causa el consumo de agua contaminada. En promedio, hasta una décima parte del tiempo productivo de cada persona se pierde en las enfermedades asociadas al agua.
[16] Clasificación municipal de la provisión de agua en Colombia. Defensoría del Pueblo de Colombia. Derechos Humanos para vivir en paz. 2009

Respecto al derecho a la salud...

Están **activos** en el Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS):

- 77.2% de los niños y niñas de 0 a 5 años.
- 100% de 6 a 11 años.
- 100% de los adolescentes entre 12 y 17 años.[17]

Cerca de 1´176.000 niños y niñas, entre los 0 y 5 años, **no están** afiliados al sistema de salud, puerta de entrada para acceder a los servicios de salud.

29 departamentos y el Distrito de Bogotá tienen una cobertura de aseguramiento para las niñas y niños de 0 a 5 años por debajo del 90%.

SISPRO. Cubo BDUA. Julio 2014

El derecho a nacer en las mejores condiciones reduce de manera importante las posibilidades de morir prematuramente. La asistencia al control prenatal ayuda a prevenir y reducir complicaciones posteriores.

Sobre la consulta de crecimiento y desarrollo...

76% de los niños menores de cinco años asiste a la consulta de crecimiento y desarrollo:

Promedio de consulta por año: 2.6

El número de consultas aumenta si está al cuidado de:

- El padre

- La abuela o abuelo

- La empleada[18]

ENDS 2010

[17] SISPRO. Cubo BDUA. Julio 2013
[18] ENDS 2010.

PARE
Pare

Deténgase un momento y piense en las condiciones que afectan, positivamente, el promedio de asistencia a consultas de crecimiento y desarrollo.

Reflexione, a partir de su experiencia diaria, qué otras condiciones limitan el acceso a la consulta de crecimiento y desarrollo.

Según un estudio de calidad realizado en el año 2012...

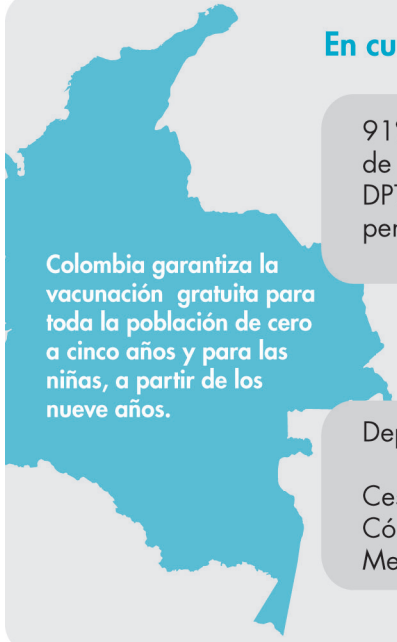
92.5% de las IPS ofrecen el servicio de crecimiento y desarrollo:

- **IPS Públicas (97,8%)**
- **IPS Privadas (87,7%)**

¿Cuánto tiempo tarda un paciente en obtener una consulta?

- **Primera vez (2.7 días)**
- **Control (6.7 días)**[19]

Estudio de calidad del Centro Nacional de Consultoría para la construcción de línea base de la estrategia De 0 a Siempre. 2012



En cuanto a vacunación, para el año 2013...

Colombia garantiza la vacunación gratuita para toda la población de cero a cinco años y para las niñas, a partir de los nueve años.

91% de niños menores de un año vacunados con DPT3 (en presentación pentavalente)*	92,4% de niños menores de un año con vacuna triple viral*

*Cobertura útil de bajo riesgo

La meta: Vacunar al **95%** de la población.

Ya se alcanzó en:

Departamentos:	Distritos
Cesar, Casanare, Córdoba, Santander, Meta.	Bogotá, Barranquilla, Cartagena.

Resultados de cobertura con respecto a 2010 y 2011.[20]

Ministerio de Salud y Protección Social. Grupo PAI 2013.

Bitácora

La vacunación gratuita se ofrece en el país para toda la población entre los _____ y _____ años, y para las niñas a partir de los _____ años.

[19] Estudio de calidad del Centro Nacional de Consultoría para la construcción de línea base de la estrategia De 0 a Siempre. 2012
[20] Ministerio de Salud y Protección Social. Grupo PAI 2012.

Para recordar

El país, con el fin de proteger a niños y niñas menores de seis años contra las enfermedades inmunoprevenibles, garantiza la vacunación gratuita para toda la población de cero a cinco años y para las niñas a partir de los nueve años.

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer:

2005	2011	2012
8,29%[22]	9,05%	8,98%

Al analizar los porcentajes por sexo...

En niños **8,27%**

En niñas **9,73%**

Estadísticas Vitales DANE.

Esto tiene que ver, en parte, con la ganancia de peso esperada según la semana de gestación; los niños tienden a ganar más peso que las niñas.[23, 24]

Para recordar

La desnutrición global en niños menores de 5 años fue de 3.4% en 2010, lo que significa un gran avance; para 2005, este indicador se encontraba en 7% y en 1995, superaba el 10%.

[21] Encuesta Nacional de la situación nutrional – ENSIN 2005
[22] Estadísticas Vitales DANE
[23] Nora E. Montoya-Restrepo y Juan C. Correa-Morales. Curvas de Peso al Nacer. Rev. salud pública. 9 (1):1-10, 2007. Colombia.
[24] Urquia ML, Alazraqui M, Spinelli HG, Frank JW. Referencias poblacionales argentinas de peso al nacer según multiplicidad del parto, sexo y edad gestacional. Rev Panam Salud Pública. 2011;29(2):108–19.

Sobre desnutrición...

En 2010

13,2% de niños y niñas menores de un año presentaron desnutrición crónica*

3% de niños y niñas, menores de un año, presentaron desnutrición crónica severa.

En comparación con 2005, la cifra se redujo en 17%[25]

*Fue más prevalente en niñas y niños de 1 a 2 años de edad.

Indicadores de retraso en talla y delgadez para niñas, niños y adolescentes entre 5 y 17 años:

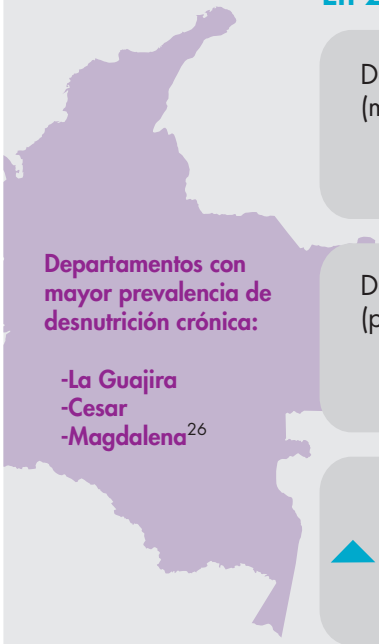
En 2005
Niñas y niños: 13,9%
Adolescentes: 3%

En 2010
Niñas y niños: 10%
Adolescentes: 2,1%

Uno de cada 10 presentan retraso en el crecimiento.

ENSIN 2010

En 2010...



Departamentos con mayor prevalencia de desnutrición crónica:

-La Guajira
-Cesar
-Magdalena[26]

Desnutrición global* (menores de cinco años): 3,4%

En 1995: Más del 10%
En 2005: 7%

*Se presenta principalmente en familias numerosas, niños o niñas de madres con bajo nivel educativo y en niveles I y II del SISBEN.[27]

Desnutrición aguda* (peso/estatura): Menos del 1%

Variable estable desde 2010

*Se presenta principalmente en niñas y niños menores de seis meses, cuyas madres cuentan con bajo nivel educativo.[28]

Sobrepeso en niños menores de cinco años: 5,2%

En 2005: un punto porcentual menos.

Prevalencia de obesidad (>2 DE) en niños de cinco a nueve años: 5,2%

Prevalencia de obesidad (>2 DE) en niños de 10 a 17 años: 3,4% [29]

ENSIN 2010

[25] ENSIN 2010
[26] ENSIN 2010
[27] ENSIN 2010
[28] ENSIN 2010
[29] ENSIN 2010

Sobre deficiencias de micronutrientes* en niños y niñas que tienen anemia:

En 2005	En 2010
33%	27%

Región más afectada:
Región Pacífica **(32%)**

*Fue más prevalente en niveles I y II del SISBEN y en el área rural.

- **24,3%** de los niños y las niñas tienen deficiencias de vitamina A y Zinc.[30]
- **42.5%** de los niños y las niñas menores de tres años recibe frutas y verduras que contienen vitamina A.
- **69.4%** recibe carnes, pescado, pollo o huevo.
- **30%** no recibe diariamente fuentes de proteína animal.

ENSIN 2010

Sobre lactancia materna...

¡Superior al 95% desde el año 2000!

En 2000: 95.5% ▲ **En 2005: 97,1%** ▼ **En 2010: 96%**

Se observa un aumento de la lactancia materna, tal y como lo recomendó el Comité de los Derechos del Niño.

Lactancia materna exclusiva:	Lactancia materna total:	Lactancia materna inicial:
En 2005: 2.2 meses ▼ En 2010: 1.8 meses	Permanece en 14.9 meses	En 2000: 61,3% ▼ En 2005: 49% ▲ En 2010: 57%

Porcentaje de recién nacidos que recibieron leche materna durante el primer día de nacidos:

En 2000: 86,6% ▼ En 2005: 22,4% ▼ En 2010: 19,7%

ENSIN 2010

Sobre la alimentación complementaria...

Uso de fórmula en menores de seis meses:

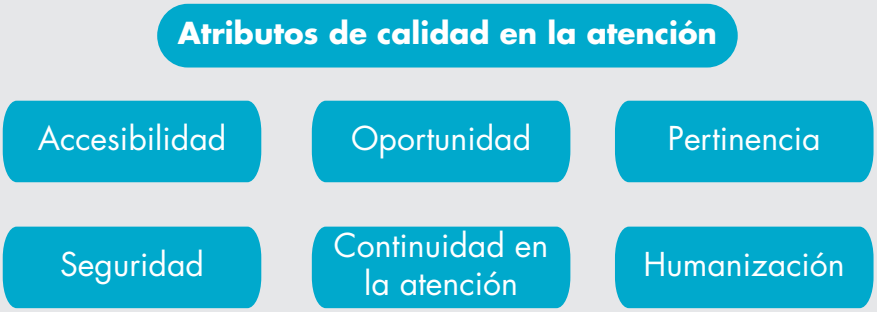
En 2005: 30.4% ▲ En 2010: 35.6%

Consumo de otros líquidos en menores de seis meses:

En 2005: 19.8% ▼ En 2010: 14.4%

[30] ENSIN 2010

El siguiente análisis de la situación actual de la calidad y humanización de la atención se realiza a partir de los atributos de calidad referidos a la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad en la atención y humanización[31], por su estrecha relación con los elementos definidos en Observación General 014 del año 2000 – (i) disponibilidad, (ii) accesibilidad[32], (iii)aceptabilidad y (iv) calidad - para la aplicación del pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, a fin de garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.[33]



Accesibilidad y oportunidad

Los atributos de accesibilidad/oportunidad se encuentran íntimamente relacionados y se ven afectados por diversas situaciones, como la concentración de la oferta especializada en las grandes ciudades, los servicios de salud que no son accesibles a algunos sectores más vulnerables y marginados de la población, la accesibilidad física, la asequibilidad y el acceso a la información.

A continuación, se incluyen dos gráficos que resumen la disponibilidad de servicios de salud, disponibles en el país a corte de mayo de 2013:

Cuadro 2

Número de servicios de salud disponibles en Colombia (2013)
Modalidad intramural de tipo ambulatorio

Consulta externa de pediatría	2845
Consulta externa de odontopediatría	1293
Consulta externa de ortopedia pediátrica	3
Consulta externa de ortopedia infantil	120
Consulta externa de oncología y hematología pediátrica	110
Consulta externa de neuropediatría	303
Consulta externa de neumología pediátrica	156
Consulta externa de nefrología pediátrica	122
Consulta externa de ginecología oncológica	170
Consulta externa de oncología pediátrica	16
Consulta externa de cardiología pediátrica	239
Consulta externa de ginecobstetricia	3368
Consulta externa de cirugía pediátrica	342

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (2013); en Plan decenal de salud publica 2012 – 2021.

[31] Decreto 1011 de 2006
[32] La cual trasciende a cuatro dimensiones (no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (también descrita como asequibilidad) y acceso a la información)
[33] Cuyos conceptos se amplian en el anexo 6 – Lineamiento de calidad y humanización de la atención

Número de servicios de salud disponibles en Colombia (2013) Modalidad intramural de tipo hospitalario	
Hospitalización para pediatría general	1331
Servicios quirúrgicos para cirugía oncológica pediátrica	23
Servicios hospitalarios de quemado pediátrico	13
Servicios hospitalarios de obstetricia	1395
Cuidado intensivo pediátrico	127
Cuidado intensivo neonatal	234
Cuidado intermedio pediátrico	111
Cuidado intermedio neonatal	245

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (2013); en Plan decenal de salud publica 2012 – 2021.

La siguiente tabla ofrece datos sobre la oportunidad de la atención, particularmente sobre la asignación de citas para ginecobstetricia y consulta de pediatría:

Cuadro 3

Oportunidad de la atención		
Asignación de citas	**Régimen Contributivo**	**Régimen Subsidiado**
Ginecobstetricia	Entre 5,87 y 31,33 días.	Entre 2,13 y 14,76 días.
Consulta de pediatría	Entre 2,29 y 20 días.	Entre 1,12 y 17,89 días.

Fuente: Sistema de Información para la Calidad, Segundo Semestre de 2012.

El siguiente gráfico detalla las principales conductas violatorias al derecho a la salud en el año 2013, de acuerdo con información recopilada por la Defensoría del Pueblo:

Cuadro 4

Principales conductas violatorias al derecho a la salud (2013)	
Deficiente e inoportuna atención médico-asistencial en el servicio de atención de urgencias, consulta externa, hospitalización, procedimientos, medicamentos o terapias.	74%
Negación, obstaculización o demora en la atención de salud de un servicio fuera del POS o POSS: medicamento, tratamiento, procedimiento o medio de diagnóstico.	14,3%
Ausencia o falta de información comprensible, oportuna y completa, para que la persona pueda decidir sobre su situación de salud (consentimiento informado).	4,1%
Negación u obstaculización de las garantías necesarias para el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.	4%
Negación o coacción del derecho a escoger la administradora o el prestador de salud.	4%

Fuente: Vigésimo Informe del Defensor del Pueblo al Congreso de la República de Julio de 2013.

Cuadro 5

Presuntos responsables de incumplimientos	
EPS contribuyentes y subsidiadas	68%
Autoridades administrativas del orden departamental.	37%
Directores de establecimientos carcelarios e Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC	8,9%
IPS	8,1%
Autoridades administrativas del orden municipal	3,2%

Fuente: Vigésimo Informe del Defensor del Pueblo al Congreso de la República de Julio de 2013.

Pertinencia, seguridad y continuidad

Frente a la pertinencia, seguridad y continuidad, el estudio de línea de base de la oferta a la primera infancia[34], en términos de atributos de calidad, concluyó, al valorar el registro del control prenatal, que existen rezagos frente a la norma en cuanto a la indagación de antecedentes e información a la gestante. Esto contribuye a aumentar la probabilidad de no identificar de manera adecuada el riesgo obstétrico, conduciendo a probables conductas no pertinentes respecto a la situación particular de la gestante y su familia.

[34] Centro Nacional de Consultoría. Línea de base calidad de atención en la primera infancia, año 2012

La siguiente tabla da cuenta de los indicadores de atención del parto y postparto, con base en historias clínicas:

Cuadro 6

Atención del parto y postparto	
Cumplimiento en los registros de atención en el puerperio inmediato	56%
Valoración de signos vitales	85%
Valoración del estado de suturas vulvares	60%
Reportes de puerperio mediato	≥ 75%
Porcentaje total del cumplimiento de reportes de puerperio mediato	71%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría. Línea de base calidad de atención en la primera infancia, año 2012.

Solo siete de cada 10 historias cumple con los requisitos establecidos por la norma, en relación con la atención del puerperio mediato.

En la atención al recién nacido, hay un subregistro de los procedimientos realizados en el 21,3% en variables como el APGAR, bien sea porque no se registra o por registro tardío; adaptación neonatal inmediata, limpieza de vías aéreas y manejo de cordón umbilical, entre otros.

En las atenciones realizadas en la valoración de crecimiento y desarrollo, no se registran antecedentes ni la realización del exámen físico. Esta atención es poco reconocida por padres y cuidadores, en tanto enfermería no resuelve situaciones de enfermedad del niño; al parecer, la valoración de la niña y el niño no es percibida como algo necesario por parte de padres, madres y cuidadores.

En relación con el atributo de continuidad, se puede establecer que una de las mayores debilidades presentadas y que impiden el cumplimiento a cabalidad, de este atributo es el no cumplimiento del número de consultas establecidas, tanto para control prenatal como para crecimiento y desarrollo; bien sea por debilidades o causas atribuibles a los procesos propios de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), de las IPS o por causas relacionadas con las decisiones propias de las gestantes, madres, padres, cuidadores, niños o niñas.

Finalmente, en cuanto al criterio de humanización de la atención, las IPS desarrollan distintas apuestas acercándose al cumplimiento de estándares superiores de calidad. Estas apuestas son un insumo para la política de humanización que está diseñando el Ministerio.

PARE
Pare

Hasta acá usted revisó algunas estadísticas importantes respecto a la salud de los niños, niñas y adolescentes del país. Además, se enumeraron las principales conductas violatorias al derecho a la salud y sus responsables.

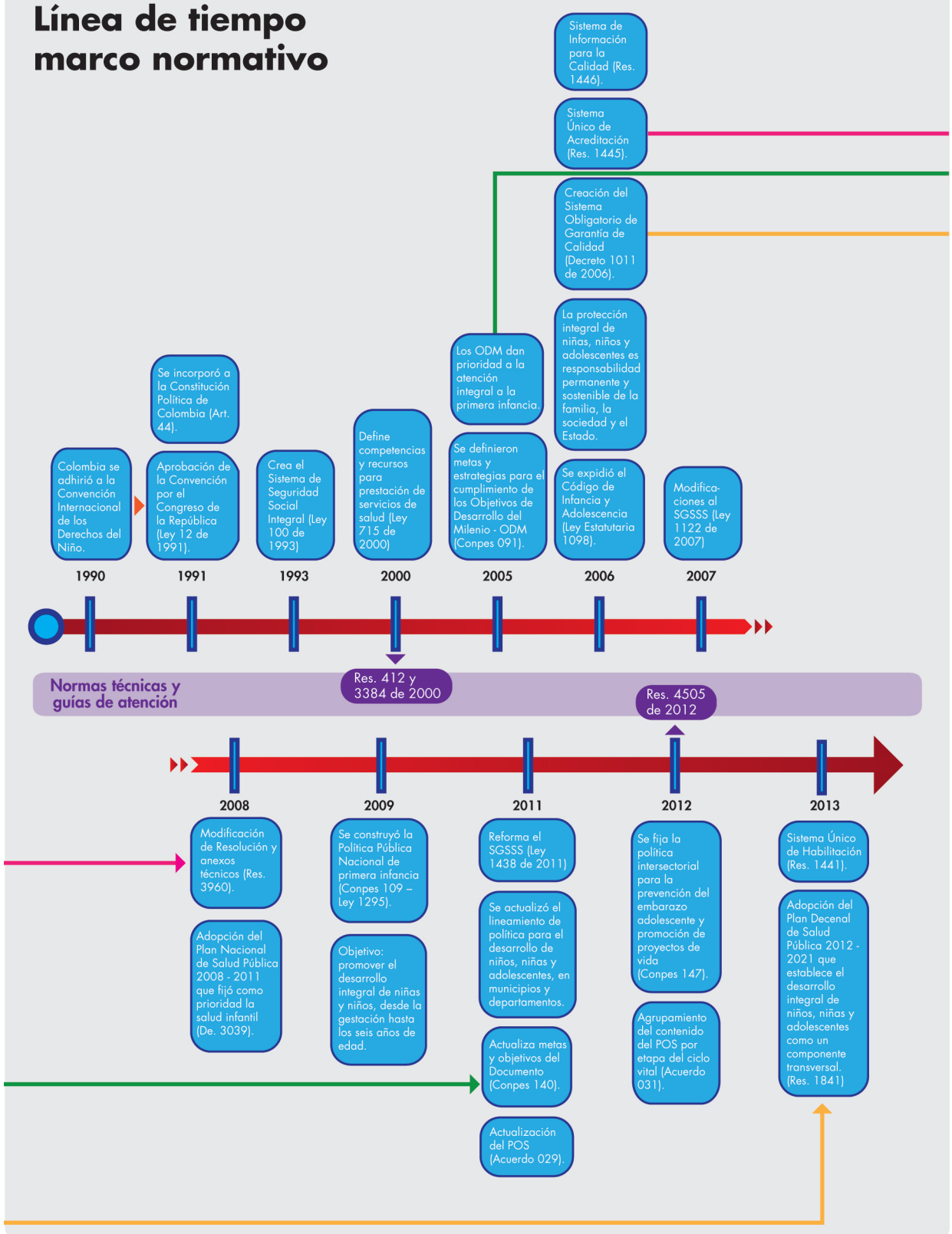
En cuanto a los atributos de calidad, hay que tener claro que la accesibilidad y la oportunidad se ven afectadas principalmente por la concentración de la oferta especializada en las grandes ciudades, servicios de salud no accesibles a algunos sectores más vulnerables y marginados de la población, la accesibilidad física, la asequibilidad y el acceso a la información.

2. Marco normativo y de política

Mapa de caminos

2. Marco normativo y de política

Línea de tiempo marco normativo



Los hitos normativos y de política internacionales y nacionales en primera infancia, infancia y adolescencia, así como el marco normativo y de política en el ejercicio del derecho a la salud, orientan el desarrollo de este apartado.

Empezando la década de los noventa (1990), Colombia se adhirió a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Al año siguiente, el Congreso de la República aprobó dicha Convención, mediante la Ley 12 de 1991; a su vez, es incorporada en el marco de la Constitución Política de 1991 (artículo 44). En el año 2006, se expidió el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley estatutaria 1098), precisando que la protección integral de niñas, niños y adolescentes es una responsabilidad permanente y sostenible de la familia, la sociedad y el Estado. En el año 2011, se actualizó el lineamiento de política para el desarrollo de niñas, niños y adolescentes, en los departamentos y municipios.

Tenga presentes los siguientes conceptos y esté atento a ellos durante la lectura de este documento:

Palabras clave

- Protección integral.
- Enfoque de derechos.
- Realizaciones.
- Entornos.
- Ciclo vital.

A partir de estos avances, sin lugar a dudas, el enfoque de derechos se convirtió en el ordenador de las políticas públicas en las últimas dos décadas. El ejercicio de los derechos, en condiciones de igualdad desde la primera infancia, rompe el círculo vicioso de la pobreza y reduce las brechas de inequidad.[35]

En coherencia con este marco normativo de política, y con base en la evidencia, Colombia está priorizando como sociedad la inversión en la primera infancia, por su alto retorno social y la disminución a largo plazo de gastos en salud, educación, protección y justicia[36], entre otros.

La Política Pública Nacional de Primera Infancia (Conpes 109 de 2009 y Ley 1295 de 2009) tiene el propósito de promover el desarrollo integral de las niñas y los niños, desde la gestación hasta cumplir los seis años de edad. De su parte, los Objetivos de Desarrollo del Milenio han dado prioridad a la atención integral para la primera infancia (Conpes 091 de 2005 y Conpes 140 de 2011).

En los dos últimos años, Colombia ha acordado como sociedad un avance respecto al reto del ejercicio de los derechos, por parte de las niñas y niños en primera infancia; un horizonte de sentido que se concreta en el concepto de realizaciones. Este hace referencia a las condiciones y estados que se materializan en la vida de cada niña y cada niño, en los entornos cotidianos donde transcurre su existencia desde la gestación, y que hacen posible su desarrollo integral.

[35] Van der Gaag, (2002). From Child Development to Human Development. En: M. Young (ed.), From Early Child Development to Human Development. Investing in our Children's Future. Washington: World Bank.
[36] J. Heckman & P. Carneiro (2003). Human Capital Policy. National Bureau of Economic Research – Working Paper 949

Cuadro 7

Las realizaciones para cada niña y niño implican que	
Cuenta con padre, madre o cuidadores principales que le acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral.	✔
Vive y disfruta del nivel más alto posible de salud.	✔
Goza y mantiene un estado nutricional adecuado.	✔
Crece en entornos que favorecen su desarrollo.	✔
Construye su identidad en un marco de diversidad.	✔
Expresa sentimientos, ideas y opiniones en los entornos cotidianos, y estos son tenidos en cuenta.	✔
Crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración.	✔

Los entornos son espacios físicos, sociales y culturales donde habitan los seres humanos. Entre ellos se produce una intensa y continua interacción así como con el contexto que les rodea (espacio físico y biológico, ecosistema, comunidad, cultura y sociedad en general) que promueven y cuidan su integridad física, emocional y social; generan tranquilidad y confianza en niñas y niños; son sensibles ante sus intereses, inquietudes y capacidades; potencian su desarrollo; facilitan la inclusión de niños y niñas de diferentes culturas y etnias, y de condiciones físicas o mentales diferentes; además, promueven la equidad social, la paz y la armonía entre las personas y con el ambiente. *Estos entornos son el entorno hogar, el entorno de salud, el entorno educativo y el entorno espacio público.*

Los entornos que acogen a niños y niñas menores de seis años son:

- _____
- _____
- _____
- _____

Gráfico 1

Entorno Hogar

Es el espacio de acogida y afecto en el que transcurre la mayor parte de la primera infancia de las niñas y los niños.

Gracias a la labor de cuidado y crianza desempeñada por sus integrantes, ellos reciben los referentes sociales y culturales básicos con los cuales empiezan a desenvolverse en la sociedad.

Entorno de Salud

Es la primera expresión institucional que acoge a las niñas y los niños.

Acompaña el proceso de preconcepción, gestación, nacimiento y de ahí en adelante, con el propósito fundamental de preservar su existencia y autonomía en condiciones de plena dignidad.

Entorno Educativo

Propicia, de manera intencionada, acciones pedagógicas que les permiten a las niñas y a los niños vivenciar y profundizar en su condición de sujetos de derechos, ciudadanos participativos, transformadores de sí mismos y de la realidad, creadores de cultura y de conocimiento.

Es un entorno privilegiado para ahondar en la experiencia de vivir juntos, conocer y respetar a las demás personas, interiorizar y construir paulatinamente normas básicas de convivencia.

Entorno Espacio Público

Se compone de:

- Espacios abiertos (plazas, playas, parques, vías) caracterizados por el libre acceso.

- Lugares ubicados en infraestructuras de acceso permitido a los cuales la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casas de la cultura, museos, teatros, templos, malocas, escenarios de participación).

Este entorno cumple un papel esencial en la construcción de la identidad de las niñas y los niños, en el ejercicio ciudadano y en la formación democrática. Se constituye en un espacio vital y humanizante que les permite integrar su condición de seres vivos, seres sociales y seres culturales.

De otra parte, la evidencia científica no duda en reafirmar la importancia de invertir en la primera infancia. Si bien el desarrollo ocurre durante todo el ciclo vital, existen momentos y edades particularmente sensibles, como son los mil primeros días de vida; estos momentos y edades son una ventana de oportunidad, en los cuales se debe actuar de manera complementaria, continúa y sostenida. Estos momentos y edades sensibles son:

Preconcepción ▶ Gestación ▶ Nacimiento hasta los tres años* ▶ Niñas y niños entre seis y cinco años cumplidos

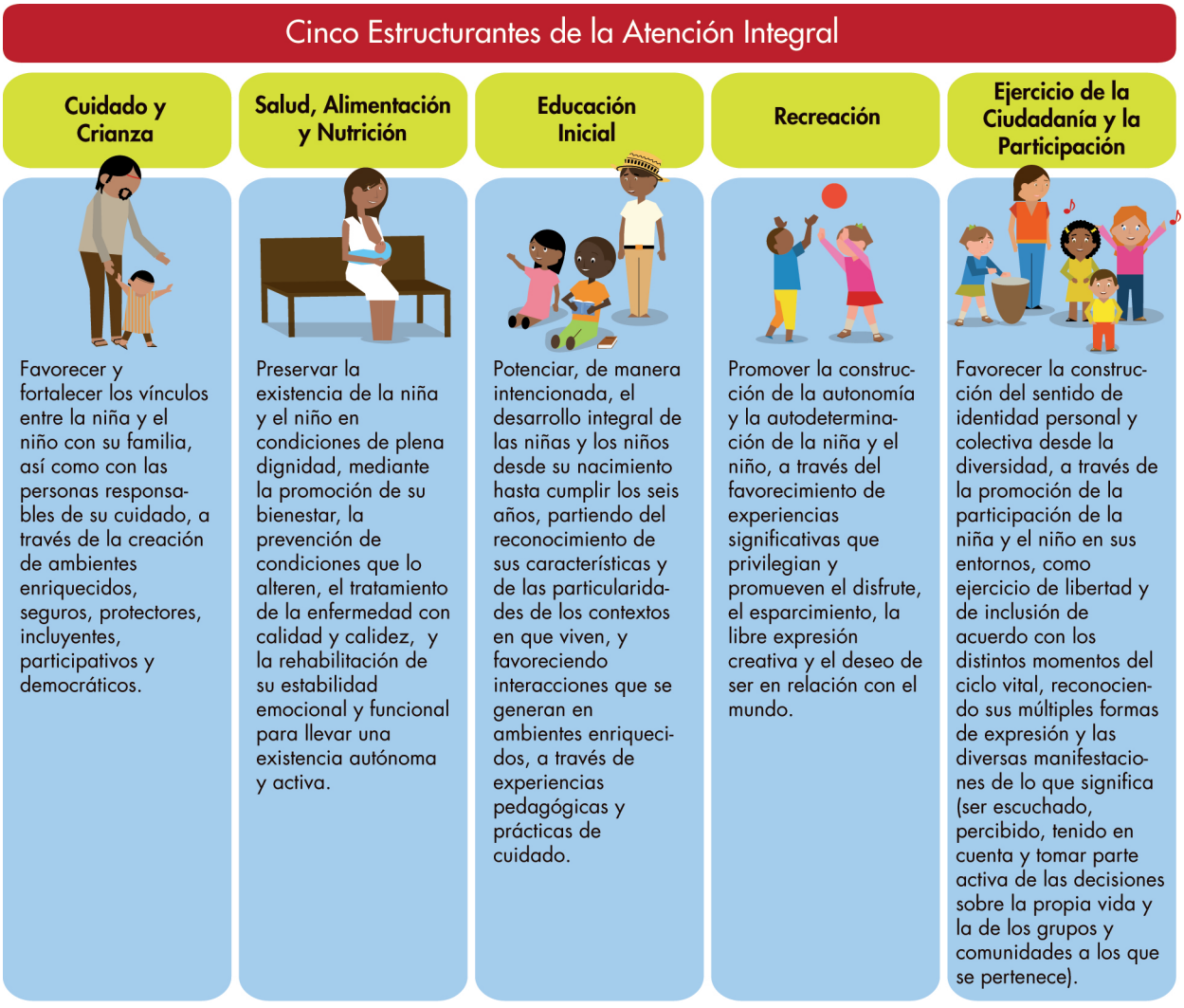
*Se reconoce con especial énfasis a los neonatos por su vulnerabilidad.

Para recordar

Los mil primetos días de vida son una oportunidad para el desarrollo infantil. Durante este periodo ocurre el 85% de las conexiones neurales. Comprende desde la gestación hasta cumplir los dos años de edad.

Definidos los momentos y edades, las realizaciones y los entornos, se definieron cinco estructurantes de la atención integral. El objetivo es asegurar las condiciones humanas, sociales y materiales para garantizar la promoción y potenciación del desarrollo integral de los niños y niñas, desde la preconcepción hasta los 6 años de edad en los diferentes entornos en los que se desarrollan. Estas son:

Figura 1. Cinco estructurantes de la atención integral



Para materializar la atención integral[37], se acordó la Ruta Integral de Atenciones (RIA) Este es un instrumento que sirve de referente para orientar a las autoridades territoriales y a los demás actores responsables de la implementación de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, respecto del conjunto de atenciones que debe asegurarse a cada niña y cada niño para garantizar su pleno desarrollo.

[37] Como vemos esta propuesta de ruta se diferencia del concepto de ruta comúnmente utilizado en el sector salud, en la cual se señalan una serie de pasos y procedimientos para acceder a un conjunto de servicios.

Palabras clave

Tenga presentes los siguientes términos durante la lectura de este documento:

- Ruta Integral de Atenciones.
- Momento – grupo de edad.
- Destinatarios de las atenciones.
- Atenciones universales.
- Atenciones diferenciales.
- Atenciones especializadas.

La RIA se ordena considerando los estructurantes de la atención integral y teniendo en cuenta:

- El momento o grupo de edad de la niña o del niño que se atiende:
  - Preconcepción.
  - Gestación.
  - Nacimiento a primer mes.
  - Primer mes hasta cumplir los tres años.
  - Tres a seis años.

- Los destinatarios de las atenciones.
  - Hombres, mujeres, familias y cuidadores que acogen a la niña o al niño en el seno de una familia.
  - Las niñas o los niños en primera infancia directamente.

- Los entornos en donde se prestan las atenciones.

Además de las atenciones universales planteadas en la RIA, emerge la necesidad de considerar atenciones diferenciales y atenciones especializadas:

a. Las atenciones diferenciales surgen del reconocimiento de las múltiples configuraciones de la diversidad, que se derivan de características, condiciones o situaciones particulares de los individuos y de su interacción con el contexto.

Es así como la cultura, la pertenencia étnica, la discapacidad, las experiecias particulares, las afectaciones permanentes o transitorias en la vida de las niñas, los niños y sus familias, sumadas a los matices que el contexto territorial aporta (área rural, urbana, selva, vías de acceso, zona afectada por el conflicto armado, entre otros), cobran relevancia en la RIA e invitan a quienes prestan las atenciones a aproximarse de manera sensible, a acompañar y a atender de forma pertinente.

En este sentido, las atenciones diferenciales son la expresión concreta de la manera como una atención universal se materializa, teniendo en cuenta las características de las niñas y los niños en cuanto a su particularidad como seres humanos únicos y singulares.

b. Las atenciones especializadas son aquellas orientadas a responder a situaciones específicas de vulneración o riesgo. Es así como en la RIA se ofrece una relación de las

situaciones que desencadenan atenciones especializadas por cada grupo de edad, de manera que cada territorio pueda identificar las acciones particulares relacionadas con la detección, referenciación, acompañamiento, tratamiento, rehabilitación y restablecimiento de derechos que deban desarrollarse con el fin de salvaguardar los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y las niñas en la primera infancia.

Lectura recomendada

http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamientos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf

Para la infancia, que comprende de los seis a los 11 años, si bien el país tiene avances en materia normativa y de política conforme se mencionó, estos aún no se materializan en una sola política pública que logre armonizar las acciones de los diferentes sectores, a partir del enfoque de derechos, para garantizar efectivamente la atención integral.

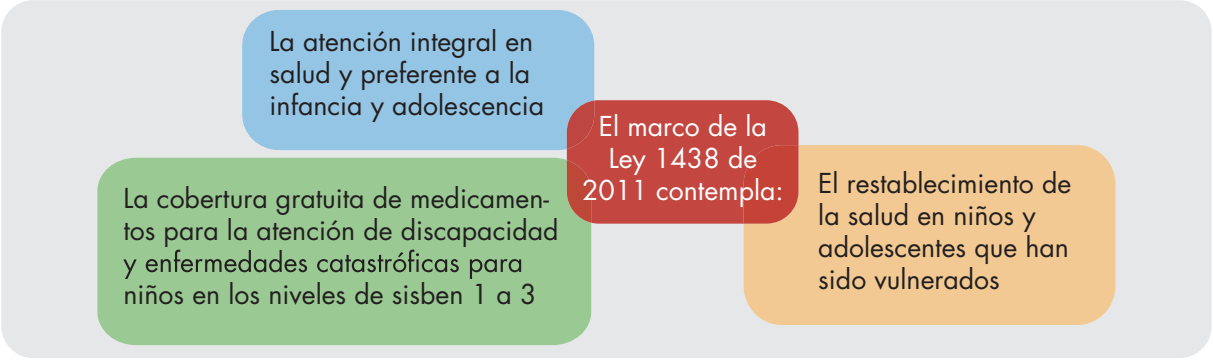
En el caso de la adolescencia, que comprende de los 12 a los 17 años, ocurre algo similar que en la infancia, por lo que actualmente se avanza en el camino hacia la construcción de una RIA, a partir de la construcción de un acuerdo social en torno a las realizaciones; es decir, a la materialización de las condiciones y estados que garanticen el ejercicio de los derechos de cada niña, niño y adolescente.

Es de resaltar la expedición del **Conpes 147 de 2012**, dirigido a la prevención del embarazo en adolescentes, y la promoción de proyectos de vida para niñas, niños y adolescentes de 6 a 19 años, que convoca la acción intersectorial para afectar los determinantes de esta compleja problemática social.

Pasando al marco normativo y de política en salud, es preciso plantear que la salud en Colombia de las niñas, los niños y adolescentes es un derecho fundamental que, al igual que los demás 43 derechos[38], prevalece sobre los derechos de los démas.

La Atención Integral en Salud a la infancia y adolescencia en el SGSSS tiene un marco normativo general que orienta sobre la estructura y las reformas del sistema (Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011), y las competencias de los actores en el mismo (Ley 715 de 2000 y Resolución 1841 de 2013).

Gráfico 2



[38] Código de infancia y adolescencia – Ley 1098 de 2006.

Así mismo, el Acuerdo 029 de 2011 que actualizó el Plan Obligatorio de Salud (POS) estableció la posibilidad de acceso a la atención especializada en ginecología y pediatría sin remisión previa del médico general y definió los criterios para el acceso a coberturas esenciales en el POS para menores de 18 años[39]. De la misma forma, se igualaron los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado para los menores de 18 años en el año 2010[40].

Complementando este acuerdo, se expidió el Acuerdo 031 de 2012 que agrupó por etapa del ciclo vital el contenido del POS para hacer claridad a los aseguradores en salud, así desde prenatal hasta 6 años; 6 a 14 años y 14 a 18 años.
En cuanto a la calidad de la atención en salud, el país dispone del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Decreto 1011 de 2006) que comprende:

- El sistema único de habilitación.
- El sistema único de acreditación (Resoluciones 1445 de 2006 y 3960 de 2008).
- El sistema de información para la calidad (Resolución 1446 de 2006).
- La auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención.

El sistema de garantia de calidad de la atención está acompañado de un conjunto de normas técnicas para las acciones de protección específica y detección temprana, y de unas guías de atención a las gestantes, neonatos, niñas, niños y adolescentes, que han sido actualizadas en respuesta a la reciente evidencia científica para eventos en salud pública, expedidas por las Resoluciones 412, 3384 de 2000, 4505 de 2012, entre otros. Ver relación de guías de práctica clínica en el Lineamiento de calidad y humanización de la atención.

Lectura recomendada

Lineamiento de calidad y humanización de la atención en salud a infancia y adolescencia.

Disponible en la Caja de Herramientas de Atención Integral en Salud a Infancia y Adolescencia

Actualmente el MSPS se encuentra actualizando las normas técnicas con el fin de armonizarlas con los contenidos propuestos por las guías[41], piloteando nuevos protocolos: atención de la adolescente gestante y desarrollando nuevas guías: atención de la enfermedad respiratoria aguda.

El instrumento de política más amplio y completo que tiene el país para asegurar el ejercicio al derecho de la salud y el bienestar de la población es el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021. Este plan prevé que, a través de la promoción y protección del bienestar, la prevención, el tratamiento y cuidado de las alteraciones de la salud, y la rehabilitación, se debe garantizar a las gestantes, niñas y niños:

[39] Se incluyó el implante coclear, complementos nutricionales, cariotipo, prevención de caries infantil, atención psiquiatrica y psicológica para víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, transtornos alimentarios, como anorexia y bulimia, discapacidad y consumo de sustancias psicoactivas.
[40] Requerimientos de la Corte Constitucional (Sentencia T-760 de 2008),
[41] Las nuevas guías se pueden consultar en: http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-de-anomal%C3%ADas-cong%C3%A9nitas.aspx)

Gráfico 3

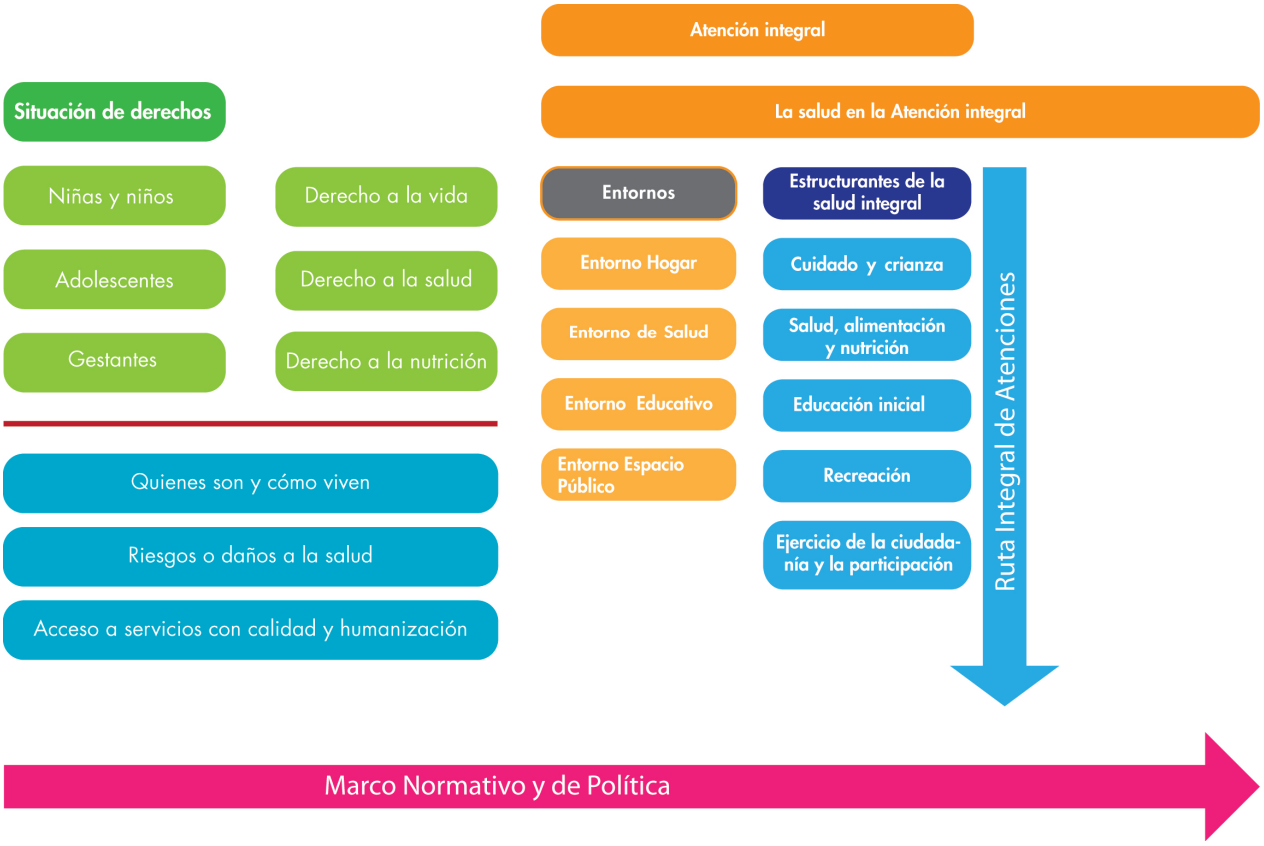
El desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes ha sido priorizado como uno de los componentes dentro de la dimensión transversal de la gestión diferencial de poblaciones vulnerables.[42]

[42] Plan decenal de salud pública 2012 – 2021, página 250

Usted acaba de revisar el marco normativo y de política que orienta todo el ejercicio al derecho a la salud. Gracias a la Política Pública Nacional de Primera Infancia (Conpes 109 de 2009 y Ley 1295 de 2009), que tiene el propósito de promover el desarrollo integral de las niñas y los niños desde la gestación hasta cumplir los seis años de edad, en Colombia se ha logrado un avance frente al reto del ejercicio de los derechos por parte de las niñas y niños en la primera infancia.

Se revisaron temas como las realizaciones, las condiciones y estados que se materializan en la vida de cada niña y cada niño y que hacen posible su desarrollo integral. Así mismo, se describieron los entornos que permiten, en las niñas y niños, la promoción y el cuidado de su integridad física, emocional y social, como son los entornos de salud, hogar, educativo y de espacio público. Luego se definieron los cinco estructurantes de la atención integral y la Ruta Integral de Atenciones que la materializa.

3. La salud en la atención integral a la primera infancia, infancia y la adolescencia



Mapa de caminos

3. La salud en la atención integral a la primera infancia, infancia y la adolescencia

Palabras clave

La salud es definida como el bienestar físico, mental y social de las personas, que les permite llevar una vida social y económica productiva.[43]

Este concepto trasciende la ausencia de enfermedad e implica contar con condiciones que favorecen el desarrollo de las capacidades para ejercer plenamente la libertad en condiciones de vida dignas. Cuando se trata de niñas y niños en primera infancia, este bienestar depende de forma significativa de los adultos que les rodean.

El Comité Internacional de los Derechos del Niño, en la sesión realizada en el año 2004 sobre la realización de los derechos del niño en la primera Infancia[44], señala que el goce del derecho al nivel más alto posible de salud de los niños y las niñas, entre otros determinantes, depende de:

I El reconocimiento y compromiso de los padres con el desarrollo físico, emocional y psicológico.

II La participación de la familia y el apoyo social y económico necesario, cuando el niño o la niña se enferma, se hace daño o sufre de alguna discapacidad.

III Un entorno hospitalario que proporcione el espacio y la infraestructura necesarios para los niños y sus padres.

IV La capacitación y habilidades del personal de salud para responder a las necesidades físicas, emocionales y evolutivas de los niños y sus familiares.

V La voluntad de los gobiernos para proporcionar el marco legal que permita el funcionamiento de los servicios de salud y la garantía de su financiación.

A continuación se aborda el estructurante de salud, alimentación y nutrición en el continuo de la vida; la salud en los entornos, así como en la atención integral de las niñas y los niños y, por último, algunas consideraciones para reconocer la singularidad desde las situaciones y contextos propios en donde viven y se desarrollan.

3.1 Estructurante de salud, alimentación y nutrición en la atención integral en el continuo de la vida

La relación salud-alimentación-nutrición es innegable. Existe evidencia científica[45] sobre la importancia de la nutrición materna e infantil, con énfasis en los primeros 1000 días, en el desarrollo infantil y el capital humano.

Estados nutricionales óptimos disminuyen la incidencia de las enfermedades agudas

[43] Organización Mundial de la salud, 1946, 1977
[44] Comité Internacional de los Derechos del Niño - Guía a la Observación N°7, 2004

y crónicas, aportan para el desarrollo sano y la productividad económica de los individuos y las sociedades. Además, proporcionan mayor posibilidad de educación y mayores garantías para las generaciones futuras.

Intervenciones como la promoción de la lactancia materna, la promoción de la alimentación complementaria adecuada, el suministro de micronutrientes, la reducción de la carga de enfermedades (promoción del lavado de manos y las estrategias para reducir la carga de la malaria en el embarazo) y el tratamiento de la desnutrición, han demostrado un efecto positivo sobre la salud.

Lo que demuestra la evidencia

Existe una reducción significativa del **20%** en el riesgo de bajo peso al nacer, asociada con la suplementación prenatal de hierro solo o en combinación con ácido fólico.[45]

Imdad & Bhutta (2012)

El riesgo de muerte de los niños menores de 5 años se redujo en **34%** cuando la madre consume suplementos de hierro y ácido fólico.[46]

Dibley &Titaley (2012)

En una revisión de Cochrane en 2010, que incluyó cinco ensayos de suplementos de ácido fólico, se identificó un **72%** de reducción en el riesgo de defectos del tubo neural.[47]

Cochrane (2010)

La mortalidad desde el nacimiento hasta los siete años se redujo en **31%** en los hijos de madres que habían recibido hierro y ácido fólico durante el embarazo, en comparación con aquellas madres que recibieron vitamina A únicamente.[48]

Stewart, LeClerq, et al (2009)

Los beneficios con el suministro de hierro y ácido fólico en mujeres gestantes repercuten en el funcionamiento cognitivo y en la inteligencia general de los niños y niñas de 7 a 9 años de edad, en comparación con las madres que recibieron placebo.[49]

Christian P, Murray-Kolb LE, et al (2010)

La suplementación con Zinc redujo en **14%** los nacimientos prematuros en mujeres de bajos ingresos, aunque no se evidenciaron efectos significativos en el retraso de crecimiento intrauterino.[50]

Mori, Ota, Middleton et al. (2012)

[45] Imdad A, Bhutta ZA. Routine iron/folate supplementation during pregnancy: effect on maternal anemia and birth outcomes. Paediatr Perinat Epidemiol 2012; 26 (S1): 168–77.
[46] Dibley MJ, Titaley CR, d'Este C, et al. Iron and folic acid supplements in pregnancy improve child survival in Indonesia. Am J Clin Nutr 2012; 95: 220–30. Agruparon la información de encuestas demográficas y de salud de Indonesia de 1994, 1997, 2002-03 y 2007.
[47] De-Regil LM, Fernandez-Gaxiola AC, Dowswell T, et al. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. Cochrane Database Syst Rev 2010; 10: CD007950.
[48] Christian P, Stewart CP, LeClerq SC, et al. Antenatal and postnatal iron supplementation and childhood mortality in rural Nepal: a prospective follow-up in a randomized, controlled community trial. Am J Epidemiol 2009; 170: 1127–36.
[49] Christian P, Murray-Kolb LE, Khatry SK, et al. Prenatal micronutrient supplementation and intellectual and motor function in early school-aged children in Nepal. JAMA 2010; 304: 2716–23.
[50] Mori R, Ota E, Middleton P, et al. Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome. Cochrane Database Syst Rev 2012; 7: CD000230.

Para recordar

Una revisión sistemática mostró que la suplementación de Zinc señaló una significativa reducción del 18% en la mortalidad por cualquier causa en niños y niñas de 1 a 4 años de edad.[51]

Lo que demuestra la evidencia

- Una revisión sistemática, que incluyó 15 ensayos controlados con 1.912 neonatos, encontró que los niños con pinzamiento luego de dos minutos tuvieron:

  - Mayor porcentaje de hematocrito (DM= 3,70%; IC 95% = 2,00% a 5,40 %)
  - Mayor concentración de ferritina (DM= 17,89; IC 95% = 16,58 a 19,21)
  - Mayores reservas de hierro (DM= 19,90; IC 95% = 7,67 a 32,13)
  - Una reducción importante del riesgo de anemia (RR= 0,53; IC 95% = 0,40-0,70)

  Esto a pesar de un incremento en el riesgo de policitemia por el pinzamiento tardío.[52]

  Hutton EK, Hassan ES (2007). Tomado de las Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

- Ensayos controlados aleatorios de suplementación con Zinc mostraron un beneficio significativo para crecimiento lineal en niños y niñas de cero a 5 años de edad, con una ganancia de 0,37 cm en los niños suplementados, utilizando una dosis de zinc de 10 mg por día durante 24 semanas.[53]

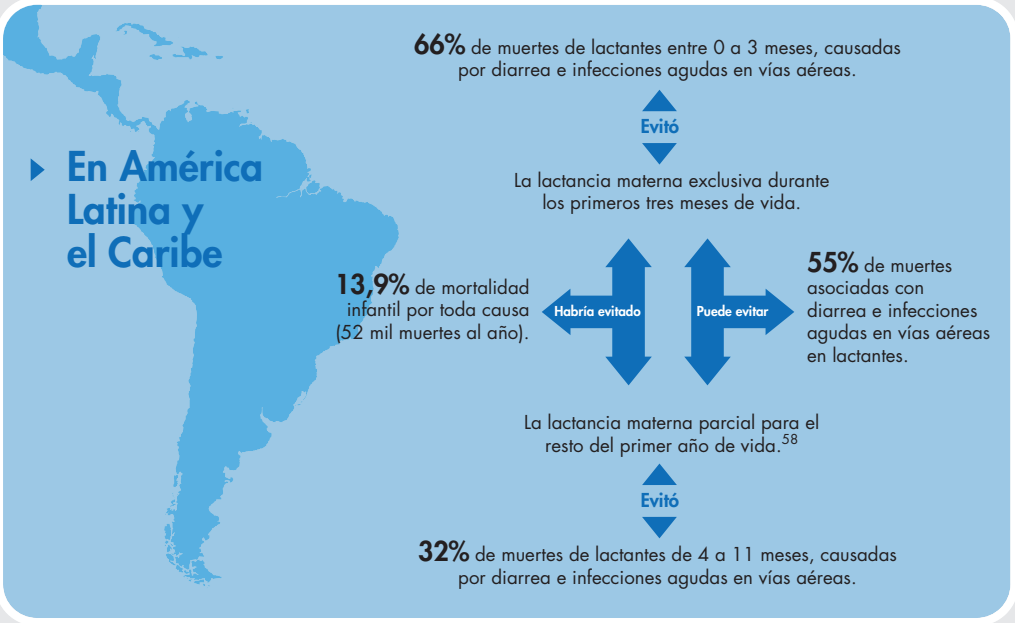
- Estudios longitudinales en salud mental evidencian mayores niveles de depresión, ansiedad y baja autoestima en los adolescentes que se encontraban con retraso en el crecimiento a los 2 años, en comparación con aquellos que no presentaban retraso en el crecimiento.[54] También se presentó un aumento de la depresión y mayor riesgo de suicidio en los adolescentes que presentaron desnutrición aguda en la infancia.[55]

- La lactancia materna trae consigo beneficios en la salud infantil, el desarrollo intelectual y motor, el mantenimiento de la salud y la consecuente supervivencia del lactante.[56]

[51] Brown KH, Peerson JM, Baker SK, et al. Preventive zinc supplementation among infants, preschoolers, and older prepubertal children. Food Nutr Bull 2009; 30 (suppl 1): S12–40.
[52] Tomado de las Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. JAMA. 2007; 297(11):1241-52. Epub 2007/03/22.
[53] Imdad A, Bhutta ZA. Effect of preventive zinc supplementation on linear growth in children under 5 years of age in developing countries: a meta-analysis of studies for input to the lives saved tool.BMC Public Health 2011; 11 (suppl 3): S22.
[54] Walker SP, Chang SM, Powell CA, et al. Early childhood stunting is associated with poor psychological functioning in late adolescence and effects are reduced by psycho social stimulation. J Nutr 2007; 137: 2464–69.
[55] Galler JR, Bryce CP, Waber D, et al. Early childhood malnutrition predicts depressive symptoms at ages 11–17. J Child Psychol Psychiatry 2010; 51: 789–98.
[56] Clemens J, Elyazeed RA, Rao M, Savarino S, Morsy BZ, Kim Y, Wierzba T, Naficy A, Lee YJ. Early initiation of breastfeeding and risk of infant diarrhea in rural Egypt. Pediatrics 1999; 104:e3, http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/104/1/e3.

Lo que demuestra la evidencia

- Entre los niños y niñas amamantados en forma exclusiva, en comparación con aquellos que sólo recibieron fórmula, se observó una reducción del 80% en el riesgo de padecer diarrea y del 70% en el riesgo de padecer una infección del oído.[57]



- **Si la lactancia materna se inicia durante las 24 horas después del nacimiento…**

  Se reduce el 44-45% de infecciones relacionadas con causas de mortalidad neonatal.*

  *Se cree que opera, principalmente, a través de los efectos de la lactancia materna exclusiva.[59]

- La lactancia materna está asociada con un aumento en el coeficiente intelectual de alrededor de tres puntos.[60]

Para recordar

En términos generales, el 13,9% de la mortalidad infantil por toda causa en la región (aproximadamente 52.000 fallecimientos anuales) podrían haber sido evitados por la lactancia materna exclusiva, durante los primeros tres meses de vida, y por la lactancia materna parcial para el resto del primer año de vida.

[57] Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A Longitudinal Analysis of Infant Morbidity and Extent of Breastfeeding in the United States. Pediatrics.1997;99(6), http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/e5.
[58] Betran AP, Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mor- tality in Latin America. Br Med J 2001;323:1–5.
[59] Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. BMC Public Health (submitted).
[60] Horta BL, Victora C. Long-term effects of breastfeeding: a series of systematic reviews. Geneva: World Health Organization, 2013.

No cabe duda de que la calidad de la atención en el continuo de la vida es un imperativo ético, que la ordena en torno al cumplimiento de criterios de calidad, con acciones contextualizadas y en ejercicio de la gestión intersectorial.

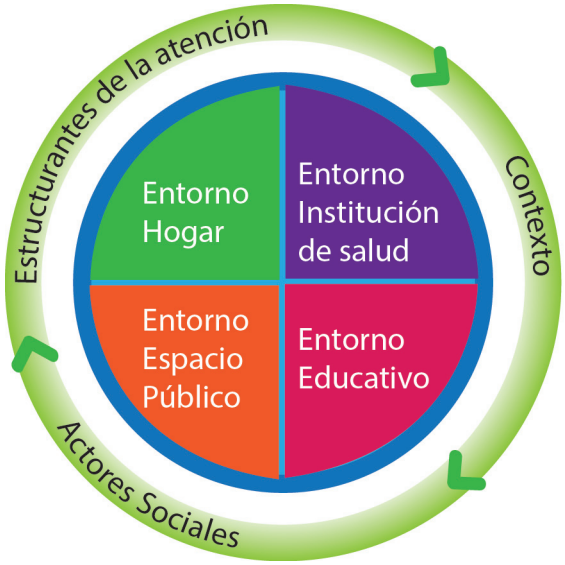
Lo anterior demanda capacidades individuales del talento humano que atiende directa o indirectamente a niñas y niños, las mujeres gestantes y mujeres en edad fértil; capacidades instituciones desarrolladas en torno a una política de calidad de atención y humanización de los servicios, y capacidades comunitarias en prácticas de cuidado y exigibilidad de su derechos.

3.2 El sector salud como actor clave en cada uno de los entornos y que incide en cada uno de los estructurantes de la atención integral.

La atención integral a la primera infancia se entiende como el conjunto de acciones de política, intencionadas y efectivas, que generan condiciones y promueven capacidades individuales, familiares, institucionales y sociales para proteger el desarrollo integral de las niñas y niños, reconociendo sus potencialidades y condiciones particulares y de contexto.

Palabras clave

Gráfica 4. La Atención Integral en los Entornos



La atención integral ocurre en los entornos; es allí en donde sus estructurantes cobran sentido, gracias a la responsabilidad que cada actor social cumple en la gestión efectiva sobre los determinantes que inciden en el desarrollo de cada niño y cada niña, desde la preconcepción.

A continuación se ilustra la manera como el sector salud, en su calidad de actor en la atención integral a la primera infancia, se hace presente en cada uno de los entornos

en los que transcurre la vida de las niñas, y los niños y la forma como su acción en ellos se ve reflejada en cada uno de los estructurantes de la atención integral.[61]

3.2.1 Salud en el entorno hogar

El hogar es el entorno privilegiado para garantizar la continuidad de la atención prenatal que se origina en el entorno institución de salud. Al ser el entorno en donde se mantienen la mayor parte del tiempo y, en consecuencia, el más inmediato para el cuidado y protección de los niños y niñas, el sector salud promoverá, con énfasis en los primeros mil días de vida, la construcción de vínculos, la salud mental de las personas cuidadoras y pautas de crianza saludables que garanticen que el hogar es un entorno seguro, protector y promotor de su desarrollo.

Ahora bien, trabajar en procura de la preservación de la vida de cada niña y cada niño, es decir, la generación de las condiciones para que puedan disfrutar del nivel más alto posible de salud y del fortalecimiento de las prácticas de quienes están a su alrededor e inciden en ello, no es solo un tema de difusión de técnicas de cuidado dirigida a sus cuidadores, sino un proceso que fortalece sus habilidades y capacidades y, además favorece la construcción de vínculos con las niñas y los niños. Construir y desarrollar contenidos formativos y de acompañamiento, relacionados con la promoción del proceso de desarrollo del niño o niña desde la gestación, a través de prácticas de cuidado y promoción de la salud, es el mayor aporte del sector salud a la configuración del hogar como entorno promotor del desarrollo integral.

> Así las cosas, la apuesta del sector es la promoción de aprendizajes en el hogar y el desarrollo de herramientas para el fortalecimiento de capacidades familiares, orientadas al cuidado de la salud del niño y de la niña.

El aporte del sector salud, desde este entorno a los demás estructurantes de la atención integral, se traduce en:

[61] Mientras se avanza en el establecimiento de los estructurantes de la atención integral para la infancia y la adolescencia, se ponen al servicio de estos momentos del ciclo vital los estructurantes que han sido definidos para la primera infancia, por ello se amplía la denominación del estructurante de educación inicial como estructurante de educación inicial y formal, para los casos en los que aplica.

Salud en el entorno hogar

Cuidado y crianza

Cuidar la salud mental de los cuidadores de los niños y las niñas, en especial de las mujeres, impactará de forma positiva en el estilo de crianza, en la calidad de las interacciones familiares en el hogar y en el desarrollo de habilidades sociales de los niños y niñas.

Promover las condiciones adecuadas en el hogar para mantener la lactancia exclusiva a los niños y niñas hasta los seis meses, forja un vínculo de cuidado, conocimiento y apego entre la madre y el niño, que se mantiene en el proceso de tránsito a la alimentación complementaria y tiene efectos en las pautas positivas de crianza.

Promover y orientar la alimentación complementaria de manera apropiada, oportuna, segura y acorde con las condiciones territoriales y culturales en el hogar, garantizan el adecuado crecimiento y desarrollo infantil y forman parte del cuidado de la salud; en este proceso la interacción entre la familia, madres, padres y niños y niñas tendrá efectos directos en la consolidación de hábitos alimentarios que permanecerán durante todo el ciclo de vida.

Promover el cuidado del cuerpo de los niños y las niñas, su reconocimiento y valoración, tendrá efectos en su construcción de autonomía, en la prevención del abuso sexual y en la detección temprana de signos de peligro, para la búsqueda oportuna de atención en salud.

Promover la participación del hombre en la crianza, a través del acompañamiento a la mujer en la lactancia, en el aseo del niño y su cuidado en la vida cotidiana, fortalece sus vínculos y aporta a la salud mental de las mujeres, con sus respectivos efectos para el proceso de desarrollo infantil.

Al aportar herramientas para prevenir accidentes en el hogar, el sector salud promueve la construcción de un entorno con potencial para que las niñas y niños puedan explorar el medio de forma saludable y segura.

Recreación

Promover la actividad física, el esparcimiento y el descanso, como oportunidades para la integración familiar, contribuye al fortalecimiento del vínculo entre cuidadores y niños y niñas, a la promoción de hábitos de vida saludable; además, facilita la detección temprana de alteraciones en el desarrollo y contribuye a la disminución de discapacidad.

Participación y ejercicio de la ciudadanía

Escuchar y entender cómo se comunican los niños y niñas es el mejor mecanismo para garantizar una atención oportuna e integral en salud, reduciendo complicaciones de enfermedades y detectando a tiempo alteraciones en el desarrollo.

Promover la participación de los niños y las niñas en el proceso de alimentación contribuye a la construcción de pautas positivas de crianza y al mejoramiento de su nutrición.

Preguntar a los niños y niñas sobre prácticas de autocuidado contribuye a afianzar las mismas y promueve tanto su salud como la de sus cuidadores.

Reconocer que hay distintas prácticas que garantizan la salud de los niños y niñas, y que estas se adhieren a la cultura propia, es una herramienta de aprendizaje y cuidado colectivo, a través del diálogo intercultural, que se refleja en niños y niñas que crecen con identidad cultural y con el nivel más alto de salud posible.

Educación inicial

El sector salud se hace presente para apoyar la gestión que adelantan los equipos interdisciplinarios de atención integral que llegan al hogar, en el marco de procesos de educación inicial, mediante la cual realizan acciones de promoción de la salud, acompañamiento para el acceso a servicios sociales, y se alienta la construcción de respuestas y la efectiva articulación entre las instituciones.

Salud, alimentación y nutrición

Acompañar a las familias, cuyos niños o niñas tengan una condición particular de salud, como VIH, diabetes o cáncer entre otras, promueve habilidades de los cuidadores para manejar dichas condiciones particulares al tiempo que fortalece la autonomía del niño en su proceso de desarrollo.

Orientar y promover una adecuada manipulación, higiene, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos seguros, nutritivos y culturalmente aceptados en el hogar evita las enfermedades infecciosas e impacta positivamente en la salud y la nutrición de los niños y las niñas.

Promover condiciones de higiene y saneamiento básico en el hogar reduce la presencia de enfermedades prevalentes en la infancia, al tiempo que mejora los procesos de interacción entre cuidadores, niños y niñas, a través del aprendizaje de hábitos de vida saludable.

Fortalecer y promover las visitas domiciliarias en el hogar, que incluyan diversas atenciones en salud, alimentación y nutrición en niños, niñas, adolescentes y madres gestantes, permite la prevención y la detección temprana de enfermedades relacionadas con la mortalidad materna e infantil y la búsqueda oportuna de atención en centros de salud, al tiempo que influyen en el capital social y humano, así como en el ejercicio de ciudadanía, toda vez que se garantiza la participación e inclusión de todos los grupos sociales.

PARE
Pare

Reflexione, desde su experiencia y con ayuda de sus conocimientos, qué tipo de acciones pueden implementarse durante las visitas domiciliarias para:

- Prevención y atención temprana de enfermedades.
- Búsqueda oportuna de atención en centros de salud.
- Garantía de la participación e inclusión de todos los grupos sociales.
- Promover el cuidado y la crianza.

3.2.2 Salud en el entorno de salud

La principal contribución del sector salud en este entorno es el liderazgo de la gestión sectorial e intersectorial, en procura de la garantía de la calidad y calidez de la atención integral.

La accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención integral de las gestantes, niños, niñas y adolescentes es una condición para mantener o recuperar su bienestar en condiciones dignas.

El aporte del sector salud desde este entorno a los demás estructurantes de la atención integral se refleja de la siguiente manera:

Salud en el entorno salud

Cuidado y crianza

La educación en salud, en el marco de la preparación para la maternidad y paternidad saludable, reconoce a la niña o al niño como sujeto de derechos y nuevo miembro de la familia, favoreciendo el vínculo entre el niño o la niña y sus padres.

El contacto piel a piel en el post-parto inmediato; el inicio temprano de la lactancia materna; y la presencia del padre durante el trabajo de parto y el parto fortalece el vínculo entre la madre, el padre y su hijo.

El Programa Canguro aumenta la sobrevida del bebé prematuro y fortalece el vínculo con la madre y el padre.

Permitir que el niño y la niña siempre se encuentren acompañados de su cuidador y/o familiar de preferencia, durante el proceso de atención, facilita los procesos de atención.

Participación y ejercicio de la ciudadanía

Motivar en la pareja el reconocimiento de movimientos del niño o la niña durante el proceso de gestación, como una expresión de comunicación y participación con él o ella.

La alianza entre las IPS y la Registraduría del Estado Civil para registrar a las niñas y los niños inmediatamente después de nacer asegura los derechos a tener un nombre, una familia, la ciudadanía colombiana y el acceso a los servicios sociales que brinda el país.

Las condiciones para mantener o recuperar el bienestar en condiciones dignas de gestantes, niñas, niños y adolescentes se dan mediante la garantía de la accesibilidad, la oportunidad, la pertinencia, la seguridad y la continuidad en la atención integral.

Para recordar

Historia

El estudio reveló que un niño de 4 años y otro de 6 se hacían cargo de inyectarse ellos mismos la insulina. Los niveles de competencia variaban de un niño a otro, pero todos los que participaron en la investigación demostraron tener ciertas habilidades, como las de hacerse análisis de sangre, inyectarse insulina, aprender la necesidad de aplicar restricciones alimentarias, comprender la necesidad de inyectarse insulina, interpretar sus sensaciones corporales, explicar a otras personas lo que significa la diabetes, rechazar golosinas y limitar el consumo de dulces, calcular el valor alimenticio de las comidas, elegir alimentos adecuados a los propios niveles de glicemia e insulina y a las propias necesidades energéticas, hacer frente al hecho de ser diferentes de sus amigos y afrontar las visitas médicas en las clínicas.[62]

Conocer y exigir sus derechos como pacientes, en especial, su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que se le preste, durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.

Educación inicial y formal

La educación inicial tiene lugar en el entorno de salud cuando las niñas y los niños, que transcurren largos periodos de su vida en él, tienen la posibilidad de vivir allí experiencias pedagógicas que contribuyen a su vitalización y a que sus interacciones y actuaciones continúen en su proceso de hacerse cada vez más complejas.

[62] Alderson P. (1993), Children's consent to surgery, Open University Press, Buckingham

Recreación

Orientaciones específicas a la gestante y su familia, en relación con la actividad física que puede desarrollar, contribuye no solo al bienestar físico, sino también mental y de relacionamiento con el ambiente.

Favorecer que el niño y la niña jueguen durante los procesos de atención, y escucharles, acelera el proceso de recuperación de la salud.

Salud, alimentación y nutrición

La adecuada identificación del riesgo obstétrico permite garantizar una atención segura a la gestante y al niño o a la niña, favoreciendo su bienestar.

La educación a los padres y cuidadores, en relación con los cuidados del recién nacido y la identificación de signos y síntomas de alarma, favorece el bienestar del niño o de la niña, logrando disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas y la disminución de barreras de acceso por simetría en la información en padres, madres y cuidadores.

La promoción de hábitos de vida saludables durante la preconcepción, la gestación y el postparto favorece el bienestar físico y emocional de las mujeres.

La información, educación y capacitación en prácticas clave a niñas, niños y adolescentes contribuyen a la toma de decisiones que favorecen el autocuidado y el cuidado de los entornos como determinantes que protegen la salud.

Proporcionar orientaciones específicas a la madre, al padre y a la familia, en relación con sueño el seguro del bebé permite disminuir el riesgo de muerte súbita del lactante.

Asegurar coberturas útiles en vacunación para la edad de niñas, niños, adolescentes y gestantes disminuye el riesgo de enfermar y morir por causas evitables.

La remisión a la consulta odontológica general de la gestante, en el primer mes de gestación, disminuye el riesgo de parto pretérmino, pre-eclampsia y eclampsia, incidiendo en la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.

La promoción y el reconocimiento del juego, el arte, la literatura y la exploración del medio como actividades rectoras en la vida de las niñas y los niños, durante el control de crecimiento y desarrollo, contribuye a que sus familias las promuevan y que la niña y el niño tengan la posibilidad de representarse, comprender y transformar la realidad.

3.2.3 Salud en el entorno educativo

Este entorno es un privilegio para la salud por concentrar a la comunidad educativa (estudiantes, profesores, padres y madres), facilitando la construcción y realización de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y, en algunos casos, apoyo en la entrega de medicamentos según indicación médica. Igualmente, trabajar sobre las condiciones higiénicas y de convivencia del mismo entorno.

Los actores que hacen parte de la comunidad educativa son:

- _____
- _____
- _____

Salud en el entorno educativo

Cuidado y crianza

Generar espacios de escucha en los cuales se identifiquen los valores, principios, creencias de las niñas, los niños y adolescentes, promoviendo el respeto por ellos.

Propiciar la adecuación de espacios, de acuerdo con las creencias y costumbres de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran es este entorno y sus comunidades, de tal forma que se contribuya al cumplimiento de patrones como la aceptabilidad y la adaptabilidad.

Apoyar los procesos de formación y acompañamiento a las familias en relación con la promoción de la salud.

Participación y ejercicio de la ciudadanía

Aportar herramientas para asegurar que en el entorno educativo haya un espacio de diálogo sobre acciones y proyectos de promoción de la salud y gestión del riesgo de la enfermedad que surjan de las niñas, niños y adolescentes, como componente básico de sus proyectos de vida.

Salud, alimentación y nutrición

Determinar la vinculación de las niñas, niños y adolescentes al SGSSS, así como su estado de salud.

Conocer los signos y síntomas de alarma que ponen en riesgo la salud y/o la vida de las adolescentes gestantes, las niñas, los niños y adolescentes.

Propiciar espacios para, en la medida de lo posible, permitir que niñas, niños y adolescentes cumplan con los tratamientos y/o recomendaciones generadas por el personal de salud. Lo anterior implica flexibilidad con los horarios, adecuación de espacios físicos, acompañamiento al uso de medicamentos, flexibilidad en el uso del uniforme, entre otros.

Conocer y promover que el niño, la niña y el o la adolescente, cuenten con el esquema completo de vacunación para la edad y su vinculación al programa de crecimiento y desarrollo, así como que cumplan con el esquema de seguimiento y valoración.

Informar, educar y capacitar sobre las prácticas claves, como un instrumento para promover el autocuidado y la prevención de enfermedades prevenibles.

Conocer e informar acerca de los riesgos de salud existentes, de acuerdo con la edad del niño y de las prácticas que lleven a cabo; por ejemplo, a los niños entre cuatro y seis años, se les debe informar sobre los peligros de imitar superhéroes, y a los adolescentes sobre los peligros del consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

Orientar las condiciones de seguridad de niñas y niños, como escaleras en buen estado, pisos antideslizantes, barreras en las ventanas, entre otros.

Educación inicial y formal

Aportar herramientas para hacer del entorno educativo un espacio seguro y protector de las niñas, niños y adolescentes, así como para la preparación en prevención y atención de emergencias y desastres.

Ofrecer la línea técnica que orienta la gestión educativa, relacionada con la promoción de hábitos de vida saludables.

Recreación

Orientaciones específicas a la comunidad educativa, en relación con la promoción y la configuración de oportunidades para la actividad física de las niñas, niños y adolescentes, y el disfrute del ocio durante su jornada, como formas en las que se contribuye a su bienestar.

3.2.4 La salud en el entorno espacio público

En el espacio público, el sector salud aporta a la construcción de valor social del desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, y a la idea de que la Atención Integral en Salud es parte de la vida cotidiana de las niñas, niños y adolescentes.

"El sector salud en los espacios públicos es el principal actor en la información, educación y comunicación de mensajes claves para la promoción de la salud, la alimentación y la nutrición de la población".

En este entorno, que los actores responsables del cuidado de la salud de los niños, niñas y adolescentes están llamados, como articuladores del desarrollo de la sociedad en general, a promover mecanismos de intercambio de experiencias y saberes para promover su bienestar. Es allí donde se construyen redes de pares y redes comunitarias, como estrategias para la consolidación de capacidades territoriales que tengan como fin el cuidado y protección de los niños y niñas.

El espacio público es el entorno donde se precisan las relaciones entre el ambiente, el cuerpo y la salud.

El sector salud promueve la salud de los niños, las niñas y los adolescentes en espacios públicos limpios, libres de químicos, libres de humo, con agua limpia y potable, con adecuado manejo de basuras, libres de insectos y roedores.

La promoción de los espacios públicos trasciende de lo físico a lo social y colectivo, vinculando la comunidad con las oportunidades de enseñanza y aprendizaje para el cuidado de la salud de los niños, las niñas y los adolescentes.

La expresión del aporte del sector salud desde este entorno a los demás estructurantes de la atención se enuncia a continuación:

Salud en el entorno espacio público

Cuidado y crianza

Promover las pautas de crianza, relacionadas con el cuidado de la salud y la nutrición en los espacios públicos, contribuye fuertemente en la educación inicial, puesto que se configuran los aprendizajes propios en el territorio para el mantenimiento y la protección de la salud y la nutrición de los niños, niñas y adolescentes.

La apropiación social del espacio, a través de la interacción entre los actores de salud, de otros sectores, la comunidad y la familia para promover la salud y prevenir la enfermedad, aporta a la construcción de senderos saludables promotores del desarrollo y la exploración segura del medio por parte de niños, niñas y adolescentes en su proceso de desarrollo.

Promover espacios públicos propios, seguros y protectores, a través del fortalecimiento y promoción del conocimiento y las percepciones que existen acerca del territorio, los espacios sagrados y el respeto por los "dueños" de los animales y la selva, garantiza la salud y previene enfermedades en los niños, niñas, adolescentes y mujeres gestantes pertenecientes a los grupos étnicos a través del cuidado y la crianza.

Participación y ejercicio de la ciudadanía

Promover redes de pares y fortalecer el tejido social de la comunidad, para compartir experiencias alrededor del cuidado en salud, alimentación y nutrición, contribuye a la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes, así como al ejercicio de ciudadanía, pues favorece la construcción de lo público e impulsa la participación y la toma de decisiones.

Promover la participación de la mujer y del hombre y su conocimiento en prácticas protectoras para la salud y la nutrición de los niños, niñas y adolescentes, en el espacio público, les aporta a su construcción de autonomía para la toma de decisiones, lo que se reflejará en embarazos deseados y pautas positivas de crianza.

En los espacios públicos, se promoverán asambleas y reuniones comunitarias que incluyen espacios autónomos de niños, niñas y adolescentes, para planificar y ordenar la salud en cada uno de los territorios, los procesos de atención extramural, el manejo del ambiente, el saneamiento, el manejo de las basuras y la construcción de espacios y rutas de movilidad y tránsito seguros.

Salud, alimentación y nutrición

Diseñar y promover mensajes clave de promoción de la salud y prevención de la enfermedades de mujeres gestantes, niños, niñas y adolescentes, en espacios públicos, contribuye a construir una responsabilidad colectiva por la protección de su salud y la nutrición, así como un saber común ante la presencia de determinados eventos que influyen en la salud y la nutrición de ellos, a la vez que se procura el ejercicio de ciudadanía.

Construir alianzas con actores clave del espacio público, como tenderos, policías, párroco, entre otros, para la promoción de búsqueda oportuna de atención en salud, hábitos alimentarios y promoción del buen trato. Esto permite posicionar el cuidado de las gestantes, los niños, niñas y adolescentes como asunto de todos y todas.

La vigilancia epidemiológica de la salud de las gestantes, los niños, niñas y adolescentes se vive en el entorno espacio público como herramienta de monitoreo y acción temprana ante eventos de salud pública que afecten su desarrollo.

La disposición de los espacios públicos debe promover la inclusión de los niños y las niñas y potenciar la valoración de lo propio de cada uno como potencialidad para el desarrollo, haciendo énfasis en niños y niñas con discapacidad.

Educación inicial y formal

Promover espacios públicos que estén adaptados a las necesidades y la seguridad de los niños, niñas y adolescentes, favorece que la labor educativa pueda ocurrir también en ellos.

Recreación

Promover la actividad física, el ejercicio del ocio y el reconocimiento de los espacios públicos tiene un impacto positivo en la recreación de los niños, niñas y adolescentes, puesto que promueve el esparcimiento, la libre expresión de la creatividad y la salud del cuerpo y la mente.

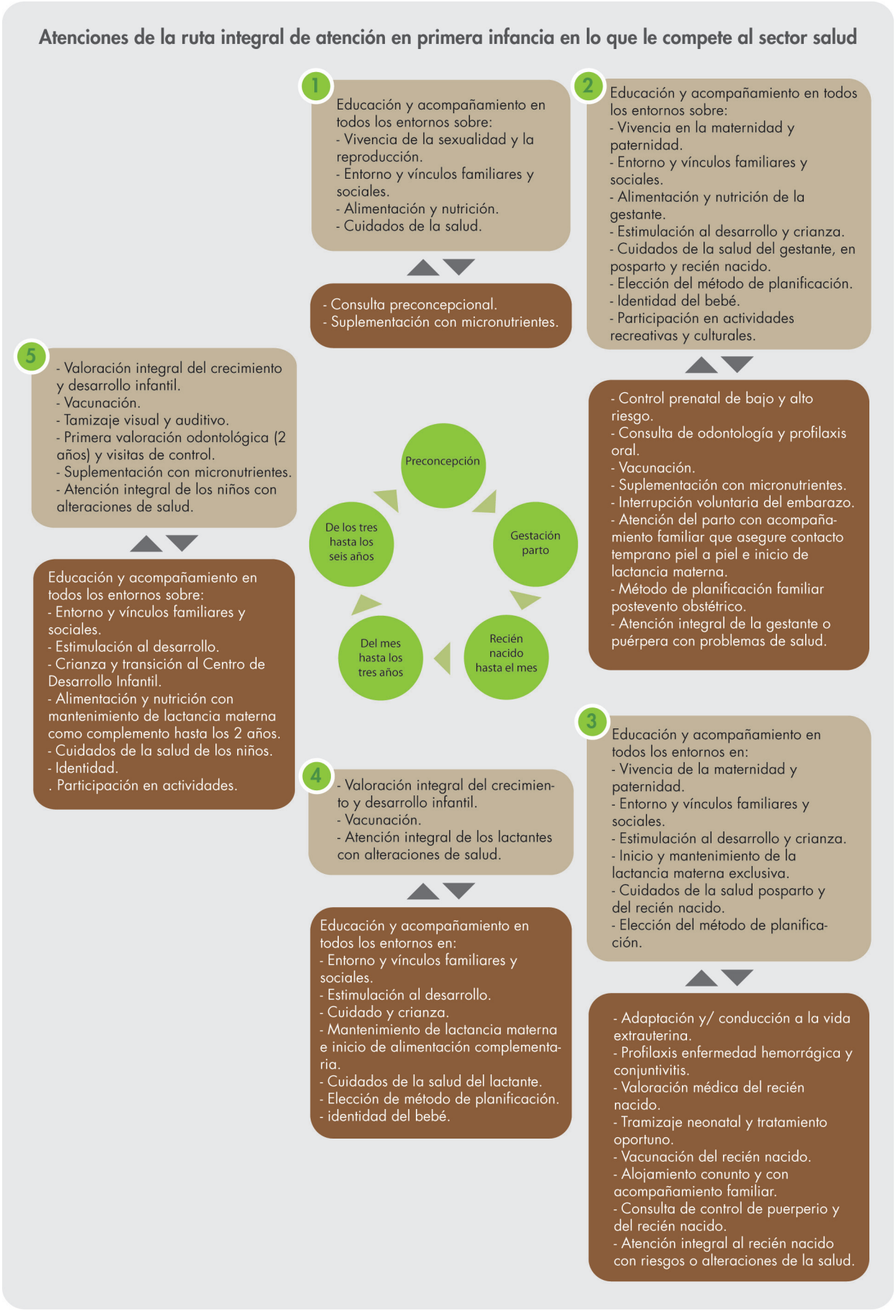
3.2.5 El sector salud como un actor social en la atención integral de la infancia

Al sector salud le compete garantizar directamente todas las atenciones en el entorno de la institución de salud y actuar, de forma coordinada, con otros sectores para garantizar las atenciones que se relacionan con la salud en todos los entornos de acuerdo con la competencia de cada sector. En la Figura 2 se muestra de forma general las atenciones de la ruta de atención que le competen al sector salud.

En el marco del SGSSS, la atención integral abarca desde cada uno de sus estructurantes, acciones de promoción de la salud y del desarrollo integral y la prevención, superación y recuperación de los riesgos y daños a la salud para familias gestantes, niños niñas y adolescentes, que están contempladas en el POS para ser provistas por el sector salud.

La prestación de estas atenciones del POS puede realizarse según el tipo de atención de forma individual o grupal. Las atenciones que buscan asesorar a las familias sobre vivencia de la sexualidad, prácticas de cuidado, crianza, estimulación del desarrollo, alimentación y nutrición, manejo adecuado en casa de enfermedades e identificación de signos de alarma, importancia del control de crecimiento y desarrollo, y la vacunación pueden ser provistas mediante los procesos educativos dirigidos a la familia gestante y/o a los cuidadores del niño y la niña, como parte de los procesos de atención en los diferentes tipos de servicios o modalidades de atención (atención domiciliaria, consulta externa, que puede incluir la preconsulta y posconsulta, urgencias, hospitalización y atención del parto) y complementados con procesos educativos grupales, como los cursos de preparación para la maternidad y paternidad, grupos de apoyo a la lactancia materna, cursos de estimulación del desarrollo infantil y prácticas de cuidado y crianza, entre otros.

Figura 2. Atenciones del sector salud en la Ruta de Atencion Integral a la primera infancia



La prestación de atenciones de protección específica, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación relacionadas con la salud, alimentación y nutrición para gestantes, niños, niñas y adolescentes, contempladas todas en el POS, pueden ser provistas de forma individual en los diferentes tipos de servicios o modalidades de atención en salud, o en el entorno de educación inicial cuando allí existe un espacio que cumpla con las condiciones de habilitación para la prestación del servicio. El control de crecimiento y desarrollo puede ser realizado de forma grupal, conservando, sin embargo, un momento de valoración individual.

Así mismo, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), a cargo de los entes territoriales en salud, se pueden prestar las atenciones relacionadas con la promoción de la salud y el desarrollo infantil y con la prevención de daños a la salud en el entorno del hogar, educativo y el espacio público, en coordinación con otros sectores mediante el desarrollo de acciones con las familias, como la visita domiciliaria o de forma grupal con grupos y comunidades.

3.2.6 Atención integral a infancia y adolescencia

Si bien el país no cuenta aún con una Ruta Integral de Atención para la infancia y la adolescencia, la atención en salud se realiza bajo un marco normativo que prioriza la atención requerida por estos grupos y el desarrollo de estrategias para atender algunas de sus prioridades en salud.

La atención en salud a la infancia y adolescencia se realiza en el marco de las acciones del POS de protección específica (vacunación, salud oral, planificación familiar entre otras), de detección temprana (control prenatal, control de crecimiento y desarrollo, detección de alteraciones del joven, tamizaje de agudeza visual, entre otras) y del diagnóstico, tratamiento y reabilitación de los daños en salud. Además de las acciones del POS en los servicios de salud, el país ha desarrollado, en conjunto con el sector educativo, estrategias en el entorno escolar, como escuela saludable y escuela de puertas abiertas.

El modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ) es una estrategia de atención integral en salud con énfasis en las atenciones de salud sexual y reproductiva, salud mental y nutrición.

Para la atención a los adolescentes, el país ha desarrollado un modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ), que, aunque inicialmente fue promovido con un énfasis en la salud sexual y reproductiva, hoy se reconoce como una estrategia para la provisión de Atención Integral en Salud, que incluye servicios como salud mental y nutrición . El carácter amigable de estos servicios está dado por sus condiciones de accesibilidad y oportunidad, siendo una característica fundamental que brinden atención diferenciada, para lo cual pueden incluir acciones extramurales, adecuación de horarios de atención, espacios locativos diferenciados, simplificación

de trámites administrativos para el acceso, recurso humano en salud con habilidades para el trabajo con esta población, entre otros. El modelo nacional ha planteado tres modalidades de SSAAJ como una ruta gradual de implementación de acuerdo con las posibilidades de cada contexto, así como los componentes y carácterísticas que se deben desarrollar (Cuadros 8 y 9).

Cuadro 8. Modalidades de Servicios de Salud Amigable para Adolescentes y Jóvenes

Modalidad	Característica
Consulta diferenciada	Consulta dentro de un centro de atención y a cargo de un profesional entrenado. Puede ser dentro de la consulta normal.
Unidad de salud amigable	Espacio destinado a la atención de adolescentes y jóvenes dentro del mismo centro de atención y en los cuales existen condiciones de acceso diferenciales, como el horario de atención, espacios locativos, entre otros.
Centro de salud amigable	Espacio locativo exclusivo para adolescentes y jóvenes, con profesionales solamente dedicados a estas labores y generación de espacios de interacción para ellos.

Fuente: Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Bogotá: MPS-UNFPA. 2007.

Cuadro 9. Componentes y características de un Servicio de Salud Amigable para Adolescentes y Jóvenes

Componente	Característica
Acceso y oportunidad	Accesibilidad geográfica e infraestructura. Ambiente físico. Identificación del servicio. Horarios de atención y programación de citas . Habilitación de los servicios. Reconocimiento del servicio por adolescentes y jóvenes.
Profesionales y personal de los servicios de salud	Capacitación en servicios amigables.
Procedimientos administrativos y de gestión	Adecuación para prestación de servicios de forma integral.

Disponibilidad de una amplia gama de serviciosy de gestión	Definidos según la modalidad de atención y necesidades de adolescentes y jóvenes. Continuidad con otros niveles de atención.
Participación juvenil, social y comunitaria, y coordinación intra e intersectorial	Empoderamiento por adolescentes y jóvenes del servicio. Acciones intersectoriales. Acuerdos de trabajo con organizaciones sociales.

Fuente: Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Bogotá: MPS-UNFPA. 2007

3.2.7 Perspectiva poblacional y territorial para la atención integral, intercultural y diferencial en salud.

Entendemos que el enfoque diferencial es una forma de comprender la diversidad y singularidad del desarrollo integral, de reconocer las poblaciones históricamente segregadas y por ende sujetas de reparación individual y colectiva, y de actuar con pertinencia en cada uno de los contextos en los que trascurre la vida de las niñas, los niños y adolescentes.

Cada uno de estos procesos en un doble movimiento, el de análisis de la realidad y el de la promoción de la participación efectiva para la transformación de la atención.

3.2.7.1. Una forma de comprender la diversidad y singularidad del desarrollo integral.

La forma más efectiva para alcanzar lo anterior, es promoviendo y fortaleciendo el diálogo de saberes y de cosmovisiones, y en este sentido, la participación activa y efectiva de niños, niñas, familias, comunidades, organizaciones, funcionarios e instiuciones en cada uno de los entornos donde viven y se desarrollan para el diseño e implementación de las atenciones que promuevan el desarrollo integral.

Esto supone tener en cuenta lo que las familias y comunidades conocen y valoran del proceso de desarrollo integral, lo que el personal institucional encargado de la gestión del procesos de atención sabe y ha construido a partir de su experiencia y conocimiento, así como lo que se ha investigado en ámbitos académicos y científicos respecto a cómo se da el mismo.

Esto implica que para la gestión de la política y de la atención integral el enfoque diferencial se materializa en: cada niño y cada niña, cada familia, el conjunto de los pares en interacción, cada comunidad, cada uno de sus entornos en su particular

configuración, y cada una de las características y dinámicas del territorio en el que crecen y se desarrollan.

Por ejemplo, una niña o niño tiene unas características y ritmos propios en su proceso de aprendizaje o en sus capacidades para relacionarse con otros; al mismo tiempo habita con otros niños y niñas sus entornos y entre ellos comparten ciertas prácticas de crianza orientadas por el concepto que en lo local su comunidad tiene de desarrollo integral; este incluye los conocimientos que de este tienen sus seres significativos, la estructura social del cuidado en esta población (quienes, cómo y dónde) el lugar que ocupan allí las mujeres, las rutinas diarias y las historias que como grupo, cohesionan a la niña o niño con sus pares y le hacen construir sentido pertenencia a su comunidad y territorio.

A su vez, la niña o niño vive en un territorio que la construye y a su vez ella construye; un territorio que incide e interactua con su proceso de desarrollo y el de sus pares en relación a la organización social del tiempo, de las distancias, de la movilidad, de las condiciones económicas, productivas y de empleabilidad, y de las posibilidades o limitaciones que las características biofísicas imprimen a su crecimiento y desarrollo.

Dicho conocimiento, aunado a una estrategia de participación social permitirá construir acuerdos sociales, caracterizados por el diálogo de saberes y de cosmovisiones, y en este sentido, por la participación activa y efectiva de los actores mencionados en el diseño e implementación de las atenciones, y el reconocimiento y apropiación del contexto, sus condiciones y características particulares.

3.2.7.2 Una forma de reconocer poblaciones históricamente discriminadas

Frente a este punto, para De Cero a Siempre, el enfoque diferencial tiene profundas implicaciones políticas; además de propender por el impulso de acuerdos y el diálogo de saberes, invoca al trámite de la concertación como una herramienta que prescribe el reconocimiento y genera visibilidad a aquellas poblaciones, que históricamente han sido marginadas y/o estado en riesgo de discriminación.

En este sentido, el enfoque diferencial no es un problema de los niños y sus familias, ni de los padres con la comunidad; el enfoque, atraviesa escenarios de negociación de política pública, de construcción de ciudadanía y la garantía de los derechos.

Esto implica un análisis riguroso de la realidad a partir de una serie de categorías de análisis como son el género y la etnia, y particulares situaciones y condiciones dadas por la discapacidad, por habitar una frontera (interna o internacional) por vivir en un entorno carcelario o en una entidad hospitalaria, por ser víctima de violencia o víctima del conflicto armado, que permiten visibilizar las inquidades y reconocer vacios en el proceso de atención.

Este ejercicio se complementa entonces, con un permanente ejercicio de fomento y apoyo a aquellas movimientos, en conjunto con sus propuestas; aquella que han propendido por la valoración de la alteridad, la desnaturalización de lo que se entiende por normal y el impulso de todo aquello que propicie la inclusión y la equidad, en los entornos en

donde transcurre la vida de los niños y las niñas y en donde se priorice como fin último, la garantía de los derechos al desarrollo y la protección integral de los niños, niñas y adolescentes.

Propuestas y reivindicaciones promovidas por el movimiento de mujeres, movimiento LGBT, movimiento de victimas por el conflicto armado, movimiento de personas con discapacidad, Movimiento indígena, movimiento Afrocolombiano, movimiento Rom.

3.2.7.3 Una forma de atención con pertinencia en cada contexto

Por último, el enfoque diferencial es una forma de atender a los niños, niñas y adolescentes con criterio de pertinencia.

Cada uno de los procesos anteriomente mencionados, debe traducirse en atenciones diferenciales y especializadas y en una arquitectira institucional que promueva la confianza, la flexibilidad, el reconocimiento, la interculturalidad y la intersectorialdad en pro del desarrollo integral.

Un ambiente institucional que permita la construcción de contenidos pedagógicos pertinentes al contexto, la producción de material comunicativo y educativo acorde a la realidad, la participación de actores pertinentes al territorio, la adecuación de infraestructura y la valoración y celebración de la diferencia entre otras.

El siguiente cuadro consolida lo planteado:

3. Atención con pertinencia al contexto territorial y al niño, niña y su familia.

- Contínua
- Oportuna
- Pertinente
- Diferencial
- Flexible

Diversidad en el desarrollo integral y enfoque diferencial y Los instrumentos de Política

1. RIA a la medida de cada territorio

- Como se vive la atención en el territorio, que contenidos particulares le estructuran.
- Particulares entornos
- Atenciones diferenciales
- Atenciones Especializadas

2. Plan de Protección Integral

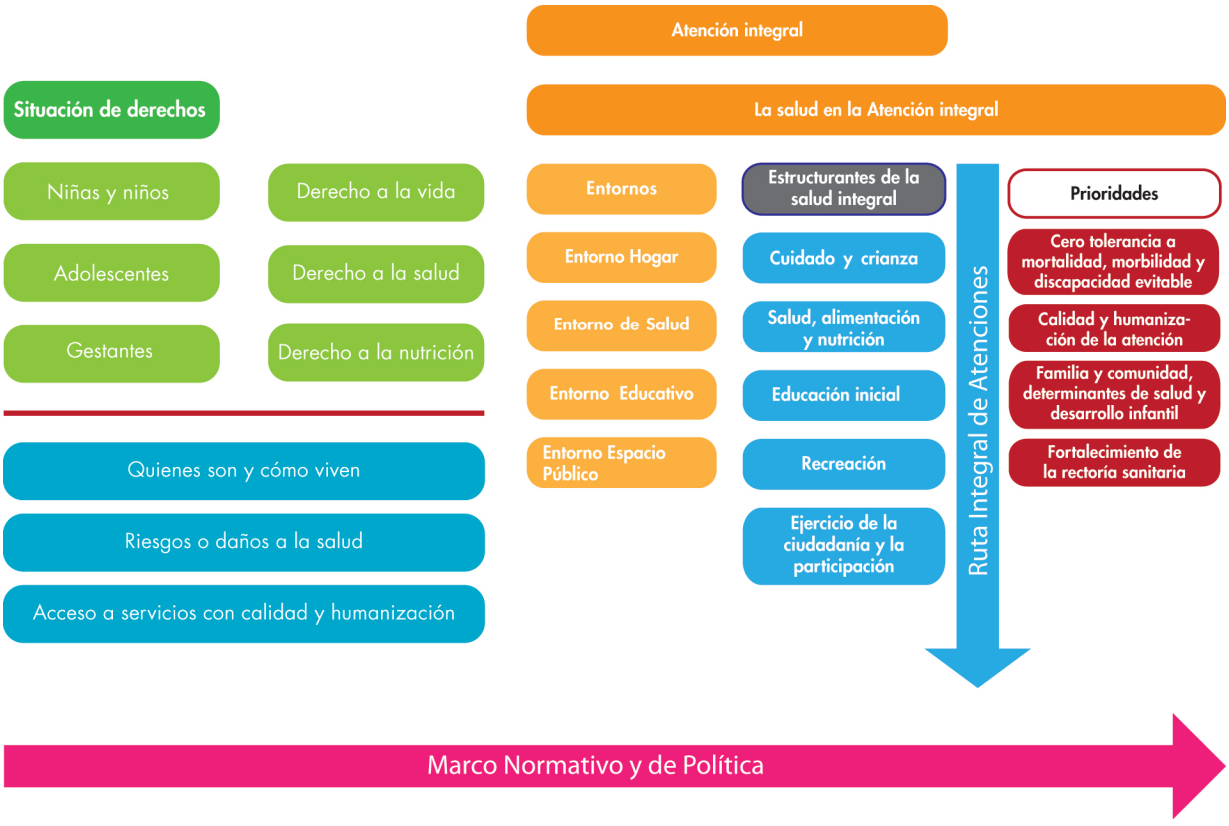
- Análisis de la situación de derechos en el marco de categorías:

3. Instrumentos sectoriales

- Plan decenal de salud Pública.
- Guía Operativa Educación Inicial

Arquitectura institucional y Cualificación del personal encargado de la atención integral

4. Prioridades de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y la adolescencia



Mapa de caminos

4. Prioridades de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y la adolescencia

Cero tolerancia a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable, alcanzar altos estándares de calidad en la atención y humanización de los servicios, la familia y la comunidad como determinantes de la salud y el desarrollo infantil, y recuperar la gobernabilidad del sector salud, fortaleciendo su lugar en el desarrollo de las niñas, los niños y adolescentes, son las cuatro prioridades de atención definidas.

El Ministerio de Salud y Protección Social propone al sector trabajar desde el enfoque de derechos: el ejercicio de estos en condiciones de igualdad, desde la primera infancia, permite la superación de la pobreza y de condiciones de inequidad.

4.1 Cero tolerancia a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable y otros eventos que vulneren los derechos de niños, niñas y adolescentes

Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables se constituye en uno de los objetivos estratégicos del plan decenal de salud pública 2012 – 2021, cuya pretensión es la reducción de la inequidad en salud. Y en sí mismo, también representa la posibilidad de controlar la ocurrencia de enfermedades, disminuir las discapacidades evitables y aumentar los años de vida con calidad en la población colombiana, a través de la promoción de la salud, la gestión del riesgo en salud, la gestión de la salud pública y las acciones diferenciales de sujetos y colectivos con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria; siendo el reto y objetivo último la equidad en salud.[63]

Ahora bien, la cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables en niños y niñas debe ser más estricta e incisiva, siendo la primera infancia la oportunidad para intervenir y garantizar nuevas generaciones con mejores posibilidades de desarrollar a plenitud sus potencialidades, a través de la realización de una vida creativa y productiva de acuerdo con las necesidades e intereses y los sueños de cada niño, niña y adolescente. En esto consiste la construcción de desarrollo humano para el país.

No obstante, la equidad en salud es inevitablemente multidimensional (Sen, 2002). Por consiguiente, el estado de salud de la población no depende meramente de la demanda de los servicios de salud y la constitución y distribución de las redes sanitarias, que representa en porcentaje una participación del veinticinco por ciento; pues los determinantes sociales de la salud contribuyen con aproximadamente un 50% a la equidad en salud, mientras que el porcentaje restante se genera por la influencia de factores biológicos (predisposiciones genéticas) y ambientales (estilos de vida y condiciones epidemiológicas).

[63] Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2023.

Es entonces cuando los argumentos de Amartya Sen sobre la equidad en salud tienen sentido en lo referente al reto de la política pública en salud y el alcance del objetivo de cero tolerancia con la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitables. Según esta autora, la injerencia aislada de la salud generará un impacto limitado si no se piensa en un contexto más transcendente y con amplio sentido de imparcialidad y justicia de los acuerdos sociales (considerando los recursos económicos y su distribución), sin perder de vista el dominio que ejerce la salud en la vida y la libertad humana. De hecho, los logros en salud de los niños, niñas y adolescentes son esencialmente determinantes para el pleno desarrollo, el bienestar, la libertad y la materialización de las posibilidades de las que son capaces de alcanzar.[64]

Lo que sugiere un compromiso constante del gobierno local y nacional en la planeación del bienestar y del goce efectivo de la salud con calidad de los niños, niñas y adolescentes, como sinónimo de vida y libertad. De este modo, el avance en el cumplimiento de la política de infancia y adolescencia como política de salud depende en gran medida de la relación existente entre la igualdad en los logros de salud de los niños, niñas y adolescentes, y la igualdad en la asignación de los recursos sanitarios para dicha población.[65]

4.2 Calidad y humanización de la atención en salud

Palabras clave

La calidad se refiere al conjunto de propiedades y/o atributos que conllevan a la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Bajo este concepto, se ha desarrollado el tema de calidad en los distintos entornos. La calidad en la Atención Integral en Salud de las niñas, los niños y adolescentes trasciende el concepto de necesidades a la garantía de derechos; en este caso, el disfrute del más alto nivel posible de salud. El Estado, la Sociedad y la Familia deben garantizar que cada uno de ellos y de ellas cuente con el goce del derecho a la salud. Esta prioridad pretende valorar, por parte del Estado colombiano, la garantía del derecho a la salud, en lo que se refiere a la calidad de la atención y humanización de los servicios de salud.

La aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mediante la observación general 014, ha definido cuatro elementos esenciales e interdependientes para su valoración, los cuales son:

[64] Sen, A. (2002). Rev Panam Salud Publica. Obtenido de http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf
[65] Ibíd

Disponibilidad
Se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del cada país. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

Aceptabilidad
Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

Accesibilidad
Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

Calidad
Además de aceptables, desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos socialmente no aceptados.

Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

Juego de aprendizaje

Encuentre en la siguiente sopa de letras los cuatro elementos esenciales de la garantía del derecho a la salud.

G	R	T	D	O	P	A	Z	I	Y	F	D	E	N	G
V	F	A	D	A	J	U	R	T	B	G	P	D	A	R
B	E	U	A	S	H	F	A	X	O	Z	B	S	C	A
P	O	N	C	C	R	D	E	P	A	Z	E	F	E	O
G	R	T	C	D	A	P	D	J	U	R	O	A	P	T
V	F	A	E	R	O	L	I	D	R	E	N	O	T	P
R	D	I	S	P	O	N	I	B	I	L	I	D	A	D
Z	I	F	I	G	R	T	A	D	O	V	F	A	B	O
R	L	G	B	V	F	A	Z	Y	A	F	D	E	I	C
P	A	Z	I	F	D	E	N	A	N	D	F	A	L	W
J	U	R	L	G	P	D	A	F	O	R	D	E	I	S
V	F	A	I	R	E	W	U	G	R	T	P	D	D	U
F	D	E	D	A	P	A	Z	V	F	A	R	A	A	T
G	R	T	A	O	J	U	R	F	D	E	N	Z	D	O
V	F	A	D	F	A	Z	Y	G	P	D	A	P	Q	T

4.3 La familia y la comunidad como determinantes de la salud y el desarrollo infantil

Esta prioridad alude a un concepto amplio, plural y diverso de familia, entendiendo que, en particular para los niños, las niñas y los adolescentes, los lazos afectivos de solidaridad y protección que enmarcan su aprendizaje se constituyen en un elemento fundamental de su desarrollo.

Palabras clave

Familia: grupo cercano y estable con el cual crecen los niños, niñas y adolescentes y con quienes establecen sus vínculos afectivos, el cual asume el papel protagónico en la protección, cuidado y crianza para su desarrollo integral.

Comunidad: sistema de "relaciones sociales que se dan en un espacio definido, integrado con base en intereses y necesidades compartidas"[66]. Es un conjunto de interacciones sustentadas en la identidad, la cultura, los valores, las tradiciones y creencias, elementos que constituyen un factor determinante del desarrollo, tanto individual como colectivo, de una sociedad.

Por lo tanto, se entiende a la familia y a la comunidad como determinantes sociales de suma importancia en la definición y orientación del desarrollo humano de cada niño y niña, no solamente en su etapa inicial de vida, sino para toda su existencia. Las formas de pensamiento, aprendizaje y comportamiento de los seres humanos y su salud física y emocional se definen en gran medida a partir del tipo de relación que establezca la familia con sus niños y niñas, de la calidad de sus vínculos afectivos, de la seguridad de los entornos que brinde y de los aprendizajes que potencie. Por otra parte, los imaginarios, creencias, mitos, valores y prácticas relacionadas con la salud y la construcción de democracia y ciudadanía se construyen en gran medida a partir de la identidad con un grupo comunitario y de la socialización cotidiana que fortalece la identidad cultural.

Esta prioridad se orienta a fortalecer a la familia y a la comunidad como actores claves del desarrollo infantil, brindando elementos que aporten a la promoción de prácticas de crianza y cuidado saludables, a la construcción de vínculos afectivos seguros, a la promoción de entornos protectores para niños, niñas y adolescentes, y a la promoción de redes sociales que reconozcan y promuevan la garantía de los derechos de la infancia e incidan en las decisiones de política pública desde sus territorios.

Todo lo anterior en concordancia con los principios y estrategias de la Atención Primaria en Salud Renovada, centro del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, que plantea que "la orientación familiar y comunitaria supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública, al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema".[67]

[66] Kisnerman, N. (1990). Teoría y práctica del trabajo social. Pág. 33
[67] OPS/OMS (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Pág. 13.

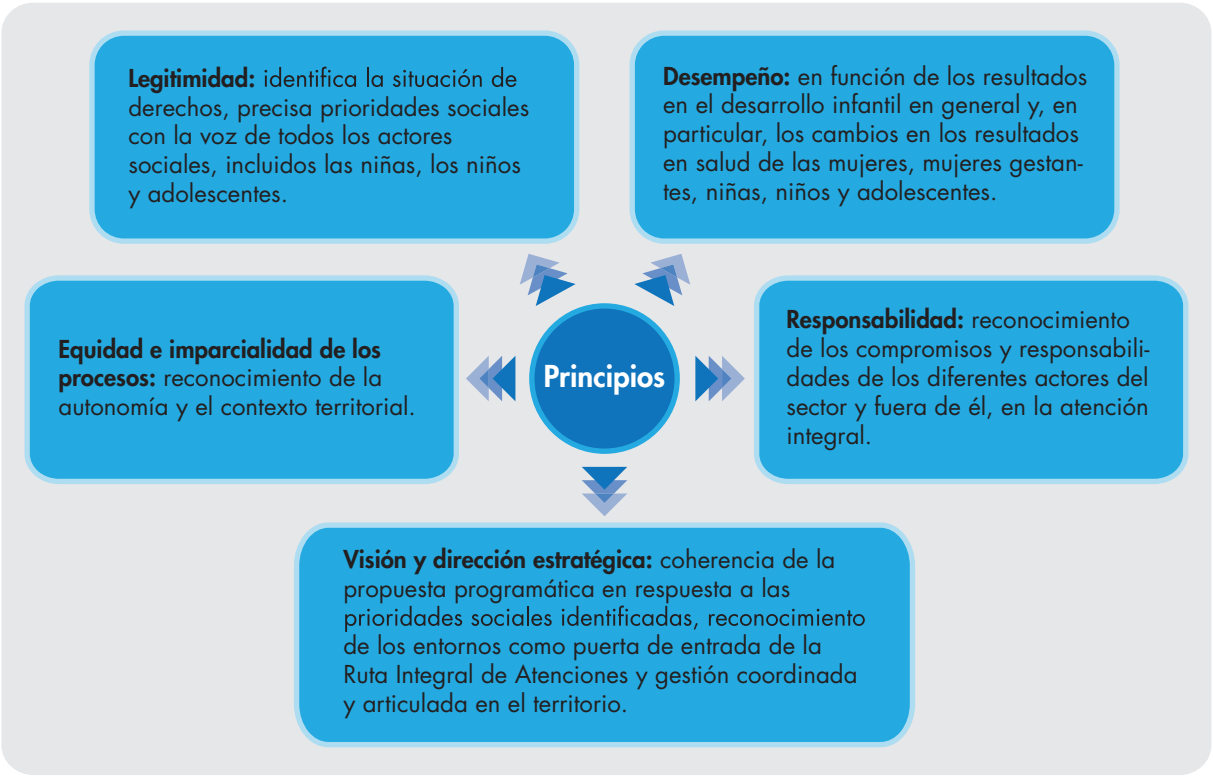
4.4 Fortalecimiento de la rectoría sanitaria

El desarrollo infantil de la primera infancia, infancia y adolescencia demanda del sector salud el desarrollo de capacidades individuales, organizacionales y comunitarias, de una parte, para la construcción de acuerdos sociales con el fin de gestionar los determinantes sociales de la salud en todas las políticas territoriales, y de otra, para gestionar con rigor normativo, de política y técnico lo que le compete como sector en la atención en salud a las niñas, los niños y adolescentes, respetando la autonomía territorial.

El arte de construcción de acuerdos sociales se refiere al ejercicio de gobernanza; es decir, el proceso mediante el cual las sociedades o las organizaciones toman decisiones en torno a un propósito común (en este caso, el desarrollo infantil), establecen quiénes deben intervenir en estas decisiones y determinan cómo garantizar la responsabilidad de las acciones.

En esta prioridad, se fortalecerá la capacidad del equipo nacional y territorial para analizar la congruencia y coherencia entre las diferentes esferas de la formulación e innovación de políticas, establecer objetivos comunes, privilegiando los resultados en salud desde la preconcepción, aclarar las responsabilidades individuales y conjuntas de diferentes actores y sectores, lo cual implica funciones claras y procesos de monitoreo y seguimiento efectivos; ejercer liderazgo y el compromiso político a largo plazo, contar con participación de la sociedad civil, incluidos las niñas, los niños y adolescentes; fortalecimiento de capacidades provenientes del talento y en resolución de conflictos.[68]

El liderazgo del Ministerio en la construcción de acuerdos sociales recoge cinco principios básicos[69]:



[68] Organización Mundial de la Salud, 2011
[69] Kickbusch I 2010

De otra parte, el liderazgo de la autoridad sanitaria está orientado a reducir las inequidades sanitarias, en particular, con respecto a las mujeres, niñas, niños y adolescentes.

I Intensificando y evaluando políticas orientadas a una maternidad segura y una niñez sana.

II Asegurando una atención de salud disponible, segura, accesible, asequible, adaptada al contexto local y de calidad para todas las mujeres y los niños.

III Eliminando las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, a través de la atención basada en la evidencia y las mejores prácticas.

IV Mejorando la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo a las mujeres y los niños con menos acceso a los servicios sanitarios, asegurando el apoyo a otros actores sociales.

V Gestionando la atención en territorios con escasez de talento humano en salud y legitimando estrategias nacionales para la conservación, la educación y el aprovechamiento del talento humano.

VI Comunicando información fiable y precisa sobre los derechos sexuales y reproductivos, salud materna, neonatal e infantil; e impartiendo educación sobre hábitos y prácticas saludables en consonancia con el contexto local específico.

VII Reconociendo que la educación para la salud de calidad, fiable y actualizada es esencial para reducir la falta de equidad sanitaria; y habilitar a las mujeres, niñas, niños, adolescentes y adultos jóvenes para que adopten decisiones fundamentadas y autónomas sobre la salud.

VIII Involucrando socios de los sectores público, privado y de la cooperación, así como representantes de la sociedad civil, para impulsar políticas eficaces y movilizar recursos sostenibles bajo la rectoría del sector salud.

Guía operativa para el proceso de cooperación y acompañamiento territorial - ACAT -, para la implementación de la atención en salud a la primera infancia, infancia y la adolescencia.

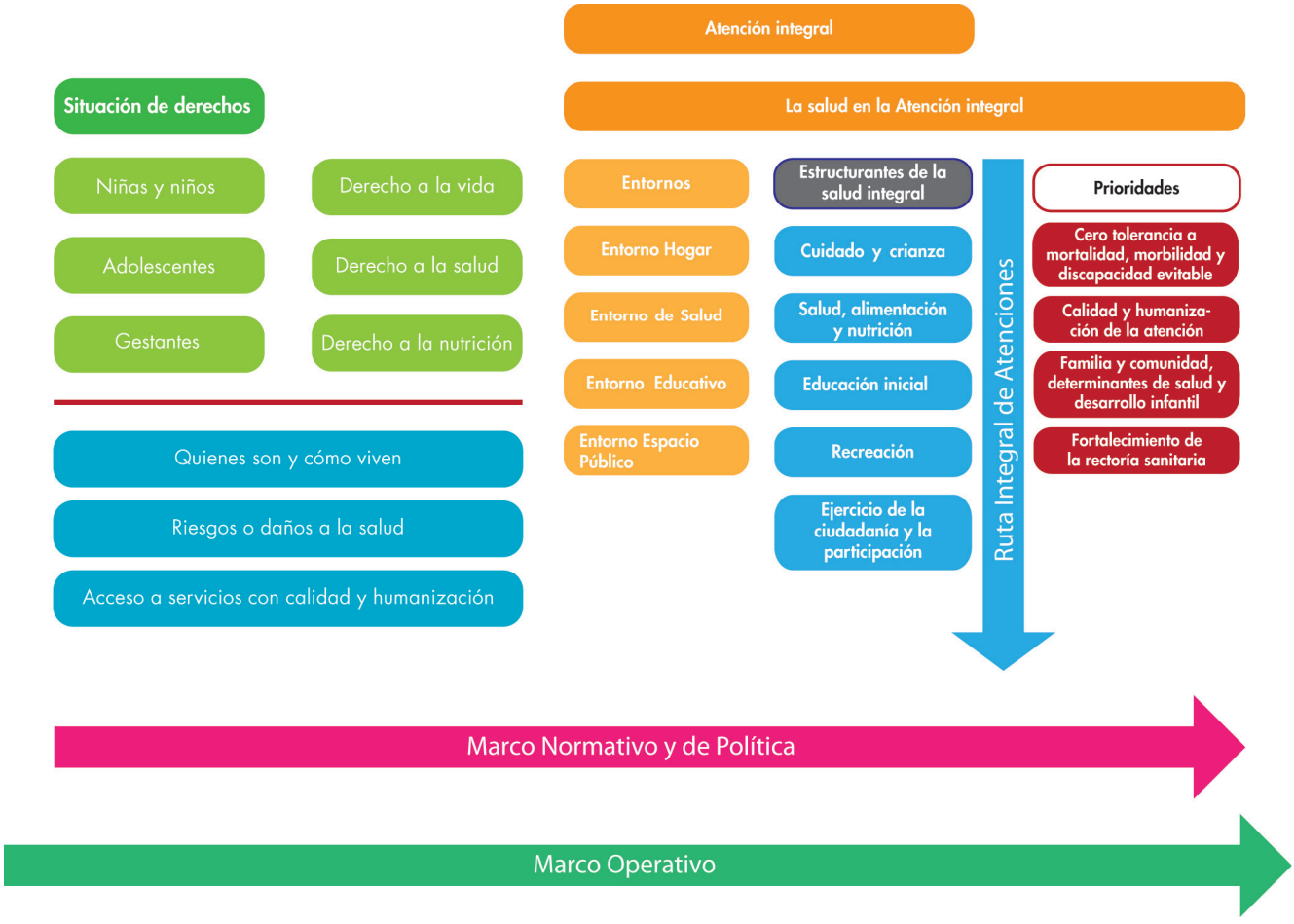
Disponible en la Caja de Herramientas de Atención Integral en Salud a Infancia y Adolescencia

Lectura recomendada

Usted hasta acá debe tener claras las cuatro prioridades de atención definidas, a saber:

- Cero tolerancia a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable.
- Alcanzar altos estándares de calidad de la atención y humanización de los servicios.
- La familia y la comunidad como determinantes de la salud y el desarrollo infantil.
- Recuperar la gobernabilidad del sector salud, fortaleciendo su lugar en el desarrollo de las niñas, los niños y adolescentes.

5. Marco operativo de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y la adolescencia



Mapa de caminos

5. Marco operativo de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y la adolescencia

La implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia se realiza en el marco de las líneas operativas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y de las estrategias y acciones propuestas para el componente transversal: Desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.

En este apartado se revisarán los principales antecedentes de las estrategias con las que el país ha promovido la Atención Integral en Salud de la primera infancia a fin de entender su lugar en la atención integral actual; se definen las líneas operativas y las estrategias, en el marco de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia. Asi mismo, se plantean los procesos y las acciones para el desarrollo de las estrategias propuestas.

5.1 Antecedentes

En el país la Atención Integral en Salud de la primera infancia se ha promovido desde comienzos del año 2000 con la estrategia Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad infantil.

Palabras clave

AIEPI:
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia - "es una estrategia que tiene como finalidad disminuir la mortalidad y la morbilidad en los niños menores de cinco años y mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar. Busca incorporar en los servicios de salud una evaluación integrada e integral de los niños cuando entran en contacto con un profesional o técnico en salud, ya sea en una institución o en la comunidad y, así mismo, incluir dentro de las acciones cotidianas de distintos actores sociales, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad". Organización Panamericana de la Salud.

En los inicios, la estrategia enfatizó en que la atención integral del niño y la niña, en cualquier contacto con el servicio de salud, además del diagnóstico, clasificación, tratamiento y referencia de las principales enfermedades prevalentes de la primera infancia, debía incluir la del estado nutricional, la valoración del desarrollo, la aplicación de las vacunas de forma adecuada en los niveles de atención de baja complejidad y, de forma más reciente, la salud bucal. Posteriormente, al reconocer que la reducción de la morbimortalidad infantil requería trabajar en otros determinantes de la salud infantil, al **componente clínico** se sumó el trabajo con los actores claves comunitarios para el análisis y la gestión de la situación de la infancia, y promover las prácticas claves del

cuidado infantil, bajo el **componente comunitario**; y trabajo con las instituciones del gobierno y de salud para generar acciones que mejoraran la salud infantil, bajo el **componente de gestión local**.

Adicional a estos componentes desarrollados, el país ha sido pionero en la región, al mejorar el componente clínico de la estrategia, incluyendo la atención de la preconcepción, la gestación, el parto y las nuevas enfermedades (Dengue, Tuberculosis, Cáncer infantil, Diabetes, Epilepsia y VIH/SIDA), y teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y las barreras en el acceso a niveles de alta complejidad que requieren una identificación y manejo inicial adecuado, en los niveles de baja complejidad.

De forma simultánea a la estrategia AIEPI, en el país se ha impulsado también, desde los años noventa, la estrategia de Instituciones Amigas para la Mujer y la Infancia (IAMI), que en sus inicios enfatizó la promoción de la lactancia materna y luego pasó a promover la atención integral de calidad y humanizada a la mujer gestante y la infancia en los servicios de salud, proponiendo un conjunto de pasos para su implementación. Otras estrategias promovidas están dirigidas a los niños y niñas con problemas específicos de salud; tal es el caso del Programa Madre Canguro para niños prétermino y/o con bajo peso al nacer.

Las estrategias AIEPI e IAMI se pueden considerar complementarias, en tanto ambas tienen entre sus objetivos la atención integral con calidad a la mujer gestante y a la infancia en el ámbito clínico y la necesidad de su articulación con procesos comunitarios. Sin embargo, la estrategia AIEPI, al incluir los componentes comunitario y de gestión, amplia el campo de acción para el trabajo en procura de mejorar la salud infantil.

Palabras clave

IAMI:
La Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) es ¨una iniciativa propuesta al país por Unicef para motivar a las instituciones de salud a mejorar sus prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, siguiendo los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas. La Estrategia propone a las instituciones que prestan servicios de atención a gestantes, madres, niñas, niños y adolescentes una metodología, que les permita de manera sistemática autoevaluarse, analizar sus prácticas de atención, realizar un plan de mejoramiento, hacer los ajustes necesarios, ser evaluados por profesionales externos a la institución y finalmente ser acreditados como una Institución Amiga de la Mujer y la Infancia siguiendo sus pilares de integralidad, calidad y continuidad.

Para el diseño y operativización de la estrategia actual de atención integral en salud para la primera infancia y la ruta de atenciones definida, se han retomado y armonizado los componentes, procesos, acciones, herramientas e instrumentos desarrollados por las estrategias AIEPI e IAMI, que permitan superar la aparente duplicación de estrategias y armonizar el lenguaje para la implementación de la atención integral en salud.

5.2 Líneas operativas y estrategias

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 ha definido tres líneas operativas que, para la atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia, se entienden de la siguiente manera y comprenden las siguientes estrategias:

5.2.1 Promoción de la salud

Marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la vida y a la salud, gestionando que la salud esté en todas las políticas, y desarrollando capacidades individuales, institucionales y comunitarias para reducir inequidades y para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes en contexto. Comprende como estrategias:

La gestión de la política pública que abarca las acciones relacionadas con el ciclo de política para dar respuesta a las prioridades territoriales que están orientadas a gestionar la garantía de los derechos, entre las cuales se encuentran:

- Posicionamiento de las prioridades territoriales en la formulación, implementación y evaluación de la política y sus instrumentos, que hace referencia a la abogacía e incidencia política que permitan la inclusión y asignación de los recursos necesarios en la formulación de la política y sus instrumentos (planes de desarrollo y de salud territorial, planes operativos anuales) para dar respuesta a las prioridades territoriales identificadas, en relación con los derechos y el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes.
- Gestión intersectorial que comprende el conjunto de acciones coordinadas entre los diferentes sectores para dar respuesta, articulada, continua y complementaria, a las prioridades identificadas mediante acuerdos desde el ejercicio de planeación, asignación de recursos, gestión y evaluación de política.
- La gestión social y comunitaria para el capital social, mediante movilización y participación social, para la exigibilidad de los derechos y el desarrollo integral y el fortalecimiento de la familia y la comunidad en el desarrollo y el cuidado integral.

5.2.2 Gestión del riesgo en salud

Conjunto de acciones que comprenden la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificar, manejar, mitigar y superar la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios, que hubiera podido evitarse actuando en los factores que la amenazan y que deben realizar las entidades públicas o privadas en el sector salud o fuera de él.

Comprende como estrategia la gestión de la Atención Integral en Salud con calidad y humanización con acciones para garantizar la atención a familias gestantes, niños, niñas y adolescentes en la red de prestación de servicios de salud y las instituciones que la conforman, tanto en los servicios de carácter intramural como extramural, teniendo en cuenta las características y necesidades particulares de la población en un determinado territorio y cumpliendo con los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, y respeto por la dignidad humana (intimidad, privacidad, comodidad, manejo del dolor, creencias, cultura).

5.2.3 Gestión de la salud pública

Conjunto de acciones que la nación y las entidades territoriales desarrollan, a través de procesos propios del ejercicio de la rectoría y de las EAPB e IPS, mediante la gestión de la atención en salud, orientados al logro de metas y resultados en salud de las gestantes, niños, niñas y adolescentes, y que apoyan el desarrollo de las dos anteriores líneas operativas.

Comprende como estrategia la arquitectura institucional para la Atención Integral en Salud de niños, niñas y adolescentes, que hace referencia a la interrelación y dependencia entre los recursos físicos, humanos, tecnológicos y los procesos requeridos para la atención integral, como la gestión de la política pública, la regulación, la prestación de servicios, la asistencia técnica, la inspección, vigilancia y control (IVC), la vigilancia en salud pública, la gestión del conocimiento, entre otros.

5.3 Procesos para la Atención Integral en Salud

Para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia se han planteado los siguientes tres procesos con acciones específicas para desarrollar las estrategias mencionadas anteriormente:

1. Análisis de situación de derechos de niños, niñas y adolescentes, calidad y humanización de los servicios de salud y de la gestión social y comunitaria para la identificación de prioridades.

2. Adecuación y/o fortalecimiento de la gestión de la política, calidad y humanización de los servicios de salud y la gestión social y comunitaria.

3. Seguimiento y evaluación de los procesos y los resultados en salud de niños, niñas y adolescentes.

5.3.1 Análisis de situación de derechos de niños, niñas y adolescentes, calidad y humanización de los servicios de salud y gestión social y comunitaria, e identificación de prioridades

Este proceso busca, en un primer momento, reconocer y analizar cómo vive la infancia y la adolescencia en los entornos en donde se desarrollan; cuáles son las condiciones

de la arquitectura institucional para gestionar la garantía de sus derechos, con énfasis en los derechos a la vida, la salud y la alimentación, así como las condiciones para que padres, cuidadores, niñas, niños y adolescentes y comunidad exijan al Estado, la sociedad y la familias el ejercicio pleno de sus derechos.

Como resultado del ejercicio anterior, se identificarán prioridades de gestión de la política, calidad y humanización de los servicios de salud y la gestión social y comunitaria, insumos básicos más no indispensables, para abordar procesos de mejoramiento y adecuación de la gestión territorial.

Lectura recomendada

El Anexo de Análisis de Situación presenta el desarrollo conceptual, metodológico y pedagógico para realizar el análisis de situaciones de los derechos, el análisis de la calidad y humanización de la atención en salud y el análisis de situación de la gestión social y comunitaria para el desarrollo y la atención integral en salud de niños, niñas y adolescentes.

Disponible en la Caja de Herramientas de Atención Integral en Salud a Infancia y Adolescencia.

5.3.2 Adecuación y/o fortalecimiento de la gestión de la política, calidad y humanización de los servicios de salud y la gestión social y comunitaria

Proceso que comprende las acciones necesarias para generar, potenciar y/o ajustar las condiciones en la gestión de la política, la calidad y humanización de los servicios de salud, a nivel social y comunitario, a fin de garantizar la RIA en salud a partir de las prioridades identificadas en el proceso de análisis de situación.

5.3.2.1 Gestión de la política pública en primera infancia, infancia y adolescencia mediante:

5.3.2.1.1 Posicionamiento de las prioridades territoriales en la formulación, implementación y evaluación de la política y sus instrumentos, relacionadas con los derechos, el desarrollo y la Atención Integral en Salud de niños, niñas y adolescentes, lo cual implica:

- ✓ Incidir en la política y en el desarrollo de capacidades individuales, institucionales y comunitarias para que la primera infancia, infancia y adolescencia sean una prioridad de política social, técnica y financiera en los instrumentos de planeación nacional y territorial, visibilizando las apuestas de política para garantizar el derecho a la vida, la salud, la alimentación y la nutrición.
- ✓ Articular las dimensiones del plan decenal en torno a niños, niñas y adolescentes, en los planes de salud territoriales y operativos anuales, basándose en el análisis continuo del ejercicio de sus derechos, para el re-direccionamiento o inclusión de nuevas prioridades, de acuerdo con los cambios y particularidades demográficas, epidemiológicas y del contexto.
- ✓ Generar espacios institucionales y de participación comunitaria y social de construcción y/o ajuste de Plan de Salud Territorial y planes operativos anuales, que sean acordes al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, reconociendo la diversidad poblacional y territorial y que incorpore la perspectiva diferencial.
- ✓ Articular de forma coherente los planes de vida de los diferentes pueblos indígenas a las políticas del territorio y a las líneas estratégicas de los planes operativos anuales.

- Concurrir con las direcciones territoriales en salud departamentales a los municipios para el desarrollo de la ruta integral de atención en salud de niños, niñas y adolescentes a partir de un proceso concertado que establezca prioridades priorizando en función de resultados y capacidad de respuesta, armonizada con los planes de las direcciones territoriales de salud municipales.
- Armonizar la normativa sectorial que responda a los enfoques de derechos y diferencial y a la ruta integral de atenciones de la primera infancia, infancia y adolescencia, e incorpore los indicadores de los resultados en salud de niños, niñas y adolescentes en los planes de desempeño institucionales.
- Revisar y ajustar la política de talento humano en salud, en cuanto a perfiles y competencias para gestionar y brindar atención con calidad y calidez a niñas, niños y adolescentes.
- Apoyar y articular el proceso de restablecimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil o que hayan sido víctimas de maltrato o violencias en el territorio, bajo las prioridades y acciones de política que, desde el sector, garantice la atención integral en el marco de la ruta de atención intersectorial.

5.3.2.1.2 Gestión intersectorial de la atención en salud de la primera infancia, infancia y adolescencia, la cual requiere:

- Realizar abogacía y desarrollo de capacidades individuales, institucionales y comunitarias para posicionar al Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, como un instrumento de política que orienta la gestión sectorial e intersectorial con el fin de alcanzar el desarrollo integral de las niñas, los niños y adolescentes.
- Llegar a acuerdos nacionales y territoriales para proteger y promover el desarrollo de niñas, niños y adolescentes en los entornos del hogar, institución de salud, institución educativa y el espacio público, a partir del reconocimiento por parte de los sectores e instituciones públicas, privadas, de la cooperación y comunitarias, sus apuestas de política, sinergias y complementariedades.
- Realizar seguimiento a los avances y resultados de los acuerdos nacionales y territoriales.
- Reconocer, fortalecer y armonizar las instancias y mecanismos de coordinación, articulación y participación de la política pública de primera infancia, infancia y adolescencia (CPS, Mesas poblacionales y temáticas, etc.).

5.3.2.1.3 Arquitectura institucional para la Atención Integral en Salud de niños, niñas y adolescentes la cual implica:

- Diseñar una estrategia que permita asegurar (i) la vinculación continua de un equipo responsable exclusivo para la gestión y la atención integral materno infantil – gestión, atención, auditoria e IVC - en Direcciones Territoriales de Salud (DTS), departamentales y municipios categoría 1,2 y 3, y de un equipo con dedicación para la gestión y la atención integral, de acuerdo con características territoriales en municipios categoría 4, 5 y 6, EAPB e IPS, y (ii) la

entrega de incentivos valorativos al desempeño del talento humano en función de los resultados en salud de las gestantes, niños, niñas y adolescentes.

- ✓ Fortalecer y/o conformar un equipo funcional o comité interáreas de salud materno infantil y del adolescente en las DTS (salud pública, prestación de servicios, aseguramiento, promoción social, planeación); EAPB (contratación, gestión del riesgo, promoción y prevención, calidad); IPS (gerencia de servicios, calidad y las coordinaciones de los diferentes servicios), con capacidad para la gestión de la atención integral de niños, niñas y adolescentes.

- ✓ Fortalecer y/o conformar un comité sectorial en el territorio con participación de DTS, EAPB, IPS para la gestión y seguimiento de la salud materno-infantil, reconociendo la diversidad poblacional y territorial.

- ✓ Diseñar, poner en marcha y evaluar una estrategia, nacional y territorial, para el desarrollo de capacidades individuales, institucionales y comunitarias, la cual esté orientada a gestionar, atender, auditar y vigilar la atención integral a niños, niñas y adolescentes, reconociendo la diversidad poblacional y territorial, y vincular a las sociedades científicas y a la academia.

- ✓ Acordar y viabilizar, en lo programático y financiero, planes de cooperación y acompañamiento técnico continuos con las entidades territoriales, DTS, EAPB e IPS, para la gestión y la atención integral de niños, niñas y adolescentes. Realizar seguimiento del gasto público social dirigido a la atención en salud de las niñas, los niños y adolescentes, utilizando entre otros instrumentos como planes operativos y el plan de Intervenciones Colectivas de las DTS.

- ✓ Generar alianzas entre EAPB para la realización de procesos de auditoría a la red prestadora compartida en el territorio.

- ✓ Desarrollar estrategias de comunicación institucional, dirigidas al talento humano, sobre la importancia de la atención con calidad y humanizada a niños, niñas y adolescentes, padres, madres y cuidadores.

- ✓ Gestionar con las instituciones de formación superior y técnica para la incorporación de las competencias que requiere la atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia, en los curriculum, prácticas y generación de conocimiento.

5.3.2.2 Gestión social y comunitaria

5.3.2.2.1 Movilización y participación social para la exigibilidad de los derechos y el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, lñas cuales comprenden:

- ✓ Identificar y/o fortalecer grupos, organizaciones y redes sociales y comunitarias, con potencial para la movilización y participación para la exigibilidad de la garantía y restitución de los derechos de la primera infancia, infancia y adolescencia, integrándolos a los espacios intersectoriales a nivel territorial.

- ✓ Generar escenarios para que niños, niñas y adolescentes participen de manera genuina a lo largo del ciclo de la política pública, y en el ejercicio democrático de la exigibilidad de los derechos.
- ✓ Generar espacios y las condiciones para que niños, niñas y adolescentes reconozcan el entorno de las instituciones de salud, instituciones educativas y el hogar como lugares en donde ocurre su desarrollo y tienen la posibilidad de realizar seguimiento a la calidad y calidez de la atención.
- ✓ Abrir espacios en medios de comunicación local y comunitaria para que niñas, niños y adolescentes promuevan el respeto y el reconocimiento de sus derechos.
- ✓ Desarrollar las capacidades individuales, institucionales y comunitarias, para que los tomadores de decisión comprendan el alcance de las propuestas de las niñas, niños y adolescentes y generen mecanismos para viabilizarlas a través de los instrumentos de planeación.

5.3.2.2.2 Fortalecimiento de la familia y la comunidad en el desarrollo y el cuidado integral

- ✓ Reconocer y comprender a la familia como un determinante del desarrollo infantil, reflejado en el planteamiento y desarrollo de estrategias para promover el cuidado y afecto familiar, así como la autonomía y responsabilidad de sus funciones, a través de redes y grupos sociales de apoyo.
- ✓ Identificar y fortalecer de las redes familiares, de pares, comunitarias y sociales para la configuración de entornos que promuevan y favorezcan el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.
- ✓ Formar, seguir y acompañar a actores sociales y a las familias en prácticas claves para el cuidado y el desarrollo integral de mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, incorporando las prácticas culturales propias en los diferentes entornos, que plantea la ruta integral de atención a la primera infancia, y respetando las particularidades culturales de la población.
- ✓ Identificar y fortalecer las prácticas de cuidado y crianza propias en los lugares donde trascurren la vida de los niños, niñas y adolescentes, en los diferentes territorios étnicos.
- ✓ Diseñar e implementar estrategias de comunicación, dirigidas a favorecer las prácticas de cuidado y desarrollo integral de niños y niñas, en los diferentes entornos propuestos por la ruta integral de atención a la primera infancia y que tomen en cuenta la diversidad social y cultural.

Para mayor información puede revisar el anexo de Familia y Comunidad en la Atención Integral en Salud para la primera infancia, la infancia y la adolescencia. Disponible en la Caja de Herramientas de Atención Integral en Salud a Infancia y Adolescencia.

Lectura recomendada

5.3.2.3 Gestión de la atención en salud a familias gestantes, niños, niñas y adolescentes con calidad y humanización mediante las siguientes estrategias:

- Implementar, en el marco de la atención primaria en salud, la Política de Atención Integral a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia utilizando, entre otras, las estrategias definidas en las dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 realizando los ajustes razonables por situación, condición y contexto.

- Asegurar procesos de atención en salud con calidad y calidez a las gestantes, niñas, niños y adolescentes, haciendo uso de guías clínicas basadas en la evidencia, elaboración y actualización de protocolos clínicos institucionales de acuerdo con la normatividad vigente, historia clínica unificada y adoptado los registros construidos en la estrategia de AIEPI, humanización de los servicios, entre otros.

- Articular las estrategias definidas en este plan con el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural SISPI. Esto implica llegar a acuerdos operativos con autoridades indígenas, médicos tradicionales y la comunidad para acercar la medicina ancestral y occidental.

- Estructurar redes integradas de servicios de salud para asegurar el continuum de atención de niños, niñas y adolescentes correspondientes a un mismo nivel y las requeridas de otros niveles de atención, en el municipio de residencia o, en su defecto, con la mayor accesibilidad posible.

- Asegurar que la red prestadora que garantice la provisión del POS lo haga de manera completa y continua, utilizando mecanismos y procedimientos que permitan el acceso preferencial para gestantes, niños, niñas y adolescentes; la asignación de citas para medicina y odontología general y de autorización de servicios de salud de forma no presencial y en un plazo no mayor a tres y cinco días respectivamente desde su solicitud; acceso directo a atención especializada de ginecología y pediatría, en los lugares donde las condiciones de oferta lo permitan; agendas abiertas para asignación de cita de medicina especializada, gestión para la asignación prioritaria en el plazo que estipule el médico tratante en casos de gestantes, y diagnóstico presuntivo o confirmado de cáncer, cuando su condición clínica lo amerite, y la entrega al domicilio o al trabajo de los medicamentos en un plazo no mayor a 48 horas cuando no se realiza de forma completa.

- Articular y coordinar los procesos de atención entre los servicios de salud y los procesos comunitarios dirigidos a las mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes.

- Realizar periódicamente auditoría de calidad interna y externa (concurrente, de historias clínicas), que abarque el cumplimiento de estándares de habilitación,

la aplicación de las guías y normas técnicas para la atención de las mujeres gestantes, recién nacidos, niñas, niños y adolescentes y los resultados en salud, cuyos hallazgos se incluyan en la formulación y seguimiento a Planes de Mejoramiento Continuo de Calidad en Salud (PAMEC).

- ✓ Realizar inspección, vigilancia y control de las redes integradas de prestación de servicios de la EAPB.
- ✓ Realizar gestión y seguimiento institucional en el comité sectorial materno infantil a las alertas tempranas sobre el acceso a la Atención Integral en Salud de gestantes, niñas, niñas y adolescentes.
- ✓ Utilizar Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para el fortalecimiento de la atención integral, superando barreras geográficas o de disponibilidad de servicios dentro de la red prestadora, desde el nivel nacional, regional y local, especialmente, en zonas de difícil acceso.

Lectura recomendada

Para mayor información puede revisar anexo de lineamiento de calidad y humanización de la atención. Disponible en la Caja de Herramientas de Atención Integral en Salud a Infancia y Adolescencia.

5.3.3. Seguimiento y evaluación de la gestión para el desarrollo integral y los resultados en salud de niños, niñas y adolescentes

Este proceso comprende las acciones de seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento sobre el cambio en los procesos orientados a la Atención Integral en Salud para la primera infancia, infancia y adolescencia, así como los resultados en el desarrollo integral y de salud de niños, niñas y adolescentes.

5.3.3.1 Arquitectura institucional para la Atención Integral en Salud de niños, niñas y adolescentes

- ✓ Medir y realizar seguimiento a los resultados en salud de las estrategias de primera infancia, infancia y adolescencia, definidas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), en los planes territoriales de salud y planes operativos anuales institucionales utilizando, entre otros insumos, la información que arroja el sistema de la calidad en los servicios de salud, los sistemas de vigilancia en salud pública y el de inspección, vigilancia y control.
- ✓ Seguir y evaluar los procesos para la gestión de la Atención Integral en Salud de niños, niñas y adolescentes, en cuanto a la adecuación e implementación intersectorial de la ruta de atención a la primera infancia; calidad, humanización y adecuación intercultural de los servicios de salud; asignación y ejecución eficiente y oportuna de recursos; cooperación y acompañamiento técnico; inspección, vigilancia y control; participación y movilización social.

- ✓ Implementar el sistema de alertas tempranas, basado en comunidad, para la garantía y restitución del derecho a la atención en salud de niñas, niños y adolescentes.
- ✓ Gestionar la información, seguimiento y evaluación permanente de los resultados en salud en la primera infancia, infancia y adolescencia para la toma de decisiones.
- ✓ Acompañamiento técnico para la gestión de la información y para el uso de ésta en la toma de decisiones.
- ✓ Realizar vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de los eventos de interés en primera infancia, infancia y adolescencia. En las unidades de análisis y Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVES) de los eventos de interés para este grupo poblacional, participarán los equipos de infancia y adolescencia.
- ✓ Responder a los requerimientos de la vigilancia en salud pública materno-infantil, por parte de la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública y la red de laboratorios clínicos y especializados.
- ✓ Evaluar la implementación de políticas públicas y planes institucionales para la Atención Integral en Salud de familias gestantes, niñas, niños y adolescentes.
- ✓ Desarrollar y evaluar una agenda de investigación en infancia y adolescencia, a nivel nacional y territorial, que responda a las prioridades del desarrollo y atención integral de primera infancia, infancia y adolescencia como soporte a la continuidad, reorientación o diseño del marco de política pública.
- ✓ Sistematizar y difundir experiencias y lecciones aprendidas en atención integral de familias gestantes, niños, niñas y adolescentes.

5.4 Responsabilidades de los actores del SGSSS para la atención integral de primera infancia, infancia y adolescencia en el marco de competencias

Para mayor información puede revisar el anexo de Responsabilidades de los Actores del SGSSS (Disponible en la Caja de Herramientas de Atención Integral en Salud a Infancia y Adolescencia) en relación con los procesos y estrategias planteadas anteriormente. Se distinguen las responsabilidades de las entidades territoriales en general y aquellas que tienen las direcciones territoriales de salud departamentales y municipales de categoría 1 a 3, de acuerdo con el marco de competencias.

Lectura recomendada

6. Anexos

Anexo 1. Ruta de atención integral a la primera infancia.
Anexo 2. Orientaciones y recomendaciones para la construcción local de procesos interculturales de Atención Integral en Salud a niñas y niños de grupos étnicos, en el marco de la Estrategia de Cero a Siempre.
Anexo 3. Guía operativa para el proceso de cooperación y acompañamiento territorial - CAT - para la implementación de la atención en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.
Anexo 4. Lineamiento de análisis de situación de derechos de niños, niñas y adolescentes, calidad y humanización de los servicios de salud y gestión social y comunitaria e identificación de prioridades.
Anexo 5. Lineamiento de familia y comunidad.
Anexo 6. Lineamiento de calidad y humanización de la atención.
Anexo 7. Responsabilidades de los actores del SGSSS para la atención integral de primera infancia, infancia y adolescencia en el marco de competencias.

Evaluación

1. El principal responsable de incumplimientos y conductas violatorias al derecho a la salud en 2012 fue:

a. EPS contribuyente.

b. EPS subsidiada.

c. Directores de INPEC.

d. IPS.

e. A y b son correctas.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al marco normativo y de política?

a. El Acuerdo 029 de 2011 que actualizó el Plan Obligatorio de Salud (POS) estableció la posibilidad de acceso a la atención especializada en ginecología y pediatría.

b. El Conpes 147 de 2012 está dirigido a la prevención del embarazo en adolescentes, a la promoción de proyectos de vida para niñas, niños y adolescentes de 6 a 19 años.

c. En el año 2006, se expidió el Código de la Infancia y la Adolescencia, precisando que la protección integral de niñas, niños y adolescentes es una responsabilidad permanente y sostenible de la familia, la sociedad y el Estado.

d. La Política Pública Nacional de Primera Infancia tiene el propósito de promover el desarrollo integral de las niñas y los niños, desde la gestación hasta cumplir los seis años de edad.

e. Todas son ciertas.

3. No es un estructurante de la atención integral:

a. Recreación.

b. Salud.

c. Estado.

d. Cuidado.

e. Crianza.

4. La Ruta Integral de Atenciones (RIA), como instrumento que orienta a autoridades territoriales y a otros actores sobre el conjunto de atenciones que debe asegurarse a cada niña y cada niño para garantizar su pleno desarrollo, tiene en cuenta los grupos de edad:

a. Gestación hasta 3 años.

b. Preconcepción hasta 6 años.

c. Preconcepción hasta 5 años.

d. 3 a 6 años.

e. Ninguna es cierta.

5. Es una característica de la atención diferencial que se debe considerar, además de las atenciones universales planteadas en la RIA:

a. Tener en cuenta la cultura y las experiencias particulares del individuo.

b. Alejarse de los matices que el contexto territorial aporta.

c. Evitar mezclar el contexto del individuo con su situación particular.

d. Diferenciar a cada individuo y darle un trato totalmente diferente al resto.

e. Estar orientada a responder a situaciones específicas de vulneración o riesgo.

6. Marque verdadero o falso, según corresponda. En cuanto a la calidad de la atención en salud, el país dispone del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Decreto 1011 de 2006) que comprende: el sistema único de habilitación, el sistema único de acreditación (Resoluciones 1445 de 2006 y 3960 de 2008), el sistema de información para la calidad (Resolución 1446 de 2006) y la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención:

a. Verdadero.

b. Falso.

7. El Acuerdo 031 de 2012 agrupó por etapa del ciclo vital el contenido del POS para hacer claridad a los aseguradores en salud, de esta forma:

a. Prenatal hasta 5 años; 5 a 16 años y 16 a 18 años.

b. Prenatal hasta 6 años; 6 a 14 años y 14 a 18 años.

c. Prenatal hasta 3 años; 3 a 14 años y 14 a 17 años.
d. Prenatal hasta 6 años; 6 a 12 años y 12 a 18 años.

e. Ninguna es cierta.

8. La salud dentro del entorno hogar está dirigida a:

a. Promover la actividad física, el esparcimiento y el descanso como oportunidades para la integración familiar.

b. Cuidar la salud mental de los cuidadores de los niños y las niñas, en especial de las mujeres.

c. Orientar y promover una adecuada manipulación, higiene, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos seguros, nutritivos y culturalmente aceptados en el hogar.

d. Todas las afirmaciones son ciertas.

e. Ninguna es cierta.

9. Es una actividad de detección temprana incluida en el POS:

a. Vacunación.

b. Salud oral.

c. Planificación familiar.

d. Control prenatal.

e. Dos afirmaciones son correctas.

10. Es una de las poblaciones de niños y niñas que requiere atenciones que promuevan la inclusión social:

a. Víctimas del conflicto armado.

b. Discapacitados.

c. Tránsito en el género.

d. En condición de riesgo por habitar fronteras sin presencia y/o regulación estatal.

e. Todas son ciertas.

Bibliografía

• Alderson P. (1993), Children's consent to surgery, Open University Press, Buckingham
• Betran AP, Onis M, Lauer JA, Villar J (2001) Ecological study of effect of breast feeding on infant mor- tality in Latin America. Br Med J; 323:1–5.
• Brown KH, Peerson JM, Baker SK, et al. (2009) Preventive zinc supplementation among infants, preschoolers, and older prepubertal children. Food Nutr Bull 30 (suppl 1): S12–40.
• Centro Nacional de Consultoría (2012). Línea de base calidad de atención en la primera infancia. No publicado
• Christian P, Murray-Kolb LE, Khatry SK, et al. (2010) Prenatal micronutrient supplementation and intellectual and motor function in early school-aged children in Nepal. JAMA 304: 2716–23.
• Christian P, Stewart CP, LeClerq SC, et al. (2009) Antenatal and postnatal iron supplementation and childhood mortality in rural Nepal: a prospective follow-up in a randomized, controlled community trial. Am J Epidemiol 170: 1127–36.
• Clemens J, Elyazeed RA, Rao M, Savarino S, Morsy BZ, Kim Y, Wierzba T, Naficy A, Lee YJ.(1999) Early initiation of breastfeeding and risk of infant diarrhea in rural Egypt. Pediatrics 104:e3, http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/104/1/e3.
• Comisión de Regulación en Salud (2009) Acuerdo 004 de 2009 Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.
• Comisión de Regulación en Salud (2011) Acuerdo 029 "Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 1que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud".
• Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia. (2013) Documento Estrategia de cero a siempre. Fundamentos politicos, técnicos y de gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia.
• Comité Internacional de los Derechos del Niño (2004) - Guía a la Observación N°7.
• Congreso de la República (2006). Ley 1098 de 2006 "Por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia".
• Congreso de la República (2011)Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"
• Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. BMC Public Health (submitted).
• Defensoría del Pueblo (2013) Vigésimo Informe del Defensor del Pueblo al Congreso de la República de Julio de 2013.
• Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2013). Estimaciones y proyecciones de población 2013.
• Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2013). Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2012.
• Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2013). Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamentos de residencia y grupos de causas de defunción 201.1
• Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2013). Estadísticas Vitales.
• Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2013).Pobreza

monetaria y multidimensional en Colombia 2012. Boletín de Prensa 18 de Abril de 2013.
• Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Censo General 2005
• De-Regil LM, Fernandez-Gaxiola AC, Dowswell T, et al.(2010) Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. Cochrane Database Syst Rev 10: CD007950.
• Dibley MJ, Titaley CR, d'Este C, et al.(2007) Iron and folic acid supplements in pregnancy improve child survival in Indonesia. Am J Clin Nutr 2012; 95: 220–30..
• Galler JR, Bryce CP, Waber D, et al. (2010) Early childhood malnutrition predicts depressive symptoms at ages 11–17. J Child Psychol Psychiatry 51: 789–98.
• Heckman J & P. Carneiro (2003). Human Capital Policy. National Bureau of Economic Research – Working Paper 949
• Horta BL, Victora C.(2013) Long-term effects of breastfeeding: a series of systematic reviews. Geneva: World Health Organization.
• Hutton EK, Hassan ES. (2007) Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates:systematic review and meta-analysis of controlled trials. JAMA. 297(11):1241-52. Epub 2007/03/22. Citado en Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.
• Imdad A, Bhutta ZA (2011) Effect of preventive zinc supplementation on linear growth in children under 5 years of age in developing countries: a meta-analysis of studies for input to the lives saved tool.BMC Public Health 11 (suppl 3): S22.
• Imdad A, Bhutta ZA. (2012) Routine iron/folate supplementation during pregnancy: effect on maternal anemia and birth outcomes. Paediatr Perinat Epidemiol 26 (S1): 168–77.
• Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2011) Encuesta Nacional de la salud nutricional en Colombia– ENSIN 2010. Bogotá: ICFB.
• Kickbusch I. (2010) Health in all Policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. En: Kickbusch I, Buckett K, eds. Implementing Health in all Policies: Adelaida 2010. Adelaida, Departamento de Salud, Gobierno de australia meridional, 20. (s.f.).
• Kisnerman, N. (1990). Teoría y práctica del trabajo social.
• León-Cava, Natalia. (2002). Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington, D.C.: OPS.
• Ministerio de la Protección Social (2006). Decreto 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
• Ministerio de la Protección Social, UNFPA (2007) Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Bogotá: MPS-UNFPA.
• Ministerio de la Protección Social, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2011). Lineamientos Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia.
• Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud (2010). Guía para formular el plan operativo de la estrategia AIEPI.
• Ministerio de la Protección Social, Programa Mundial de Alimentos (2009).Lineamientos técnicos para la implementación de programas Madre Canguro en Colombia. Bogotá: Divergráficas.

• Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia Curso clínico.
• Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Grupo PAI.
• Ministerio de Salud y Protección Social (2013) Observatorio de Calidad. Sistema de informacion para la calidad.
• Ministerio de Salud y Protección Social (2013) Resolución 1841 de 2013 "Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021"
• Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Cubo indicadores de SISPRO Cálculos a partir de los datos del DANE y NBI, por Total, Cabecera y Resto, a 30 Junio de 2012.
• Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Cubo indicadores de SISPRO: RUAF-ND.
• Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Cubo indicadores de SISPRO Defensoría del Pueblo de Colombia (2009) Derechos Humanos para vivir en paz.
• Ministerio de Salud y Protección Social (2013). SISPRO. Cubo BDUA. Julio 2013
• Ministerio de Salud y Protección Social. Cubo indicadores de SISPRO (2013) Registro Único de Población Desplazada 2011.
• Ministerio de Salud y Protección Social. Cubo indicadores de SISPRO. Cálculos a partir Estadísticas Vitales – DANE a 16 de agosto de 2013
• Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención (2013). Documento de trabajo sobre líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública.
• Montoya N, Correa J. (2007) Curvas de Peso al Nacer. Rev. salud pública. 9 (1):1-10.
• Mori R, Ota E, Middleton P, et al. (2012) Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome. Cochrane Database Syst Rev 7: CD000230.
• Organizacion Mundial de la Salud. (19-20 de Octubre de 2011). Cerrando La Brecha: La PolÍtica de acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Conferencia Mundial Sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Rio de Janeiro , Brasil.
• Organización Panamericana de la Salud/Organizacion Mundial de la Salud (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: OPS.
• Pacto Internacional de los Derechos Económicos, sociales y culturales (2000). Observación General 14, Art 12 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
• Profamilia (2010) Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010.
• Sen, A. (2002). Rev Panam Salud Publica. Obtenido en: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf
• Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB (1997) A Longitudinal Analysis of Infant Morbidity and Extent of Breastfeeding in the United States. Pediatrics 99(6), http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/e5.
• The Lancet, Volumen 371, Issue 9608, Page 179, 19 January 2008.
• Urquia ML, Alazraqui M, Spinelli HG, Frank JW (2011) Referencias poblacionales argentinas de peso al nacer según multiplicidad del parto, sexo y edad gestacional. Rev Panam Salud Pública. 29(2):108–19.
• Van der Gaag, (2002). From Child Development to Human Development. En: M. Young (ed.), From Early Child Development to Human Development. Investing in our Children's Future. Washington: World Bank.

• Walker SP, Chang SM, Powell CA, et al. (2007) Early childhood stunting is associated with poor psychological functioning in late adolescence and effects are reduced by psychosocial stimulation. J Nutr 137: 2464–69.