

4. PROGRAMAS DE SALUD DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS.

4.1. PROGRAMAS CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Melba Franky De Borrero, Luz Marina Melo Calero, Nancy Landazábal García, Jorge A. Holguín Ruiz, Marta Cecilia Jaramillo Mejía, Rocio Vera Llanos, Liliana Alarcón Luna, Yalila Yoda Céspedes, Elsa Patricia Muñoz, Mauricio Astudillo Rodas, Lina María Trejos Trejos.

4.1.1. Antecedentes.

El Control de las Enfermedades Diarreicas (CED) en Colombia, ha sido uno de los programas prioritarios para el Ministerio de Salud, dado que en los niños y niñas menores de cinco años constituía la primera causa de morbilidad y mortalidad (1981) y cuando se asociaba a desnutrición, su control era mucho más complejo, por cuanto se relacionaba a deficiente higiene personal y saneamiento, baja educación y precarias condiciones socio-económicas.

4.1.2. A nivel internacional.

El Control de las Enfermedades Diarreicas, se inició en 1978, como respuesta al llamado de los Estados Miembros de la OPS, para concertar acciones en torno a uno de los mayores problemas de salud pública que ocasionaba una alta morbilidad y mortalidad en los niños menores de cinco años y era uno de los factores críticos que contribuían a la desnutrición en los países en desarrollo, generando un alto costo a nivel de los servicios de salud. Es así como se plantearon, desde el ámbito internacional, cuatro (4) estrategias para contrarrestar los efectos de dicha enfermedad: Terapia de Rehidratación Oral (TRO), mediante la utilización de las Sales de Rehidratación Oral (SRO); la promoción de lactancia materna y alimentación complementaria adecuada, incentivando un destete más tardío; la mejora de las condiciones, tanto de higiene personal como de saneamiento ambiental y la mejora de los sistemas de recolección de información, para tener un control más eficaz de las epidemias.[69]

Desde la reaparición del cólera en 1991, en la Región de las Américas (después de casi 90 años), la OPS/OMS promovió el desarrollo de planes nacionales orientados a reducir la mortalidad por enfermedad diarreica, incluyendo cólera, y a contribuir a reducir la morbilidad y la desnutrición, en los menores de cinco años.

En el decenio de los 90, la OPS/OMS estimó que ocurrieron aproximadamente, 52,623 muertes de niños menores de cinco años por causas atribuibles a la diarrea en 26 países de la Región de las Américas. No obstante el subregistro y lo alarmante de las cifras, se concluyó que las tendencias, mostraron un descenso en la mortalidad por esta causa en casi todos los países, lo que ha contribuido sustancialmente a la disminución en la mortalidad infantil y en consecuencia al aumento en la expectativa de vida al nacer.

A pesar que las estadísticas relativas a la mortalidad por EDA fueron bastante alentadoras en este periodo, la OPS destacó que las tasas de morbilidad no mostraron el mismo comportamiento. Fue evidente, que la estrategia TRO, sólo se concentró en el tratamiento de los casos de EDA, más no fue eficiente a la hora de prevenirla.

Por tal razón, se estructuró un cambio de enfoque, que encausaría los esfuerzos de los organismos de salud, a priorizar el mejoramiento en los procesos de saneamiento y prevención de la EDA. Es así como se estructuraron los principales objetivos para la década del 90, para alcanzarlos la OPS propuso una serie de áreas estratégicas, que orientaran las actividades del programa CED y ayudaran a alcanzar la autosuficiencia: lactancia materna, inmunización contra el sarampión, saneamiento ambiental y vigilancia epidemiológica. Para lograrlo, se propuso realizar actividades transversales a toda la estrategia: capacitación, provisión de suministros (especialmente de SRO), supervisión, comunicación, información y educación.

Desde el ámbito de la OPS, como estrategia para alcanzar la meta SPT 2000 y como alternativa para mejorar la calidad de atención, se planteó la integración de los programas verticales de control de EDA y de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).[70] Posteriormente, con la estrategia de atención integral, que permitiría la detección oportuna de las enfermedades que padecen los niños y niñas menores de cinco (5) años, estos programas fueron integrados a la estrategia de AIEPI.⁷³

4.1.3. A nivel nacional.

El Ministerio de Salud de Colombia consciente, por un lado, que la mortalidad por EDA permanecía entre las principales causas de mortalidad infantil representando un grave problema de salud pública y por otro lado, que existía la imposibilidad de disminuir la morbilidad a corto plazo, dadas las condiciones de saneamiento básico en que vivía la gran mayoría de la población colombiana, decidió adoptar y aplicar las experiencias de otros países, con el aval de organismos internacionales como OPS/OMS y UNICEF.

Es así como en Agosto de 1979, la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, constituyó un grupo de trabajo para elaborar el anteproyecto del Programa de CED, conformado por los profesionales, Dr. Oswaldo Caliz Peña, médico (MD) epidemiólogo, Jesús Enrique Cuevas, MD epidemiólogo, Josefina Velasco, Enfermera Salubrista y Alba Lucía Rojas, Bacterióloga. En Noviembre de 1979 se presentó este ante-proyecto ante el Comité Técnico del Ministerio de Salud y se realizó una visita de observación al Programa CED del Centro de Salud de Siloé, adscrito a la Secretaría de Salud de Cali, donde se tomó la decisión de asignar como asesora de este anteproyecto a la Dra. Melba Franky de Borrero, por ese entonces, directora y coordinadora del Programa CED en ese Centro de Salud. Posteriormente este anteproyecto fue presentado a la OMS/OPS/UNICEF, en reuniones realizadas en Ginebra y Washington, logrando aprobación y apoyo científico, técnico y financiero, para iniciar el Programa CED en Colombia.

A lo anterior, se sumaron las experiencias del Dr. Augusto Hernández y la Enfermera Esneda Gil, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, quienes fueron los iniciadores de este programa en Medellín, conjuntamente con la Enfermera Martha Ligia Echeverry, de la Secretaria de Salud de esta ciudad. En Bogotá, se contactó al Dr. Hernando Benítez (Docente de la Universidad Javeriana), quien trabajaba en el Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI), donde se aplicaba la TRO. En el Hospital Lorencita Villegas de Santos se contactó a los Drs. Ernesto Plata Rueda, Gonzalo Franco y Magda Palacio (Pediátras clínicos, Docentes de las Universidades Nacional y del Rosario), quienes fueron iniciadores e impulsores de este Programa en sus instituciones. Más tarde, se vinculó al grupo de trabajo, el Dr. David Bersh (Docente, Facultad de Medicina de la Universidad del Quindío y Director de la División de Salud de la Federación de Cafeteros del Quindío).

De esta manera en 1980, se inició en Colombia el Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas. La construcción, montaje, producción y distribución de las SRO se iniciaron a partir de 1982, a cargo del Instituto Nacional de Salud. En 1985, este programa se incorporó al

⁷³Esta estrategia será analizada, en detalle, más adelante en este documento.

plan SUPERVIVIR y en 1989 se realiza la implementación a nivel nacional de las Unidades de Rehidratación Oral (URO), tanto institucionales (URO-I), como las comunitarias (UROC).

En 1991, Colombia fue afectada por la epidemia del cólera. Ésta fue superada, gracias a la experiencia que se tenía con el Programa Control de Enfermedades Diarreicas y al manejo de la TRO, sin embargo, se evidenció que aún quedaba mucho por hacer, especialmente por la falta de acceso de toda la población a las redes de acueducto y alcantarillado. En este año, el Ministerio de Salud, crea el Plan Nacional de Prevención y Control del Cólera, para hacer frente a esta epidemia.

Se destaca, entre Julio y Agosto de 1991, que Cali fue sede y anfitrión del Taller Latinoamericano de Capacitación para el CED y Cólera, organizado por UNICEF, con el auspicio de la OPS/OMS y apoyado por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. En él participaron expertos de 16 países de Centro y Suramérica para dar lineamientos en el manejo de esta enfermedad, que hasta ese momento había cobrado la vida a 76 personas, según palabras del Ministro de Salud de Colombia, Camilo González Posso, desde el inicio de la epidemia en Marzo del mismo año. En el Valle del Cauca, la cifra de enfermos en ese momento llegaba a 1,370, en el Cauca a 870 y en Chocó a 211, entre otros departamentos, estos fueron los más afectados. Con las recomendaciones de este taller, se fortalecieron los planes de acción, para atender la contingencia del cólera, a nivel nacional y local.

En Julio de 1992, el Ministerio de Salud con el apoyo técnico y financiero de OPS/OMS y UNICEF, realizó la Encuesta sobre “Manejo correcto de casos de diarrea/cólera y lactancia materna” en instituciones de salud, con el fin de evaluar el funcionamiento del Programa CED, identificando la calidad de atención, los conocimientos de la comunidad y del equipo de salud, así como la disponibilidad de recursos y calidad de los registros. Este estudio se realizó en Antioquia, Atlántico, Boyacá, Caquetá, Guajira, Meta y Cali.⁷⁴ Como recomendación de este estudio, el Ministerio de Salud propuso fortalecer la capacitación al personal de salud, tanto en el manejo de casos de diarrea y cólera, como en el componente gerencial, a nivel nacional.

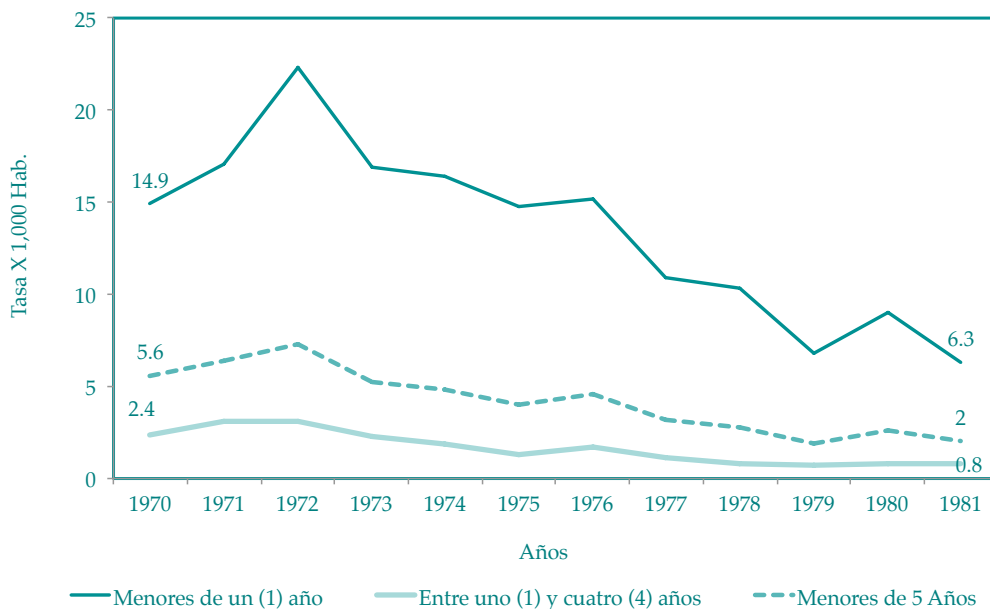
Entre 1992 y 1993, el Ministerio de Salud y las Direcciones Locales tanto Departamentales como Municipales, reforzaron las actividades de capacitación al personal de salud de todo el país, para fortalecer el manejo efectivo de casos de diarrea y cólera, cuya epidemia se extendió en Colombia hasta 1996.

4.1.4. A Nivel Local.

Como se mencionó en los antecedentes, el Programa CED se inició con la TRO en 1975, en el Centro de Salud de Siloé de la Unidad Regional de Salud Cali, bajo la orientación de la Pediatra Melba Franky de Borrero, en el barrio situado en la comuna 20, al sur de la ciudad, en una de las zonas de ladera más pobre y densamente poblada, con inadecuado saneamiento ambiental (47% de la población con acceso a agua potable y alcantarillado).[71]

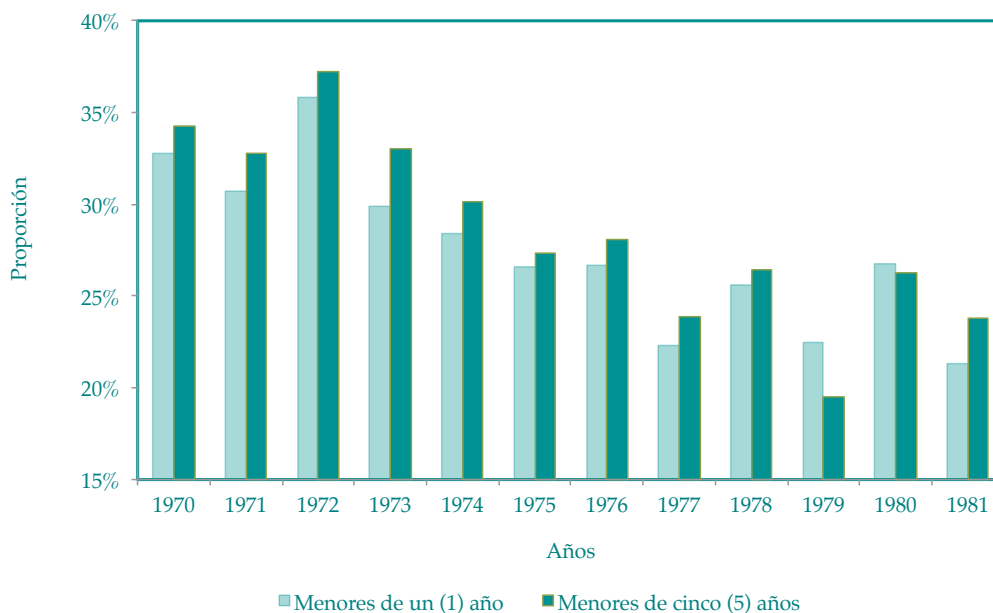
⁷⁴Los resultados mostraron que los trabajadores de salud evaluaron correctamente el 30% de los casos y un 49% los clasificaron correctamente. Se encontró, una alta solicitud de laboratorio en casos de disentería y un manejo deficiente de líquidos endovenosos. Con relación a instrucciones sobre cuidado del niño con diarrea en el hogar y medidas de prevención, lo hicieron correctamente, el 36 y 43% respectivamente.

Gráfico 21. Tasa de Mortalidad por Diarrea en menores de 5 años según grupos de edad. Municipio de Cali, 1970-1981.



Fuente: De Borrero, Programa de Control de Enfermedades Diarreicas en Cali, Colombia

Gráfico 22. Porcentaje de Mortalidad por EDA respecto a la población menor de (1) año y menor de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1970-1981.



Fuente: De Borrero, Programa de Control de Enfermedades Diarreicas en Cali, Colombia

El impacto de la implementación del Programa CED, realizado por la Dra Melba Franky de Borrero[71], mostró cómo la TRO impactó positivamente la mortalidad por gastroenteritis (Gráfico 21). A partir de su aplicación, la tasa de mortalidad comenzó a decrecer aceleradamente, especialmente, en el rango de edad de los niños y niñas menores de un (1) año. En el municipio de Santiago de Cali la tasa de mortalidad por EDA entre los años 1970 y 1974, pasó de 14.9 a 16.4 muertes por gastroenteritis en niños menores de 1 año, por cada 1,000 habitantes respectivamente. A partir de la aplicación de la TRO, en 1975, la tasa pasó de 14.8 a 6.3, en 1981, mostrando un descenso significativo de 57.5 %.

Contrastando los resultados obtenidos es evidente que con la implementación del Programa CED, la mortalidad por EDA presentó una disminución en su proporción, sobre el total de defunciones, en la población menor de cinco (5) años y especialmente, en los menores de 1 año. Como se puede observar en el Gráfico 22, la proporción en los menores de un (1) año pasó de 32.8 % en 1970 a 21.3 % en 1981. Asimismo, para los menores de cinco (5) años, la proporción se redujo en 10.5 % en el mismo periodo.

El Programa CED, se inició en el Municipio de Santiago de Cali, en Agosto de 1982, con la aplicación por parte de la Secretaría de Salud, de las normas del Ministerio de Salud, en los servicios (25 centros y 12 puestos) que por ese entonces ofrecían servicios de APS en las cuatro áreas integradas, que tenían un cubrimiento aproximado de 250,000 habitantes cada una. Para la prestación de servicios de salud de acuerdo con la gravedad del problema, la ciudad contaba además con dos hospitales de atención intermedia (San Juan de Dios, Mario Correa Rengifo y Cruz Roja), un hospital de atención terciaria (Hospital Universitario del Valle Evaristo García) y un Hospital Pediátrico (Hospital Infantil Club Noel) a donde eran remitidos la mayoría de los niños, gravemente afectados por esta enfermedad.

Al interior de cada centro, la atención se prestaba de manera ágil, mediante un sistema de referencia efectiva de los enfermos. [69] El programa, a nivel local, fue formulado con base en datos estadísticos, que ayudaron a establecer un diagnóstico sobre el estado de las enfermedades diarreicas en la ciudad. Para la implementación del programa, se realizaron capacitaciones al personal de salud en los diversos niveles⁷⁵ y se contó con la disponibilidad de SRO. Se establecieron normas específicas para atender a los niños y niñas en cuatro (4) niveles de complejidad: *Leve* (atención por promotora), *Leve que no mejora en 12 horas* (atención por auxiliar de enfermería), *diarrea severa* (atención por médico) y *Diarrea severa con deshidratación* (hospital local). Igualmente, se capacitó a la comunidad, en la prevención y tratamiento de la EDA y se iniciaron investigaciones operativas.[69]

4.1.4.1. Iniciativa de las Unidades de Rehidratación Oral.

En Octubre de 1984, la Pediatra Melba Franky de Borrero, inicia en el Municipio de Santiago de Cali, las Unidades de Rehidratación Oral Popular (UROP), que al poco tiempo se denominaron Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROC), dado que la protagonista principal era la comunidad, esta iniciativa tuvo como lugar de referencia al Centro de Salud de Siloé. Las UROC se crearon para facilitar el acceso de la comunidad a una intervención sencilla como la TRO, para iniciar oportunamente el suero oral en la misma comunidad y evitar complicaciones. Con esta intervención se pretendía contribuir al descenso de la mortalidad por diarrea en los menores de cinco años, puesto que la tasa de mortalidad por esta causa, llegaba a 23 por 1,000 habitantes, en 1984 (208 casos).

Las UROC como estrategia, permitieron mejorar el acceso de las familias de este sector, al manejo efectivo del niño con diarrea, puesto que la oferta institucional era limitada un alto

⁷⁵Fue consecuente con la estrategia PRIMOPS descrita en el Apartado 2.3

porcentaje de las muertes se producían en la casa, en el camino a la institución o en las salas de espera de éstas.

Las UROC se iniciaron en las viviendas de ocho (8) mujeres voluntarias de la comunidad, quienes mostraron interés por trabajar en el proyecto y recibieron capacitación teórica y práctica sobre el manejo de la diarrea en casa, detección de signos de peligro y en desestimular el uso de medicamentos y estaban vinculadas a algunas de las actividades extramurales que se desarrollaban en el Centro de Salud de Siloé. A medida que se desarrolló el programa, las voluntarias aumentaron en número, hasta llegar a 30 en esta comuna.

En el desarrollo de este estudio, se entrevistó a la Señora Emerita de Bolaños, quien se vinculó como voluntaria de las UROC desde su inicio y permaneció durante todo el tiempo. Actualmente continúa viviendo en Siloé, en el mismo sitio donde tuvo la UROC y continúa realizando su labor comunitaria. Se describe a continuación una reseña de esta voluntaria, que fue realizada por Liliana Dueñas Solarte para el Diario El País en el año 1990.

Cada UROC fue dotada con un equipo mínimo para la preparación y suministro del suero oral, consistente en una estufa para hervir agua, una olla, una medida de un litro, vasos, cucharas, sobres de sales rehidratantes orales, un afiche del Plan A de tratamiento (niños con diarrea sin deshidratación), folletos sobre tratamiento y prevención para entregar a las madres, cuaderno y hoja para registrar los niños atendidos y boletas de remisión.

El trabajo que realizaban las voluntarias, era supervisado semanalmente, mediante reuniones en el Centro de Salud, donde contaban sus experiencias, anécdotas, dificultades y entregaban el registro de niños atendidos. En cada reunión, se les hacía entrega de sobres de SRO y se les reforzaban los conocimientos, basados en la cartilla diseñada para ellas. También eran visitadas en sus viviendas, por una enfermera profesional, quien las apoyaba en su trabajo y verificaba las condiciones de higiene de la vivienda, puesto que las voluntarias debían servir de ejemplo para la comunidad.

La importancia que tuvo la creación de las UROC es evidente. Antes de éstas, cerca del 70 % de los casos de EDA eran atendidos por auxiliares de enfermería, mientras que el 30 % restante eran atendidos directamente por el médico. Luego de su implementación, se evidenció, que el 54 % de los pacientes eran atendidos en las UROC, el 36 % por un auxiliar de enfermería y el 8 % restante por un médico. Estas cifras muestran, que las UROC, contribuyeron notablemente en la disminución de las complicaciones y de las muertes por EDA. [72]

Teniendo en cuenta que por este trabajo las voluntarias no recibían ninguna remuneración, se les incentivó con reuniones y paseos para celebrar la navidad, el día de las madres, los cumpleaños, actividades que fortalecían los lazos de amistad y compañerismo. En este contexto, nació en 1988, la idea de intercambiar experiencias, razón por la cual las 30 voluntarias de las UROC del barrio Siloé viajaron por carretera hasta Barranquilla, actividad que se extendió hasta Cartagena, donde también estaban iniciando la implementación de esta iniciativa. Esta actividad les sirvió para reafirmar la importancia del trabajo voluntario que realizaron a favor de su comunidad.

Las UROCS como estrategia produjeron avances significativos que han prevalecido en el tiempo, tanto que en el 1987 fueron visitadas por los profesionales extranjeros que participaron en un seminario internacional sobre diarreas organizado por OPS/OMS, exaltando el trabajo que realizaban estas mujeres.

Una de las voluntarias a la que le encanta el servicio social fue Doña Emérita de Bolaños, madre de familia, que vive con su esposo e hijos en el barrio Siloé. Ella recibió capacitación teórico práctica sobre cómo atender casos de diarrea y en su casa se estableció una unidad de rehidratación oral comunitaria, (UROC) con un afiche en la puerta de su casa que identificándola. Por esta labor social, ella, no recibía ninguna retribución económica, ya que su trabajo era comunitario, por lo cual, debía estar dispuesta a prestar sus servicios a cualquier hora del día o de la noche, cuando una madre desesperada con su hijo en brazos, tocara las puertas de su residencia.

Esta es la función primordial de su vida cotidiana. De esta manera cuando le llega un niño a su casa, ella le hace un diagnóstico y llena el protocolo, para saber cuál es el grado de deshidratación que presenta y mira señales características de la misma.

Desde sus inicios Doña Emérita, se sabe de memoria los tres pasos más importantes cuando un niño o niña presenta un cuadro de diarrea. Así es que según su experiencia evalúa, si el caso es manejable en casa, porque la diarrea no es tan aguda, de no ser así, remite el caso al centro de salud. Si el caso es muy grave, lo remite directamente al Hospital más cercano, llenando la hoja de remisión y en ocasiones de acuerdo al caso, acompañar al paciente hasta la institución.

Esta voluntaria tiene muy buena aceptación entre su comunidad, pues, tiene buenas relaciones interpersonales. Nunca regaña a los padres de sus pacientes, sino que les da consejos, les enseña e indica cómo manejar un niño con diarrea, y les indica que en ningún momento pierdan tiempo en acudir con el paciente, para una atención inmediata, ya sea a la UROC o al centro de salud.

Ella tiene muchos sobres de suero oral que permanecen preparados siempre en una jarra, lo mismo que cucharitas, vasos, previamente hervidos y esterilizados y en su correspondiente recipiente, además de un afiche, que está pegado a la entrada de su residencia y que la identifica como una UROC.

Esta abnegada mujer, antes de ser voluntaria en servicio social, no sabía nada al respecto, pero hizo cursos de primeros auxilios y se ha continuado capacitándose para ejercer como voluntaria. Todos estos conocimientos, ella los trasmite a las madres que consultan, siendo de esta manera multiplicadora, para que sepan cómo proceder ante cualquier caso de diarrea, sobre todo le indica que al bebé hay que continuarle la alimentación cuando tiene diarrea, para evitar que se desnutra y le indica que hay que aumentarle los líquidos y la leche materna, para evitar que se deshidrate y haya que colocarle suero intravenoso, además de mantener al niño limpio y aseado para prevenir enfermedades, como la diarrea.

4.1.4.1.1. Experiencia Exitosa: Las UROC en el Municipio de Santiago de Cali Por los excelentes resultados obtenidos en el Municipio de Cali, la estrategia UROC fue asumida por otras ciudades del país⁷⁶, siendo Barranquilla, la primera ciudad que en 1987 empezó a replicarla, después de una visita que hicieron los funcionarios de la Secretaría de Salud del Atlántico al Centro de Salud Siloé y a las UROC, para conocer esta experiencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Municipio de Santiago de Cali estableció como meta la creación de por lo menos cinco (5) UROC, por cada institución de salud en la ciudad, especialmente en los barrios marginales. Es decir, la estrategia se extendió a otras comunas (ladera: 1, 18, 20, distrito de Aguablanca: 13, 14, 15 y 16, centro: 12, norte: 6 y 7) donde se registraba la mayor morbi-mortalidad por diarrea, llegando a registrar alrededor de 200 UROC, en 1993.⁷⁷

En este mismo periodo, en un trabajo coordinado y liderado por la Dra. Miryan Cruz Olave, Directora de Salud Materno Infantil de la Secretaría Departamental de Salud del Valle, las UROC se implementaron en inicialmente en Buenaventura y luego en Buga, y luego a nivel nacional en 1991, cuando tuvieron su máximo protagonismo debido a la aparición de la epidemia del cólera en Colombia. En esta ocasión se amplió la cobertura de las UROC, a los sitios más apartados y de difícil acceso a los servicios de salud. Fue así como, el Centro de Salud de Siloé y las UROC de Cali fueron objeto de visitas nacionales e internacionales, para conocer su funcionamiento.

Con la aparición del cólera en el país, llegando por Tumaco (Nariño), la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali elaborando y desarrolló un Plan Operativo, que tuvo como objetivo identificar oportunamente la presencia de casos de cólera, mediante el fortalecimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica de las enfermedades diarreicas, para interrumpir la cadena de transmisión, reducir la morbilidad y evitar la mortalidad, dado el alto potencial epidémico del cólera y los nexos con la costa pacífica. El plan incluyó además la capacitación del personal de salud para el manejo de pacientes (médicos, enfermeras, bacteriólogos, auxiliares, promotores), acciones de promoción, prevención y protección ambiental, que se desarrollaron con mayor intensidad en las comunas de mayor riesgo socio-económico. El trabajo intersectorial fue decisivo e igualmente la participación de la comunidad, en el control de esta enfermedad, en Cali.

En 1988 se creó en el Hospital Infantil Club Noel, la Unidad de Capacitación para el Tratamiento de la Diarrea (UCPTD), como una estrategia de la OPS/OMS para aumentar el personal de salud capacitado en el manejo efectivo de los casos de diarrea, aplicando la clasificación y tratamiento que promovía el Programa CED. El Dr. Humberto Gómez Palomá, quien por ese entonces era el Director Médico del Hospital, fue el coordinador de esta Unidad. Por esta institución rotaban estudiantes de las Facultades de Medicina de las Universidades Libre y del Valle, quienes además tenían la oportunidad de realizar sus prácticas clínicas en la Sala Luis H. Garçés, destinada a la atención de niños con esta enfermedad. Entre 1994 y 1995 cuando la Dra. Melba Franky de Borrero estuvo de directora médica de esta institución, se reactivó esta UCPTD, mediante gestión de recursos con la Secretaría Departamental de Salud del Valle. Estas Unidades, también funcionaron en Medellín (Hospital San Vicente de Paúl y Clínica León XIII del ISS), Barranquilla y Bogotá, en algunos sitios con mayor éxito que en otros.

⁷⁶La cartilla de refuerzo de conocimientos elaborada en Cali, igualmente se adaptó posteriormente a nivel nacional.

⁷⁷Especialmente, en barrios de la comuna 20 (Siloé), comuna 18 (Meléndez, Nápoles, Los Chorros), comuna 1 (Terrón Colorado, Alto de Aguacatal), comuna 6 (San Luis y Petecuy), comuna 7 (Alfonso López) y en las comunas 13, 14, 15 y 16 (que conformaban por ese entonces el Distrito de Aguablanca).

4.1.5. Objetivos Locales del Programa CED

4.1.5.1. Objetivos Generales

- Disminuir la mortalidad ocasionada por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años.
- Disminuir la morbilidad por enfermedad diarreica y particularmente la desnutrición en niños menores de cinco años.

4.1.5.2. Objetivos Específicos

- Promover la difusión de conocimientos y la generación de procesos educativos, tanto a nivel del personal de salud como de la comunidad, para el manejo efectivo de casos de diarrea en las instituciones de salud, en el hogar y otros espacios comunitarios.⁷⁸
- Identificar y contribuir a modificar las condiciones y factores de riesgo que ocasionan enfermedades diarreicas.
- Promover la participación intersectorial y comunitaria para identificar e intervenir factores de riesgo de esta enfermedad.

4.1.6. Estrategias Desarrolladas.

4.1.6.1. Manejo efectivo de casos de diarrea.

4.1.6.1.1. Manejo del niño con diarrea en el hogar. Para orientar el tratamiento de los niños con diarrea, el Programa CED se apoyó en el descubrimiento del transporte acoplado de sodio y glucosa en el intestino delgado, que se constituyó en la base fisiológica de la terapia de rehidratación oral, la cual se aplicó en las instituciones de salud y en el hogar.

Se partió de la premisa que la madre sabía cuando su niño padecía de un episodio de diarrea (deposiciones líquidas en cantidad mayor a lo usual, acompañados o no de vómito). En el hogar el manejo efectivo se promovía a través del uso apropiado de líquidos caseros (suministro de caldos, jugos no ácidos) y si era necesario administrar suero oral, continuar la alimentación enfatizando en lactancia materna. Se enseñaba la preparación teórica y práctica del suero oral (un {1} sobre de SRO disuelto en un {1} litro de agua hervida fría) y cómo suministrarlo, la identificación de signos de deshidratación, la duración de la diarrea, la importancia de llevar el niño a control (especialmente si no mejoraba o empeoraba) y las indicaciones de cuándo y dónde buscar ayuda fuera del hogar. Igualmente, se enfatizó en la importancia de no automedicarse, utilizar agua limpia para el consumo, lavado de manos y en la apropiada higiene de la vivienda.

4.1.6.1.2. El manejo efectivo del niño con diarrea en las instituciones de salud. El manejo efectivo consistía en la evaluación correcta del estado de hidratación y del estado nutricional y en la verificación de la presencia de sangre en las heces (disentería), diarrea persistente y otros problemas, utilización de la terapia de rehidratación oral, uso selectivo de la terapia endovenosa para los casos graves de deshidratación, alimentación durante la diarrea incluyendo lactancia materna, uso indicado de antibióticos para casos de disentería y cólera, uso racional de medicamentos (no uso de antidiarreicos, ni antiespasmódicos), educación a los padres acerca del uso de líquidos, alimentación continua y cuándo buscar ayuda y recomendaciones de prevención de esta enfermedad.

⁷⁸A partir de 1991, se incluye en los objetivos la disminución de morbilidad y mortalidad por cólera.

4.1.6.2. Prevención de diarrea.

Si bien se promovía el uso de la TRO, como la mejor forma de tratar la deshidratación por diarrea y por tanto, reducir las muertes por esta causa, se promocionaron otras intervenciones para prevenir las EDA, en algunas de las cuales la comunidad tenía protagonismo. En este capítulo se describen de manera general: lactancia materna, vacunación, higiene y saneamiento.

4.1.6.3. Lactancia materna.

La promoción de lactancia materna al igual que una alimentación complementaria apropiada de acuerdo a la edad, hacían parte de las instrucciones que se impartían a las madres, no solo en este, sino en otros programas como el de atención a la gestante, crecimiento y desarrollo y vacunación, entre otros.

4.1.6.4. Vacunación

Dentro del contexto de las medidas de prevención de diarrea, la vacuna contra sarampión fue promocionada por la OPS/OMS, ya que al prevenir el sarampión, también se previene la diarrea, que generalmente lo acompaña. La diarrea asociada al sarampión era particularmente grave y se calculaba que alrededor del 10% de los niños morían. Esta vacuna se aplicaba en las instituciones de salud, públicas y privadas, a partir de los 9 meses de edad, junto al resto de vacunas del entonces esquema nacional del Ministerio de Salud: Sarampión, DPT (difteria, pertusis, tétanos), BCG (tuberculosis) y la vacuna oral contra Poliomiélitis (VOP), un poco más tarde apareció la vacuna Triple Viral contra Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR). Entre las vacunas más recientes incluidas en el esquema nacional de Colombia (2009), están la vacuna contra rotavirus y neumococo que como se sabe, son los agentes causales más frecuente de producir diarreas graves y neumonías y meningitis, respectivamente.

4.1.6.5. Higiene y saneamiento del ambiente.

El suministro de agua potable para el consumo humano en cantidad y calidad, se promovía como medida importante para reducir el riesgo de enfermar por diarrea. En los sitios donde no se disponía de acueducto intradomiciliario se enseñaba el uso de agua hervida para consumo y preparación de alimentos e igualmente el almacenamiento en recipientes limpios y con tapa. Se promocionaba el lavado de manos con agua y jabón especialmente después de hacer uso del sanitario y antes de preparar y consumir los alimentos. Se enfatizaba en una adecuada higiene en la preparación de alimentos y buenos hábitos de higiene personal y domiciliaria.

La vigilancia y control de riesgos sanitarios asociados a la morbilidad por diarrea, infección respiratoria y dengue entre otros (calidad bacteriológica y fisicoquímica del agua, calidad del aire, vigilancia de alimentos y tenencia de animales domésticos), ha estado a cargo del Área de Saneamiento Ambiental de la Secretaría de Salud Pública Municipal, bajo la dirección de la Ingeniera María Eugenia Cuadros Palacio y un grupo de profesionales y técnicos expertos que trabajan el tema de manera interrumpida desde los años 80.

4.1.6.6. Vigilancia epidemiológica

La vigilancia de la mortalidad por EDA ha sido una de las actividades prioritarias dentro del control de las enfermedades diarreicas en Cali, por cuanto ha permitido hacer seguimiento periódico al comportamiento de esta enfermedad. En los años 1990 y 1991 se realizó un estudio de vigilancia epidemiológica de la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años en Cali, el cual se describe adelante, en el apartado 4.1.7.2.

4.1.6.7. Capacitación

La capacitación permanente al personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares), fue una de las actividades más importantes que se desarrollaron desde 1982, para contribuir a mejorar la calidad del manejo del paciente con diarrea en las instituciones de salud, lo que a su vez contribuyó a salvar vidas. Se realizaron actividades tales como:

- Capacitación al recurso humano del nivel municipal y departamental en el Curso de Gerencia para responsables del Programa Control de Enfermedades Diarreicas- CED de la OPS/OMS, que incluía los temas de Política Nacional, Metas, Planificación y Monitoreo de Actividades, Prevención y Evaluación, actividad que se realizó con el apoyo técnico y financiero de la OPS/Washington.
- Capacitación al recurso humano responsable de la atención a niños en las instituciones de salud del nivel municipal y departamental en el Curso de Habilidades de Supervisión del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas - CED de la OPS/OMS, que incluía entre otros temas: Prevención de Diarrea y Tratamiento. Posteriormente se elaboró el Manual de Manejo del Paciente con Diarrea, que se convirtió en el texto básico para esta capacitación, además de las normas técnicas del Programa CED, del Ministerio de Salud de Colombia.
- Educación a madres y capacitación a voluntarios y líderes de la comunidad en medidas preventivas, manejo de diarrea en el hogar, identificación de signos de deshidratación e indicaciones de cuando y donde consultar. Para realizar esta actividad se desarrollaron localmente folletos para entregar a las madres y cartillas para la comunidad.

La metodología que se utilizó para estas capacitaciones consistió en lectura dirigida, ejercicios escritos, sociodramas, discusión de casos y proyección de videos y láminas, los cuales se complementaron con conferencias, intercambio de experiencias y revisión de artículos. Al inicio del curso se aplicaba un pre-test, para medir el grado de conocimientos y para la capacitación se utilizaron los materiales genéricos del Ministerio de Salud, OPS/OMS y otros materiales adaptados o diseñados localmente, como por ejemplo, las guías diseñadas para las voluntarias de las UROCS en el Municipio.

4.1.6.8. Comunicación, Educación y Movilización Social.

Esta estrategia estuvo orientada a concientizar e informar a la comunidad y población en general, sobre el problema que representaban las EDA, qué hacer para su prevención, su identificación temprana, conocimiento de signos de deshidratación y manejo inicial en el hogar, aplicando la TRO. Se diseñaron y/o reprodujeron módulos, cartillas, afiches y folletos sobre prevención y tratamiento de diarrea, promoción de las UROC en la comunidad, se reprodujeron videos (Ministerio de Salud y OPS) y a nivel local se desarrolló un video sobre la estrategia de las UROC, con personal de salud y voluntarios de la comunidad. Algunos de estos materiales se adaptaron a nivel nacional e internacional. Se utilizaron medios masivos de comunicación y emisoras comunitarias, para difundir mensajes de prevención de esta y otras enfermedades de común ocurrencia en la niñez.

4.1.6.9. Monitoreo, Supervisión y Evaluación.

Las intervenciones y actividades desarrolladas se evaluaron anualmente, para verificar si los objetivos se estaban cumpliendo. De acuerdo a los resultados, se tomaban las acciones correctivas y se ajustaban o planeaban nuevas intervenciones o actividades. La Secretaría de Sa-

lud Pública Municipal de Cali, participó en la “Encuesta sobre el manejo correcto de casos de diarrea/cólera y lactancia materna en instituciones de salud”, que desarrolló el Ministerio de Salud, con el apoyo de OPS y UNICEF, EN 1992, para evaluar el funcionamiento del programa, identificando la calidad de atención, los conocimientos del personal de salud y la comunidad y la disponibilidad de recursos. Entre los resultados más relevantes en las siete regiones (Atlántico, Boyacá, Caqueta, Guajira, Meta, Cali, Medellín) encuestadas están: el 30 % de los casos de diarrea fueron evaluados correctamente, el 86 % evaluaron correctamente el estado de hidratación, los registros y estadísticas son un punto crítico del programa al no diligenciarse correctamente en todas las instituciones, el 12 % de las madres recibieron consejería apropiada sobre el manejo de diarrea en el hogar y el 35 % de las madres conocen las recomendaciones para el manejo y prevención de diarrea.

4.1.6.10. Suministros y equipo básico del Programa CED.

Los principales suministros consistían en tener una cantidad suficiente de sobres de SRO, vasos y cucharas desechables, suero endovenoso, solución salina, lactacto ringer, equipos de venocliposis, sonda nasogástrica, reloj, balanza para niños, termómetros, útiles de escritorio y registros del programa (manual de normas del programa, folletos, registro de pacientes atendidos, control de SRO), estante o repisa para colocar materiales y un espacio para la terapia de rehidratación oral, con su respectiva mesa y silla, para la madre y el paciente.

4.1.7. Estudios Realizados.

- En 1996 se realizó una evaluación del proceso y resultado del Programa CED, desde su inicio en Cali en 1982.
- En 1990 se inició el estudio “Vigilancia epidemiológica de la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años en Cali, Colombia 1990-1995”.
- En 1994 se realizó una evaluación de las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias UROC de Cali.

Se presenta a continuación una descripción del proceso, resultados, conclusiones y recomendaciones.

4.1.7.1. Programa de Rehidratación y Reducción de la Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda.

Alberto Concha-Eastman, Rodrigo Guerrero, Melba Franky de Borrero (1989). Cali, 1982-1986. EN: Colombia Médica, Sección: Artículos Originales, Vol. 20 No. 3.⁷⁹

4.1.7.1.1. Descripción En 1986 se realizó en Cali una evaluación del proceso y resultado del Programa CED⁸⁰, desde su inicio en 1982 reconociendo que la EDA se había configurado a nivel nacional como una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en los niños y niñas menores de cinco (5) años. Para este periodo se pudo constatar que no existía alguna evaluación completa que midiera la efectividad del programa CED para la ciudad. Su propósito fue evaluar algunos indicadores del proceso en el programa CED en el Municipio de Santiago

⁷⁹El artículo original en la época que fue elaborado manejo las cifras de las tasas de mortalidad por EDA con un multiplicador de 1,000 para efectos de comparación con las demás cifras presentadas hasta la actualidad se cambió el multiplicador por 100,000.

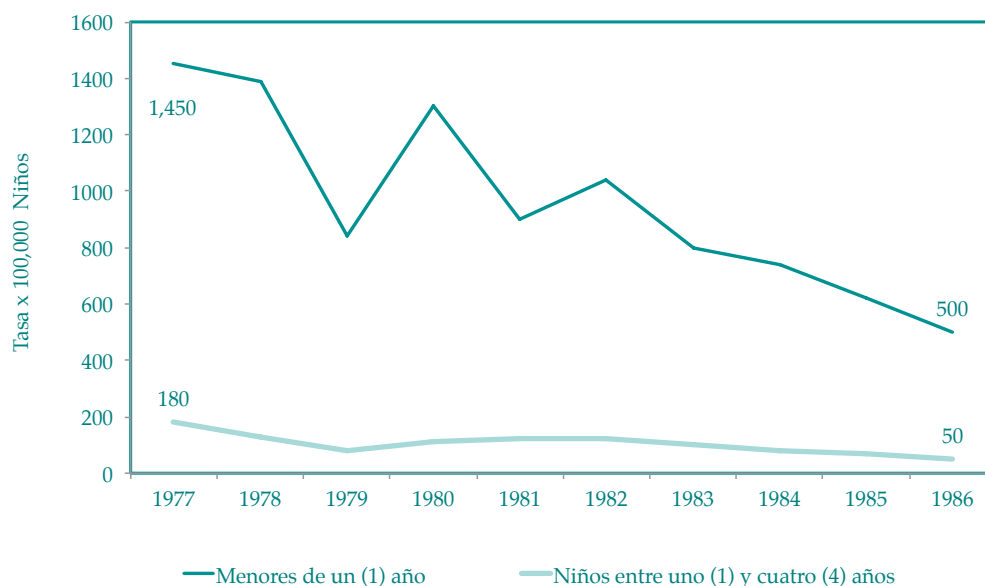
⁸⁰Sus resultados se discuten en la parte inicial de este capítulo.

de Cali, e indicadores como morbilidad, mortalidad, y participación comunitaria. Se realizaron entrevistas a los directores de los hospitales, se recolectó información de la Unidades de Epidemiología y del Centro de Bioestadística de la Unidad Regional de Salud de Cali, se revisaron informes y notas personales de quien dirigía el programa.⁸¹ Con el ánimo de observar mejores resultados, se decidió iniciar el análisis cinco (5) años antes del inicio del programa, es decir para el período 1977 - 1986.

4.1.7.1.2. Resultados Con respecto al uso de las sales rehidratantes orales, las cantidades proyectadas y solicitadas mensualmente (dada la escasez de éstas), casi nunca fueron despachadas, aun así, su distribución aumentó sostenidamente hasta 1986. En lo que respecta a la participación de la comunidad, se observó que entre 1982 y 1983, hubo un total de 50 reuniones educativas con grupos heterogéneos para la socialización del programa, contrastando con los años posteriores en el que las reuniones fueron bastantes reducidas. Ninguna institución de salud del Municipio de Cali quedó relegada del cubrimiento del programa (100%).

Respecto a las tasas de mortalidad, éstas presentaron una disminución más acelerada a partir de la implementación del programa (Gráfico 23). En la población de menores de un (1) año, fue más significativa ya que disminuyó en 540 muertes por cada 100 mil niños en el período 1982-1986. Por su parte, la mortalidad en niños y niñas de entre uno (1) y cuatro (4) años evidenció un descenso de 70 muertes, para el mismo periodo. Aunque se lograron resultados positivos en la tasa de mortalidad infantil por EDA para el periodo de estudio, no sucedió lo mismo con la morbilidad, pues evidenció un aumento después del inicio del programa.

Gráfico 23. Tasa de mortalidad por EDA por grupos de edad Municipio de Cali, 1977-1986



Fuente: Concha-Eastman, A. et al. Programa de Rehidratación y Reducción de la Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda.

⁸¹ Que también es coautora del presente estudio.

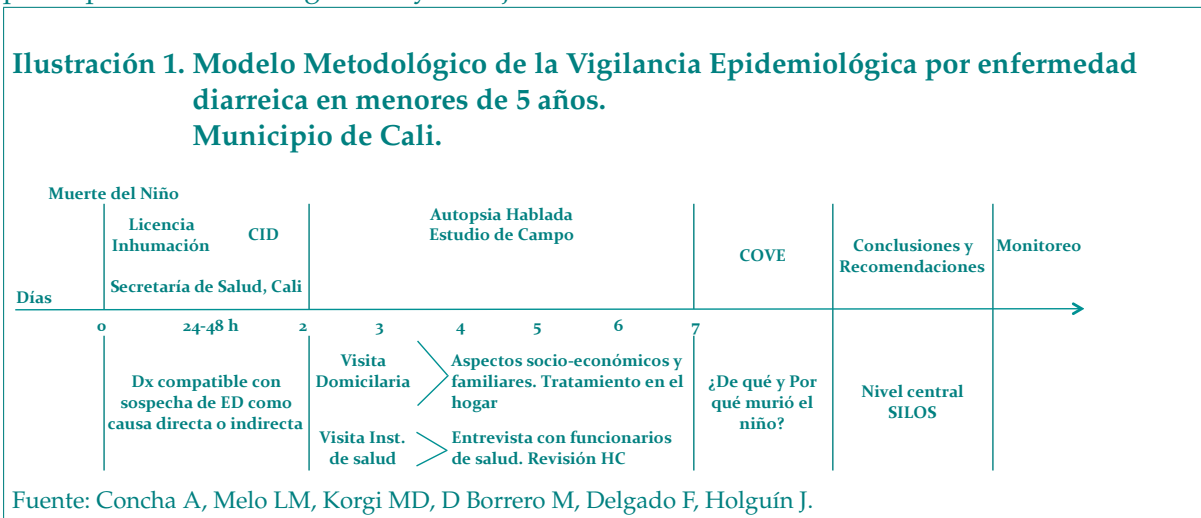
4.1.7.1.3. Dificultades. Se evidenció dificultad para identificar el efecto de las EDA sobre la mortalidad en los menores de cinco (5) años. Igualmente, se presentaron inconvenientes al explicar por qué aumentaron las tasas de morbilidad. Con respecto a esto, se estableció que una posible razón se debió al aumento de la atención cuidadosa por parte del personal médico, al mayor conocimiento de la enfermedad y a la búsqueda de ayuda y consulta precoz por la comunidad.

4.1.7.1.4. Conclusiones y Recomendaciones. Se destaca el hecho que al inicio del programa se fortalecieron las actividades de capacitación, promoción y distribución de SRO y se amplió y fortaleció la cobertura de participación de la comunidad a través de las UROC. Durante el periodo evaluado, se observó que la mortalidad por EDA disminuyó en más del 50 %, así como la letalidad y los egresos hospitalarios. Finalmente, se debe mencionar que durante el periodo de estudio, tan sólo el Hospital Universitario del Valle siguió permanentemente las medidas recomendadas para la rehidratación oral.

4.1.7.2. “Vigilancia epidemiológica de la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años en Cali, Colombia, 1990-1995”.

Alberto Concha Eastman, M.D., M.Sc. Epidemiólogo, Luz Marina Melo, T.S., MAS, Miguel Darío Korgi, M.D, Melba Franky de Borrero, M.D., MSP, Fernando Delgado, Ing, M.Sc. Bioestadist, Jorge A. Holguín, M.D.[73]

4.1.7.2.1. Descripción Entre febrero 1 de 1990 y enero 31 de 1991, se identificaron e investigaron en Cali, 121 muertes en menores de 5 años, en cuyo Certificado Individual de Defunción (CID), apareció o se sospechó la enfermedad diarreica (ED) como causa de muerte. El modelo metodológico, se basa en la Vigilancia Epidemiológica (VE), de los casos de mortalidad por ED, en menores de 5 años, que comprende las siguientes etapas: selección e identificación de casos, visita domiciliaria, discusión del caso, realización de un Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) y verificación de la información. La recolección de la información implicó el diseño de dos cuestionarios: uno para aplicarse a la familia del niño (a manera de autopsia verbal), en una visita domiciliaria, y otro para aplicarse en las instituciones de salud, donde el niño recibió atención. Con la información obtenida se presentó y discutió cada caso en un COVE, con la participación de investigadores y trabajadores de la salud.



Este modelo comprende la escritura y presentación de un resumen del caso por parte de alguna de las personas que participaron en la investigación de campo (Ilustración 1) y análisis de la información, con el propósito de responder a dos preguntas claves: ¿De qué y por qué murió el niño? Finalmente, las conclusiones y recomendaciones, sobre los posibles factores asociados con su muerte, alternativas de solución, responsables y revisión de compromisos.

4.1.7.2.2. Resultados En este estudio de VE de la Secretaría de Salud de Cali, se presentan los resultados de 100 niños, en edades entre 2 días y 48 meses de nacidos, donde se comprobó que la causa de la muerte estaba asociada con la Enfermedad Diarreica. En el grupo de 0 a 5 meses, murieron 41 niños⁸²; 73 murieron antes de cumplir el primer año de vida; 22 entre los 12 y 23 meses y 5 casos en mayores de 24 meses (la mitad de los niños murieron antes del séptimo mes de vida). Al relacionar su lugar de residencia con el estrato socioeconómico, se encontró que 92 vivían en barrios marginales de Cali, en los estratos 1, 2 y 3, confirmando la relación que existe entre condiciones de vida, enfermedad diarreica y mortalidad.[74],[75]

En COVE [73], se analizaron 65 casos que tuvieron información suficiente. El tiempo transcurrido entre la muerte del niño y la realización del COVE varió de 6 a 335 días, con un promedio de 66 y una mediana de 32 (antes de 60 días se analizaron 42 casos, que corresponden al 65 %). El retraso obedeció a dificultades en el acceso a la información familiar, problemas de seguridad y acceso geográfico.

A partir de febrero de 1991 y hasta julio de 1995, se continuó con el análisis de los casos de mortalidad en COVE, que se realizaron con la participación activa del personal de salud de los SILOS y NAP en el trabajo investigativo de campo y análisis de casos. La proporción de casos analizados, sobre el total de ocurridos fue del 50 %. Los SILOS, donde se aplicó el modelo con mayor interés, fueron el 6 (NAP 18) y el 1 (NAP 1 y 20). Este trabajo estaba coordinado por el Programa de CED de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

4.1.7.2.3. Dificultades. Por un lado, algunas instituciones no participaron activamente en el proceso de vigilancia de los casos de mortalidad por diarrea y por otro lado, la aparición de la epidemia de cólera que llegó a Colombia, en marzo de 1991, desvió tiempo y dedicación de los investigadores.

4.1.7.2.4. Conclusiones y Recomendaciones. A medida que se avanzó en el estudio, se fue desarrollando el modelo de vigilancia en las instituciones de salud pública. Se llegó a conclusiones y se tomaron decisiones para mejorar la atención de casos, las cuales se monitoreaban para garantizar su cumplimiento. Como recomendaciones se destaca la necesidad de mantener la capacitación continua a los trabajadores de salud en el manejo efectivo de casos de diarrea (incluyendo evaluación del estado nutricional y riesgos familiares y sociales), priorizar en la atención de niños con mayor riesgo (menores de 6 meses con diarrea y que no mejoran en las 24 horas siguientes al tratamiento, niños con desnutrición, que no reciben lactancia materna o requieran una nueva hospitalización), fortalecer la educación a las madres promoviendo comportamientos saludables y de prevención), promocionar los servicios de salud y las UROCS, y gestionar acciones intersectoriales para solucionar problemas de agua potable y saneamiento básico.

⁸²Con un $p < 0.04$, $\text{Chi}^2 = 4.3$

4.1.7.3. “Características Operacionales Calidad de la Atención y Aceptación Comunitaria de las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias-UROC- Cali, Colombia”.

Alberto Concha Eastman, Luz Marina Melo Calero, Fernando Delgado Potes⁸³, María Isabel Gutiérrez Martínez, Carlos Augusto Hernández Ávila. Secretaría de Salud de Cali, Organización Mundial de la Salud, Programa Control de Enfermedades Diarreicas. Cali, octubre de 1994.

4.1.7.3.1. Descripción. Este informe responde al interés mostrado a nivel nacional de evaluar las UROC, dada la especial relevancia que éstas habían adquirido dentro del Programa CED. Para 1994 habían aproximadamente 200 UROC en el Municipio de Santiago de Cali, de las cuales 157 llevaban funcionando más de un (1) año. Este estudio se realizó en 63 barrios de influencia de las UROC, ubicados en las comunas : 1, 6, 7, 13, 14, 15, 18 y 20 (Silos 1, 2, 5 y 6). El objetivo general de este estudio descriptivo fue evaluar las características operacionales, la calidad de la atención y la aceptación comunitaria de esta estrategia.

Se realizaron encuestas a las madres o responsables de los niños para explorar sobre el conocimiento y utilización de las UROC e igualmente sobre el tratamiento de la diarrea en el hogar. Se realizaron encuestas a las voluntarias en las UROC, sobre su vinculación y permanencia en las UROC, y su relación con las instituciones de salud. Se hizo observación del manejo de casos de diarrea por las voluntarias y se les hizo una prueba de conocimientos. Se realizaron grupos focales con otros miembros de la comunidad para conocer la percepción que tenían de las UROC. Para la realización de este estudio se visitaron aleatoriamente 3,324 hogares en los que se encontraron 4,521 niños y niñas menores de cinco (5) años (estableciendo una razón de 1.4 niños por hogar).

4.1.7.3.2. Resultados. En lo que respecta al comportamiento de la comunidad ante un episodio de diarrea, la primera decisión que tomaron el 45.5 % de los encuestados fue tratar a los niños y niñas en el hogar, el 43.2 % afirmaron consultar a las instituciones de salud pública, el 1.6 consultaron al farmacéuta mientras y el 1 % consultó a las UROC. La baja participación de las UROC en las decisiones de los padres para consultar en caso de episodios de diarrea en sus hijos, se puede correlacionar con el grado de conocimiento de la existencia de las UROC, pues sólo el 28.4 % de los encuestados afirmaron conocerlas y el 27.6 manifestaron haberlas utilizado alguna vez.

De los 533 niños que presentaron diarrea, al 80.3 % sus madres les dieron algún tratamiento en el hogar. Es así como al 33.6 %, les suministraron líquidos caseros, al 26.8 %, les dieron suero oral y al 52.2 %, les suministraron variedad de medicamentos y otros líquidos (Tabla 12). Con relación a la alimentación, el 57. % de los niños continuaron recibiendo lactancia materna y otra leche, y al 88 % no le suspendieron la alimentación corriente. En cuanto al tratamiento ambulatorio, el 37 % consultaron fuera del hogar y de éstos, el 84.2 % consultaron al médico y a las UROC, solo el 2 %.

En cuanto a la evaluación de conocimientos de las voluntarias, se encontró que el 64 % conocen cuando un niño tiene diarrea y el mismo porcentaje sobre la utilidad de las sales de rehidratación oral, el 42 % reconocieron entre 5 y 6 signos de deshidratación y el 72 % darían 3 o más recomendaciones sobre prevención de diarrea.

⁸³En memoria de Fernando Delgado Potes, ingeniero que participo en este estudio y en un viaje a la costa pacífica contrajo malaria que le causó la muerte

Tabla 12. Manejo de la enfermedad diarreica en el hogar.

Tratamiento	Número	Porcentaje
Líquidos caseros	179	33.60%
Suero oral	143	26.80%
Antibióticos	235	44.10%
Medicamentos y suero oral	142	26.60%
Antidiarreicos	38	7.10%
Total de los que recibieron tratamiento	428	80.30%
No recibieron tratamiento	105	19.70%
Total de niños	533	100.00%

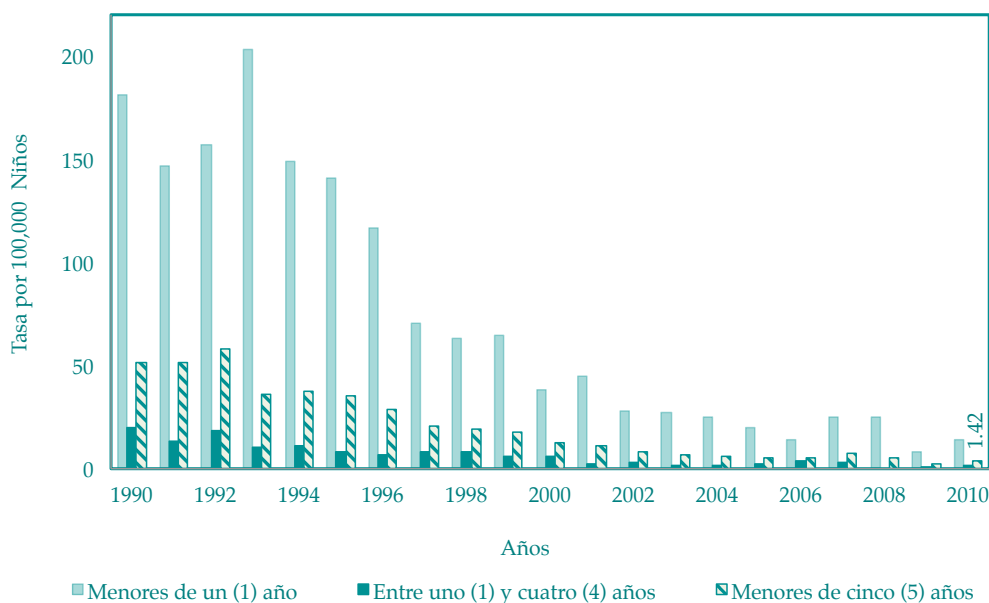
Fuente: “Características Operacionales, calidad de la atención y aceptación comunitaria de las UROC en Cali, Colombia”.

4.1.7.3.3. Conclusiones y Recomendaciones. Esta investigación permitió establecer que las UROC son reconocidas y utilizadas por los grupos que tienen relación directa con los programas de salud o educación infantil, mientras que algunos líderes las conocen parcialmente. Se recomendó un proceso de mejora en la promoción de las UROC, fortalecer la relación entre las UROC y la institución de salud, que la Secretaría de Salud Pública Municipal y los SILOS las incluyan dentro de sus procesos de planeación, para así brindarles mayor apoyo y obtener un mayor desempeño. La conveniencia de mantener las UROC aparece en este estudio como resultado de la necesidad que tienen las comunidades pobres donde la prevalencia e incidencia de enfermedad diarreica es alta. El desempeño de las voluntarias cuando es requerido es adecuado, al igual que la aceptación que las madres o responsables de niños tienen de sus servicios.

4.1.8. Cumplimiento de Objetivos del Programa CED.

La Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, tiene el privilegio de mostrar en el Gráfico 24 una reducción significativa de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años desde la década de los 80, lo que ha contribuido al cumplimiento de metas nacionales y locales, como las relacionadas con el Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio (disminuir la mortalidad infantil y en menores de cinco años). Se considera que las intervenciones de atención primaria desarrolladas en su momento, fueron acertadas y no pierden vigencia, por lo cual pueden continuar aplicándose en ésta y otras ciudades del país.

Gráfico 24. Tasa de Mortalidad por EDA en menores de cinco (5) años según grupos de edad. Municipio de Cali, 1990 -2010.



Tasa por 100 mil niños

Fuente: Atención al Niño, Vigilancia Epidemiológica, SSPM/Municipio de Cali.

4.1.9. Limitantes del Programa CED.

Las principales limitantes estuvieron relacionadas con la sostenibilidad del Programa CED, en términos de la capacitación de un volumen alto de recurso humano para el manejo efectivo de los niños con diarrea, dados los costos de material, docentes y la logística necesaria, e igualmente el acompañamiento al personal de salud y la supervisión de las actividades, situación que se agravaba por la alta rotación de personal de salud y directivos de las instituciones. La sostenibilidad de las UROC, en términos de mantener el carácter de trabajo voluntario por parte de la comunidad, debido a que los incentivos eran más cualitativos que cuantitativos y no lograban satisfacer las necesidades personales y familiares, máxime que la gran mayoría eran mujeres cabeza de hogar. El recurso humano de los servicios no siempre era suficiente y sostenible y era importante contar con un equipo multidisciplinario permanente, que facilitara el acercamiento y trabajo con las comunidades.

4.1.10. Publicación de la experiencia.

La experiencia del Programa CED de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, no se ha publicado. Sin embargo, hay documentos técnicos y boletines, donde se describen algunas intervenciones como las relacionadas con la evaluación del programa, la vigilancia epidemiológica y la evaluación de las UROC, que aparecen en publicaciones como : Colombia Médica (Universidad del Valle) y documentos técnicos del Ministerio de Salud, la OPS y la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

4.1.11. Reconocimientos.

El Ministerio de Salud otorgó un reconocimiento al Programa CED de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, por servir de modelo en el control de las enfermedades diarreicas y por haber implementado las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias, que fueron implementadas en casi todas las regiones del país, dada su importante contribución en la disminución de la mortalidad en el Municipio de Santiago de Cali.

En 1990, la OPS/OMS reconoció la importancia de esta estrategia para el control de las enfermedades diarreicas a nivel comunitario, y las retomó como modelo en algunos países de América Latina y el Caribe.

En 1996, la Secretaría de Salud de Cali, recibió una mención de honor por parte del Ministerio de Salud, por haber contribuido al avance de la prevención y control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias en el Municipio de Santiago de Cali.

En este documento se hace un reconocimiento a los siguientes profesionales que participaron como responsables en uno u otro momento y de manera decisiva en el Programa CED de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali : Rubiela de Esmerald, Melba Franky de Borrero, Alberto Concha Eastman, Luz Marina Melo Calero, Jorge A Holguín Ruiz y Raúl H. Murillo Moreno.

4.2. PROGRAMA CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.

Melba Franky De Borrero, Luz Marina Melo Calero, Nancy Landazábal García, Jorge A. Holguín Ruíz, Rocio Vera Llanos, Marta Cecilia Jaramillo Mejía, Mauricio Astudillo Rodas, Lina María Trejos Trejos.

4.2.1. Antecedentes.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) siguen siendo la principal causa de enfermedades agudas en todo el mundo y se consideran la causa más importante de mortalidad infantil. Las IRA representa cerca de 2 millones de muertes cada año. La población con mayor riesgo de morir por IRA son los niños, las personas de tercera edad y los inmunosuprimidos. Las infecciones respiratorias superiores son muy frecuentes pero rara vez pone en peligro la vida mientras las infecciones respiratorias bajas son responsables de cuadros más graves de influenza, neumonía y bronquiolitis que contribuyen de forma importante a la mortalidad por IRA.

Las infecciones respiratorias agudas junto con las enfermedades diarreicas⁸⁴ y la desnutrición, se constituyen en uno de los principales problemas de salud pública que deben afrontar los gobiernos para el mejoramiento de las condiciones de salud de la infancia por tanto, resulta imperativo disminuir los índices de mortalidad por estas enfermedades, especialmente, la incidencia de neumonía (IRA), que es la principal causa de muerte entre las enfermedades de las vías respiratorias.

4.2.2. A Nivel Internacional.

La elevada incidencia de las infecciones respiratorias agudas en los niños de los países en desarrollo, hizo que la OPS/OMS estableciera estrategias para su control, con el objetivo de reducir la gravedad de las infecciones respiratorias agudas y la mortalidad infantil que causan. La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (Nueva York, 1990), reconoció la eficacia y la

⁸⁴ Descrita en el apartado anterior.

validez de los métodos disponibles para controlar la mortalidad infantil por neumonía y cuantificó la meta para reducir, antes del año 2000, las muertes causadas por IRA entre niños de 0 a 5 años, en cerca de un tercio respecto a los niveles de 1990.

Las infecciones respiratorias agudas son las entidades que más frecuentemente provocan el uso de antibióticos en los servicios de atención ambulatoria, muchas veces de forma innecesaria. Aunque la frecuencia anual de episodios de IRA sea la misma en todo el mundo para los niños menores de 5 años, la incidencia de neumonía, que es la principal causa de muerte entre las enfermedades de las vías respiratorias, es cinco veces más frecuente en los países en desarrollo. En la mayoría de los países en desarrollo, las infecciones respiratorias agudas representaban entre el 30 y el 50 % de las visitas infantiles a los establecimientos de salud y entre el 20 y el 40 % de las hospitalizaciones pediátricas.

Durante una conferencia internacional conjunta (OMS/UNICEF/PNUD) sobre el Control de las Infecciones Respiratorias Agudas, realizada en Washington, D.C. (Diciembre 1991), los participantes, - profesionales de la salud pública, pediatras y científicos de 85 países en desarrollo y de ocho países desarrollados llegaron a un consenso casi unánime en relación a las estrategias propuestas para el control de las IRA.

Para alcanzar los objetivos del programa se requería de servicios de salud encargados de planificar, ejecutar y evaluar los programas nacionales de control de IRA, incluida la transferencia de conocimientos, mediante la difusión de información, elaboración y promoción de cursos de formación, materiales de comunicación, protocolos de evaluación y tecnología apropiada y un componente de investigación para encontrar nuevas o mejores herramientas de control y enfoques aplicables en los países.

Con la experiencia y resultados del Programa de Control de las EDA, la OPS/OMS, se conformó un grupo de expertos quienes con la misma metodología del Programa CED, formularon las bases y prepararon materiales genéricos para el Programa de Control de las IRA, que fueron adaptados por los países, para iniciar el entrenamiento, tanto del personal directivo como de los responsables del manejo de casos de IRA.

Para proporcionar el acceso de la población a las estrategias de control, era necesario implementar básicamente cuatro actividades: capacitación al personal de salud, provisión de medicamentos para el tratamiento, supervisión del personal de salud para garantizar la efectiva aplicación de las normas y comunicación social y educación en salud, orientadas a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad, en relación al manejo de los niños con IRA y especialmente en la detección precoz de signos de alarma de neumonía. Este programa también promovía la elaboración de planes operativos (nacionales y locales) que además de las estrategias anteriores, incluía el monitoreo de las actividades y la evaluación de los resultados, mediante indicadores para conocer los cambios.

La atención estándar de los casos se destacó como la estrategia principal para la prevención inmediata de las muertes debidas a la neumonía. Las actividades pretendían, primero, facilitar el acceso de las personas a los profesionales de la salud, quienes evaluaban y proporcionaban la atención a los niños con tos o con dificultad respiratoria segundo, aumentar los conocimientos de los padres, motivándolos para que solicitaran atención oportuna para sus hijos, en cuanto percibían signos indicadores de una posible neumonía.

Al respecto, el Dr. Yehuda Benguigui⁸⁵ promotor y Asesor Regional del Programa Control de las Infecciones Respiratorias Agudas y posteriormente de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de la OPS/OMS, decía que cualquier progreso que se obtuviera en la ejecución de dichas actividades, sería una contribución para reducir la mor-

⁸⁵Neumólogo Salubrista. Promotor y Asesor Regional del Programa Control de las Infecciones Respiratorias Agudas y de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de la OPS/OMS.

talidad infantil por neumonía, así como para disminuir el uso inadecuado e indiscriminado de medicamentos en el tratamiento de las IRA. La inmunización es también una estrategia específica y de alto costo/beneficio para impedir las IRA causadas por la difteria, el sarampión y la tos ferina, posteriormente, la introducción de vacunas eficaces, inocuas y de bajo costo para combatir los principales agentes etiológicos de neumonía en niños, reduciría el número de casos y a largo plazo, la mortalidad se reduciría mediante el tratamiento eficaz, a gran escala.

4.2.3. A Nivel Nacional

En Colombia, en 1984, las IRA representaban la primera causa de consulta, la primera causa de egresos hospitalarios y la segunda causa de mortalidad infantil. El control de estas infecciones por lo tanto, tenía implicaciones importantes, no solo para la supervivencia infantil, sino para el éxito de la atención primaria en salud, salud familiar y desarrollo socio-económico.

Estudios longitudinales basados o realizados en la comunidad indicaban el elevado número de consultas por esta causa, en promedio un niño de la zona urbana presentaba de 5 a 8 episodios anuales de IRA, con una duración media de 7 a 9 días, y baja gravedad; en la zona rural, la incidencia era un poco menor, las infecciones respiratorias bajas y la neumonía continuaban siendo la causa más frecuente de muerte, entre los menores de cinco años. Con estos antecedentes se inician las primeras actividades de control de esta enfermedad, que luego dan paso al Programa Nacional de Control de infecciones Respiratorias Agudas.

Una de las primeras actividades fue el desarrollo de “Normas técnicas para la prevención y manejo de la IRA” - Normas para el médico, basadas en signos y síntomas que determinaban el grado de severidad y su consecuente acción. Este trabajo estuvo a cargo de un selecto grupo de asesores convocado por el Ministerio de Salud, con el apoyo de la OPS/OMS UNICEF. Participaron los siguientes Médicos, Pediatras, Neumólogos y Epidemiólogos : Gustavo Aristizábal, María Eugenia Gama, Magnolia Arango de Sánchez, Carlos Jiménez, Ernesto Plata Rueda, Omar Agudelo, Emilio Posada, Augusto Hernández, Bernardus Ganter, quienes ejercían como médicos y docentes de los Hospitales Santa Clara, Fundación Santa Fe, Universidad Nacional, Hospital La Misericordia, Hospital Lorencita Villegas de Santos, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, y Melba Franky de Borrero, de la Escuela de Medicina de la universidad del Valle y Secretaria de Salud de Cali, bajo la asesoría técnica del Ministerio, a través de la Dra. Magda Palacio como MD Pediatra Jefe de la División Materno Infantil y el Dr. Yehuda Benguigui, Neumólogo Salubrista, Asesor del Programa CED de OPS/OMS-Washington.

En Colombia actualmente la vigilancia de las IRA, está direccionada por el Instituto Nacional de Salud y tiene como objetivo realizar seguimiento continuo y sistemático de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención, vigilancia y control, detectar oportunamente los casos de IRA grave inusitada, causada por agentes patógenos respiratorios conocidos o nuevos, que tengan potencial epidémico o pandémico y proveer mecanismos de alerta epidemiológica, con el fin de iniciar las medidas de prevención, control y mitigación para disminuir el impacto de la IRA, en la prestación de servicios de salud y la comunidad. Además identificar la circulación de agentes etiológicos y determinar la carga de la infección respiratoria aguda en la prestación de servicios de salud, donde se efectúa vigilancia centinela de enfermedades similares a Influenza e IRA grave y caracterizar la mortalidad por IRA, a través del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública (SIVIGILA).

El Programa de Control de las IRA en los municipios de Colombia, se desarrolló casi simultáneamente con el Programa Control de EDA, hicieron parte de los seis componentes del Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil - Supervivir, junto con las enferme-

dades perinatales, vacunación, nutrición y desarrollo psico-afectivo. Este plan se desarrolló entre 1984 y 1992 y formó parte del Programa de “Salud Básica para Todos”, liderado por el Ministerio de Salud y desarrollado con la participación del Ministerio de Educación Nacional y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con la cooperación técnica de UNICEF y la OPS/OMS.

Entre 1987 y 1989 se realizaron reuniones en Paipa, Boyacá, convocadas por el Ministerio de Salud donde se sentaron las bases para el desarrollo e implementación del programa a nivel nacional y local. En 1989 se inician las Unidades de Capacitación para el Tratamiento de las IRA, donde se entrenaba a médicos y enfermeras para tratar en forma adecuada y oportuna a los niños y niñas, con base en las normas de manejo del Ministerio de Salud y la OPS/OMS.

Para fortalecer la participación comunitaria y la educación a madres y cuidadores sobre el reconocimiento temprano de signos de neumonía (respiración rápida y tiraje), consulta oportuna y manejo inicial en el hogar, como también la promoción aplicación de medidas de prevención, se crearon las Unidades de Atención de Infección Respiratoria Aguda Comunitaria (UAI-RAC), estrategia similar en su concepción y metodología a las UROC. Se diseñaron manuales para el personal de salud responsable de la organización de las UAI-RAC y para el voluntario de salud. Los impulsores de esta estrategia fueron los Doctores Rafael Alberto López Olarte, Jefe de Patologías Infecciosas del Ministerio de Salud y las Asesoras del Programa Nacional de IRA, Dra. Constanza Gómez Montoya y Enfermera Luz Adriana Soto Falla.

En 1996, con la Resolución 4288, el Ministerio de Salud expide las normas para las actividades de control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas, relacionadas con la promoción, prevención y vigilancia en salud pública, que quedaron incluidas en el Plan de Atención Básica - PAB, discriminadas de acuerdo a las competencias del Municipio, Departamento, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud y el INVIMA. Con el Decreto 3039 de 2007, se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2011. El Objetivo 1 es mejorar la salud infantil, que plantea el desarrollo de actividades de promoción, prevención y vigilancia, como la implementación de la Estrategia AIEPI en todas las instituciones de salud, el apoyo a lactancia materna y desarrollo de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI), la aplicación de la estrategia de vacunación sin barreras y la vigilancia de los riesgos y determinantes de la salud infantil.

Con el proceso de implementar la Estrategia AIEPI en el país, la clasificación de las IRA ha tenido revisiones y ajustes en el 2005 y el más reciente se realizó en el 2010 cuando el Ministerio de la Protección Social y la OPS/OMS, convocan a un grupo de Pediatras que a nivel nacional, con la coordinación de las Doctoras Jovana Ocampo Cañas y Martha Beltrán González, quienes de acuerdo a los avances científicos y al perfil epidemiológico del país, han revisado y definido entre otros temas que incluye la estrategia AIEPI, una nueva clasificación de las IRA más orientada a la acción, quedando así : Bronquiolitis Grave, Bronquiolitis, Sibilancia, Sibilancia Recurrente, Crup, Neumonía Grave, Neumonía y Tos o Resfriado, reforzando la importancia del tratamiento y seguimiento del paciente con pautas bien definidas, además de la promoción y apoyo para aplicar las medidas preventivas.

4.2.4. A Nivel Local

En Cali, entre 1983 y 1990 ocurrieron 521 casos de muerte por IRA en menores de 1 año y 195 entre uno (1) y cuatro (4) años, según informes de la Oficina de Estadística de la Secretaría de Salud de Cali (Registro de Mortalidad), indican que para un total de 716 menores de cinco años (89.5 casos anuales), con una cobertura de servicios que llegaba solo al 56.9 %. Se evidenció que había carencia de información sobre el uso de antibióticos y otros medicamentos para tratar

esta enfermedad e igualmente sobre prácticas que podían ser realizadas desde el hogar.⁸⁶

Las primeras acciones relacionadas con el Control de Infección Respiratoria Aguda (IRA), cuando la Secretaría de Salud Pública Municipal, hacia parte de la Unidad Regional de Salud de Cali, se realizaron en el Barrio El Diamante, cuando entre Julio de 1984 y Julio de 1985, se desarrollo un trabajo de investigación dirigido por los Doctores Luis Alberto Tafur y Jaime Quintero Cruz (ya fallecido), donde se hizo seguimiento a 349 niños con esta enfermedad que fueron clasificados y tratados de acuerdo a la norma: IRA Leve: 201, Moderada: 147 y Grave: 1.

En 1985 las IRA fueron la segunda causa de muerte entre los menores de cinco años y la segunda causa de egreso en las instituciones hospitalarias de la ciudad. Entre los factores de riesgo que se encontraron asociados a esta enfermedad estaban : bajo peso al nacer, vacunación incompleta, ausencia de lactancia materna, malnutrición, hacinamiento y contaminación del aire doméstico, que todavía persisten.

En Enero de 1986, en el Centro de Salud Siloé, bajo la dirección de la Dra. Melba Franky de Borrero, se realizó seguimiento a 1132 casos de niños, durante Enero y Diciembre de este año, que fueron clasificados y tratados de acuerdo a la norma : IRA Leve: 850, Moderada: 255 y Grave: 7, los cuales evolucionaron así : de IRA Leve a Moderada el 7.6 %, de Leve a Grave el 0.6 % y de Moderada a Grave el 1.18 %.

Estos son los antecedentes con los cuales se inicia en 1987 con la coordinación del Doctor Carlos Alberto Victoria, Coordinador del Programa de Vías Respiratorias de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, el Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas - IRA.

En 1991, la Secretaría de Salud Pública Municipal, designa como Coordinadora del Programa a la Enfermera Nancy Landazábal García quien estuvo hasta el año 1994 cuando se le asigna la coordinación del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Posteriormente, este programa se delegó al Programa Control de Enfermedad Diarreica, bajo la responsabilidad del Doctor Miguel Darío Korgi y posteriormente a los Dres. Raúl Hernando Murillo Moreno y Jorge A. Holguín Ruíz. En el segundo semestre del 2000, cuando se inicia en el Municipio de Cali la implementación de la Estrategia AIEPI, el Programa CED y el de IRA, pasan a hacer parte de los componentes de esta nueva propuesta de trabajo.

4.2.5. Objetivos

- Reducir la mortalidad debida a las IRA en menores de cinco años.
- Contribuir a disminuir la morbilidad por IRA en este mismo grupo de edad.

4.2.6. Estrategias Desarrolladas.

- Para el logro de los objetivos se establecieron como estrategias importantes: implantar el Programa en 14 instituciones de salud (siguiendo las instrucciones definidas para su operación)
- Capacitación a coordinadores del programa y a médicos y enfermeras en el manejo de casos de IRA y capacitar a directivos y coordinadores, en técnicas para la planeación e implementación del Programa
- Captación precoz de niños con IRA para evitar complicaciones severas
- Fortalecimiento de la participación de la comunidad, capacitando a grupos de voluntarios en la detección de signos de gravedad y consulta oportuna,

⁸⁶Este biológico previene la mortalidad por enfermedad invasiva neumocócica: neumonías y meningitis.

- Gestión para la disponibilidad de antimicrobianos
- Adecuación e implementación de instrumentos de recolección de información
- Adaptación y reproducción de materiales para capacitación al recurso humano y a la comunidad (manuales, cartillas, afiches, folletos).

4.2.7. Operación del Programa.

En las instituciones de salud, el Programa IRA tenía una clara descripción operativa que debía cumplirse: cualquier persona de la institución podía y debía orientar al paciente (con síntomas respiratorios de menos de 15 días de evolución) y a su madre o cuidador, para que asistieran a la consulta. El paciente debía ser visto por el médico y solo en ausencia de este, por la enfermera o auxiliar responsable del programa. El médico debía llenar la historia clínica, clasificar al paciente de acuerdo al caso y a la norma, iniciar tratamiento si era necesario y enseñar a aplicar medidas de apoyo. La auxiliar diligenciaba el registro de control de pacientes con IRA, precisaba la ubicación de la vivienda, indicaba la fecha del control, reforzaba las medidas de apoyo dadas por el médico y coordinaba las acciones si el paciente requería traslado al hospital. Si la IRA era Moderada el paciente era citado en 48 horas y si era Leve en 8 días y cuando no acudía a control, se le realizaba visita domiciliaria.

4.2.8. Capacitación

La capacitación permanente al personal de salud fue una de las actividades más importantes que se desarrollaron desde 1991, mediante lo que se conoció como “Manejo efectivo de los casos de IRA” en las instituciones de salud, lo que a su vez contribuyó a salvar vidas. La capacitación para el manejo de los pacientes se basaba en la clasificación de las IRA de acuerdo con la gravedad (Leve, Moderada y Grave). También se involucró a la comunidad en el manejo de este problema: instrucciones a las madres para el manejo en el hogar, reconocimiento de signos de peligro y en las medidas preventivas. , énfasis en la promoción de la lactancia materna y en el esquema completo de vacunación, instrucciones para evitar la exposición al humo del tabaco y evitar el contacto con personas enfermas con IRA.

4.2.9. Prevención de las IRA

Si bien se promovía el uso del manejo efectivo de casos de IRA de acuerdo a las normas nacionales, como la mejor forma de tratar al paciente y evitar complicaciones y muertes por esta causa, se promocionaron intervenciones para prevenir las IRA, como : lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria de acuerdo a la edad, vacunación, evitar contacto con personas enfermas con IRA, evitar el hacinamiento, higiene personal, saneamiento de la vivienda y de la comunidad. Como medida importante, también se desestimulaba el hábito de fumar dentro de la vivienda y el uso de combustibles para preparar los alimentos.

4.2.10. Vigilancia epidemiológica

Las acciones de vigilancia epidemiológica de las IRA se desarrollaron desde los inicios del Programa, pero la vigilancia de la mortalidad se intensificó desde la segunda mitad de la década de los 90, los registros encontrados en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, así lo demuestran. A partir del año 2001 se inició en Colombia la notificación de la mortalidad por IRA en menores de cinco años en el SIVIGILA, esta actividad dependía directamente del coordinador del Programa y pocos nexos tenía con el área de vigilancia epidemiológica. Desde el

2009, la vigilancia de este evento y de las EDA, paso al Área de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaria de Salud Pública Municipal, con amplia participación del Grupo Atención al Niño.

El objetivo de la vigilancia por IRA es realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos graves de origen bacteriano y la enfermedad similar a influenza de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención, vigilancia y control.

En el año 2007 se realizó una revisión de los casos de mortalidad, asociados a IRA y EDA ocurridos en Cali entre el año 1995 y 2006, con el fin de precisar la causas. Esta revisión se describe a continuación.

4.2.11. “Revisión y análisis de las causas de muerte por IRA y EDA en menores de cinco años residentes en Cali, Colombia con base en el certificado individual de defunción 1995-2006”.

Yamileth Ortiz, Oscar O. Londoño Agudelo, Jorge A. Holguín Ruíz, Gonzalo Guerra Quintero, Melba Franky de Borrero y Luz Marina Melo Calero.

4.2.11.1. Descripción

En el 2007, teniendo en cuenta que en la revisión de los casos de mortalidad por IRA y EDA, se presentaban diferencias en la determinación de las causas de muerte, el Grupo Atención Integral al Niño, decide realizar una revisión retrospectiva de los certificados de defunción y de algunas historias clínicas disponibles de los niños y niñas menores de cinco (5) años que fallecieron en el Municipio de Santiago de Cali entre los años 1995 y 2006. Esta revisión permitió ajustar la causa básica de muerte y por tanto, las tasas de mortalidad por esta causa. Se revisaron 1,657 registros de muertes con causas relacionadas con Neumonía y EDA (como causa directa, causa básica o causa asociada).⁸⁷

4.2.11.2. Resultados

Entre 1995 y 2006, la Neumonía fue la causa directa en el 12 % de las muertes y la EDA en el 0.4 %. Es importante resaltar la importante participación de la desnutrición como causa directa con el 25 %. Como causas asociadas, la EDA participó con el 9 % de los casos y la Neumonía el 28 %.

Entre 1995 y 1998, la EDA y la Neumonía representaron el 25 % del total de las muertes en menores de cinco (5) años, cifra que se redujo en 10 puntos porcentuales entre el 2003 y 2006 (Gráfico 25).⁸⁸

⁸⁷ Los datos fueron obtenidos de la base de datos de Mortalidad de la Oficina Estadística.

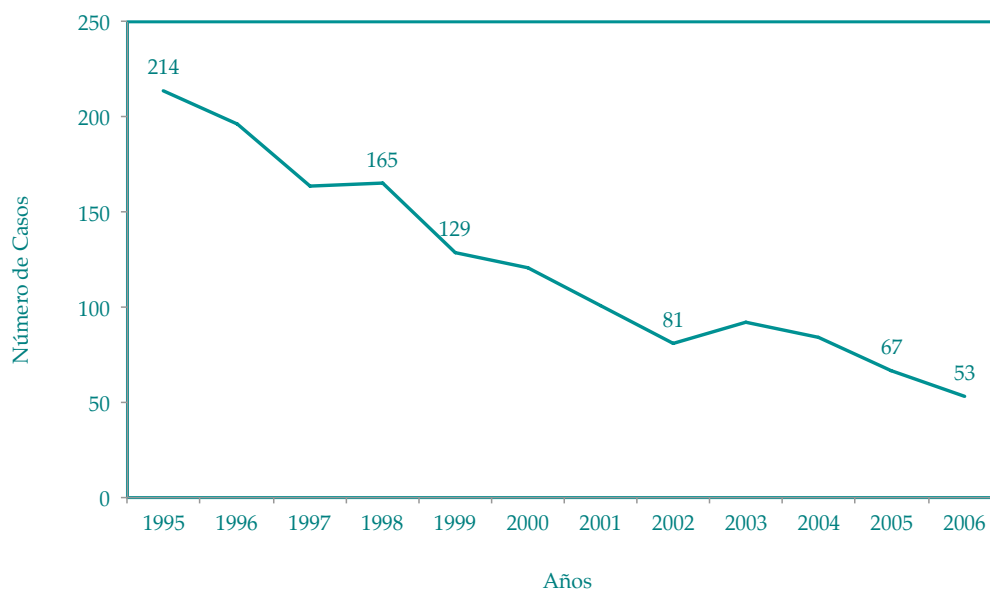
⁸⁸ A pesar de mostrar una reducción significativa, a 2006 aun significaba el grupo de mayor mortalidad.

Gráfico 25. Casos de muerte por EDA y Neumonía en menores de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1995,2000 y 2005.



Fuente: Ortiz, Y. et al. Revisión y análisis de las causas de muerte por IRA y EDA en menores de 5 años residentes en Cali-Colombia.

Gráfico 26. Tendencia de muertes evitables por EDA y Neumonía en menores de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1995-2006.



Fuente: Ortiz, Y. et al. Revisión y análisis de las causas de muerte por IRA y EDA en menores de 5 años residentes en Cali-Colombia.

Igualmente, puede observarse en el Gráfico 26, una disminución gradual y sostenida de las muertes, tanto las debidas a EDA, como a Neumonía en los menores de cinco años, pasando de 214 casos en 1995 a 53 en el 2006.

4.2.11.3. Limitantes

Están relacionados principalmente con la calidad de la información, tanto por el diligenciamiento incompleto o incorrecto de los certificados de defunción por parte de los médicos, como por la información disponible en la Oficina Estadística de la SSPM, por cuanto no hay un profesional encargado de realizar auditoría a la información que se maneja.⁸⁹ Con el ánimo de resolver los inconvenientes las bases de datos y disponer de información objetiva, que contribuya a mostrar la realidad y facilite la toma de decisiones.

4.2.11.4. Conclusiones

- Se re-confirmó una disminución importante de la mortalidad en menores de cinco años por EDA y Neumonía, en Cali, lo que sin duda contribuye al cumplimiento de metas locales y al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Con la información obtenida, se ajustaron las gráficas de tendencia de mortalidad por EDA e IRA de 1995 a 2006, utilizando la causa básica de muerte, que desde el punto de vista de salud pública permite la toma de decisiones. Este método se continuó aplicando hasta la fecha.
- El 70 % de las muertes, tanto por EDA, como por IRA-Neumonía, ocurrieron en el grupo de niños y niñas menores de un año, convirtiéndose este grupo en uno de los grupos prioritarios para fortalecer las intervenciones de prevención y control de estas enfermedades.

4.2.12. Información, Educación y Comunicación.

Esta estrategia ha estado orientada a concientizar e informar a la comunidad y población en general, sobre el problema que representaban las IRA, qué hacer para su prevención, su identificación temprana, conocimiento de signos de gravedad de neumonía y consulta oportuna a la institución de salud. Se diseñaron y/o reprodujeron módulos, cartillas, y folletos sobre prevención y tratamiento de las IRA. Se utilizaron medios masivos de comunicación y emisoras comunitarias, para difundir mensajes de prevención de esta y otras enfermedades de común ocurrencia en la niñez.

4.2.13. Monitoreo, supervisión y Evaluación.

Las intervenciones y actividades desarrolladas se evaluaron anualmente, para verificar si los objetivos se estaban cumpliendo. De acuerdo a los resultados, se tomaban las acciones correctivas y se ajustaban o planeaban nuevas intervenciones o actividades. La Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, no participó en la “Encuesta sobre el manejo efectivo de casos de IRA en instituciones de salud”, que desarrollo el Ministerio de Salud, con el apoyo de OPS y UNICEF, en 1993. La evaluación de impacto se ajustaba anualmente con el indicador de mortalidad por esta causa en menores de cinco años.

⁸⁹No todas las variables presentes en la base de datos eran sujetas a un buen análisis.

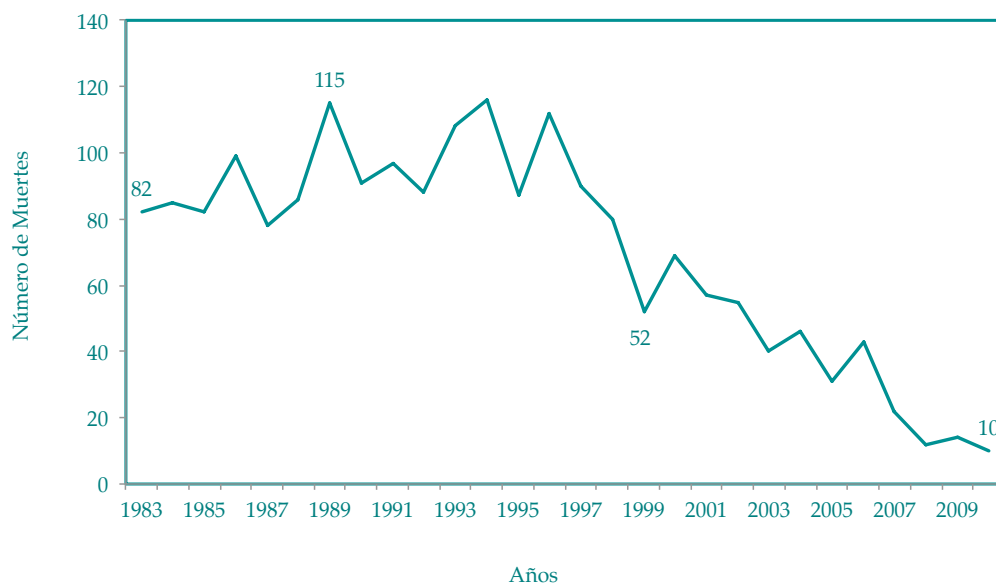
4.2.14. Estudios realizados

En el Municipio de Santiago de Cali, no había estudios locales que demostraran la etiología de las IRA en menores de 5 años, aunque la literatura científica informaba que la mayoría de éstas son de origen viral en lactantes y niños pequeños, identificando el Virus Sincitial Respiratorio, Adenovirus, Parainfluenza tipo 1, 2 y 3 como los agentes más frecuentes ambulatorio. En los niños y niñas hospitalizados por neumonía contraída en la comunidad, se reportaban el *Streptococo Pneumoniae* y *Hemophilus Influenzae* como los agentes bacterianos más frecuentes. En 1986 se inicia un estudio sobre etiología de las IRA en Cali, en el Centro de Salud Siloé, el cual se describe a continuación.

Estudio longitudinal sobre etiología de la infección respiratoria aguda en niños menores de un año. Entre 1986 y 1990, las Doctora Isabela Borrero, Bióloga y Melba Franky de Borrero, Pediatra (Directora del Centro de Salud de Siloé), ambas docentes de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, con recursos técnicos y financieros de la OPS/OMS, el Ministerio de Salud, la Universidad del Valle y el Grupo de Microbiología de la Facultad de Salud y la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, realizaron en el Centro de Salud de Siloé, este estudio sobre etiología de las IRA, que concluyó que el Virus Sincitial Respiratorio era el principal agente viral causante de infección respiratoria aguda en este grupo de edad (63%). Estos resultados aportaron al Programa Nacional de Control de IRA en lo que respecta a la normatización del uso racional de medicamentos, especialmente en la formulación de antibióticos que se venían utilizando sin causa justificada.

4.2.15. Cumplimiento de objetivos del Programa IRA.

Gráfico 27. Casos de Muerte por IRA en menores de cinco años Municipio de Cali, 1983-2010.



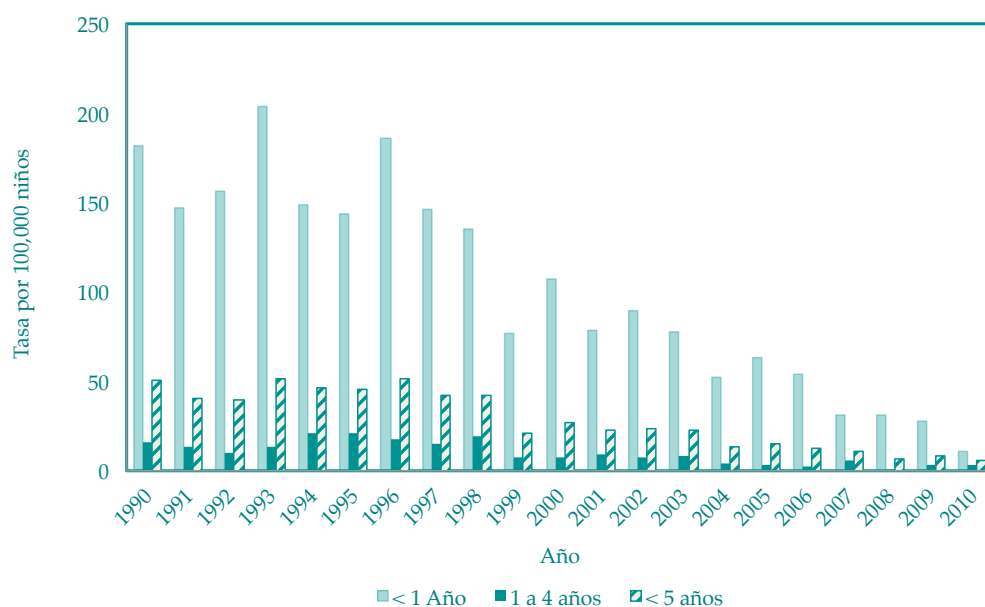
Nota: a partir de 1995 los casos de mortalidad corresponden únicamente a los de neumonía como causa básica de muerte.

Fuente: Grupo Atención Integral al Niño, SSPM/Municipio de Cali.

En el Municipio de Santiago de Cali, se ha producido una reducción significativa de la mortalidad por IRA en menores de cinco años, lo que ha contribuido al cumplimiento de metas nacionales y locales relacionadas con el ODM 4.⁹⁰ Desde mediados de los años 90, se inició un descenso sostenido en el número de casos de muerte por IRA, registrando una reducción de 22 casos en el 2000 y de 59 casos en el 2010 (Gráfico 27).

Al analizar la mortalidad por IRA, se evidencia un descenso sostenido en las tasas de mortalidad tanto en los menores de un (1) año, como en los menores de cinco (5) años (Gráfico 28). La mortalidad de niños entre uno (1) y cuatro (4) años se ubicó en el 2010 en 3.5 muertes por cada 100,000 niños, destacando que en el año 2000 la cifra descendió a 3.7 muertes. Para los menores de un (1) año las cifras son más contundentes, puesto que pasó de 203 muertes por cada 100,000 niños en 1993 (pico), a 11 muertes en 2010, lo que demuestra una reducción de 192 muertes por cada 100,000 niños en 17 años. Se considera que las intervenciones desarrolladas no pierden vigencia, evidencian ser efectivas y ameritan continuar aplicándose, además de estar atentos a los adelantos científicos, relacionados con la prevención y control de las IRA.

Gráfico 28. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco (5) años según grupos de edad. Municipio de Cali, 1990 -2010



Tasa por 100 mil niños

Fuente: Grupo Atención Integral al Niño, Vigilancia Epidemiológica, SSPM/Municipio de Cali.

4.2.16. Limitantes del Programa IRA

La sostenibilidad del Programa IRA, en términos de capacitación para el manejo estándar de los niños con IRA, a un gran número de profesionales y técnicos de las instituciones de salud, dados los costos de material, docentes y la logística necesaria para realizar los cursos e igualmente la supervisión de las actividades, situación que se hacía difícil, por la alta rotación del personal de salud y directivos de las instituciones. El recurso humano de los servicios no

⁹⁰Ir a Apartado 2.3.5 para información más detallada de los ODM en el Municipio.

siempre es suficiente y sostenible y debe tener un enfoque multidisciplinario, para articularse con las necesidades de salud de las comunidades que se intervienen.

4.2.17. Publicaciones.

La experiencia del Programa IRA de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, no se ha publicado.

4.2.18. Reconocimientos

En 1996, la Secretaría de Salud de Cali, recibió una mención de honor por parte del Ministerio de Salud, por haber contribuido al avance de la prevención y control de las Enfermedades Diarreicas y Respiratorias en Cali, como se menciona en el capítulo dedicado al Programa CED.

En este capítulo se hace especial reconocimiento a los siguientes profesionales que en uno u otro momento han participado como responsables directos del Programa Control de Infecciones Respiratorias Agudas en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali : Carlos Alberto Victoria, Nancy Landazábal García, Miguel Darío Korgi García Jorge A. Holguín Ruiz y Raúl Hernando Murillo Moreno.

4.3. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

Liliana Alarcón Luna, Luz Marina Melo Calero, Myriam Benavides Bastidas, Rocio Vera Llanos, Marta Cecilia Jaramillo Mejía, Lina María Trejos Trejos.

4.3.1. Antecedentes

Las infecciones transmisibles de la infancia, a principio del siglo pasado, causaban la muerte prematura a miles de niños y niñas, en la región de las Américas, pues solo se contaba con la vacuna contra la viruela. Con el tiempo, se han desarrollado vacunas que han permitido dejar en evidencia, que la inmunización es la medida de salud pública más económica, para prevenir la enfermedad y la muerte de los niños y niñas.

4.3.1.1. A Nivel Internacional

En el año 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), con el propósito de poner al alcance de un mayor número de niños y niñas los beneficios de la vacunación. Este programa fue lanzado en las Américas en 1977 y se concentró en seis enfermedades en cuatro productos biológicos: Vacuna DPT contra la difteria, la pertussis (tosferina) y el tétano; vacuna contra el sarampión; vacuna BCG, contra la tuberculosis y la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP). Para ese momento la cobertura solo alcanzaba el 25 al 30 % de los niños y niñas de la región.

La OPS creó un fondo rotatorio del PAI (1979), para apoyar los países de la región que tenían dificultades económicas y asegurar el suministro de vacunas de alta calidad y bajo costo. Este esfuerzo se tradujo en un progreso en la cobertura de vacunación en los menores de un año de edad, alcanzando logros como la campaña de erradicación de la poliomielitis, la reducción del 99 % de la transmisión del sarampión entre 1984 y 1994 y la coordinación interagencial e intersectorial para promover otras metas. En 1994 la Conferencia Sanitaria Panamericana, aprobó la resolución de eliminar el sarampión para el año 2000, al igual que el fortalecimiento y desarrollo de los servicios de salud y la focalización de acciones sobre grupos de alto riesgo para el cuatrienio.

En el año 2003, se inició la Semana de la Vacunación en las Américas (SVA), esfuerzo inigualable, liderado por los países de América Latina y el Caribe, para fortalecer el Programa Ampliado de Inmunización en la región. Esta iniciativa tiene como fin, llegar a las poblaciones con acceso limitado a los servicios de salud y con mayor riesgo de contraer enfermedades prevenibles, mediante vacunación, realizando múltiples campañas de comunicación social, para promover la vacunación como una importante medida de salud preventiva.

4.3.1.2. A Nivel Nacional

La Historia del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Colombia ha sido, ante todo un incesante proceso de comunicación. Las señales iniciales de este proceso fueron emitidas desde centros de decisión internacional como la OMS y la OPS desde 1974, cuando son adaptadas por el Ministerio de Salud de Colombia para hacerlas llegar a la población.

Colombia, adoptó el PAI como “el resultado de una acción conjunta de todos los países, con alto nivel técnico y respaldo político para lograr coberturas universales de vacunación que contribuyeran a disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles que afectan a la población menor de cinco años” (MPS, 2008).

Colombia cuenta con uno de los programas más amplios de América Latina, en término de número de biológicos incluidos en el esquema : Tuberculosis B, Triple viral (sarampión, paperas, rubeola), pentavalente (difteria, pertusis, tétanos, hepatitis B y haemophilus influenza), fiebre amarilla, influenza, rotavirus y neumococo. La vacuna bivalente: rubeola y sarampión, se viene utilizado desde el 2002 para cubrir brotes y contribuir a la eliminación de sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita.

Se ha fijado como meta para lograr el umbral de inmunidad comunitario en el país, mantener una cobertura de vacunación igual o por encima del 95 %, principalmente en menores de cinco (5) años, para disminuir la mortalidad y la morbilidad ocasionadas por las enfermedades, hasta erradicarlas.

Dentro de las metas está consolidar la certificación de la erradicación de la poliomielitis, erradicar el sarampión, eliminar el tétanos neonatal, garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto del PAI, controlar problemas de salud pública que se puedan intervenir a través de la vacunación y reducir la morbilidad y mortalidad por meningitis tuberculosa, difteria, tos ferina, rubéola y rubéola congénita, neumonías, meningitis y epiglotitis por haemophilus influenzae tipo b, hepatitis B y fiebre amarilla.

En el 2011, el Ministerio de la Protección Social buscando la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita realiza Intensificación Nacional de Vacunación contra el Sarampión y Rubéola, con prioridad en los departamentos de Atlántico, Magdalena y Bolívar y los distritos de Barranquilla, Santa Marta y Cartagena, debido a la presencia de casos confirmados en la ciudad de Barranquilla, para luego desplegarla en el resto del país.

4.3.1.2.1. Logros del PAI. Uno de los logros a nivel nacional es la introducción de nuevas vacunas :

- Vacuna Pentavalente (2002 - 2003)
- Vacuna contra Influenza Viral, niños de 6 a 23 meses (2007)
- Vacuna contra Neumococo, niños de riesgo menores de 2 años (2006 - 2007) y a partir del 2010, para todos los niños que nacieron a partir del 1 de Octubre.
- Vacuna Rotavirus, niños de bajo peso al nacer (2008)

4.3.1.3. A Nivel Local

El Municipio de Santiago de Cali, para el desarrollo del Programa Ampliado de Inmunizaciones, sigue los objetivos y lineamientos del Programa PAI del Ministerio de la Protección Social. Se ha colocado como meta en los ODM lograr una cobertura del 95% en todas las vacunas del PAI, para los niños y las niñas menores de cinco (5) años, no solamente la DPT y el triple viral que son los biológicos establecidos para el objetivo 4.

En el 2005, la Secretaría de Salud Pública Municipal con el fin de fortalecer las acciones de control de la mortalidad por neumonía en niños, promueve la inclusión de la vacuna contra neumococo en niños (este biológico previene la mortalidad por enfermedad invasiva neumococica: neumonías y meningitis), especialmente, en niños con factores de riesgo asociados a la mortalidad por neumonía, que residían en comunas de riesgo y por tanto, de alta vulnerabilidad social, lo que finalmente se concretó en un proyecto piloto local (coordinado por el Dr. Jorge A. Holguín Ruiz, médico Otorrinolaringólogo del Grupo Atención al Niño), que se desarrolló con recursos municipales asignados al Área de Aseguramiento y Red de Servicios de esta Secretaría y la participación activa de directivos y personal de salud de las Empresas Sociales del Estado, iniciativa que luego fue adoptada a nivel nacional, cuando en Noviembre de 2010, el Ministerio de la Protección Social, incluye este biológico en el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

4.3.2. Objetivos

Erradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, contempladas en el esquema del PAI adoptado para Colombia, con el fin de interrumpir las cadenas de transmisión, disminuyendo las tasas de mortalidad y morbilidad, prioritariamente en la población objeto del PAI.

4.3.3. Competencias

El municipio de Santiago de Cali cumple con las siguientes competencias en el PAI:

- Distribución de biológicos a IPS públicas y privadas, según programación local.
- Apoyo técnico, administrativo y logístico para el desarrollo del programa regular y las acciones de intensificación de vacunación.
- Seguimiento y evaluación de las coberturas de vacunación.
- Acciones de vigilancia en salud pública, en la investigación de casos y búsqueda activa de contactos.
- Realiza estrategias de canalización y de Información, Educación y Comunicación (IEC).

4.3.4. Operación del Programa

En cuanto a la operatividad del PAI, en 1991 la Secretaría de Salud Pública Municipal, designa como Coordinadora del Programa a la Enfermera Nancy Landazábal García, hasta el año 1999, cuando asume la Enfermera Liliana Alarcón Luna, hasta la fecha.

4.3.5. Estrategias

El 95 % de las IPS públicas y privadas del Municipio de Santiago de Cali, utilizan la estrategia de “Vacunación sin barreras” [76] que permite la ampliación de horarios para facilitar el acceso al servicio, fortalecer la promoción y la demanda inducida con la activa participación de las EPS del subsidiado y contributivo y la participación de grupos de la comunidad.

4.3.6. Vigilancia epidemiológica

La vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas, tiene por objetivo establecer de forma regular la distribución en tiempo, lugar y persona de los sucesos relacionados con las enfermedades prevenibles por vacuna. Identificar los cambios en las tendencias de los eventos relacionados con las enfermedades prevenibles por vacunas. Aportar información operativa para la toma de decisiones. Mejorar la notificación, los registros, la elaboración, presentación y análisis de datos de la vigilancia de los acontecimientos relacionados con las enfermedades prevenibles por vacunas. Fomentar el desarrollo de investigaciones que complementen el proceso de vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas, entre otros.

Para medir y controlar el impacto de la vacunación se realizan actividades de vigilancia epidemiológica y de salud pública, con notificación estricta, de acuerdo con el tipo de biológico y la meta de control de la enfermedad:

1. Poliomielitis: notificación de casos probables de parálisis flácida aguda, en menores de 15 años. La “Tasa de Búsqueda de Parálisis Flácida Aguda” entre 2005 y 2007 fue de 0.7 y 0.53 casos por 100,000 y entre los años 2006 y 2008 estuvo en 1.77 y 1.02 casos por 100,000 menores de 15 años. La meta para Colombia es tener una tasa ≥ 1 por 100,000 menores de 15 años.[40]
2. En los últimos cinco años no se han reportado nuevos casos de hepatitis B en menores de cinco años; hecho importante pues la eficacia de la vacuna es de 100 % en neonatos y 90 % en adultos y adolescentes.
3. A pesar de tener coberturas útiles con pentavalente o DPT, se ha encontrado en los últimos años, tasas de incidencia de tosferina en menores de cinco años, por encima del promedio nacional. Entre 2004 y 2007 hay una tasa de tosferina de 45.1, 48-6 y 32.2 casos por 100,000 niños y niñas menores de cinco años.
4. Asegurar la aplicación de la segunda dosis de HIB, cuya protección es cercana al 100 %.
5. La vacuna antituberculosis, busca prevenir la meningitis tuberculosa: la tasa de incidencia en 2007 y 2008 es de 2,26 y 0,57 por cada 100,000 niños y niñas menores de cinco años, respectivamente.
6. Se hace seguimiento con la búsqueda activa de sarampión y rubeola, de 2004 a 2008 no hubo casos confirmados.
7. Desde que se inició la vacunación anti amarílica en el esquema (2005), el reporte de casos ha sido negativo.
8. A septiembre 30 de 2011, todos los biológicos cumplen con la meta de cobertura esperada.
9. Para verificar las coberturas útiles se realiza monitoreo rápido de coberturas de vacunación, con un muestreo aleatorio en cada comuna, utilizando la metodología del Ministerio de la Protección Social.

4.3.7. Capacitación

Para el desarrollo de acciones integrales del PAI se tiene en cuenta que el nivel técnico del recurso humano obedezca a las necesidades del PAI y se planifica la capacitación para que el Programa tenga talento humano experto permanentemente. La Secretaría de Salud Pública Municipal desarrolla en convenio con el SENA, un programa de Evaluación de competencias en vacunación, donde participa personal profesional y técnico del programa de las Empresas Sociales del Estado y de las Empresas Promotoras de Salud y se realiza una actividad mensual de educación continua en vacunación.

4.3.8. Comunicación, Educación y Movilización Social

Las actividades de información, educación y comunicación como apoyo al PAI son parte de una estrategia que puede contribuir a generar cambio de actitud de los trabajadores de salud y de la población, lograr coberturas óptimas de vacunación y mantener la confianza en los programas nacionales de inmunización. Estas actividades apuntan a brindar conocimiento, desarrollo de destrezas y habilidades a nivel personal, familiar y comunitario. La adquisición de conocimientos básicos sobre vacunación es uno de los objetivos más importantes de la educación a la comunidad.

Este objetivo se logra mediante diversas estrategias, como talleres de capacitación dirigidos al personal de salud, charlas a la comunidad por parte del personal de salud, mensajes a través de los medios de comunicación, representación gráfica de eventos y coberturas de vacunación (salas situacionales), afiches, carteleras y otras formas de educación no formal.

Por otra parte, ningún programa de salud pública puede tener el impacto esperado si no se sensibiliza adecuadamente a la comunidad para que se informe, acepte y tome parte activa en las acciones de promoción y prevención. En Cali, durante las jornadas de vacunación, tanto nacionales, como locales y en los barridos y monitoreos rápidos de coberturas, se busca la participación activa de otras instituciones, del personal de salud y la comunidad en general.

4.3.9. Monitoreo, Supervisión y Evaluación

Teniendo en cuenta que la calidad es directamente proporcional a la eficacia y a la eficiencia mediante la cual se ejecutan los procesos. En el PAI, estas dos características están relacionadas con el logro de coberturas mayores del 95 % en el 100 % de todos los biológicos y en cada grupo objeto de atención. En este sentido, se realiza supervisión al recurso humano que desarrolla tareas de vacunación o vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles. Esta actividad es parte de un proceso continuo de capacitación, adiestramiento y control de las tareas asignadas, que contribuye al mejoramiento de los procedimientos y posibilita el cumplimiento de los objetivos trazados.

En cuanto al seguimiento, se verifica periódicamente que el trabajo se esté desarrollando de acuerdo con lo planeado, identificando las causas de incumplimiento de las metas y adoptando las medidas pertinentes en forma inmediata y oportuna para su corrección. En cuanto a la evaluación, periódicamente se analiza el desarrollo del programa, mediante la revisión de información estadística, sobre el cumplimiento de actividades, objetivos, metas, resultados e impacto.

4.3.10. Estudios realizados

4.3.10.1. Cobertura vacunal en niños de 12 a 47 meses de edad en estratos 1 y 2 de la zona urbana de Cali, año 2002. Jorge H. Rojas, Helmer Zapata, Alberto Alzate, Álvaro Rodríguez. Colombia Médica 2002

4.3.10.1.1. Objetivo Estimar la prevalencia de vacunación con esquema completo en los niños de 12 a 47 meses de edad de los estratos 1 y 2 de la zona urbana de Cali en el año 2002 según biológicos y las categorías de las variables socio-demográficas de la familia, la madre y del niño.^[77]

4.3.10.1.2. Resultados Se obtuvo como resultado que la cobertura de vacunación con esquema completo de primer año fue 65.8 % (62.1-69.5), con diferencias significativas por estratos uno y dos.⁹¹ En el grupo de 12 a 47 meses, las coberturas según biológico más bajas fueron para anti-Haemophilus influenzae tipo B fue 71.8 % (68.6-75) y anti-hepatitis B 92.2 % (90.1-94.3). Además se encontró relación estadística⁹² al comparar las coberturas de vacunación con la edad de la madre, escolaridad de la madre, tiempo que trabaja la madre, ingresos familiares y tipo de afiliación al sistema de salud. Así mediante esta investigación se llega a la conclusión que a pesar de que la norma del Ministerio de Protección Social de Colombia establece como mínimo 95 % de cobertura vacunal, en la práctica las coberturas vacunales de la población estudiada para algunos biológicos fueron bajas.

4.3.11. Cumplimiento de los objetivos del PAI

Las coberturas de vacunación en casi todos los biológicos, tuvieron coberturas muy bajas (alrededor del 50 %) en los años 1999 y 2000, pero a partir del año 2001 empiezan a aumentar logrando mantener coberturas cercanas o superiores al 100 %. Este es el caso de la vacunación antipolio, DPT, antihepatitis B, HIB (Haemophilus influenza tipo B), BCG (después de 2005 se cuantifica con la vacuna pentavalente), a partir de 2005 se incluye en la vacuna antiamarilica para los niños entre 12 y 23 meses, logrando coberturas útiles.

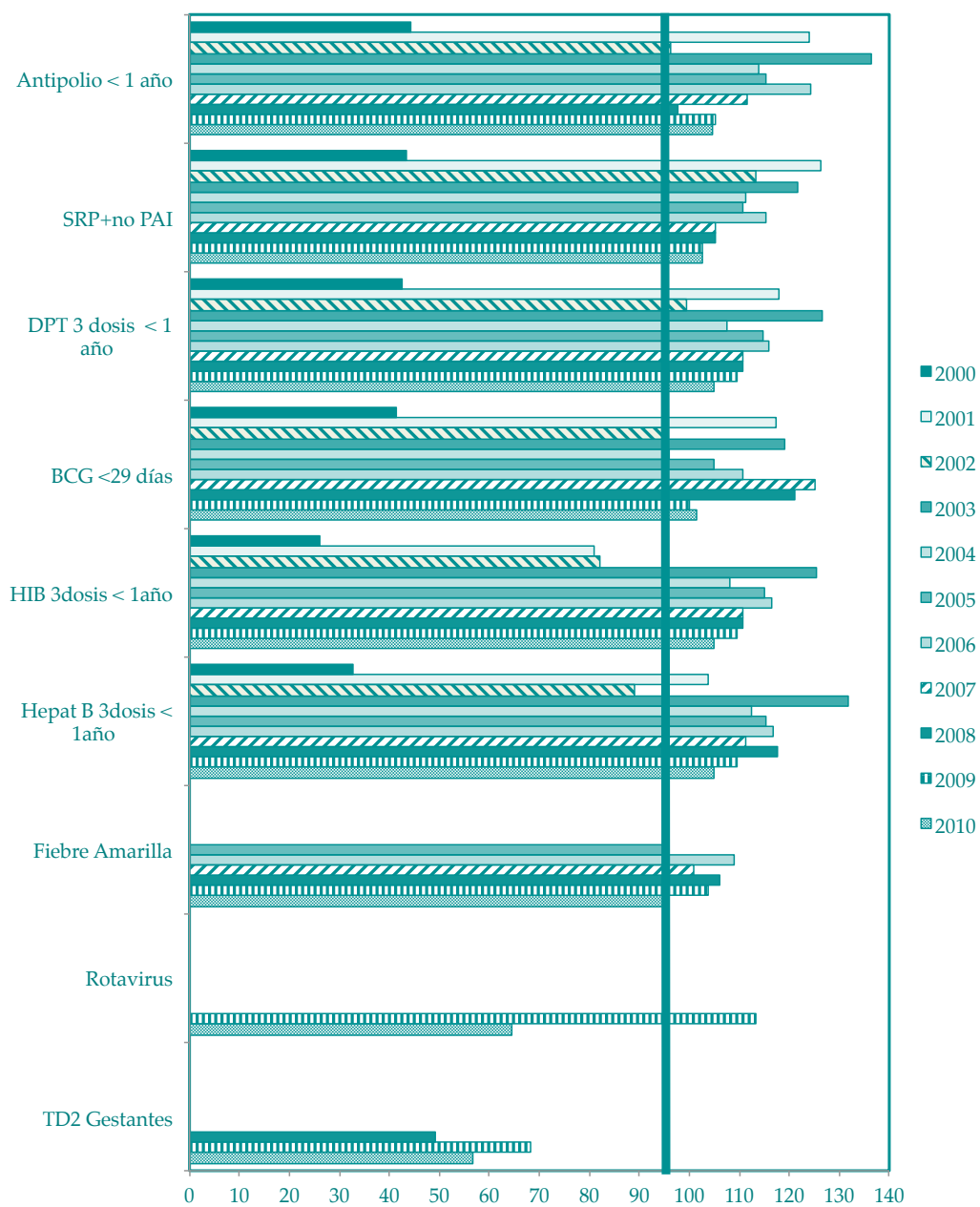
En el 2010, las coberturas para niños menores de 1 año, son mayores del 100 % en todos los biológicos (se vacunan niños de los municipios cercanos). Las coberturas para rotavirus y la fiebre amarilla son menores al 95 % (Gráfico 29).

Comparando las coberturas del Municipio de Santiago de Cali, con otras ciudades, se encuentra que Cali tiene las mayores coberturas en todas las vacunas (Gráfico 30), excepto en BCG y Triple viral, en las que Medellín está por encima. Sobresale la cobertura de la vacuna antiamarilica, pues cumple con la meta de los ODM con una cobertura de 106 %. Colombia tiene una tasa de cobertura de 81 % y Bogotá de 74 %.

⁹¹ $\chi^2=42.4$, $p<0.05$

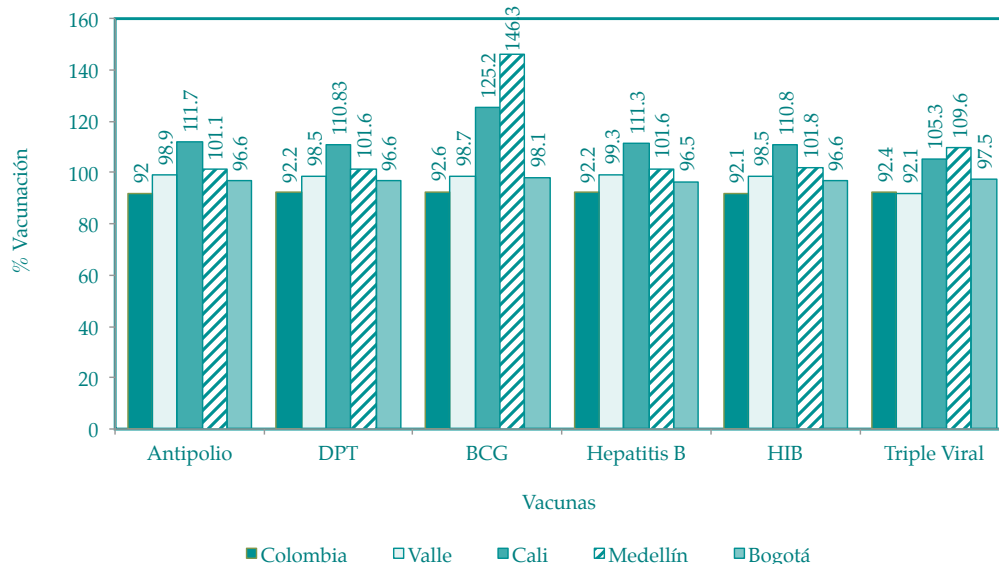
⁹² Prueba χ^2 , $p<0.05$

Gráfico 29. Coberturas de Vacunación en Menores de un año Municipio de Cali, 2000-2010



Fuente: Secretaría de Salud Municipal.

Gráfico 30. Cobertura de Vacunación según Biológico. Colombia y Ciudades Principales, 2008



Fuente: Programa PAI y VSP Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali

4.3.12. Logros y Retos

Después de tener coberturas muy bajas al inicio del 2000, se ha logrado mantener coberturas de vacunación por encima del 95 %, en los menores de 5 años en todos los biológicos del PAI y mantener el monitoreo rápido, que permite identificar la situación de bajas coberturas por comunas. Uno de los retos se orienta a la realización de estudios de mortalidad perinatal y de nacidos vivos con el fin de identificar problemas de mortalidad prevenible y de mejorar el sistema de información, para evitar la pérdida de registros de nacido vivo o de mortalidad temprana.

4.3.13. Limitantes del Programa

Uno de las limitantes del programa PAI, es el sistema de información que requiere fortalecerse en las instituciones de la red pública, puesto que algunas instituciones no disponen de equipos suficientes para atender la demanda de información de los programas. Igualmente no se ha instalado el software del Programa PAI en la Secretaría de Salud de Salud.

4.3.14. Publicación de la experiencia

El Programa PAI de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, realiza anualmente una publicación oficial donde se dan a conocer las coberturas obtenidas con todos los biológicos en la población menor de cinco años y vacunación contra TD para mujeres en edad fértil y las actividades que se realizan, como jornadas, monitoreos rápidos de cobertura y las actividades de asistencia técnica y capacitación.

4.3.15. Reconocimientos

El Municipio de Santiago de Cali fue reconocido en el 2010 y 2011 por el Ministerio de la Protección Social y el Programa Acción Social de la Presidencia de la República, como líder en atención a población en situación de desplazamiento por los resultados de los tres indicadores que la Política de Salud Pública establece para la población en situación de desplazamiento: cobertura útil en vacunación para los niños y niñas, atención oportuna a madres gestantes y aseguramiento del 99 % de personas.

En este capítulo se hace especial reconocimiento a los siguientes profesionales que en uno u otro momento han participado como responsables directos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI de la Secretaría de Salud Pública de Cali: Nancy Landazábal García, Liliana Alarcón Luna y a su equipo de trabajo.

Al Dr. Jorge A. Holguín Ruiz y al equipo de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud Pública Municipal, a los trabajadores de salud de las Empresas Sociales del Estado y Empresas Promotoras de Salud, y a la comunidad que participa en este proceso.

4.4. LACTANCIA MATERNA - INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAMI).

Yalila Yoda Céspedes, Elsa Patricia Muñoz, Luz Marina Melo Calero, Marta Cecilia Jaramillo Mejía, Rocio Vera Llanos, Mauricio Astudillo Rodas.

4.4.1. Antecedentes

La lactancia materna es la acción natural de alimentar al bebé con el alimento producido por la madre, conocido como leche materna, o en su defecto por una madre sustituta que asuma ese papel. Este alimento, además de ser la mejor opción que se le puede ofrecer al bebé en su primera hora de vida, es también un factor importante que influye en el desarrollo de cualquier sociedad, principalmente porque ofrece beneficios que ningún otro alimento proporciona: lo favorece en su adaptación al mundo, en su desarrollo psicoafectivo y en su relación con la madre; lo protege de enfermedades infecciosas, y es el alimento más nutritivo que existe, pues “estimula su desarrollo emocional y motriz, su coeficiente intelectual, su desarrollo visual, auditivo y comunicativo”. [78]

La protección, la promoción y el apoyo de la lactancia es una prioridad de desarrollo de cualquier país. Su logro tiene implicaciones de orden social, económico y ambiental de gran magnitud y en plazos de tiempo distintos. Hay estudios que documentan que la lactancia materna : salva vidas, favorece el crecimiento y desarrollo del niño, protege contra la diarrea y otras enfermedades infecciosas comunes, es buena para la salud y bienestar de la mujer, ahorra dinero y contribuye a la conservación del ambiente, puesto que es un recurso natural y renovable. [79]

4.4.1.1. A nivel Internacional

En el escenario internacional, la promoción de lactancia materna se fortalece en 1979, en una reunión conjunta OMS/UNICEF, sobre prácticas de alimentación infantil y se crea la necesidad de un código que reglamente la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. En 1981, la OMS adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, que buscaba proteger a los lactantes, al garantizarles una adecuada nutrición en los primeros meses de vida.

4.4.1.1.1. Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) En 1989, se firma una declaración conjunta entre la OMS y la UNICEF acerca de la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, en lo que se denominó: los diez (10) pasos hacia una lactancia feliz (Tabla 13), ratificada en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, en el año 1990. Para ese mismo año, en Florencia (Italia) se firmó la Declaración de Innocenti⁹³, como resultado del trabajo conjunto de los hacedores de política del programa: “la lactancia en el decenio 1990: una iniciativa a nivel mundial”. Esta declaración facultó a los Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) y a las Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia (IAMI) para que se acreditaran una vez alcanzaran los diez (10) pasos para una lactancia feliz.[80]

Tabla 13. Diez (10) pasos hacia una lactancia feliz.

-
1. Disponer de una política
 2. Capacitar a todo el personal
 3. Capacitar a las gestantes sobre la lactancia materna
 4. Iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto
 5. Enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia
 6. Dar a los recién nacidos leche materna en forma exclusiva
 7. Facilitar el alojamiento conjunto
 8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda
 9. No dar a los niños biberones y chupos
 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo
-

Fuente: UNICEF-Colombia, Lactancia materna.

La experiencia mundial ha demostrado que la estrategia IAMI es una de las intervenciones más costo-efectivas para disminuir morbilidad y mortalidad infantil y para favorecer el vínculo afectivo, pero lamentablemente, como ocurre con otras intervenciones, a pesar de que sabemos que funcionan, se han ido dejando de lado en pos de nuevas intervenciones dirigidas a atender situaciones de emergencia. Es necesario volver a insistir en estas estrategias e iniciativas de bajo costo que salvan vidas y mejoran el bienestar de las mujeres, de la niñez y las familias.

4.4.1.1.2. Semana Mundial de Lactancia Materna En 1992 se realiza en Roma la Conferencia Internacional de Nutrición y Plan de Acción de Nutrición y en este mismo año la WABA (alianza mundial a favor de la lactancia materna), UNICEF y la Red IBFAN, entre otras instituciones, promueven la realización de la “Primera Semana Mundial de Lactancia Materna” del 1 al 7 de Agosto, con el tema: “Hospitales Amigos de los Niños”, desde entonces anualmente en muchos países, entre éstos Colombia y en ciudades como Cali, se celebra esta semana, como un evento de promoción de esta práctica (Tabla 14).

En el escenario de la OPS, desde mediados de los 90, la región de América Latina presentaba un panorama complejo, con respecto a las prácticas de lactancia materna, especialmente la lactancia exclusiva para los primeros seis (6) meses de vida, por su baja tasa de prevalencia, en contraste con los altos índices del amamantamiento. A raíz de esta situación, la OPS pudo diferenciar dos (2) tipos de factores: los que están fuertemente relacionados con la decisión directa de la madre (tipo individual, familiar o comunitario) y los socioeconómicos que influyen también en la decisión de la madre. En consecuencia, fue posible estipular la importancia de

⁹³ “[...] meta mundial para la salud y la nutrición óptima de la madre y del niño, que todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente a pecho desde el nacimiento hasta los seis meses de edad [...]”. Declaración de Innocenti, Florencia (Italia) 1990.

los servicios de salud para el análisis adecuado de las causas del destete precoz y formular “estrategias efectivas” en pro de la lactancia materna.

Tabla 14. Semana Mundial de Lactancia Materna a través del Tiempo.

1992	: “Hospitales amigos de los niños”
1993	: “Lugares amigos de las madres y los niños”
1994	: “Lactancia materna : fuerza de la mujer”
1995	: “El código de sucedáneos de la leche materna”
1996	: “Lactancia materna : una responsabilidad de la comunidad”
1997	: “Lactancia materna : un recurso natural y renovable”
1998	: “Lactancia materna : la mejor inversión”
1999	: “Lactancia Materna: Educación para la vida”
2000	: “Lactancia materna: es tu derecho”
2001	: “Lactancia en la era de la información”
2002	: “Madres saludables, bebés saludables”
2003	: “En un mundo globalizado, por paz y justicia”
2004	: “Lactancia materna : satisfacción, seguridad y sonrisas”
2005	: “Lactancia materna y alimentación complementaria: Los alimentos de familia: caseros, sanos y saludables”
2006	: “Vigilando el Código: 25 años en defensa de la Lactancia materna”.
2007	: “Lactancia materna: La primera hora salva un millón de bebés!”
2008	: “Apoyando a la madre: ¡ganamos todos!”.
2009	: “Lactancia Materna: Una respuesta vital en emergencias. ¿Estamos preparados-as?”
2010	: “Lactancia Materna: Cumplamos los 10 Pasos! Hospitales amigos y Más”
2011	: “Hablemos de Lactancia Materna” Una experiencia en tercera dimensión (3D).

4.4.1.1.3. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño En mayo del 2002, los Estados miembros de la OMS firmaron en el marco de la 55a Asamblea Mundial de la Salud: la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”. Esta declaración, además de poner en conocimiento todas las disposiciones tratadas hasta ese momento, dio especial atención a las necesidades especiales de los niños y niñas en determinadas circunstancias, promoviendo políticas para la alimentación en el espacio y tiempo adecuado.

En mayo de 2006, en la 59 Asamblea Mundial de la Salud se reitera el apoyo a la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”, como un paso importante hacia el logro del cuarto objetivo de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad infantil), se insta a los estados miembros a renovar su compromiso para cumplir con el Código de Sucesos de Lactancia Materna, a la reactivación de los Iniciativa Hospitales Amigos del Niño, para proteger, promover y apoyar la lactancia natural y se pide a los donantes y a las instituciones internacionales que dirijan recursos financieros para que los Estados Miembros puedan realizar estas actividades.

4.4.1.1.4. Objetivos Los objetivos de las actividades de lactancia materna, en general, han estado orientados al desarrollo de un ambiente en el que las madres puedan amamantar a sus hijos exclusivamente durante los primeros seis meses de vida y a continuar la lactancia con alimentos complementarios apropiados hasta el segundo año de vida. Apoyar el desarrollo de la

capacidad técnica de los equipos de salud a fin de crear las condiciones para que la comunidad, junto con sus servicios de salud, promuevan, protejan y apoyen el amamantamiento.

4.4.1.1.5. Estrategias Para lograr estos objetivos, la OPS propuso siete (7) estrategias que estaban encaminadas al fomento de la lactancia materna: 1) promocionar la lactancia materna a través de programas de mercadeo, educación y comunicación; 2) proteger la lactancia a través de leyes, tratados y acuerdos; 3) ofrecer apoyo a las madres de manera práctica y oportuna; 4) coordinar a los organismos de salud; 5) contar con un sistema eficaz de transmisión de la información; 6) realizar programas de educación en todos los niveles; 7) contar con un proceso investigativo que permitiese la identificación de nuevas técnicas y conocimientos.

4.4.1.2. A Nivel Nacional

En el plano nacional, la promoción de la lactancia materna, a cargo del ICBF, se inició con la expedición del Decreto 1220 de 1980, mediante el cual se ratificó el compromiso por cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. En 1985, mediante la formulación del programa SUPERVIVIR, se hizo mención de actividades que debían ser encaminadas a favor de la nutrición y la lactancia materna. Es así como, a través de la ley 12 de 1991, Colombia adoptó la iniciativa internacional de los diez (10) pasos hacia una lactancia feliz, cuyo propósito principal fue implementar la lactancia materna como una estrategia de supervivencia infantil, e igualmente, de acuerdo a lo expresado por PROINAPSA-UIS (2005):

“[...]a fin de contribuir a la disminución de las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, derivadas del consumo inadecuado de fórmulas infantiles y del inicio precoz de alimentos complementarios, que de manera errada aún se estimula en muchas instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS.” [81]

En 1991, el entonces Ministerio de Salud formuló el Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna (1991-1994), para fomentar la lactancia materna en todo el territorio, con la participación de diferentes actores que permitieran el mejoramiento del nivel de vida de los niños, niñas y las madres.

4.4.1.2.1. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) La Iniciativa se remonta a principios de los 90 cuando surge principalmente orientada a promover y proteger la lactancia materna, como una estrategia de supervivencia infantil enmarcada en el Plan Nacional de Lactancia Materna que por aquellos años impulsó el entonces Ministerio de Salud. Esta propuesta surgió al calor del estímulo que representó el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de Jefes de Países para la Infancia celebrada en la ONU, en Nueva York (septiembre de 1990), y procura el cumplimiento de los «Diez Pasos para una Lactancia Exitosa» orientados al fomento y apoyo de la lactancia materna a fin de contribuir a la disminución de las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, derivadas del consumo inadecuado de fórmulas infantiles y del inicio precoz de alimentos complementarios, que de manera errada aún se estimula en muchas instituciones prestadoras de servicios de salud.

En Colombia la Estrategia IAMI ha tenido tres momentos históricos. El primero, se inició en 1990 con la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños, estaba dirigido a fomentar la práctica de la lactancia materna como la forma óptima de alimentación de recién nacidos y niños menores de 2 años. Este periodo que abarcó cerca de una década, permitió importantes avances en la recuperación de esta práctica natural de alimentación infantil. El segundo momento fue de transición que estuvo marcado por profundas reflexiones y debates para la integración de acciones

y constantes esfuerzos para la revisión, ajuste y homologación de criterios, que concluyó con el replanteamiento de los diez pasos de la nueva Estrategia IAMI con enfoque integral y de derechos humanos con que hoy se cuenta y con la cual se pretende inaugurar una nueva etapa de la estrategia, que brinde más y mejores herramientas para la atención con calidad, continuidad e integralidad de las madres, niñas y niños del país.

El reconocimiento de las instituciones prestadoras de salud como Amigas de la Mujer y la Infancia, significa el cabal cumplimiento de estándares de calidad en la atención de la salud de mujeres, madres, niñas y niños, basados en la integralidad de acciones, en la continuidad de los cuidados tanto al interior de las instituciones de salud como los que se prestan en los hogares y las comunidades, y en la atención humana a las madres, niñas y niños y sus familias desde una perspectiva de Derechos.

4.4.1.2.2. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición. Con la entrada del nuevo milenio, se consideró que la Iniciativa IAMI resultaba más efectiva asociándola con otras estrategias (como AIEPI) en un marco más general, desarrollando un enfoque integral en la salud materno infantil.⁹⁴ Con la expedición de la Circular 032 del 9 de junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social, nuevamente refuerza las actividades de apoyo a la lactancia materna:

“[...] donde se invita a desarrollar las actividades de fomento y movilización social en torno a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y a fomentar la organización de grupos de apoyo tanto institucionales como comunitarios [...]” [82]

4.4.1.2.3. Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 - 2020. El Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 - 2020 “Un imperativo público para la protección y la alimentación adecuada de los niños, y niñas menores de dos años”, inició su divulgación en agosto de 2010, en desarrollo del marco de la Política Nacional de Primera Infancia y de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, bajo la coordinación del Ministerio de la Protección Social, con el apoyo de la Agencia Presidencial para la Acción Social, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y se enmarca en compromisos internacionales y nacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

Este Plan responde a las limitaciones identificadas en la evaluación del Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 1998- 2008, al acoger los más recientes lineamientos internacionales sobre el particular y al armonizar las acciones nacionales y territoriales en un marco amplio de derechos de la primera infancia y del derecho a la alimentación. Se espera que este Plan logre el compromiso de la sociedad en su conjunto y que así como fue formulado a través de un proceso en el que participaron las Entidades territoriales, las EPS del Régimen contributivo y subsidiado, Instituciones prestadoras de servicios de salud, expertos en lactancia materna, el ICBF y representantes de la academia, tenga igual acogida en su ejecución.

4.4.1.3. A Nivel Local.

En el escenario local, el desarrollo del Programa de Promoción de la Lactancia Materna y Supervivencia Infantil se gestó inicialmente a través de un convenio entre la Embajada de Estados Unidos y la USAID, en colaboración con UNICEF y bajo la dirección del Área de Salud

⁹⁴Ver apartado 2.2.5.1

de la Vicepresidencia Social de la Fundación FES, que estaba a cargo de la doctora Elsa Patricia Muñoz Laverde⁹⁵. El programa tuvo una duración específica desde 1993 hasta 1996. Su objetivo principal, fue retomar las experiencias exitosas que se estaban dando a nivel nacional, alrededor de la lactancia materna, con la participación de diversos estamentos (públicos y privados), orientados por los siguientes lineamientos: educación para la salud, introducción a los servicios y la formación del personal e investigación. En palabras de la doctora Muñoz:

“De manera específica en la ciudad de Cali, se cofinanciaron proyectos de la Secretaría de Salud Municipal para la validación de material educativo (mantas), programas educativos a profesionales de salud, con la participación del Dr. Jairo Osorno como asesor, y dotación de material educativo (mamas, audio/video y estudios exploratorios). Los resultados de los proyectos, eran documentados en informes que presentaban las entidades cofinanciadas y compilados por la Fundación FES para los informes presentados a USAID y a la Embajada de Estados Unidos”.

Una vez terminado el convenio, la promoción del programa de lactancia materna fue asumida por UNICEF a través del Ministerio de Salud. De manera paralela al convenio y a partir del año 1993, la Secretaría de Salud Pública Municipal comenzó a liderar, de manera intermitente, actividades que promovieran la lactancia entre la población caleña al tiempo que buscaba la apropiación por parte de las madres gestantes de los beneficios de esta práctica.

En 1992, se crea en Cali, el Comité Interinstitucional de promoción y apoyo a la lactancia materna⁹⁶, mediante el Decreto 1134 del 24 de Agosto firmado por el entonces Alcalde de Cali, Dr. Rodrigo Guerrero Velasco y como Secretario de Salud Municipal, el Dr. Alberto Concha Eastman (que ha funcionado intermitentemente hasta la actualidad).

4.4.1.3.1. Estrategia IAMI En el año 1995 después de trabajar arduamente en el cumplimiento de los “Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Materna” de manera mancomunada con los directivos y personal de salud de la red pública, se logro la certificación de los cinco hospitales: Cañaveralejo, Carlos Holmes Trujillo, Carlos Carmona y Joaquín Paz Borrero, por parte de UNICEF, que era el organismo internacional responsable de verificar el cumplimiento de los estándares de esta Iniciativa y otorgar la certificación.

En el año 2007, con el Plan Nacional de Salud Pública, que promueve entre otras estrategias para mejorar la salud infantil (Objetivo 1 de este Plan) la Estrategia IAMI, se retoman las acciones conducentes a su fortalecimiento, siguiendo los lineamientos de la primera versión “Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el marco de los derechos”, que ha sido ajustada en tres ocasiones (Mayo de 2008, Febrero de 2010 y Enero de 2011).

En el Plan de Desarrollo Territorial 2007-2011, La Secretaría de Salud de Cali, estableció como meta la re-acreditación de los cinco hospitales como IAMI, tarea en la cual ha estado empuñada en los últimos cinco años, inicialmente haciendo parte del Grupo Atención al Niño y luego como parte de la Línea de Seguridad Alimentaria y Nutricional. El trabajo ha estado enfocado al cumplimiento de los Diez Pasos de la Estrategia IAMI y a los Criterios Globales que se aceptan como los estándares a lograr, para convertirse en una Institución Amiga de la Mujer y la Infancia. En este proceso la voluntad política de los directivos y personal de salud de las instituciones juega un papel importante, pues de ellos depende que se avance o retroceda. El primer paso es realizar una auto-apreciación (se cuenta con instrumentos estandarizados) de

⁹⁵Médica Epidemióloga, Secretaría de Salud de Cali, ex coordinadora del Área de Salud de la Vicepresidencia Social de la Fundación FES.

⁹⁶ Cuyos objetivos son, entre otros: promocionar y celebrar la Semana Mundial de Lactancia Materna, socializar las actividades que realizan las instituciones de salud y mantener actualizado al personal de salud, en el tema de lactancia materna.

sus prácticas vigentes con respecto al cumplimiento de los Diez Pasos, que se convierte a la vez en la línea de base para evaluar el proceso periódicamente (se recomienda cada tres meses) y tomar decisiones.

Cuando la institución de salud cumple entre el 90 y 100 % de los indicadores de cada uno de los pasos del formulario de auto-apreciación, se solicita la evaluación externa, a través de la cual se califica el cumplimiento de los criterios globales en la institución y permite al equipo de evaluadores externos reportar el grado de cumplimiento a la autoridad competente (municipal o departamental,) para definir su reconocimiento como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia e informa sobre su decisión al Ministerio de la Protección Social y a Unicef, quienes avalan el proceso y solicitan preparar el evento de acreditación.

Este proceso se ha seguido en Cali, inicialmente en el 2009 y 2010 con el acompañamiento de la Fundación Santa Fe de Bogotá y en el 2011, con un Grupo de Evaluadores Externos de la ciudad de Pasto. Producto de este trabajo, en Marzo de 2011, se logro la acreditación de dos de los cuatro hospitales que en estos momentos cuentan con sala de partos funcionando. Estas instituciones son : Hospital Primitivo Iglesias (ESE Centro) y Hospital Cañaveralejo (ESE Ladera), quedando pendientes los Hospitales Carlos Carmona y Carlos Holmes Trujillo, quienes están trabajando para obtener este logro y al finalizar el 2011, tienen porcentajes de cumplimiento cercanos al 50 y 60 % respectivamente.

4.4.2. Estudios realizados

“Encuesta sobre conocimientos y prácticas en gestantes”, para determinar la apropiación de la práctica de lactancia materna en gestantes atendidas en instituciones hospitalarias públicas y privadas de Santiago de Cali para la atención del parto en el periodo 2003 a 2006. Se aplicaron 621 encuestas a púérperas que se encontraban en las salas de hospitalización en el momento de la visita de un profesional de la Salud de la Secretaria de Salud Pública Municipal o de la IPS con previo consentimiento. Entre otros resultados, se encontró que el 68 % de las madres que procedían de Cali, iniciaron la lactancia dentro de la hora siguiente al nacimiento.

Tabla 15. Estudios realizados sobre Lactancia.

Año	Título
1991	Lactancia materna en zonas marginales de grandes ciudades
1992	Lactancia materna en instituciones de salud de grandes ciudades
2001	Conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de mujeres y personal de salud del Valle del Cauca.
2002	Representaciones sociales de lactancia materna exclusiva en Cali, Colombia
2003	Lactancia exclusiva en Cali
	Entre otras investigaciones en curso.

En cuanto al apoyo que dieron los servicios de salud para la práctica de lactancia se encontró que solo al 24. % de las madres les dieron recomendaciones para amamantar y en igual porcentaje les ayudaron a colocar el bebe al seno. En cuanto a conocimientos sobre lactancia, alrededor del 60 % de las madres, conocían acerca de lactancia exclusiva (frecuencia de amamantamiento, tiempo de duración), cada cuanto dar de lactar, enfermedades que se previenen

con la lactancia materna y beneficios para la madre. Este estudio fue realizado por la Enfermera Yalila Yoda Céspedes, con el apoyo técnico de la Dra. Elsa Patricia Muñoz Laverde.

Los estudios más significativos con relación a lactancia, en Cali y Colombia, han sido realizados por el equipo de investigación en salud de la Fundación FES, los cuales han servido de marco de referencia para algunas de las actividades de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Algunos de estos estudios son :

4.4.3. Cumplimiento de los objetivos de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna

En lo que respecta a los resultados obtenidos de los programas adelantados para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, se expresa que para 2004, el país contaba con 186 instituciones (IPS) acreditadas⁹⁷ IAMI, de las cuales cuatro (4) eran del Municipio de Santiago de Cali: Hospital Primitivo Iglesias, Hospital Joaquín Paz Borrero, Hospital de Cañaveralejo y Carlos Holmes Trujillo.

Tabla 16. Duración de Lactancia Materna.
Colombia, Valle del Cauca y Cali, 2005 y 2010

ENDS 2005	Lactancia Total	Lactancia Exclusiva
Colombia	14.9	2.2
Valle*	10.7	3.2
Cali	18.5	3.2
ENDS 2010	Lactancia Total	Lactancia Exclusiva
Colombia	17	3.3
Valle*	10.6	1.9
Cali	15.6	0.8

Fuente : ENDS 2005 y 2010

* Valle sin Cali, ni Litoral Pacífico.

Según las ENDS 2005 y 2010, la duración total de lactancia en Colombia, paso de 14.9 meses en 2005 a 17 meses en el 2010 (cifra inferior a la recomendación internacional de 24 meses). En lo que respecta a la lactancia exclusiva, Colombia pasó de 2.2 meses en 2005 a 3.3 meses en 2010. Las cifras para Cali no son alentadoras, puesto que se pasó de 18.5 meses de lactancia total a 15.6 meses y en cuanto a lactancia exclusiva, de 3.2 meses a 0.8 meses (práctica no apropiada para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños, por cuanto lo recomendado por la OMS y el Ministerio de la Protección Social, es que sea de 6 meses). En el Valle del Cauca las cifras de lactancia total permanecieron estables y la lactancia exclusiva paso de 3.2 a 1.9, declinando en 1.3 meses (Tabla 16). Según la ENDS 2010, en el Municipio de Cali, el 67 % de las madres inició la lactancia dentro de la primera hora de nacimiento del bebé (práctica recomendada para contribuir a disminuir la mortalidad en la primera semana de vida).

Como conclusión puede decirse que los resultados presentados en las ENDS 2005 y 2010, no son los esperados, puesto que se evidencia en el Municipio de Santiago de Cali una disminución de la lactancia total de 2.9 meses (pasó de 18.5 a 15.6 meses), que pudiera explicarse por las barreras de acceso a los servicios de salud (de tipo geográfico y administrativo).

⁹⁷ Reconociendo que la acreditación es por tiempo limitado, las instituciones se comprometen a llevar procesos de evaluación y re acreditación.

4.4.4. Publicaciones

No se han realizado publicaciones que recojan esta experiencia, sin embargo, se han realizado informes puntuales relacionadas con actividades como la Semana Mundial de Lactancia Materna, en los boletines de la Alcaldía de Cali y en los diarios de la ciudad.

4.4.5. Reconocimientos

En este capítulo se hace especial reconocimiento a los siguientes profesionales que en uno u otro momento han apoyado y hecho posible las acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en Cali: Alberto Concha Eastman, María Eugenia Villaquirán de González, María Eugenia Carvajal de Guerrero, Elsa Patricia Muñoz Laverde, Melba Franky de Borrero.

A Yalila Yoda Céspedes, quien ha sido la responsable de las actividades de lactancia en la Secretaría de Salud Municipal y ha dedicado los últimos 18 años de su vida a trabajar este interesante tema, que ha sabido combinar, con el arte y la cultura.

Al Dr. Jairo Osorno, porque con su conocimiento y experiencia, hizo que muchos profesionales de los servicios de salud y estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad del Valle, se interesaran por el tema de lactancia materna.

A las enfermeras jefes de las salas de partos de los hospitales de la red pública, especialmente a Amanda Ortiz, quien trabajo con mucho interés hasta lograr la re-certificación del Hospital Primitivo Iglesias, como un Hospital amigo de la Mujer y la Infancia - IAMI, en el 2010.

Al Dr. Julio Cesar Mateus y al grupo de investigación de la Fundación FES, por sus aportes en el área de la investigación en lactancia materna a nivel local y nacional.