

**IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA EN CUANTO A LA
SALUD INFANTIL Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA REALIZADAS EN
EL MUNICIPIO DE RIONEGRO ANTIOQUIA 2008-2011**

DIEGO LEÓN CARDONA GONZÁLEZ

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA Y SITUACION DE SALUD
MEDELLIN
2012**

**IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA EN CUANTO A LA
SALUD INFANTIL Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA REALIZADAS EN
EL MUNICIPIO DE RIONEGRO ANTIOQUIA 2008-2011**

DIEGO LEÓN CARDONA GONZÁLEZ

**Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Gerencia de la
Seguridad Social**

Asesor

**Dr. Luis Fernando Toro Palacio
Especialista en gerencia de la seguridad social
Magíster en epidemiología**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA Y SITUACIÓN DE SALUD
MEDELLÍN
2012**

CONTENIDO

	Pág.
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2 JUSTIFICACIÓN	10
2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
3. MARCO TEÓRICO	12
3.1 MARCO LEGAL	12
3.2 MARCO CONCEPTUAL	16
3.3 MARCO CONTEXTUAL	18
4. OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GENERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5. METODOLOGÍA	21
5.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	21
5.2 TIPO DE ESTUDIO	21
5.3 POBLACIÓN	21
5.4 DISEÑO MUESTRAL	22
5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	22
5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	25
5.6.1 Fuentes de información	25
5.6.2 Instrumento de recolección de información	25
5.6.3 Proceso de obtención de la información	25
5.7 CONTROL DE SESGOS Y ERRORES	26

5.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	26
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
7.1 INICIO DE RELACIONES SEXUALES	28
7.2 PLANIFICACION FAMILIAR	29
7.3 MORTALIDAD PERINATAL	28
7.4 ATENCIÓN DEL PARTO	28
7.5 CONTROL PRENATAL	34
7.6 SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	35
7.7 VACUNACIÓN	37
7.8 LACTANCIA MATERNA	38
7.9. DETECCIÓN DE VIH	38
7.10. LA NATALIDAD	39
7. 11 SALUD INTEGRAL PARA LA INFANCIA (SIPI)	40
7.11.1 Desnutrición en menores de 5 años	43
7.12. ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA 2008-2011 EN RIONEGRO	45
7.12.1 Estrategias en Salud Sexual y Reproductiva	45
8. CONCLUSIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Tasa general de fecundidad por grupo de edad, Rionegro 2008-2011	30
Figura 2. Natalidad en Rionegro	39
Figura 3. Tasa de natalidad en Colombia	40
Figura 4. IRA en Antioquia en menores de cinco años	41
Figura 5. EDA en Antioquia en menores de cinco años	42
Figura 6. Desnutrición en Antioquia en menores de 5 años	43
Figura 7. Desnutrición en Rionegro en menores de 5 años	44

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Variables	23
Tabla 2. Mortalidad perinatal en Colombia y Antioquia	32
Tabla 3. Mortalidad perinatal en Rionegro	32
Tabla 4. Mortalidad materna en Antioquia	32
Tabla 5. Meses de embarazo a la primera visita de control prenatal en Colombia	35
Tabla 6. Casos presentados de Sífilis congénita en Rionegro	36
Tabla 7. Coberturas de vacunación en menores de un año en Rionegro	37
Tabla 8. Índices de lactancia materna en Rionegro	38
Tabla 9. IRA y EDA en Rionegro	43
Tabla 10. Tasa de mortalidad y desnutrición global en Rionegro	44

RESUMEN

Con este trabajo, realizado en el Municipio de Rionegro Antioquia en el año 2012, se pretende dar una información sobre las actividades de Salud Pública, analizando el estado de salud de la población y haciendo una comparación en diferentes períodos de tiempo avalados por el Plan nacional de Salud Pública entre el 2008-2011, es decir que con la presente investigación se pretende hacer un aporte a la situación de salud de los habitantes del Municipio, mediante la evaluación del impacto que han tenido las actividades en Salud Publica, enfocado a los dos primeros objetivos del Plan Nacional de Salud Publica vigentes a la fecha, dichos objetivos son; mejorar la salud infantil y mejorar la salud sexual y reproductiva.

Las actividades se orientaron en hacer una búsqueda de la información en las bases de datos y archivos estadísticos, desde el nivel nacional, pasando por el departamental, hasta llegar a la información que había en la Dirección Local de Salud del Municipio de Rionegro.

Con todos los datos consolidados y analizados se presentan unas conclusiones soportadas en lo encontrado, con el fin de que sean tenidas en cuenta por los directamente implicados, la Dirección Local de Salud y la ESE Hospital Gilberto Mejía Mejía

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todas las actividades de Salud Pública deben estar encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población, optimizar accesos a los servicios, disminuir las posibilidades de adquirir enfermedades, enfrentar los retos de envejecimiento y cambios geográficos de la población. Es así entonces como se deben plantear estrategias necesarias para evaluar la ejecución y evolución de las mismas y la forma en que éstas han ayudado o afectado en el mantenimiento de la salud de un grupo poblacional, especialmente hablando de la salud infantil y la salud sexual y reproductiva.

Según el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007 (1) todos los planes que se generen deben estar en coherencia con los perfiles de salud de cada territorio; además, éstos mismos deben ser medibles y evaluables con el fin de replantear y hacer los correctivos necesarios. Actualmente, dichas situaciones no se cuestionan en el Municipio de Rionegro (Ant), por consiguiente, las actividades sólo están supeditadas a dar cumplimiento de metas del Plan Operativo Anual (POA) y hasta el momento no han sido medidas.

Del planteamiento expuesto surge la necesidad de indagar el impacto que han tenido las actividades realizadas en salud pública, direccionado en los objetivos de salud infantil y salud sexual y reproductiva durante el periodo mencionado. La finalidad del análisis es hacer un replanteamiento de la forma en que se ejecutan las actividades y la viabilidad en el despliegue de las mismas; así mismo, identificar los compromisos de las administraciones territoriales con el propósito de que las actividades realizadas sean acordes a las necesidades a suplir en

salud y que puedan ser medibles y modificables en algún momento para beneficio de la población del Municipio. Lo anterior debido a que la salud pública de un país es determinante para ver su nivel de desarrollo, el cual puede ser fundamentado en la reducción de la mortalidad materna y perinatal a través de la atención primaria en salud; de ésta manera se podrá garantizar la detección temprana que permita establecer planes de promoción y prevención con respecto a la salud sexual y reproductiva, y la salud en los menores de 5 años.

La salud pública es responsabilidad del Estado y se enfoca en su protección como un derecho individual y comunitario a través de acciones que promueven la calidad de vida y la adopción de estilos de vida saludables, para lo cual se trabaja de la mano con la Atención Primaria en Salud (APS) bajo las políticas instauradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las cuales permiten antes que brindar los lineamientos, facilita establecer los modos de acción.

Las acciones en salud pública también se fundamentan en la gestión de los medios necesarios para que la población cuente con bienestar y reciba una atención enfocada hacia la prevención, facilitando la educación y promoviendo el desarrollo en el país por medio de la formación de personas conocedoras de su estado de salud y sensibles en el autocuidado.

2. JUSTIFICACIÓN

Todos los actos realizados en beneficio de la salud de los diferentes grupos poblacionales deben estar enmarcados en una búsqueda continua del mejoramiento de la calidad de vida de las personas, a partir del análisis de los factores que puedan estar protegiendo su entorno o por el contrario sean deteriorantes. Actualmente, las actividades en Salud Pública dentro del municipio de Rionegro están ligadas al Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) señalando que deben ser cumplidas y ejecutadas en un periodo determinado, por lo que surge la necesidad de investigar los programas desarrollados en el municipio y su impacto en la población.

Según el PNSP de 2007 (1) todos los planes que se generen deben ser congruentes con los perfiles de salud de cada territorio, de igual manera, deben ser medibles y evaluables con el fin de replantear y hacer los correctivos necesarios, situaciones que no se están cumpliendo en el municipio de Rionegro y por lo tanto, las actividades están ligadas a dar cumplimiento de las metas del Plan Operativo Anual (POA), alejando la posibilidad de ser medidas en cuanto a su calidad y desempeño.

Las actividades de Salud Pública deben estar encaminadas a mejorar las condiciones de vida, garantizar el acceso a los servicios de salud, disminuir las posibilidades de adquirir enfermedades, enfrentar los retos del envejecimiento y los cambios demográficos de la población, por consiguiente, se hace ineludible plantear estrategias necesarias para evaluar la ejecución y evolución de las mismas, la forma en que han impactado, su contribución al mantenimiento y mejora de la salud de la población, o si por el contrario no han sido representativas.

Debido a lo anterior, se da la necesidad de indagar sobre el impacto que han tenido las actividades de Salud Pública realizadas en el Municipio en el periodo comprendido entre enero de 2008 y diciembre de 2011, con el fin de hacer un replanteamiento a la forma en que se están ejecutando las actividades y la viabilidad en la ejecución de las mismas.

2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál ha sido el impacto que han generado las actividades de Salud Pública en cuanto a la salud infantil y la salud sexual y reproductiva, contratada con la Empresa Social del Estado Hospital Gilberto Mejía en el Municipio de Rionegro entre 2008 y 2011?

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO LEGAL

Las actividades de salud pública se encuentran enmarcadas en la legislación colombiana en la ley 100 de 1993, el decreto 3039 2007 y la ley 1438 2011, se relacionan a continuación:

La ley 100 de 1993 dice en el artículo 165. Atención Básica. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se enfocan directamente en la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria. La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria (2).

En el capítulo III. Atención primaria en salud. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad.

Para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como

los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos.

En el artículo 166. Retoma la atención materna infantil. El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

El Plan Obligatorio de Salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo y la prevención de la enfermedad incluyendo inmunizaciones.

En el párrafo 2. Afirma que el Gobierno Nacional organizará un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a las adolescentes. Para el efecto se destinarán el 2 % de los recursos anuales del ICBF.

El Decreto 3039. Establece el Plan Nacional de Salud Pública que incluye la sífilis como prioridad para mejorar la salud infantil (3).

Objetivo 1. Hace referencia al mejoramiento de la salud infantil y plantea unas metas nacionales de salud infantil (3):

- Reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año (Línea de base: 16,3 por 1.000 nacidos vivos).
- Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en

niños y niñas en menores de 1 año (Línea de base: polio: 86,8%, DPT: 86,8%, sarampión y rubeola: 89,1% en menores de 1 año.

- Reducir a 24,0 por cien mil la tasa de mortalidad en menores de 5 años (Línea de base: 30,2 por cien mil.

En el objetivo 2. Dice mejorar la salud sexual y reproductiva basada en las metas nacionales de salud sexual y reproductiva, donde como prioridad determina (3):

- Reducir por debajo de 62,4 por cien mil nacidos vivos la tasa de mortalidad materna (Línea de base: 78,7 por cien mil nacidos vivos.
- Disminuir y mantener por debajo de 2,4 hijos por mujer, la fecundidad global en mujeres entre 15 a 49 años (Línea de base: 2,4 hijos por mujer al terminar su periodo reproductivo.
- Reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (Línea de base: 9,4 por cien mil mujeres.
- Mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años (Línea de Base: 0,7%.
- Lograr cobertura universal de terapia antiretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%.

A continuación se pondrá en consideración la ley 1438 de 2011 (4) donde el artículo 2 habla sobre la orientación del SGSSS buscando generar condiciones que protejan la salud de los colombianos mediante acciones de salud pública, promoción y prevención y demás prestaciones que en el marco de una estrategia de APS sean necesarias para promover de manera constante la salud de la

población, y respectivamente, en el título II donde hace énfasis en salud pública, promoción, prevención y atención primaria en salud. El artículo 10 habla del uso de los recursos de promoción y prevención en el que se establece que el Gobierno Nacional será el responsable de garantizar la ejecución y resultados de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de APS y definirá la prioridad de los recursos. El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales establecerán los objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

Capítulo II. Parágrafo. Lo anterior no excluye la corresponsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo (4).

Artículo 11. Sobre la Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención dice que las acciones serán ejecutadas en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los recursos de las entidades territoriales a los que se refiere el presente artículo continuarán girándose y manejándose en las Cuentas Maestras de que trata el literal B del artículo 13 de la Ley 1122 del 2007 (4).

Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el Municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección

específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados. (4)

La resolución 412 del 2000 por medio de la cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública incluidas la sífilis gestacional y congénita (5).

La ley 715 de 2001 define los recursos y competencias de cada uno de los actores (6).

EL CONPES 091 de 2005 establece las metas y estrategias que se implementaran hasta ley 2015 para el logro de los Objetivos del Milenio (7).

La resolución 1446 de 2006 instaura el sistema de información para la calidad y adopta los indicadores de monitoreo (8).

Ley 1122 de 2007 determina los mecanismos que permiten la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el SGSSS (9).

3.2 MARCO CONCEPTUAL

La definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que "salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el estado de completo de bienestar físico, mental y social del individuo" (10), en este sentido, determina que una buena parte del que hacer de la salud pública debe expandirse

hacia áreas nuevas y emergentes en las sociedades contemporáneas, lo cual significa en buenas cuentas, la manifestación explícita de que la medicina debe preocuparse tanto de personas enfermas como sanas a partir de un modelo de atención biopsicosocial.

En relación con lo anterior, es importante hablar de salud pública desde el postulado de Milton Terris según Cardona como:

la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (11).

Su definición reafirma que los colectivos son la razón de ser de esta área de la salud donde prima el interés común, teniendo en cuenta las necesidades y el contexto determinado para lograr responder a las expectativas planteadas por los grupos e impactar a través de la potencialización de los factores protectores y la disminución de los deteriorantes.

La salud pública así considerada, se constituye a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad; esto implica que organizaciones, grupos o instituciones deben hacerse cargo de los mismos pues las dificultades no pueden ser resueltas en el nivel de los individuos. Como especialidad no clínica de la medicina esta disciplina enfoca el tema de la salud en un contexto colectivo, buscando influir positivamente a través de la aplicación de diversos enfoques de intervención para evitar la ocurrencia de enfermedad (11).

Para ejecutar acciones de salud pública es necesaria la implementación de estrategias de prevención que tienen el propósito de promover la salud y prevenir la enfermedad, de curarla o aliviarla cuando se presenta y de rehabilitar al enfermo, por lo que es preciso hablar de promoción de la salud debido a que es un concepto relacionado con esfuerzos canalizados no solo a una protección específica sobre ciertas enfermedades, sino orientados a mantener o mejorar la salud de los individuos, de las familias y de las comunidades. Así mismo, la promoción de la salud incluye esfuerzos hacia la educación sanitaria, que no solamente es proveer información sino tratar primordialmente de efectuar cambios importantes en la conducta humana (11).

A pesar de lo anterior, no puede ignorarse la prevalencia de la morbilidad y la mortalidad en el contexto actual, teniendo presente que la salud colombiana está enmarcada en una cultura de la medicina curativa más que preventiva, y en consecuencia de ello, la inversión de los entes territoriales ha sido mayor en la curación y adquisición de tecnología biomédica que en la educación en salud y Atención Primaria en Salud (APS), aun sabiendo que el costo sería menor y el impacto favorable; es decir, el costo/beneficio sería mayor pues se estarían interviniendo los hábitos cotidianos, y por consiguiente, habrían modificaciones en los estilos de vida no solo de las personas sino también de las familias y los colectivos, lo que permitiría medir la satisfacción de los individuos y la calidad en la prestación de los servicios.

3.3 MARCO CONTEXTUAL

Para analizar las actividades que tiene el Plan Nacional de Salud pública damos una mirada desde la perspectiva nacional en datos generados por la encuesta nacional de demografía y salud 2009 - 2010, estadísticas vitales nacionales,

departamentales y municipales, con el fin de recolectar, analizar y comparar los datos obtenidos, para evaluar el impacto de las actividades de salud pública y las estrategias desarrolladas en el municipio de Rionegro en el cumplimiento de los indicadores enfocados en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La salud pública en Colombia está enmarcada dentro de la legislación, se hablará específicamente de la ley 100 de 1993, el decreto 3039 de 2007 y la ley 1438 de 2011 que contiene las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud (4):

- La promoción de la salud y la calidad de vida
- La prevención de los riesgos
- La recuperación y superación de los daños en la salud
- La vigilancia en salud y gestión del conocimiento
- La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.
- Atención Primaria en Salud (APS)

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto que han tenido las actividades de Salud Pública realizadas en salud infantil y salud sexual y reproductiva en el Municipio de Rionegro durante el periodo 2008 . 2011, mediante el análisis de los registros de la Dirección Local de Salud, la ESE Hospital Gilberto Mejía Mejía (HGMM), y documentos a nivel nacional y departamental, con el fin de plantear estrategias para dar cumplimiento a la normatividad vigente y garantizar un impacto favorable en las condiciones de salud y bienestar de los habitantes.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar los registros existentes de las actividades de Salud Pública a nivel nacional, departamental y municipal.

Comparar los resultados obtenidos en los objetivos de Salud Infantil y Salud Sexual y reproductiva a nivel nacional, departamental y principalmente en el municipio de Rionegro.

Identificar las consecuencias que han tenido las actividades de salud pública en la población objeto de estudio, mujeres en edad fértil de 15 a 49 años y menores de 5 años de edad.

Proponer un plan de mejoramiento mediante estrategias de Atención Primaria en Salud que impacten en el desarrollo de las actividades de salud pública.

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación será direccionada hacia un estudio cuantitativo, pues el objetivo de éste es principalmente indagar y conocer las características en salud de un grupo de personas en las que se realizará el análisis mediante un análisis estadístico.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

La investigación será de tipo descriptivo-retrospectivo: será descriptivo debido a que se medirán las variables en estudio y será retrospectivo porque se trabajará con hechos sucedidos en la realidad. La investigación descriptiva tiene como objetivo lograr la precisión y caracterización del evento de estudio dentro de un contexto particular+(12).

5.3 POBLACIÓN

Habitantes del Municipio de Rionegro que hicieron parte de las actividades realizadas en salud pública dentro de los objetivos de salud infantil y salud sexual y reproductiva (menores de 5 años de edad y mujeres en edad fértil entre los 15 y 49 años de edad respectivamente).

5.4 DISEÑO MUESTRAL

Se tendrá en cuenta, por cifras estadísticas, la población menor de 5 años de edad y las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, datos recogidos por censos y registros existentes de la población objeto, además, se adoptan como base los criterios de inclusión.

5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Con el fin de realizar un adecuado análisis y discusión de los resultados se procede a incluir las siguientes variables, las cuales estarán enfocadas en la población objeto de estudio, menores de 5 años de edad y mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad.

Tabla 1. Variables

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	DIMENSION O UNIDAD DE MEDIDA	NIVEL DE MEDICION
Inicio De Relaciones Sexuales	Edad en la cual las mujeres inician su actividad sexual.	15 a 49 años	Edad promedio de la primera relación sexual	Razón
Planificación Familiar	Métodos de planificación familiar utilizados por las mujeres en edad fértil.	Inyección	Tipo de método utilizado por mujer en edad fértil.	Nominal
		AOC		
		Método de barrera		
		Quirúrgica definitiva		
		DIU (dispositivo intra-uterino)		
		Otros		
Mortalidad Perinatal	Muertes ocurridas entre la vigesimoctava semana de gestación y el séptimo día de nacimiento.	Muertes prenatal, intraparto y del neonato.	Número de muertes perinatales ocurridas por periodo evaluado.	Razón
Mortalidad materna	Muerte de mujeres durante el embarazo, parto o hasta 42 días después del parto.	Muertes durante embarazo, parto y hasta 42 días después del parto	Número de muertes maternas ocurridas por periodo evaluado	Razón
Atención del parto	Partos que son atendidos en un centro de salud o por profesionales del área de la salud.	Número de partos	Cantidad de partos Institucionales en un periodo evaluado.	Razón
Control prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.	Número de mujeres que realizaron controles prenatales.	Cantidad de mujeres que realizaron por lo menos un control prenatal durante su gestación.	Razón

Sífilis gestacional y congénita	Enfermedad infectocontagiosa de transmisión sexual que afecta la mujer y esta a su vez puede contagiar al producto de su gestación.	Casos detectados de sífilis gestacional y/o congénita.	Número de casos de sífilis gestacional y/o congénita reportados en un periodo evaluado.	Razón
Vacunación	Cobertura en vacunación en menores de 1 año de edad	Menores de 1 año de edad con esquemas > al 95%.	% de menores vacunados en un periodo evaluado.	Razón
Lactancia materna	Meses de duración de lactancia materna exclusiva.	Meses de lactancia materna exclusiva	Promedio de meses de alimentación con lactancia materna exclusiva en un periodo evaluado.	Razón
Detección de VIH	Casos diagnosticados de VIH en gestantes y menores de 2 años.	Casos diagnosticados de VIH	Numero de gestantes y menores de 2 años que fueron diagnosticados en un periodo evaluado.	Razón
La natalidad	Cuantificación de la fecundidad (nacimientos vivos)	Nacimientos vivos	Cantidad de nacimientos ocurridos en un periodo de tiempo.	Razón
IRA (infección respiratoria aguda) en menores de 5 años.	Mortalidad por infección respiratoria Aguda	Menores de 5 años fallecidos por IRA	Número de menores fallecidos en un periodo evaluado.	Razón
EDA (enfermedad diarreica aguda) en menores de 5 años.	Mortalidad por enfermedad diarreica aguda	Menores de 5 años fallecidos por EDA	Número de menores fallecidos por EDA en un periodo evaluado.	Razón
Desnutrición en menores de 5 años	Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	Menores de 5 años fallecidos por desnutrición.	Número de menores fallecidos por desnutrición en un periodo evaluado.	Razón

5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

5.6.1 Fuentes de información. Se revisarán las estadísticas concentradas en la Dirección Local de Salud de Rionegro, así mismo, se validarán los datos existentes con la ingeniera de sistemas de dicha entidad.

Se procederá a realizar la revisión bibliográfica para documentar los indicadores de materno infantil, salud sexual y reproductiva, adolescentes y jóvenes para comparar los datos y observar el impacto en Rionegro.

Se interpretarán los indicadores de los programas, materno infantil y de adolescentes realizando una comparación en el ámbito nacional, departamental y regional para el análisis del impacto que han tenido dichas actividades en el Municipio de Rionegro.

5.6.2 Instrumento de recolección de información. Se dará inicio con un estudio de las condiciones de salud de la población objeto teniendo en cuenta los datos obtenidos y los indicadores, con éstos se identificarán las áreas de atención que requieren mayor intervención.

5.6.3 Proceso de obtención de la información. Seré el responsable de realizar la búsqueda para obtener la información en los diferentes medios necesarios para tal fin; esto es: búsqueda de bases de datos, consulta y análisis de indicadores, asistencia a la Dirección Local de Salud del Municipio, entre otros. De este modo, se dejan al servicio de la investigación las herramientas necesarias para obtener resultados que ayuden a la generación de conocimiento.

5.7 CONTROL DE SESGOS Y ERRORES

Para el desarrollo de la investigación sólo se tendrá en cuenta la información recopilada durante el periodo en estudio (2008-2011), idealmente si ésta procede de informes de gestión y análisis ya realizados a nivel municipal y de la ESE Hospital Gilberto Mejía. Las demás fuentes que se deben evaluar son las generadas a nivel departamental y nacional, pues así se encaminaría el proceso de una manera coherente y se evitaría caer en el error de tener una apreciación propia de la situación de salud pública y el impacto generado en los objetivos propuestos para el desarrollo de la investigación.

5.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- Análisis descriptivo de la información: en este paso se procede a describir y sistematizar la información obtenida a través de los instrumentos de investigación.
- Análisis interpretativo de la información: el segundo aspecto en el análisis de la información consiste en organizar e interpretar los datos que se logran recoger de las bases de datos y archivos estadísticos en un tiempo determinado, con el fin de realizar una evaluación óptima y plantear las posibles recomendaciones. Para el estudio de las variables cuantitativas, se procederá a realizar tablas de las variables y hacer un paralelo comparativo en cada uno de los años evaluados 2008 a 2011, para ello las medidas serán descritas en %, números absolutos, promedios, tasas, entre otros. En las variables que no se pueda hacer dichas tablas, se realizara una descripción de esa situación particular para un mayor entendimiento, ya con esta información registrada y comparada quedaran los registros necesarios para realizar las conclusiones de la investigación.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la presente investigación se tendrán en cuenta los siguientes principios éticos (13):

Principio de respeto a la dignidad humana. Es aquel en el cual se incluye el derecho a la autodeterminación, donde los sujetos deciden el fin de su participación, rehusarse a dar información o solicitar aclaración sobre el propósito del estudio; y el derecho a la información completa en la cual la persona tiene derecho a tomar decisiones en forma voluntaria con información sobre su participación en el estudio.

Principio de beneficencia. Se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño) (13).

Principio de justicia. Se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación (13).

La investigación que se realizará según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 se considera una investigación con riesgo mínimo, puesto que, como se menciona en la presente ley, será un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en el que se empleará registro de datos a través de procedimientos comunes (14).

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se mencionan aspectos relacionados con el estado de salud y la situación social de los colombianos con respecto al ciclo del desarrollo humano.

7.1 INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Según la Encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDS) la edad media de la primera relación sexual entre las mujeres de 20 a 49 años de edad fue de 17.5 años en la zona rural, mientras que en la zona urbana fue de 18.1 años. La educación y el índice de riqueza también influyen en la mediana a la primera relación sexual (15).

En Antioquia un 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya han tenido relaciones sexuales y entre ellas el 13% antes de cumplir los 15 años.

En Rionegro la edad mediana de la primera relación está antes de cumplir los 15 años.

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente a embarazos no programados y abortos sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud.

El porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas en Colombia bajó de 20.5% en el 2005 a 19.5% en 2010. Por el contrario Antioquia sin Medellín subió de 22.9% en 2005 a 26.2% en el 2010, con un incremento del 3.3%. (15).

7.2 PLANIFICACION FAMILIAR

Con respecto a la anticoncepción está demostrado que existe una necesidad de la misma entre las adolescentes que corresponde al 20%. Esto demuestra la necesidad de más y mejores programas de educación tales como información y servicios para jóvenes o adolescentes.

Entre las adolescentes el método más utilizado es el condón con un 34%, seguido de los inyectables con un 24%. Entre todas las mujeres casadas o unidas los métodos más utilizados son el condón, la píldora y la esterilización femenina.

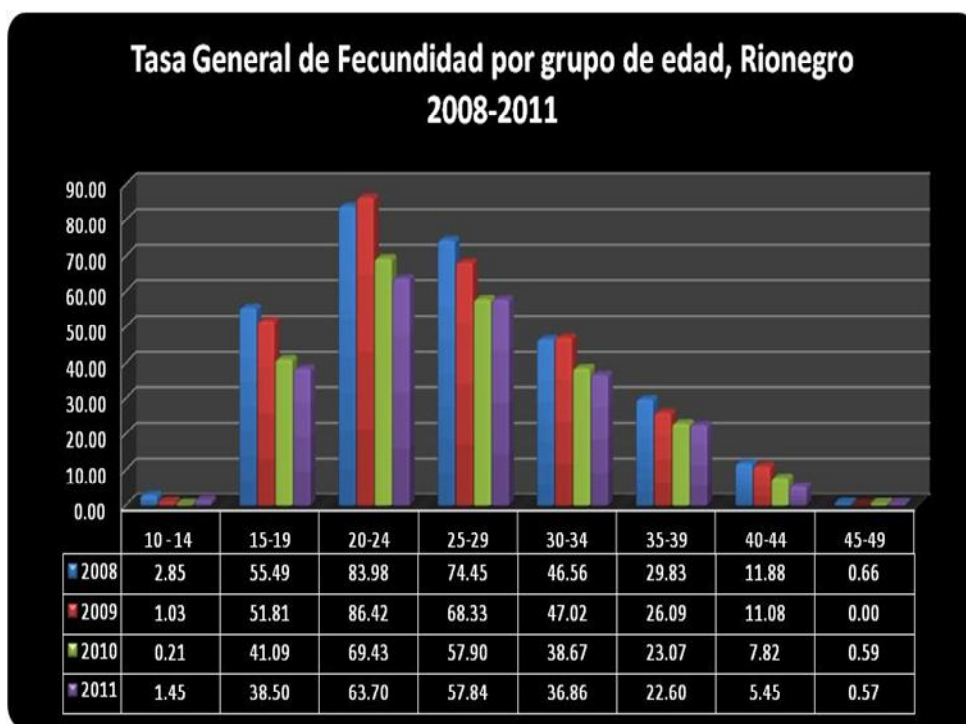
Con respecto al conocimiento de métodos el 99% manifiestan conocerlos.

La edad mediana de la esterilización quirúrgica en Colombia es de 29.4 años, una de cada 5 mujeres se ha operado antes de los 25 años de edad, un 79% antes de los 35 años y solamente el 5% cuando tenía cuarenta o más años de edad.

El 38% de las mujeres entre los 18 y 49 años se ha practicado la esterilización femenina.

En Rionegro en el hospital Gilberto Mejía Mejía se encuentran 865 mujeres en el programa de planificación familiar, entre las cuales los métodos más utilizados son el 50% inyectable mensual entre las adolescentes y menores de 35 años, las mayores de de 35 años buscan método definitivo o DIU.

Figura 1. Tasa general de fecundidad por grupo de edad, Rionegro 2008-2011



Fuente: Pamplona PE, Ricaurte CF, DANE. Indicadores básicos de salud Antioquia 2009- 2010.
Medellín: Editorial Imprenta Departamental de Antioquia; 2010. p. 1-71.

En Rionegro la fecundidad ha ido disminuyendo en todos los grupos de edad de 10 a 49 años, presentándose para el 2008 una tasa de fecundidad de 38.2 en total; en el 2009 fue de 36.8, en el 2010 fue de 29.8 y en el 2011 de 28.3 evidenciándose un descenso predominante en las edades entre 20 y 24 años.

La tasa total de fecundidad en Colombia según la ENDS 2010 paso de 2.4% hijos en el 2005 a 2.1% en el 2010, es de destacar el descenso de la fecundidad en la zona rural, en el mismo período de tiempo paso de 3.4 hijos por mujer a 2.8.

El intervalo de los nacimientos ha venido aumentando en Colombia en los últimos años en el 2005 era de 42 meses y en el 2010 de 48 meses.

La edad al primer nacimiento disminuyo muy poco entre el 2005 y 2010: la mediana de la edad al primer nacimiento es de 21.6 años para las mujeres de 25 a 49 años de edad.

En Antioquia la tasa global de fecundidad es de 1.8 en el 2010 según ENDS.

7.3 MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad perinatal es un indicador sensible del bienestar de una población, de las condiciones de salud materna, del entorno en que vive la madre y de la calidad de la atención preconcepcional, prenatal, intraparto y del neonato. Estas muertes reflejan el grado de desarrollo de un país, muestra las condiciones de inequidad social y constituyen un problema básico de salud por su elevada frecuencia.

Tabla 2. Mortalidad perinatal en Colombia y Antioquia

AÑO	COLOMBIA	ANTIOQUIA
2005	6.784 x 100.000NV	2.465 x 100.000NV
2006	6.448 x 100.000NV	2.968 x 100.000NV
2007	6.429 x 100.000NV	2.909 x 100.000NV
2008	7.663 x 100.000NV	1.801 x 100.000NV
2009	7.970 x 100.000NV	1.313 x 100.000NV

En Rionegro en el 2010 según indicadores básicos de salud se presentaron 12.6 muertes perinatales x 1000NV (16)

Tabla 3. Mortalidad perinatal en Rionegro

AÑO	NUMERO DE CASOS
2007	31 X 1000NV
2008	23 X 1000NV
2009	19 X 1000NV
2010	18 X 1000NV

Tabla 4. Mortalidad materna en Antioquia

AÑO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
NUMERO DE CASOS	64	60	43	39	36	34

Mortalidad materna en Rionegro. En el periodo evaluado no hay muertes maternas en el Municipio de Rionegro.

7.4 ATENCIÓN DEL PARTO

El ítem anterior está relacionado directamente con la atención prenatal, en Colombia cada vez son más las mujeres que reciben la atención de un profesional de la salud durante el embarazo, parto y postparto, y la atención institucional, lo que habla de la cobertura y la calidad de la atención que reciben las mujeres en estas etapas y que claramente están relacionadas con la mortalidad materna y la mortalidad infantil.

En 1990 un 76% de los partos ocurrían en instituciones de salud, mientras un 22% en el hogar, para la ENDS 2010 el 95% de los nacimientos tuvieron lugar en una institución de salud y 4 % en la casa.

Por consiguiente debe resaltarse el parto como punto clave para evitar complicaciones y según estudios cada vez son más los nacimientos que tiene lugar en instituciones de salud y por lo tanto menos los que ocurren en los hogares, mostrando así mejores condiciones de atención para la mujer y para el hijo que contribuye a la disminución de las complicaciones.

Según la ENDS de 2010 en Antioquia sin Medellín se presentaron 797 nacimientos de los cuales 93.9 x 100.000NV fueron atendidos en instituciones de salud y solo el 5.4 x 100.000NV se atendieron en los hogares.

En Rionegro en el periodo comprendido entre el 2008 y 2011 el 100% de los partos fueron atendidos intrahospitalariamente lo que permite evidenciar que en la actualidad no hay parteras que ejerzan su labor en este Municipio.

7.5 CONTROL PRENATAL

En Colombia según la ENDS de 2010 el número de mujeres que realizaron su control prenatal con un médico pasó de 87% a 92% entre 2005 y 2010, y el 5% de las embarazadas recibió atención por parte de una enfermera y un 3% no recibió atención prenatal; Las mujeres colombianas asisten en promedio a cuatro citas de control durante el embarazo.

En Antioquia según la ENDS del 2010 de un total de 771 casos de mujeres gestantes entrevistadas el 90.5% recibió atención por médico en control prenatal, el 7.0% lo recibió por enfermera y el 2.5% no recibió atención, esto nos muestra que el 97.5% recibieron atención de un profesional.

En Rionegro en la ESE Hospital Gilberto Mejía durante el periodo 2008-2011, el 98% de los partos atendidos realizaron control prenatal, a pesar de que la población de la ESE es del régimen subsidiado y vinculado del Municipio, con una cobertura de las veredas más alejadas, en la institución se realiza diferentes actividades con el fin de captar oportunamente las gestantes mediante las auxiliares de salud pública y agentes comunitarios de salud.

Tabla 5. Meses de embarazo a la primera visita de control prenatal en Colombia

MESES DE EMBARAZO	TOTAL CASOS
No atención prenatal	3.0%
Menor de 4 meses	77.0%
De 4 a 5 meses	15.0%
De 6 a 7 meses	4.1%
8 o más meses	0.7%
No sabe/ sin información	0.2%

En el Hospital Gilberto Mejía Mejía de Rionegro el inicio del control prenatal esta entre 15 y 20 semanas de embarazo para un promedio de 15 semanas. El 46% ingresan en el 1er trimestre. El estándar deseado es que el 100% de las usuarias ingresen en el 1er trimestre.

7.6 SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA

Cuando se presenta la sífilis congénita muestra un fracaso de los programas de control de la enfermedad y control prenatal, porque con una tecnología básica propia del sector salud puede ser evitable. El tratamiento incompleto o inadecuado de la sífilis en las mujeres es un factor importante de la infección en el recién nacido, ya que la transmisión al feto puede ocurrir independiente del estadio de la enfermedad.

En 1996 la OPS se plantea la meta de reducir la prevalencia de sífilis congénita y lograr su eliminación para el año 2000 en las Américas. La eliminación será evaluada mediante el monitoreo de la tasas de incidencia de sífilis congénita que se espera obtenga cifras iguales o inferiores a 0.5 casos por 1000 nacidos vivos.

La sífilis gestacional en Colombia entre los años 2003 y 2010 fue de 23.370 casos de gestantes, y 16.602 casos de sífilis congénita. En el 2009 se presentaron 4.03 casos x 1000 NV y en el 2010 4.4 x 1000 NV de sífilis gestacional, la incidencia de sífilis congénita en el país ha ido en aumento pasando de 0.42x 1000NV en el año 90 a 3.0 x 1000NV en el 2010

En Antioquia en el 2008 se presentaron 3.67 casos x 1000 NV de sífilis gestacional y la sífilis congénita continua teniendo una incidencia alta en el Departamento de Antioquia para el 2010, la cifra actual de 3.6 x 1000NV, está lejos de la meta del plan de eliminación de la sífilis congénita que busca una tasa menor de 0,5 por 1000 nacidos vivos.

Tabla 6. Casos de sífilis gestacional y congénita presentados en Rionegro

AÑOS	Sífilis gestacional	Sífilis congénita
	Número de casos	Número de casos
2008	8	5
2009	2	1
2010	4	4
2011	4	1

Se observa un gran impacto en la disminución de la sífilis congénita.

7.7 VACUNACIÓN

Mencionada la salud materna, es necesario incluir la segunda parte del binomio que corresponde a la salud infantil, ya que en Colombia pese a las diferentes campañas que se realizan cada año y que son suministradas de manera gratuita, las coberturas de los niños con todo el esquema de vacunación en los primeros 12 meses de edad son el 76%, según la ENDS 2010.

En Antioquia el total de la cobertura de vacunación en menores de 1 año durante el 2009 fue de 85% y en el 2010 es de 83%.

Tabla 7. Coberturas de vacunación en menores de un año en Rionegro

Meta	Indicador	Unidad de medida	Línea meta	2008	2009	2010	2011
98%	Cobertura de vacunación de todos los biológicos en menores de 1 año	% Programa PAI	96.03%	85%	96%	95%	96.5%

7.8 LACTANCIA MATERNA

Los infantes deben recibir la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses por su composición nutricional que contiene factores inmunológicos y fomenta el desarrollo psicoafectivo; según la ENDS de 2011 la lactancia exclusiva hasta los seis meses en Colombia, el promedio de 2.2 meses.

Tabla 8. Índices de lactancia materna en Rionegro

Meta	Indicador	Unidad de medida	Línea meta	2008	2009	2010	2011
6 meses	Meses de duración de la lactancia materna	Mediana de meses	Sin dato	2.5	2.5	4.6	4.6

7.9 DETECCIÓN DE VIH

En el periodo 2003-2010 se han diagnosticado en Colombia 2.761 gestantes con infección por VIH, 235 niños (8.5%) infectados por el VIH de los cuales 121 son menores de 2 años (17). Con las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el país se obliga, para el 2015, a disminuir el número de casos de transmisión materno infantil de VIH a 2% o menos y la reducción de sífilis congénita a 0.5 casos o menos incluidos los mortinatos por cada 1.000 nacidos vivos.

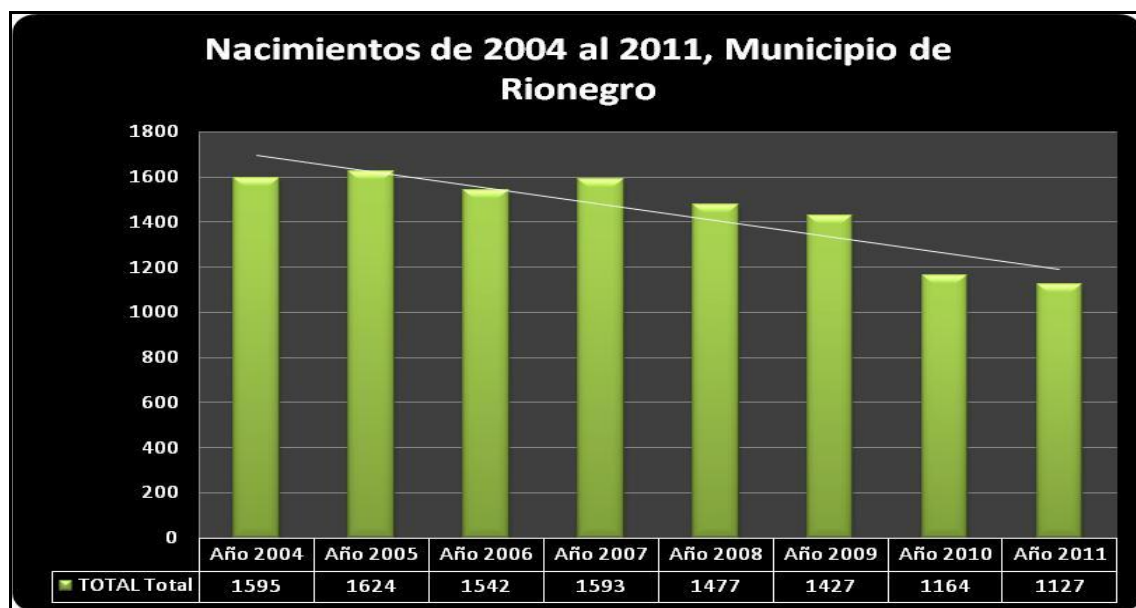
En Antioquia entre 2008 y 2010 se diagnosticaron 161 casos de gestantes con VIH y en Rionegro se presentaron 2 casos; el primero en 2010 y el segundo en 2011, en pacientes procedentes de otros departamentos que en el momento residían en el municipio de Rionegro.

No se han presentado casos de VIH perinatal.

7.10. LA NATALIDAD

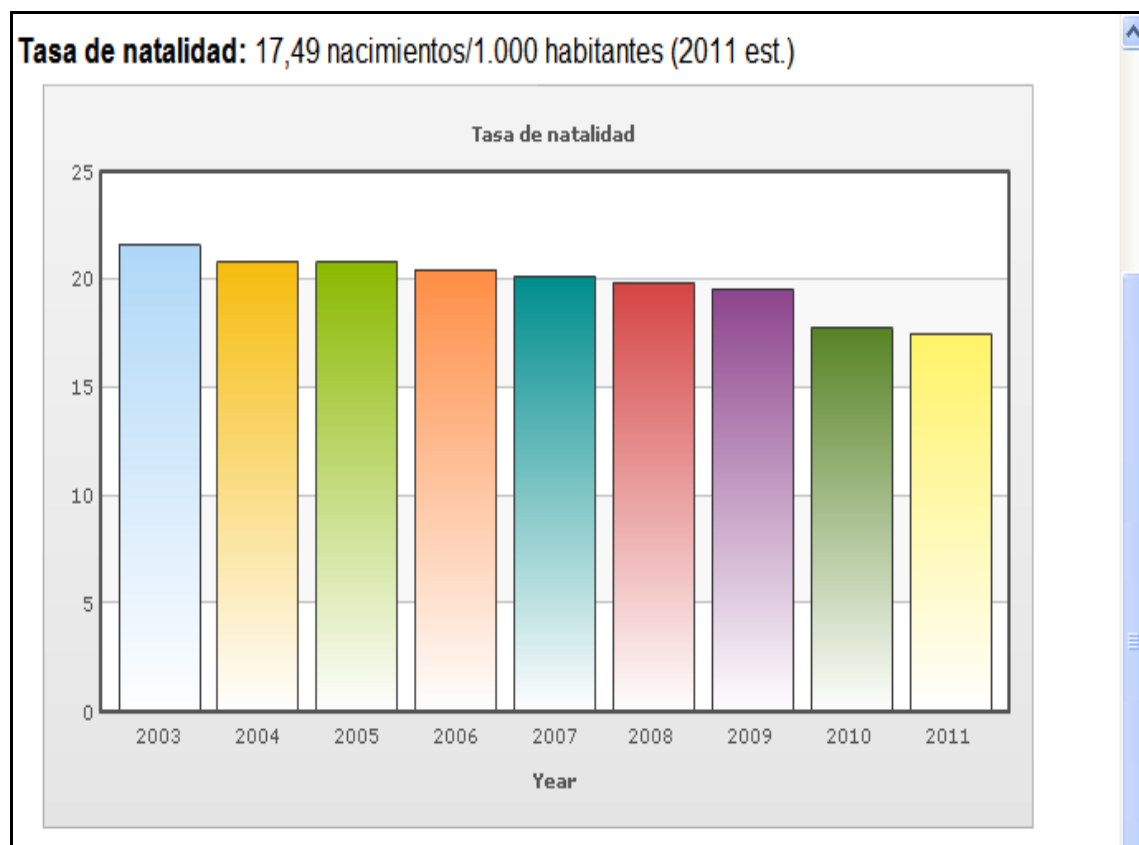
La natalidad según grupo de edad, tasa bruta de natalidad total en Antioquia: 14.16 por 100000 habitantes en el 2009 y en Rionegro 13.2 por 100000 habitantes en el mismo año.

Figura 2. Natalidad en Rionegro



Fuente: Pamplona PE, Ricaurte CF, DANE. Indicadores básicos de salud Antioquia 2009-2010. Medellín: Editorial Imprenta Departamental de Antioquia; 2010. p. 1-71.

Figura 3. Tasa de natalidad en Colombia (17.46 de cada 1000 habitantes, 2011). (18)



Fuente: DANE. Tasa de natalidad en Colombia [Internet]. [Consultado 2012 May 25]
Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf>.

Tanto en Antioquia como en Rionegro se observa un descenso en la tasa bruta de natalidad

7.11 SALUD INTEGRAL PARA LA INFANCIA (SIPI)

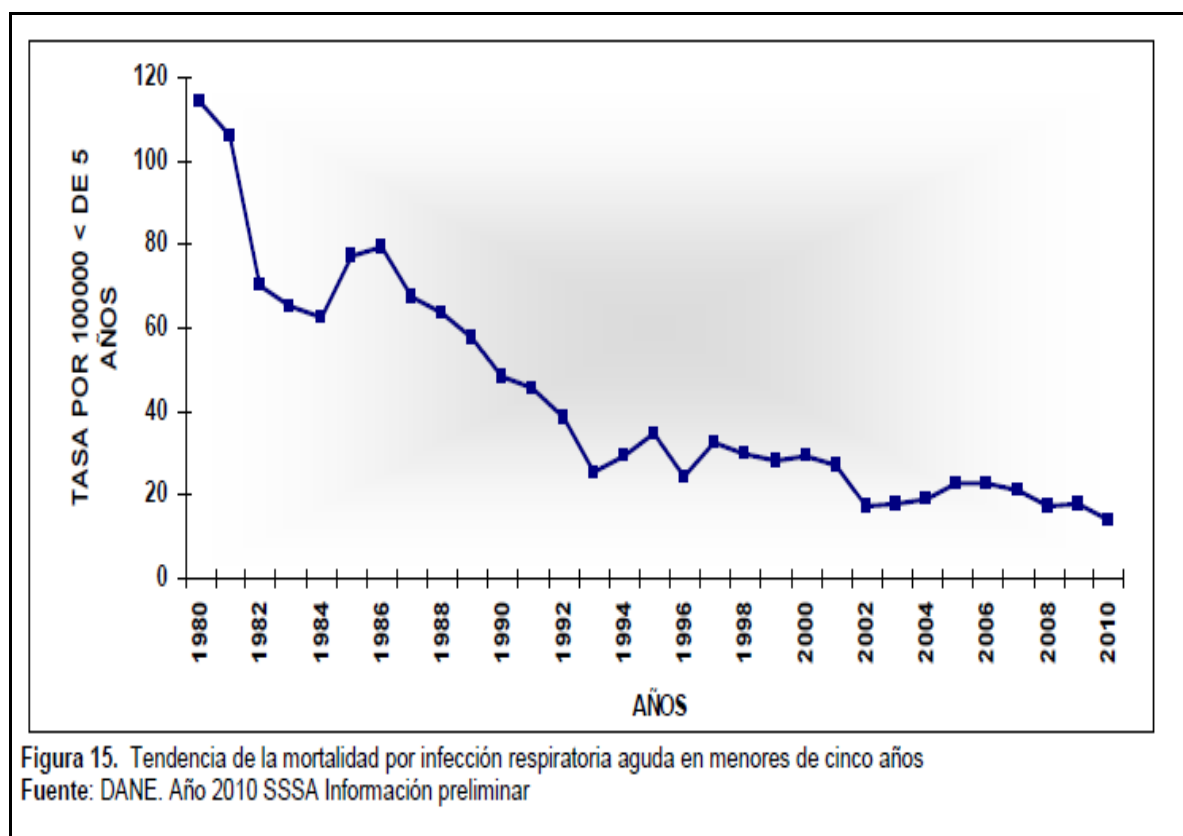
Durante el año 2010 los ingresos a control de crecimiento y desarrollo en Antioquia fue un total de 158.268, consultas de seguimiento 586.835, en Rionegro 15.138 ingresos y seguimiento 16.043.

En la ESE HGMM de 2.235 niños de la base de datos del régimen subsidiado y vinculado, a diciembre de 2011 se obtuvo una cobertura del 97%(2179 activos en el programa SIPI).

La infección respiratoria aguda (IRA) especialmente la neumonía, junto con la diarrea y la desnutrición, constituyen una de las primeras causas de mortalidad en la infancia y en la niñez en los países de latino América

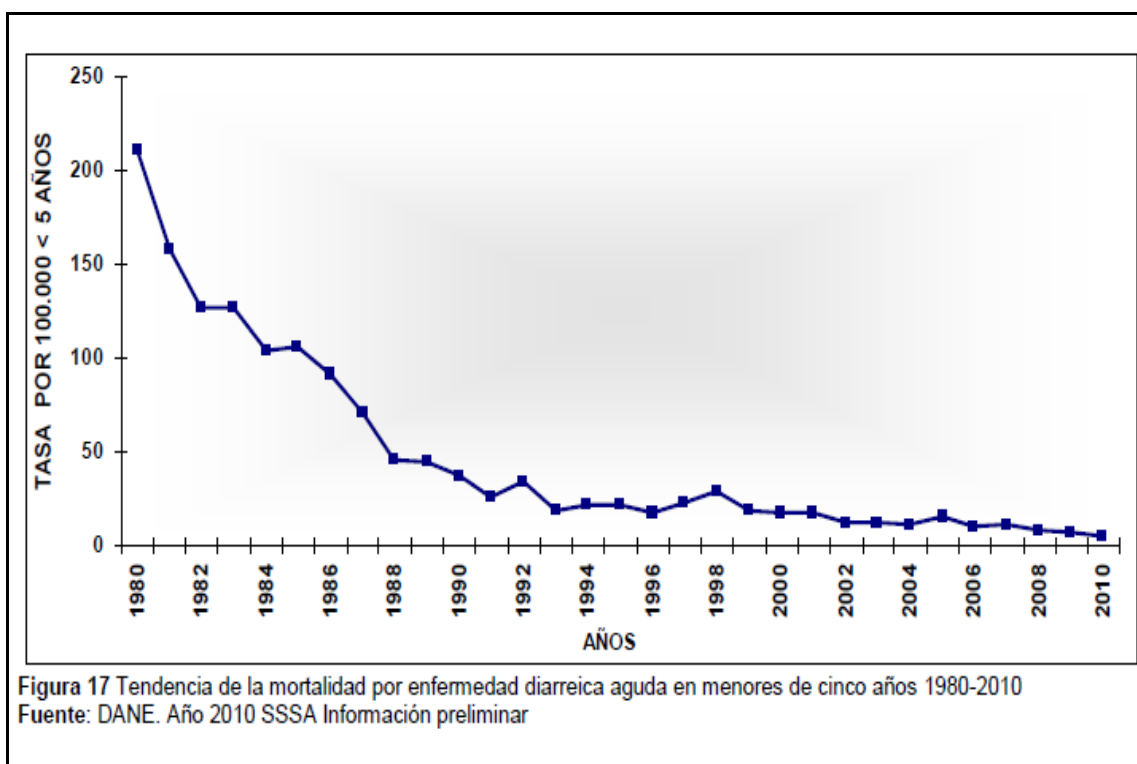
En Colombia hay una marcada tendencia al descenso de la mortalidad.

Figura 4. IRA en Antioquia en menores de cinco años



En el período de 2006 al 2010, la mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años demostró una disminución del 40,17% cambiando de 22,6 a 13,5 muertes por cien mil menores de cinco años. Comparando este último dato con la meta de resultado del cuatrienio de disminuir la tasa de mortalidad por IRA a 13,46 muertes por 100.000 < 5 años, es evidente que al 2010 se logró.

Figura 5. EDA en Antioquia en menores de cinco años



El comportamiento del evento en los últimos cinco años ha sido estable con tendencia a cero; pasando de 9,6 muertes por cada cien mil menores de cinco años en el 2006 a 4,3 en el año 2010.

Tabla 9. IRA y EDA en Rionegro

Meta	Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	2008	2009	2010	2011
0	Tasa de mortalidad en IRA en < 5 años	Por mil < 5 años DANE 2011	0.1	0	0	0.1	0
0	Tasa de mortalidad EDA < 5 años	Por mil < 5 años DANE 2011	0.1	0	0	0	0

7.11.1 Desnutrición en menores de 5 años. Analizando la mortalidad en menores de cinco años por desnutrición en Antioquia, según el DANE 2010, se observa que la tasa presenta un comportamiento variable tendiente a la reducción. En 1980 la tasa de mortalidad por 100. 000 nacidos vivos era de 63; para 1990 de 12,4 y para el 2000 de 22,7. En el año 2010 y 2011 no se reportaron muertes en niños menores de cinco años atribuibles a desnutrición en el departamento.

Figura 6. Desnutrición en Antioquia en menores de 5 años

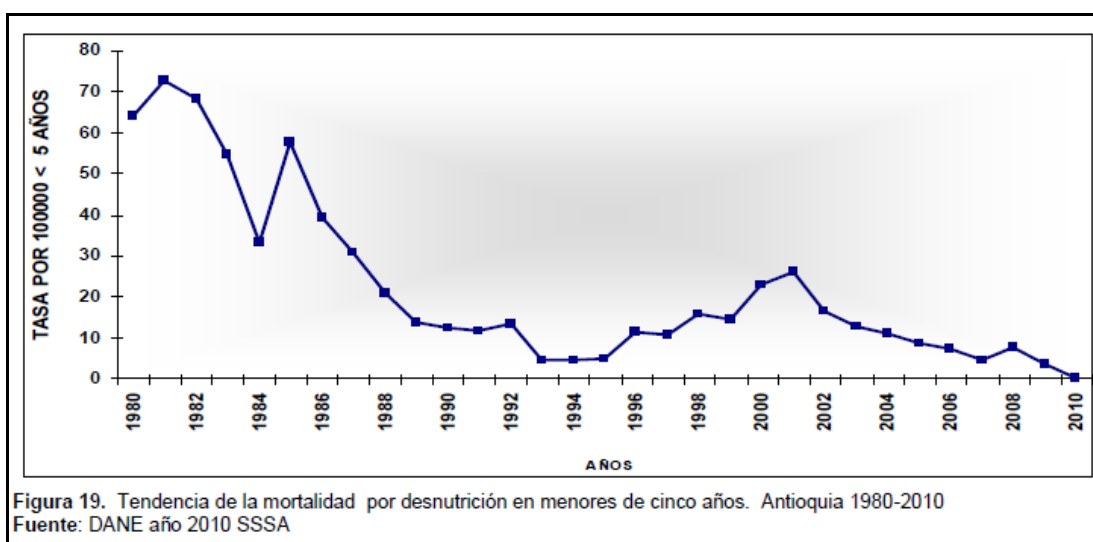


Figura 7. Desnutrición en Rionegro en menores de 5 años

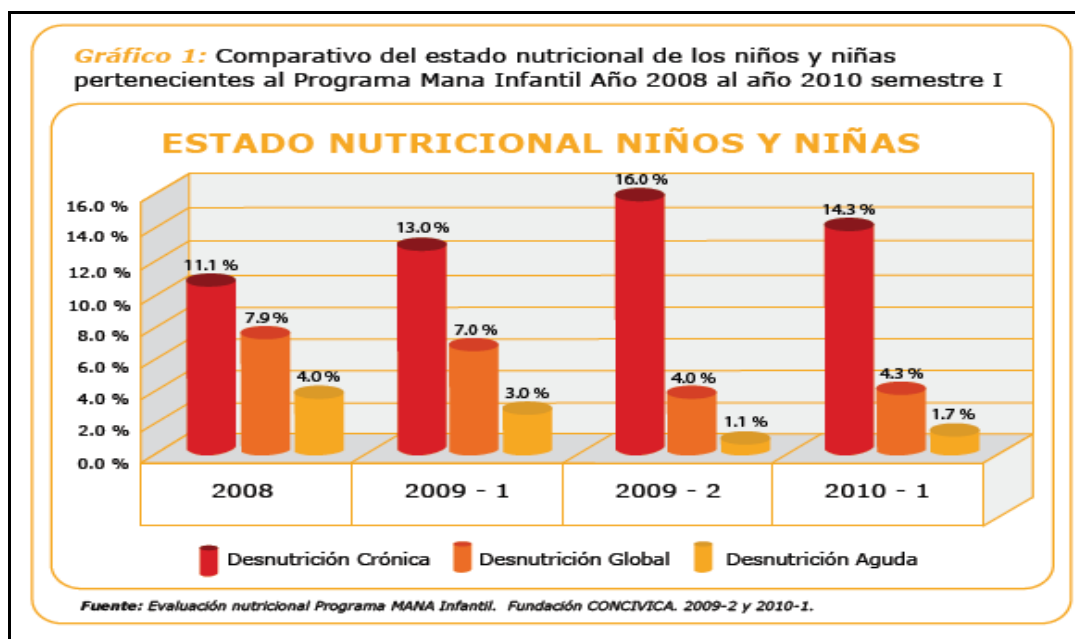


Tabla 10. Tasa de mortalidad y desnutrición global en Rionegro

Meta	Descripción del indicador	Unidad de medida	Línea Base	Logro			
				2008	2009	2010	2011
20	Porcentaje desnutrición global en niños menores de 5 años	%	23,66	7.9	5.5	4.3	4.3
0	Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años	Por cien mil < 5 años	0	0	0	0	0

7.12 ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA 2008-2011 EN RIONEGRO

Como estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva en la línea de política número 1. que alude a la Promoción de la salud y la calidad de vida, se han desarrollado diferentes estrategias.

7.12.1 Estrategias en Salud Sexual y Reproductiva.

- Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud sexual y reproductiva y control social de la política nacional de salud sexual y reproductiva.
- Conformación de la mesa de salud sexual y reproductiva intersectorial, 2008.
- Conformación de la RED FLORES de adolescentes de Rionegro 2009.
- Capacitación del equipo de promoción y prevención de la ESE HGMM en **%DESARROLLO HUMANO Y HABILIDADES PARA LA VIDA+2010.**
- Fortalecimiento del programa salud del escolar en el componente de desarrollo humano y habilidades para la vida a través de los talleres, donde se han trabajado los siguientes temas: la familia y su contexto, autocuidado, autoestima, manejo de emociones, pensamiento crítico, resolución de conflictos, toma de decisiones, autonomía, proyecto de vida.

- Implementación de modelo de atención de servicios amigables para adolescentes y jóvenes SPAJ (solo para adolescentes y jóvenes) en el ámbito extramural en las instituciones educativas, 2010.
- Fortalecimiento del convenio docencia servicio con las instituciones formadoras del recurso humano en salud (U de A, UPB, San Martín, Cedes, UCO) para el desarrollo de los talleres de salud sexual y reproductiva.

Desarrollar y evaluar estrategias de información, educación y comunicación (IEC) y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover el ejercicio responsable de la sexualidad, los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva:

- Elaboración de ayudas educativas (plegables, modelo de talleres para el desarrollo de las diferentes actividades con la metodología IEC).
- Programa radial en la emisora comunitaria los martes donde se tratan diferentes temas relacionados con la salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos entre otros temas.

Fomentar la construcción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud sexual y salud reproductiva.

- A través de los talleres de salud sexual y reproductiva SPAJ, curso psicoprofiláctico de la pareja gestante, se han difundido los derechos sexuales y reproductivos.

- Elaboración de plegables sobre promoción de derechos (derechos del niño, humanos, adolescentes, de las mujeres, gestantes, VIH) difusión de los mismos a través de stand, carteleras y programa radial
- Promoción de derechos y redes constructoras de paz y entrega de información sobre el tema.

Atención a la gestante

- Búsqueda activa de gestantes para captación en el primer trimestre del embarazo (auxiliares de salud pública).
- Demanda inducida al control prenatal desde los diferentes servicios.
- Priorización de la citas para los ingresos.
- Atención del control prenatal por medico general en el primer nivel con clasificación del riesgo obstétrico y atención en el segundo nivel por obstetra.
- Atención del parto institucional en el 100% de los casos según el nivel de complejidad.
- Curso psicoprofiláctico para la pareja gestante en el primer nivel.
- La ESE HGMM es una institución certificada como IAMI (Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia) desde el 30 de mayo 2007.

- El municipio cuenta con red de apoyo a la lactancia materna desde el 7 de mayo de 2009 donde hacen parte la mayoría de las EPS y la DLS quien la lidera.
- Adherencia a las guías y protocolos de la norma 412 referente a control prenatal, eliminación de la transmisión materna infantil del VIH, de la sífilis congénita y hepatitis B.
- Análisis en los COVE (comité de vigilancia epidemiológica institucional) de los indicadores de maternidad segura: mortalidad materna y perinatal, proporción de mujeres que tuvieron parto e hicieron control prenatal, proporción de sífilis congénita, proporción de embarazadas con asesoría en VIH, proporción de mujeres con evaluación de satisfacción, proporción de partos vigilados con partograma, vigilancia de bajo peso al nacer y gestantes adolescentes. Estos indicadores centinela son vigilados por la DLS y analizados en el COVE municipal con retroalimentación.
- A través del control prenatal y manejo interdisciplinario se ha logrado disminuir la sífilis congénita de cinco casos en el 2008 a uno en el 2011. A la fecha no se han reportado casos de VIH congénita ni Hepatitis B.
- Celebración de la semana mundial de la lactancia materna del 1 al 7 de Agosto con diferentes actividades lúdicas /educativas en las instituciones de salud.
- Celebración del día del niño por nacer en el mes de Abril con enfoque de derechos.

Atención del recién nacido

- Tamizaje de TSH al 100%
- Inicio de esquema de vacunación institucional al 100%.
- En el primer nivel estimulación de la lactancia materna desde sala de parto, y en los segundos niveles se han sensibilizado frente a la lactancia materna exclusiva y el uso de sucedáneos de la leche materna. La ESE Hospital Gilberto Mejía se encuentra certificado en IAMI mientras las demás instituciones actualmente se encuentra trabajando en la certificación.
- Se gestiona el registro civil del recién nacido en cada institución: segundo nivel se realiza el registro antes del alta, en el primer nivel se sensibiliza frente a la importancia del documento de identidad como un derecho del niño.
- En los años 2010 - 2011 las promotoras de salud realizaron visita domiciliaria al 100% de los postpartos del municipio con el fin de apoyar la lactancia materna, verificar la salud del binomio madre e hijo, inicio de esquema de vacunación, proceso del registro civil, demanda inducida a los programas de planificación familiar, SIPI y educación en AIEPI.

Atención del menor de 5 años

- Ingreso al control de crecimiento y desarrollo desde el primer mes de vida. En el primer nivel la cobertura de los menores de 5 años inscritos en el programa es de 97%.

- Capacitación en AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) clínico presencial y virtual en el primer nivel en el 98% de los médicos, el 100% de los enfermeros y retroalimentación al 100% de las auxiliares de enfermería, vacunador, laboratorio y odontología.
- Política de seguridad alimentaria y nutricional para el municipio de Rionegro como estrategia de generación de la política mencionada, se crea la Mesa de Seguridad Alimentaria Y Nutricional (SAN) 2010 siendo alcalde el Dr. Alcides Echeverri con el propósito de emprender acciones articuladas entre las instituciones y los diferentes sectores del desarrollo para el mejoramiento de la situación nutricional.
- Se fortalecieron los restaurantes escolares con el programa EMANUEL y MANA.
- Coberturas de vacunación del 100% en el menor de un año, con diferentes estrategias como: vacunación sin barreras, censo de canalización y vacunación extramural, vacunación institucional, demanda inducida desde los diferentes servicios, implementación de la estrategia AIEPI en el primer nivel, jornadas de vacunación, búsqueda activa de inasistentes, implementación del PAISOFT en la mayoría de las EPS lo que permite tener información en red.
- A través de los programas de promoción y prevención se ha logrado desde el 2008-2011 mantener en cero la mortalidad por IRA, EDA y DESNUTRICION.
- Programa MANA infantil para mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población más vulnerable a través la proporción de completo nutricional que aporta vitaminas y minerales.

- Desparasitación y suplementación de micronutrientes a grupos de niños con alto grado de vulnerabilidad.
- Fortalecimiento del programa de la presidencia de la República FAMILIAS EN ACCION , el cual mereció reconocimiento a nivel nacional por ser uno de los mejor estructurado y mejores logros en mejoramiento de la calidad de vida, subsidios entregados y conformación de líderes comunitarios que se empoderan y dan continuidad al programa.

Atención del adolescente y el joven

- Implementación del modelo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes SPAJ.
- Salud del escolar donde se realiza atención integral de las niñas, niños y adolescentes ejecutada por grupo interdisciplinario.
- Promoción de redes sociales de apoyo a la protección de la salud infantil, salud sexual y reproductiva: RED FLORES con su lema ~~%~~comuniquémonos afectivamente en familia, para formar una comunidad en cultura de derechos sexuales y reproductivos+.
- Desarrollo de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida con el fin de disminuir el embarazo en adolescentes.
- Promoción de campañas de asesoría y prueba voluntaria para VHI en población gestante, adolescente y vulnerable (celebración semana mundial de la prevención del VHI/SIDA 1 de Diciembre).

- Incrementar el uso correcto de anticonceptivos en la población en edad fértil con especial énfasis en la población masculina (vasectomías).
- Tamizaje de HB y HTO a mujeres en edades entre 10 y 13 años, con tratamiento.
- Tamizaje de mama y testículo.

8. CONCLUSIONES

El municipio de Rionegro ha logrado en el período de 2008-2011 el cumplimiento de algunas metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio como son: la reducción de la mortalidad materna y en el menor de 5 años por IRA y EDA; de otro lado, el nivel de desnutrición se disminuyó a cero casos en el periodo evaluado.

Con relación a los indicadores de maternidad segura, se observa una disminución en los casos de sífilis gestacional y congénita, no presencia de casos de VIH y hepatitis B congénita.

En la atención del parto institucional al 100% no se ha logrado el ingreso al control prenatal en el primer trimestre del embarazo, actualmente está en un 46%. Se realiza la clasificación del riesgo obstétrico según el nivel de complejidad.

La ESE Hospital Gilberto Mejía Mejía recibió la certificación IAMI en el año 2007, existe una conformación de la red municipal de apoyo a la lactancia materna con participación de las demás IPS y la Dirección Local de Salud, situación que fortalece un aumento de los meses de lactancia materna exclusiva, disminución de la morbimortalidad por enfermedades como IRA y EDA las cuales mejoran con la lactancia materna y mejoramiento de la salud y su entorno a los recién nacidos.

En la atención del menor de 5 años se ha logrado el inicio del esquema de vacunación institucional en el 100% de los casos, cobertura del 100% en el esquema de vacunación en el menor de un año, cobertura del 97% en el control de crecimiento y desarrollo en el primer nivel de atención con los usuarios del régimen subsidiado y vinculado.

Es de resaltar el compromiso del municipio de Rionegro con el componente nutricional que ha desarrollado a través de las estrategias de seguridad alimentaria con la mesa de seguridad alimentaria y nutricional (SAN)+, programa MANA, Emmanuel y familias en acción con el subsidio nutricional

La implementación del SPAJ (servicios amigables para jóvenes y adolescentes) como estrategia para la atención de los adolescentes y jóvenes en los servicios amigables en el primer nivel de atención, ha logrado la disminución de los embarazos en adolescentes, conocimiento de los métodos de planificación familiar y desarrollo de talleres de habilidades para la vida que permite el fortalecimiento de valores y la toma de decisiones.

Las estrategias en salud pública del Municipio se vienen realizando conforme al POA (plan operativo anual) situación que permite evaluar número de actividades, mas no el impacto que han tenido estas en la población, es por ello que se propone re direccionar todas estas actividades con el fin de tener una línea base para evaluar la situación de salud de la población y hacer las correcciones y respectivas mejoras a corto plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. [Internet]. [Consultado 2012 May 18] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludP%C3%BAblica.aspx>
2. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. [Consultado 2012 Mar 13] Disponible en: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
3. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto número 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 [Internet]. [Consultado 2012 Mar 13] Disponible en: <http://www.pasto.gov.co/phocadownload/Genero/Decreto%203039%20de%202007.pdf>
4. Colombia. Ministerio de la Salud y Protección Social. Ley 1438 2011 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. [Consultado 2012 May 21] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>
5. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública [Internet]. [Consultado 2012 May 21] Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%200412%20DE%202000.pdf>

6. Colombia. Congreso de la republica. Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. [Internet]. [Consultado 2012 May 21] Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200715%20DE%202001.pdf>

7. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación, Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 91 Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2005

8. Colombia. Ministerio de la Protección Social. La resolución 001446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. [Consultado 2012 May 21] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>

9. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1122 de 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. [Consultado 2012 May 21] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf>

10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cómo define la OMS la salud. [Internet]. [Consultado 2012 May 21] Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>
11. Cardona Osorio J. La salud pública en período de crisis. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1998; 14(3):286-294. [Consultado 2012 May 28] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_3_98/mgi15398.htm
12. Hernández Sampieri CR, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana; 1991.
13. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [Internet]. Ginebra: Organizations of Medical Sciences (CIOMS); 2002 [Consultado 2012 May 18] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/BIO/CIOMS.pdf>
14. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N. 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. [Consultado 2012 Nov 10] Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf
15. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS, 2010. [Internet]. Bogotá: Profamilia; 2010. p.1-81. [Consultado 2012 Nov 10] Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9
16. Pamplona PE, Ricaurte CF, DANE. Indicadores básicos de salud Antioquia 2009- 2010. Medellín: Editorial Imprenta Departamental de Antioquia; 2010. p. 1-71.

17. Idárraga Vásquez I, Caicedo Traslaviña S. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de sífilis congénita, Bogotá: legis S.A; 2010. p. 17, 56.

18. DANE. Tasa de natalidad en Colombia [Internet]. [Consultado 2012 May 25] Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=786&Itemid=119