

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO PRIMER TRIMESTRE 2011 CAPITULO I HOSPITAL DE USME E.S.E. I NIVEL

CRÉDITOS

Dra. Liliana Paternina Macea
Gerente Hospital de Usme

Dra. Sandra Benavides Zarate
Subgerente de atención en salud

Dra. Fanny Sandoval
Coordinación de Salud Pública – PIC

Lic. Nancy Rodríguez Chaparro
Coordinación VSP

Dr. Guillermo Gutiérrez Torres
Epidemiólogo ASIS – VSP

Dra. Contanza Siachoque
Coordinadora odontología

Lic. Andrés Pérez
Coordinador ámbito familiar

Lic. Diego Carrillo
Coordinador ámbito escolar

Dr. Andrés Medina
Profesional de Apoyo

Lic. Nury Corredor
Profesional de Apoyo

Lic. Jenny Sánchez
Profesional de Apoyo

Equipo de Salud Pública

El boletín epidemiológico es un instrumento que busca dar a conocer el comportamiento de diferentes eventos de interés para la salud pública, los cuales afectan a la comunidad y deben ser tenidos en cuenta al momento de tomar decisiones efectivas para disminuir su ocurrencia.

Esta herramienta permite conocer las condiciones en las que ocurren estos eventos, factores como la edad, el sexo, la ubicación geográfica, el nivel educativo o socioeconómico entre otros, puede brindar una mirada más global de la ocurrencia de los eventos.

Toda la información aquí consignada será dividida en dos capítulos: el primero será dedicado al

seguimiento de 6 metas de las 18 establecidas por el nivel distrital como de alta prioridad, las restantes 12 se desarrollaran durante el presente año.

El segundo capítulo dará un vistazo a la tos ferina, un evento de especial interés en la localidad debido a su frecuente notificación y al seguimiento constante que se debe hacer desde VSP con el fin de controlarlo, tratarlo si es el caso y evitar así su propagación.

Sumado a esto se encuentra el seguimiento rutinario realizado desde VSP a los diferentes eventos desde sus diversos subsistemas incluyendo: SIVIGILA SAA, SIVIM, SISVAN, SISVAN Escolar, EEVV, IIH, SISVESO, Discapacidad, VSPC, Urgencias y emergencias.

Por último se consignaran algunos temas de interés desarrollados por diferentes ámbitos y componentes de salud pública como: PAI, saneamiento básico y zoonosis.

1



SEGUIMIENTO A METAS

A partir del presente documento se dará seguimiento a 18 metas propuestas por el nivel central durante los boletines distritales trimestrales propuesto para el año 2011. Para este primer boletín se determinaron 6 metas, dejando las restantes 12 para ser desarrolladas en lo corrido del año, las metas a desarrollar son:

Al 2011 aumentar la detección de tuberculosis en el distrito capital al 70% (sintomáticos respiratorios). Línea base distrital 54%

Reducir a 3 la tasa de Suicidio x cada 100.000 habitantes.

Incrementar en 25% la cobertura del programa de Salud Oral al 2011

Aumentar a seis meses el periodo de lactancia materna exclusiva. Línea base distrital 3,6 meses

Cubrir 425 microterritorios con la estrategia Salud a su Casa. Línea base distrital 325 microterritorios cubiertos con el programa. SDS.

Cubrir 734 sedes educativas con el programa Salud al Colegio. Proporción de instituciones educativas cubiertas con el programa según metas. Línea base distrital 309 sedes educativas cubiertas con el Programa.

Reducir a 16 la tasa de mortalidad perinatal (x 1000 nacidos vivos). Línea base distrital 19,8

Reducir a 40 la tasa de mortalidad Materna x 100.000 nacidos vivos. Línea base distrital 52,9

Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años. Línea base distrital 544 / Año

Reducir en 20% los Embarazos / año en adolescentes entre 15 y 19 años. Línea base distrital 20.627 / Año

Reducir a 3 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años x 100.000 menores de 5 años. Línea base distrital 4.1

Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer. Línea base distrital 12,1%
Reducir a 7,5% la prevalencia de

desnutrición global menores de 5 años. Línea base distrital 9,3

Reducir a 1 la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) x 100.000 menores de cinco 5 años. Línea base distrital 2

Reducir a 11,5 la tasa de mortalidad por neumonía x 100.000 menores de 5 años. Línea base distrital 15,9

Reducir a 9,9 la tasa de mortalidad Infantil (de menores de un año) x 1000 nacidos vivos. Línea base distrital 13,5

Reducir a 23.7 la tasa de mortalidad en menores de 5 años x 100.000 nacidos vivos. Línea base distrital 26,2

Alcanzar coberturas útiles de Vacunación (iguales o superiores a 95%) para todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Línea base distrital Polio, 93,6%; DPT, 93,5%; BCG, 103,1%; Hepatitis B, 93,7%; Haemophilus, 93,6%; Triple viral, 93,9%; y Fiebre Amarilla, 91,8%

2

INCREMENTO EN LA DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS EN EL DISTRITO CAPITAL

La tuberculosis, continúan siendo un problema de salud pública, por el creciente número de casos que se presentan, la población que afectan y las discapacidades que pueden ocurrir como consecuencia de un diagnóstico tardío. Estas enfermedades son propias de los menos favorecidos, tienen una presencia importante en los países pobres y en los que están en vía de desarrollo como Colombia, en donde más del 45% de la población se ubica por debajo de la línea de pobreza, mientras que la población en miseria alcanza el 5.20%, con una tasa de desempleo a diciembre de 2008 que supera el 14%*. Es decir que en general en el país hay condiciones sociales que favorecen la transmisión y desarrollo de estas enfermedades mejor conocidas como las enfermedades “olvidadas”, dado que hoy día cobran gran vigencia por la magnitud de la población que afectan, los costos de la atención en salud, la presencia de resistencia a fármacos y la alta mortalidad

En este sentido y teniendo en cuenta el comportamiento epidemiológico de los eventos incluidos en el Proyecto de Desarrollo de Autonomía de Enfermedades Transmisibles, lepra tuberculosis y Enfermedades Transmitidas por Vectores y dadas las condiciones de vulnerabilidad de parte de la población que reside en el Distrito Capital, se incluyeron las siguiente metas en el Plan de Gobierno para Bogotá, D. C. 2008 – 2012 “Bogotá positiva para vivir mejor”, que pretenden dar respuesta a esta situación de manera que se afecte positivamente la calidad de vida de la población.*

1. Atender el 100% los casos de lepra y tuberculosis remitidos o diagnosticados en el distrito capital.

2. Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70%.

3. Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más

4. Atender el 100% de los casos de malaria y dengue remitidos al D.C

En la localidad de Usme a través del PDA de enfermedades transmisibles se trabajan estas metas con el fin de reducir los casos de enfermedades transmisibles, en este caso la tuberculosis teniendo en cuenta que su vía de transmisión es aérea en el momentos que la persona enferma tose o estornuda transmite la enfermedad. Para lograr la reducción de casos de tuberculosis se estableció la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios **“toda persona con tos por más de 15 días con expectoración”** tanto en los centros de salud de la localidad como la búsqueda con la comunidad.

De acuerdo a la meta distrital la cual a punta a aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70%. Con un indicador de línea de base 2010: del 54% en captación de sintomáticos respiratorios.

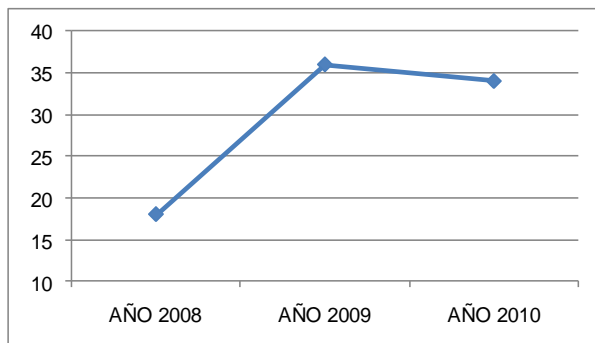
Usme presenta los siguientes datos: Durante el 2008 con una referencia de captación en Bogota del 15%, logramos incrementar al 18% la

* Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2008. Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud

* Lineamientos Distritales del PDA de Enfermedades Transmisibles 2011. Secretaria Distrital de Salud.

captación del SR en el Hospital de Usme. Durante el 2009 se incrementó la captación de sintomáticos respiratorio a un 36% y durante el 2010 se tiene un 34% de captación de sintomáticos respiratorios.

Grafica 1. Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios. Usme. 2008 – 2010



Fuente: bases del PDA Enfermedades Transmisibles, Hospital de Usme, Año 2008, 2009 y 2010

De acuerdo con la grafica 1, se evidencia que la captación de sintomáticos respiratorios aumentó con respecto al porcentaje de 2008, ya que durante el 2009 se observa un incremento del 18% al 36% con relación al 2008, durante el 2010 el porcentaje de captación fue de 34%. Es de resaltar

que a pesar de que la meta aumentó significativamente no se alcanza a dar cumplimiento a la meta distrital.

Se evidencia muchos factores que afectan el buen desarrollo de captación de SR como:

- La programación de la meta para el Hospital de Usme no es óptima ni real ya que se obtiene a partir de la consulta en mayores de 15 años que asisten por primera vez al servicio médico, este dato es inexacto ya que no ha sido posible obtener solamente la consulta con médico general.
- La rotación permanente de profesionales de salud, ya que se pierde la continuidad del proceso y no se alcanza a sensibilizar a todos los profesionales.
- No existe compromiso de algunos profesionales de salud con el programa por lo cual no se obtiene registro de los SR captados o no se captan verdaderamente al sintomático respiratorio.

- El desconocimiento de los protocolos a seguir por parte de los profesionales nuevos que ingresan al Hospital.

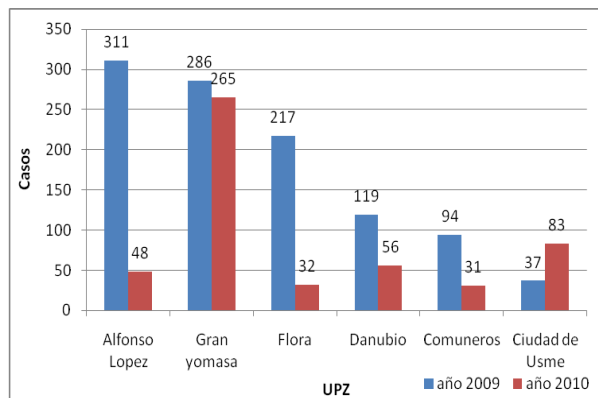
Durante el 2010 se encontraron múltiples factores administrativos que influyeron en el desarrollo del programa como cierres ocasionales de centros de salud y falta de médicos en algunos centros.

Adicionalmente cabe mencionar que durante el 2008 hasta finales del 2009 no existía un formato estandarizado que permitiera tener el registro oportuno y adecuado de los sintomáticos respiratorios captados. Pero de acuerdo con la circular 058 del 11 de setiembre del 2009 emitida por el ministerio de la protección social, se estandariza el libro de captación de sintomáticos el cual se empieza a implementar en febrero de 2010 en todas las IPS de la localidad de Usme, pero por la alta rotación de profesionales de salud ha sido imposible dar continuidad al proceso y tener datos efectivos e históricos.

Actualmente los registros de 2009 y 2010 se encuentran en físico lo

que dificulta la estimación de los registros de acuerdo a múltiples variables como; sexo, ciclos vitales, aseguramiento, identificación entre otras.

Grafica 2. Distribución de sintomáticos respiratorios por UPZ. Usme. 2009 – 2010



Fuente: base Libro de SR del PDA Enfermedades Transmisibles, Hospital de Usme, Año 2009 -2010

De acuerdo a la distribución por UPZ registrada en la grafica 2, se evidencia que durante los años 2009 y 2010 hay mayor numero de sintomáticos respiratorios en la UPZ Gran Yomasa, debido a que es una de las más grandes con mayor población

además de contar con 5 centros de salud en su microterritorio.

Igualmente se evidencia que la UPZ Alfonso López presento mayor numero de sintomáticos respiratorio durante el 2009, podemos resaltar que durante ese año los profesionales de la UPA reforma se encontraban empoderados del proceso y lograron dar una excelente respuesta con más de 300 casos captados. Igualmente se resalta que durante el 2009 se presento mayor captación de sintomáticos respiratorios en todas las UPZ con relación al 2010. Teniendo en cuenta que el 2010 fue un año crítico para los centros por la alta rotación de profesionales y cierres parciales de los centros de salud.

Que se está haciendo para dar respuesta a la meta

A nivel Institucional: desde el PDA de enfermedades transmisibles se ha fortalecido los lineamientos técnicos del programa: capacitaciones, asesorías periódicas, seguimientos y acompañamientos a los funcionarios en las diversas IPS intervenidas.

Asignación de metas, reforzamiento de captación de sintomáticos respiratorios en salas de espera: apoyo de auxiliar de enfermería. Generación de alianzas con diferentes actores que permitan las intervenciones del programa. Socializaciones de Generalidades de Tuberculosis tanto a actores intra sectoriales como intersectoriales.

Se realizan continuamente capacitaciones a los profesionales nuevos del Hospital e IPS privadas con el fin de sensibilizarlos y comprometerlos con el proceso de captación de sintomáticos respiratorios.

Durante el 2011 se está implementado la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en las salas de espera de los centros de salud, por parte de los auxiliares de enfermería, ya que para la toma de baciloscopia no es necesario consulta previa con medico ni enfermería. La estrategia consta de entregar la orden de laboratorio, se entregan vasos para la toma de muestra y se explica la forma de tomar una adecuada muestra (esputo).

Desde el PDA de enfermedades

transmisibles se brinda charlas educativas con la comunidad sobre la tuberculosis con el fin de sensibilizarlos y lograr una captación de sintomáticos respiratorios por parte de la comunidad. Se ha trabajado con comedores comunitarios, grupos de persona mayor, asociación de usuarios, cabildos indígenas, en talleres de pacientes crónicos y en las salas de espera de los centros de salud. Adicionalmente de trabaja con los pacientes y expacientes de tuberculosis donde se logra el empoderamiento frente a la enfermedad de manera que se pueda llegar más cerca de la comunidad de Usme y poder difundir los síntomas de la enfermedad y cuál es la forma de diagnóstico (baciloscopia) y su tratamiento, los cuales son totalmente gratuitos.

A nivel de comunidad: se ha iniciado y fortalecido un proceso de Movilización Social en Tuberculosis en la localidad con proyección distrital, el cual inicio en diciembre del 2007, con la estructuración de este Núcleo de Participación Social, con los pacientes y sus familiares pertenecientes al programa de Enfermedades Transmisibles, como parte de la

elaboración de tesis de grado en Gerencia Social de la referente de turno, en el Hospital de Usme, y se han mantenido desde entonces agendas mensuales de trabajo.

En base a las experiencias acumuladas en el transcurso del 2007, en la localidad de Usme, con comunidades de pacientes y sus redes familiares se identifica que ante la presencia del diagnóstico de Tuberculosis se enfrentan ante múltiples situaciones y sentimientos que afectan su calidad de vida, principalmente en las primeras etapas de enfermedad. El común denominador es enfrentarse a una serie de barreras: a nivel institucional, personal, familiar, laboral que vulneran sus Derechos Humanos.

Las líneas de intervención propuestas están basadas en el concepto de Movilización Social que propende por un empoderamiento de la comunidad directamente afectada de su problemática y por consecuencia la propuesta de soluciones y de alianzas con otros actores sociales para resultados eficaces.*

* Proyecto Movilización Social En Tuberculosis. Hospital de Usme I nivel. Dra Mary Isabel Camacho.

REDUCCIÓN EN LA TASA DE SUICIDIOS EN EL DISTRITO CAPITAL

Para abordar la situación del suicidio en la localidad de Usme, es necesario conocer cómo se encuentra Colombia y Bogotá respecto al tema, acercándose entonces al análisis de la situación en salud y conducta suicida, sus posibles causas y la respuesta en salud con la que se cuenta en la localidad para este tema.

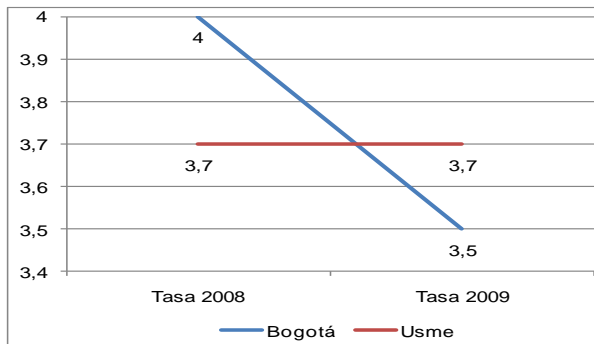
En este sentido tanto en Colombia como en Bogotá y en la localidad quinta se tomarán cifras de suicidio (número de casos) respecto a la población general, ya que si bien es cierto han aumentado el número de casos o personas que se suicidan, debemos comprender que la población también ha aumentado, tanto en la localidad de Usme como en Colombia. Acorde a esto, el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), hace un análisis frente a las tasas de suicidio en Colombia, las cuales han oscilado entre 2 y 4 suicidios por cada 100.000 habitantes desde 1973 hasta 1996.*

6

* Aja, Leonardo. ¿Qué ha pasado con el suicidio en Colombia en los últimos 13 años? Forensis 2009: datos para la vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Artículos complementarios

Por ejemplo durante el 2007 en Bogotá se presentaron 220 casos de suicidios, y la tasa para ese año sería de 3 suicidios por cada 100.000 habitantes de la ciudad.**

Grafica 3. Tasa comparativa de suicidios Bogotá vs. Usme, 2008 – 2009



Fuente: Medicina Legal, año 2008 – 2.009.

Para el 2008 según la grafica 3, la tasa ascendió a 4 suicidios por cada 100.000 habitantes de la ciudad y el número total para ese mismo año fue de 264 personas; respecto al año 2009 el número de casos de suicidio en Bogotá bajo a 254 personas, e igualmente bajo la tasa de suicidios a 3,5 por cada 100.000 habitantes.*

Frente a la localidad de Usme, el instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses presenta un total de 11 casos de suicidio para el 2008 y el mismo número de casos para el 2009, lo cual representaría una tasa de 3,735 suicidios por cada 100.000 habitantes para cada año.

En comparación de Usme con el Distrito, se evidencia que para el 2008 la tasa de suicidios de la localidad se ubica por debajo de la tasa de Bogotá, y para el 2009 en la ciudad se evidencia una disminución de 0.5 y un mantenimiento en la tasa local, como se observa en la grafica 3. Se debe aclarar que tanto para la ciudad de Bogotá, como para la localidad Usme la población de la cual emergen las tasas se basan en el censo 2005 del DANE.

Comprendiendo entonces que el número de suicidios para los años 2008 – 2009 en la localidad fue de 11 para cada año, se hace aún más complejo el análisis si se ingresan elementos como ideación, amenaza e intentos suicidas; conceptos entendidos como:

Ideación suicida: se refiere a pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto-infringida que pueden variar desde contemplar la posibilidad de morir hasta hacer planes específicos de cómo hacerlo.

Amenaza suicida: es la acción de intimidación donde el sujeto amenaza con atentar contra su vida.

Intento de suicidio: son acciones realizadas de manera deliberada hacia sí mismo que hubiesen resultado en seria lesión o muerte de no mediar la intervención oportuna.

Suicidio: todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado.

Esto permite ampliar la comprensión del tema, ya que los reportes de ideaciones, intentos y amenazas suicidas tanto en Bogotá como en la localidad quinta han incrementado al punto de transformarse en un problema de salud pública.

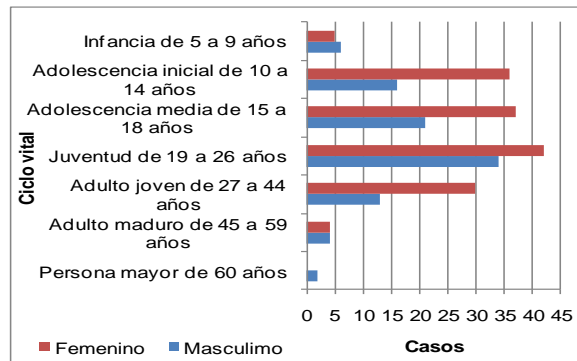
** Forensis 2008, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

* Forensis 2008, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Ideaciones, amenazas e intentos suicidas reportados en salud pública del Hospital Usme.

A continuación se presenta el número de notificaciones que llegaron desde las diferentes instancias locales a la intervención psicosocial de Salud a su Casa del Hospital Usme.

Grafica 4. Notificación de eventos por ideación, amenaza e intento suicida, distribuida por edades. Usme. 2010.



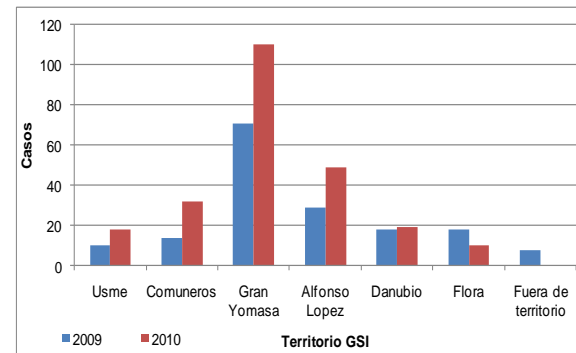
Fuente: Salud a su casa. Salud Pública, Hospital de Usme, año 2010

De estos 250 reportes, registrados en la grafica 4, prevalece el sexo femenino a lo largo de los ciclos vitales, ya que en total se recibieron 154 de mujeres con intentos, ideaciones y/o

amenazas de suicidio, frente a 96 casos de varones.

También se resalta que la mayor cantidad de notificaciones para el 2010 fue de personas con edades entre 19 y 26 años.

Grafica 5. Notificación de eventos por ideación, amenaza e intento suicida, distribuida por territorio de gestión social integral. Usme. 2009 – 2010



Fuente: Salud a su casa. Salud Pública, Hospital de Usme, año 2009 – 2010

Frente a los reportes por territorios de gestión social integral, como se puede observar en la grafica 5, se debe tener en cuenta que el territorio de Gran Yomasa es donde se concentra la mayor cantidad de población para la

localidad, también convierte en el territorio donde se reportan la mayor cantidad de casos, con un total de 71 casos para 2009 y 110 para el 2010; en este sentido, como se presenta en la gráfica, las notificaciones incrementaron en 5 de los 6 territorios.

Para ejemplificar lo mencionado, en el territorio Comuneros aumentó de 14 a 32 notificaciones entre 2009 y 2010. Así mismo en Alfonso López paso de 29 a 49 notificaciones entre cada año.

Ideaciones, amenazas e intentos suicidas atendidos desde salud en la localidad Usme.

Para la localidad quinta de Usme se encuentran incrementos notables en la notificación de casos de ideación e intentos suicidas; para tener una muestra de esto, en el año 2009 se brindo atención a 166 casos por la intervención psicosocial de Salud a su Casa, de los cuales los jóvenes representan la población con mas reportes de ideaciones, amenazas e intentos. Respecto al 2010, se abordaron un total de 172 casos

comprendiendo que 160 fueron por la intervención psicosocial, y en los 12 restantes 12 se realizó un seguimiento a través de un proyecto UEL, como se registra en la tabla 1.

Tabla 1. Atención a ideaciones, amenazas e intentos suicidas. Usme. 2009 – 2010.

Línea de intervención	2009	2010
Psicosocial	166	160
Proyecto UEL	0	12
Total	166	172

Fuente: Salud pública, Hospital de Usme, año 2009 – 2.010.

Del total de los casos para el 2009, se encuentran una razón de 1 a 3, lo cual indica que por cada hombre se presentaron tres atenciones de mujeres en la localidad.

Principales causas.

Frente a las causas, es de resaltar que a la ideación, amenaza y/o intento suicida le subyacen historias de vida con periodos de tristeza mantenidos en el tiempo que se asocian

a aspectos como violencia y/o conflictos familiares, pérdidas afectivas (término de relaciones), y bajo ingreso económico entre otros posibles factores identificados. En este sentido, es de tener en cuenta que cada persona que se suicida presenta de manera progresiva signos o indicadores de tristeza o cambios en el estado de ánimo, por lo cual se reconoce como el principal protector el afecto y la comunicación.

Entre las principales causas que desencadenan ideaciones y conductas suicidas identificadas en el 2009 a través de la intervención psicosocial de Salud a su Casa se encuentran los conflictos familiares con un 32 % presentando un total de 49 casos, los conflictos conyugales representando el 20% con 31 casos, el bajo ingreso económico (16%), las pérdidas afectivas (11%), la violencia intrafamiliar (10%)

Acciones para el abordaje de la conducta suicida desde el sector salud

Para el abordaje de la idea, ideación o conducta suicida desde el

sector salud, el Hospital Usme cuenta con acciones desarrolladas desde tres ámbitos (Salud a su casa – salud al colegio – comunidades saludables) contenidos en salud pública y un proyecto UEL.

La intervención específica que se desarrolla en atención está incluida desde el ámbito familiar (Salud a su casa) durante la cual se desarrolla un proceso dirigido a brindar apoyo psicológico a la familia que presenta uno o más problemas como consecuencia de factores que afectan negativamente el estado de salud mental individual o colectivo y por lo tanto la calidad de vida y salud de la familia.

Para esto, se interviene con la familia en su domicilio con el fin de favorecer y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales en contexto para el fortalecimiento de la autonomía y la prevención de riesgos asociados con factores que influyen en el estado de salud en un momento específico de vulnerabilidad, recuperar en el menor tiempo posible el control de la situación, activando sus recursos, capacidades, fortalezas y

potencialidades, orientando un aprendizaje para aprehender y utilizar soluciones positivas en futuros eventos negativos.

Es de resaltar que esta intervención puede atender a cualquier familia que presente un evento prioritario (ej. Idea – ideación – conducta suicida) que influye en el estado de salud con énfasis en micro territorios de Salud a Su Casa.

Desde Salud al Colegio por una parte se aporta con la canalización o reportes de los casos de idea, ideación o conducta suicida presentados en las instituciones educativas en busca de la atención por parte de las acciones de Salud a su Casa.

En un sentido promocional, se cuenta desde Salud al Colegio con la formación de grupos de líderes promotores de la salud mental y de la línea 106 que a partir de los procesos con los actores de las instituciones educativas se pretende generar incidencia en el uso de la línea distrital 106, promover el buen trato y la salud mental.

Así mismo, la promoción de la

Salud Mental en la Comunidad se realiza a partir de la construcción de escenarios conversacionales-colectivos y reflexivos con la comunidad con el fin de promocionar la salud mental, la autonomía y el desarrollo humano, mejorar la calidad de vida en los espacios locales y prevenir la aparición de los eventos prioritarios en salud mental (Consumo de Sustancias Psicoactivas, Trastornos de la Alimentación y las lesiones de causa externa (violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia y abuso sexual, accidentalidad domestica y conducta suicida), entre otros. Estos procesos se trabajan con las cuatro etapas de ciclo vital (infancia, juventud, adultez y persona mayor) durante lo cual se tienen dos grupos por cada etapa priorizando a partir de la lectura de necesidades realizadas las acciones a realizar durante el proceso las cuales den respuesta a las mismas.

Finalmente, comprendiendo el aumento en la presentación de casos con ideas, ideaciones y/o conductas suicidas, el Hospital de Usme, a través de proyectos locales ha propendido por ampliar la oferta de servicios de

atención y prevención del suicidio.

Finalmente, con el objetivo de aportarle a la reducción del suicidio el Hospital de Usme cuenta además con la ejecución de un proyecto UEL de Salud al Colegio orientado a la atención y seguimiento a casos de prioridad media, entre ellos la negligencia, violencia intrafamiliar y la ideación suicida, con su correspondiente canalización a vigilancia en salud pública. Es de resaltar que este proyecto prioriza 30 sedes de trabajo entre públicas, privadas y de convenio.

También es de especial relevancia mencionar que la meta del proyecto se plantea a 235 casos con seguimiento que sean de prioridad media, por lo que la meta subyacente a ideación suicida será las identificadas por docentes, coordinadores y principalmente orientadores y que fueron remitidas a los profesionales encargados del seguimiento, la meta alcanzada con el proyecto fueron de 283 casos seguidos.

10

INCREMENTO EN LA COBERTURA DE LA SALUD ORAL

Históricamente las enfermedades orales se han constituido en uno de los problemas de la salud sin distinción de raza, género, edad y estrato socioeconómico, lo cual representa un problema de Salud Pública, debido a que se afecta un gran porcentaje de la población, siendo esta afirmación demostrada en estudios a nivel mundial y nacional, los que serán referidos en los próximos capítulos del presente documento.

Es importante mencionar que la cultura de la salud oral es aún precaria en la población general, puesto que la atención odontológica se hace necesaria en los estados avanzados e irreversibles de la enfermedad oral, registrándose cifras de morbilidad cada vez más altas, ya que las intervenciones se realizan en etapas netamente curativas, sin el abordaje oportuno en etapas tempranas e incipientes, mediante la identificación de los diferentes determinantes sociales que favorecen o no la presencia de los eventos de mayor prevalencia en la

salud oral.

A pesar de que existen actividades enfocadas a la prevención, atención y tratamiento de las enfermedades orales, estas siguen afectando a la población, y es así que diferentes países se han visto en la necesidad de implementar sistemas de vigilancia epidemiológica, que permitan evaluar la magnitud de las patologías orales, a través de información actualizada continua y confiable, para facilitar el análisis y la toma de decisiones de carácter político fortaleciendo la salud oral y general de la población.*

La Política Pública en Salud Oral, año 2004 en el desarrollo de la línea tres “Monitoreo a las condiciones de salud oral y la práctica odontológica en el Distrito Capital”, en la estrategia uno “Vigilancia epidemiológica en Salud Oral” entre otras normas. El subsistema también brindará un aporte fundamental en el alcance de las metas en salud oral tanto nacionales como distritales.

Según un estudio de salud bucal que lidero el Instituto Nacional de Salud

en Colombia en los años 1977 – 1980, revelo que la población general tenía prevalencia del 96.7% en caries, el índice COP-D fue de 13, el 95% de la población tenía historia de enfermedad periodontal general y el 11% de los dientes con historia de caries habían sido tratados. Al comparar los dos estudios se identificó que la prevalencia de caries había aumentado en el segundo estudio, es decir, había mayor número de personas con caries activa a expensas del grupo de 5 a 14 años de edad.

De acuerdo a lo citado con anterioridad del comportamiento de la salud oral en Colombia se establece una meta en el Plan de Desarrollo Distrital 2008-2012 la cual refiere que se debe aumentar la cobertura de actividades tales como: control y remoción de placa bacteriana, aplicación tópica de flúor, aplicación en sellantes y detartraje supragingival en un 25 % de la línea de base, que para la localidad quinta de Usme esta se basa en el número de actividades realizadas durante el 2008.

11

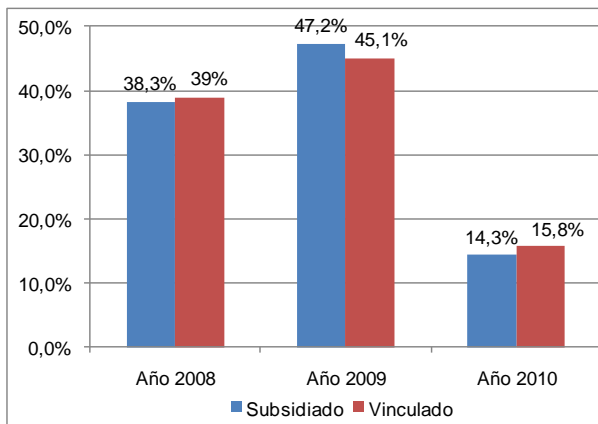


* Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral 2009. Secretaria Distrital de Salud



Control y remoción de placa bacteriana e instrucciones de higiene oral 2008 – 2009 – 2010

Grafico 6. Actividades de control de placa bacteriana por régimen de afiliación. Usme, 2008 –2009 – 2010



Fuente: Estadística, Hospital Usme, año 2008 – 2010

Durante el 2008 se realizaron para el régimen subsidiado 34.756 actividades de control de placa bacteriana equivalente a un porcentaje de (38,3%) y para el régimen vinculado se realizaron 7.933 actividades equivalentes a un porcentaje de (39%).

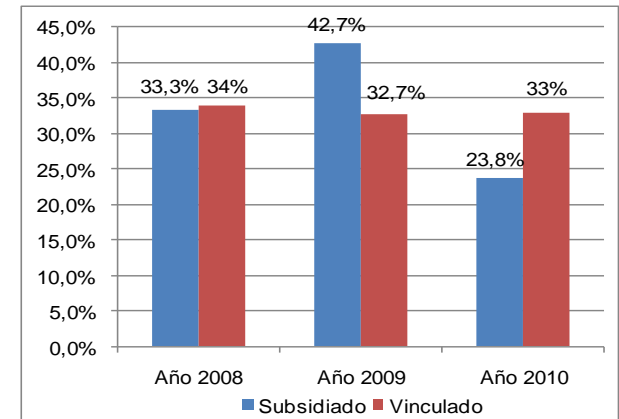
Estos resultados permiten observar que no hay diferencia estadísticamente significativa en la cobertura por régimen subsidiado.

Posterior a esto se puede analizar que al no tener línea de base para el cumplimiento a la meta distrital se tomo como base los resultados arrojados en este periodo, evidenciando que para el año 2009 se incrementa el porcentaje de actividades para el régimen subsidiado en un 8,9%, para el régimen vinculado en un 6%.

Al año 2010 se observa que el comportamiento de cumplimiento de la meta cambia y desciende en un 33% menos en el régimen subsidiado y para el régimen vinculado en un 30%. Esto se puede explicar que debido a un déficit financiero se tomo la decisión por parte de la E.S.E de reducir el personal en un 50% haciendo que se disminuyeran las actividades de promoción y prevención para este periodo.

Aplicación tópica de flúor

Grafico 7. Actividades de aplicación tópica de flúor por régimen de afiliación. Usme 2008 –2009 – 2010



Fuente: Estadística, Hospital Usme, año 2008 – 2010

En la actividad aplicación de tópica de flúor se observa que durante el año 2008 y 2009 es mayor la cobertura en el régimen subsidiado comparado al vinculado, esto debido a que existe una barrera de accesibilidad, ya que solo se permite dos sesiones de aplicación de flúor para este régimen por individuo.

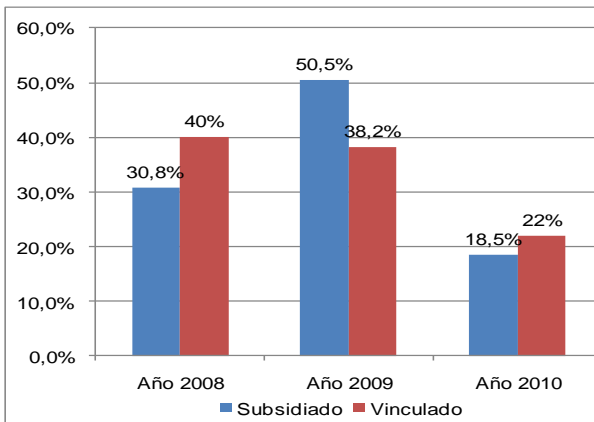
Otro factor que influye en la baja cobertura en el régimen vinculado es

que la población perteneciente a este régimen migra al régimen subsidiado por la libre elección a su EPS subsidiada.

Posterior a esto se observa que en el 2009 se realizaron mayor número de actividades, evidenciando que hay una mejor aceptación y captación de la población para acceder a este procedimiento.

Aplicación de sellantes en fosetas y fisuras

Grafico 8. Actividades de aplicación de sellantes por régimen de afiliación. Usme. 2008 – 2009 –2010



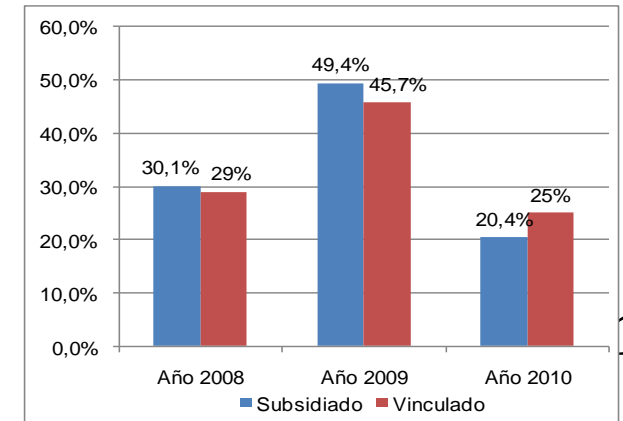
Fuente: Estadística Hospital Usme, año 2008 – 2010

Al analizar las actividades realizadas durante los años 2008 y 2009 se puede observar que en el 2009 se aumenta la cobertura como ya antes mencionado en las otras actividades permitiendo así que aun sin tener una numero de actividades establecidas para lograr aumentar el 25 % de la cobertura, se logro aumentar estas actividades.

Posterior a esto se observa de igual manera que el régimen vinculado sigue viéndose afectado por la baja cobertura, siendo la razón de este resultado la limitante de solamente realizar 3 sesiones para aplicación de celante en los rangos de edad de 5 a 9 años.

Detartraje supragingival

Grafico 9. Actividades de detartraje supragingival por régimen de afiliación. Usme 2008 – 2009 – 2010



Fuente: Estadística, Hospital Usme, año 2008 – 2010

En la actividad detartraje supragingival en el año 2009 se sigue observando que aumento la cobertura en comparación con el año 2008. Posterior a esto se observa que en esta actividad se ven afectados los dos régimen de salud para la cobertura ya que existe un limitante en cuanto a la edad y a la pieza dental a examinar.

Estrategias aumento cobertura salud oral

1. Realización de actividades de promoción y prevención en salud oral en población cautiva como instituciones educativas, jardines, comedores comunitarios priorizando la población menor de 5 años y escolar.
2. Canalización efectiva de los usuarios al servicio de salud oral de los centros de atención a través de las intervenciones de promoción de la salud oral realizadas desde PIC por parte de higienista oral y/o odontólogo.
3. Socialización de metas distritales 2008 a la totalidad de odontólogos con el compromiso de realizar las actividades de promoción y prevención en salud oral de acuerdo a lo definido en la resolución 412/200 y lineamiento de los contratos vigentes con el Hospital al 100% de los usuarios que demanden el servicio de odontología en cada uno de los centros de atención.
4. Canalización de usuarios que demanden el servicio en los centros de atención a los programas de promoción

y prevención que realiza los centros de atención sin importar el punto de ingreso medico, enfermera y/o odontólogo de rotar por todos los profesionales.

5. Canalización desde ámbito familiar al servicio de salud oral de los centros de atención.

AUMENTAR EN 6 MESES EL PERIODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La lactancia materna es la alimentación con leche de la madre, esta se trata de un alimento único que transmite las defensas de la madre al hijo mientras fortalece el vínculo materno-filial, al igual que disminuye la morbilidad y mortalidad infantil, reduce la gravedad de otras enfermedades infecciosas y satisface en una mejor forma las necesidades fundamentales, razón por la cual se hace prioritaria su práctica.

La organización mundial de la salud (OMS), considera que la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida es imprescindible para el adecuado desarrollo del niño. Una

vez superado este periodo, la lactancia materna debe mantenerse junto a la introducción de alimentación complementaria en forma progresiva, al menos durante los dos primeros años de vida.

En 1990, durante la cumbre mundial a favor de la Infancia realizada en Nueva York, se produce la declaración de Innocenti para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, donde se establece un compromiso para trabajar por la infancia, mediante el apoyo a esta práctica.

En 1991 la presidencia de la república y el ministerio de salud convocan 8 Hospitales del país entre ellos Kennedy, Instituto Materno Infantil y Clínica San Pedro Claver, quienes brindan atención Materno Infantil a nivel distrital, para trabajar en el plan de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y el desarrollo de la estrategia de Hospitales amigos de los niños a través del cumplimiento de los diez pasos hacia una lactancia feliz, lanzada por la UNICEF y la OMS.

En 1992, durante el Lanzamiento

del Plan a nivel nacional y mediante los Decretos 1396 y 1397 de agosto 24 de 1992 del Ministerio de Salud se crean el consejo nacional de apoyo a la lactancia materna y reglamenta "la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes". Durante el mismo acto se firman compromisos con las asociaciones de profesionales de salud y con las casa de productoras de sucedáneos de la leche materna. La resolución 7353 de septiembre 8 de 1992 dicta normas de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

La Secretaría Distrital de Salud, adoptó el Plan a través del Decreto 269 de Mayo 27 de 1993 y lo implementó en los tres niveles de atención (UBAS, UPAS y CAMIS I –II – III).

Por otra parte la incidencia de Maltrato Infantil, desnutrición, alergias, anemias, caries dental e infecciones en general se presentan en menor proporción dentro del grupo que es amamantando con leche materna.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el país se trabaja por posicionar,

promover y fortalecer la lactancia materna, por lo tanto el Hospital de Usme ve la necesidad de trabajar en la disminución de morbi mortalidad infantil, para lo cual se dio el trabajo de iniciar en el 2008 la acreditación como Hospital amigo de la mujer y la infancia (IAMI) y Hospital amigo de la familia gestante y la infancia (IAFI), teniendo en cuenta las acciones orientadas y realizadas a esta labor de acuerdo a la política, para ello se trabaja en conjunto en los siguientes ámbitos de vida cotidiana pertenecientes al Plan de Intervenciones Colectivas: Ámbito IPS, Salud al Colegio y Ámbito Comunitario.

Ámbito IPS

1. Conformar un espacio líder de la institución amiga de la mujer y la infancia, para lo cual se estableció el comité materno infantil, en el cual se busca direccionar el cumplimiento de la política de lactancia materna en cada uno de los profesionales de las IPS, para lo cual se apoya con las asesorías y asistencias técnicas en donde se evalúa, orienta, informa y retroalimenta al talento humano de la E.S.E. en torno al apoyo e importancia de la lactancia

materna. Al igual que se apoya a cada profesional en capacitación y reentrenamiento sobre la política distrital.

2. Diseñar y disponer de una política por escrito de la estrategia IAMI que incluya los 10 pasos para su implementación en la E.S.E., al igual que el plan de acción para el desarrollo de está. Desde el 2008 con la creación de dicha política, se ha venido trabajando en el mejoramiento de esta para que pueda ser exequible a la población materna infantil de nuestra localidad. Esto se realiza con el direccionamiento y aprobación del comité materno infantil de la E.S.E., el cual está conformado por personal administrativo y de Salud pública del Hospital.

3. Capacitar a profesionales de la E.S.E. en busca de garantizar calidad y calidez en la atención en consulta a la madre gestante, lactante, y al menor de 5 años.

Esto se enfoca en la realización de cursos teórico – prácticos para médicos y enfermeras en la atención a



madres gestantes, madres lactantes, recién nacidos y niños y niñas hasta los 5 años de edad. Para ello contamos con los cursos clínicos de atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), actualización en guías materno – perinatales; curso conversando con las madres, el cual está dirigido a auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y el área de odontología y psicología, en el cual se abordan temas relacionados con enfermedades prevalentes de la infancia.

4. Educar a las mujeres y familias gestantes y lactantes en la preparación para el parto, puerperio y crianza, haciendo énfasis en lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, complementaria hasta los dos años y que esta debe ser a libre demanda, sin horarios ni restricciones. Esto lo realiza médico y/o enfermera en diferentes espacios de la atención a esta población, como control prenatal, consulta de crecimiento y desarrollo, curso de preparación para la maternidad y paternidad, entre otros.

Desde el 2009 se inicio el trabajo de fortalecer los canales de

comunicación con entidades presentes en la localidad como la subdirección local de integración social - SLIS y el instituto colombiano de bienestar familiar – ICBF, con el fin de generar participación activa desde los equipos institucionales, lo que influye en la movilización de parte de la comunidad intervenida por estas. La alianza con estas instituciones ha fortalecido los puntos de articulación con algunos proyectos de la Subdirección Local de Integración Social y el instituto Colombiano de Bienestar Familiar, basados específicamente en la lactancia materna como derecho fundamental a la vida y principio de todo bienestar.

Desde el ámbito IPS, se realizaron alianzas colaborativas que permitieron dar profundidad al trabajo desarrollado a nivel colectivo e individual en la implementación de las estrategias materno infantiles, como la divulgación de aspectos claves en la comunidad y las instituciones, la promoción y prevención de factores de riesgo y la atención integral desde los servicios ofrecidos por el Hospital de Usme. En este sentido, las actividades a nivel institucional partieron por la

articulación con el programa ampliado de inmunizaciones, el área de promoción y prevención, el proyecto de desarrollo de la autonomía (PDA) de salud sexual y reproductiva, la etapa del ciclo vital infancia, la transversalidad de seguridad alimentaria y nutricional (SAN), el componente de vigilancia en salud pública y componente de gestión local, el código de sucedáneos, la red social materno infantil, oficinas de comunicaciones, sistemas y estadística y finalmente la subgerencia y Coordinación de Unidades Funcionales (IPS).

Salud al colegio (SAC)

Durante el año 2009 se realizaron desde la intervención Promoción de la alimentación infantil saludable en jardines infantiles, las siguientes acciones encaminadas a fortalecer y promocionar la lactancia materna a nivel de las instituciones pertenecientes al programa SAC:

Se apoyó metodológica y operativamente la preparación del evento de celebración de la semana mundial de la lactancia materna a nivel

local, reforzando las acciones preparativas y logísticas de cada una de las 10 instituciones pertenecientes al programa, en la dinámica de la semana mundial de la lactancia materna.

Se realizaron talleres con docentes donde se recuerda la importancia de fomentar la práctica de la lactancia materna de manera exclusiva en los primeros seis meses de vida para crear hábitos alimentarios adecuados, los cuales permitirán que el niño obtenga los nutrientes necesarios para crecer sanamente en un ambiente óptimo. De la misma manera se recuerda la responsabilidad que como institución educativa tienen en el fomento y apoyo a las madres lactantes y gestantes de la comunidad.

Se capacitó a las docentes sobre la manera correcta de iniciar la alimentación complementaria sin desplazar la lactancia materna, especificando consistencia y textura según maduración del infante, permitiendo que el niño se adapte de manera progresiva y gradual a la alimentación familiar.

Se construyó y se publicó en el

blog del ámbito información relacionada con la intervención, llamada “La alimentación en los niños pieza clave para el futuro adultos sanos y vitales” en donde se hizo énfasis en mensajes relacionados con la lactancia materna, su importancia para la salud y nutrición de los niños y niñas, la importancia de iniciar la lactancia media hora después el parto, y recomendaciones generales para el éxito de la misma.

Se incluyó en los planes de trabajo acordados con las instituciones educativas, las acciones para el fomento de la lactancia materna, como parte del trabajo pedagógico de las docentes.

Las capacitaciones se realizaron al 100% del total de docentes pertenecientes a las 10 instituciones educativas, es decir 94 jardineras, que incluían representantes legales y/o coordinadoras, docentes, auxiliares administrativas, docentes de servicios generales y del área de nutrición.

A continuación se menciona la población capacitada y la población de niños y niñas de las acciones del año 2009, así como el listado de las

instituciones, jardines infantiles, de la cobertura:

Tabla 2. Población capacitada por UPZ. Usme. 2009

UPZ	Población
Danubio 56	78 Menores 6 Docentes 50 Padres de familia
Gran Yomasa 57	682 Menores 54 Docentes 464 Padres de familia
Comuneros 58	191 Menores- 20 Docentes 100 Padres de familia
Flora 52	60 Menores 8 Docentes 20 Padres de familia
Usme 61	90 Menores 6 Docentes 60 Padres de familia
Total:	1101 Menores 94 Docentes 694 Padres de familia

Fuente: Tomado y adaptado de: Estrategias de Promoción Materna e Infantil con Calidad y Calidez- AIEPI-IAMI-IAFI-ERA. Informe cuantitativo SDS

La tabla 2, señala la cobertura total de las acciones para el 2009, brindando capacitación para un total de 1101 niños y niñas menores de 5 años, 94 docentes y 694 padres de familia en



5 de las 6 UPZ ubicadas en la localidad.

Tabla 3. Población capacitada por institución. Usme, 2009

Institución	Población
Casa Vecinal Alaska	78 Men. 6 Doc.
Casa Vecinal Chuniza	126 Men. 13 Doc.
Casa Vecinal Comuneros	80 Men. 9 Doc.
Casa Vecinal La Flora	60 Men. 8 Doc.
Casa Vecinal Monteblanco	82 Men. 9 Doc.
Casa Vecinal Lorenzo Alcantuz	111 Men. 11 Doc.
Casa Vecinal Nevado	116 Men. 12 Doc.
Jardín Infantil Betania	130 Men. 8 Doc.
Jardín Infantil Oasis	90 Men. 6 Doc.
Jardín Infantil Tejares	228 Men. 12 Doc.
Total	1101 Men. 94 Doc.

Fuente: Tomado y adaptado de: Estrategias de Promoción Materna e Infantil con Calidad y Calidez- AIEPI-IAMI-IAFI-ERA. Informe cuantitativo SDS

Acciones adelantadas durante el 2010

Descripción del proceso

Durante los meses comprendidos entre junio a Agosto de 2010, se realizaron actividades con los actores de los jardines infantiles, casas vecinales, pertenecientes al programa salud al colegio – jardines, estas acciones se llevaron a cabo de forma conjunta con la intervención de estrategias de promoción de la atención materna e infantil con calidad y calidez AIEPI – IAMI – IAFI – ERA – jardines infantiles, adicionalmente se trabajó conjuntamente con el equipo SAC-Jardines, con el grupo funcional de las estrategias materno infantiles, conformados por referentes de las estrategias IAMI – IAFI – comunitario, jardines infantiles, red materno infantil, ciclo de infancia, sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN) y promoción de la alimentación saludable en población materno infantil (PASMI) en la planeación, gestión y realización de acciones para el mes de la lactancia materna a nivel local.

Desde esta intervención se realizó las siguientes acciones relacionadas con la lactancia materna, en las 11 casas vecinales:

Concertación del Plan de trabajo con las docentes de las instituciones para el fomento de la lactancia materna y la alimentación infantil saludable, así como el seguimiento del mismo, en las 11 unidades de trabajo.

Apoyo metodológico a las acciones realizadas durante el mes de la lactancia materna.

Puesta en marcha del plan de capacitación a docentes sobre lactancia materna.

Sensibilización a padres de familia sobre beneficios y ventajas de la lactancia natural.

Participación en las actividades del mes de la Lactancia Materna en las instituciones y a nivel local.

Acciones desarrolladas para la celebración del mes de la lactancia materna en las Casas Vecinales pertenecientes al programa SAC-Jardines.

Durante los meses de junio y julio se adelantaron procesos de sensibilización a la comunidad de los jardines infantiles sobre lactancia materna (padres de familia y docentes), se trabajó conjuntamente con las docentes de las instituciones sobre la inclusión de actividades para la celebración del mes de la lactancia materna en los planes de trabajo de la institución y se realizó la construcción de la metodología de trabajo del equipo de jardines para el mes de agosto, la cual articuló las acciones de las diferentes intervenciones pertenecientes al programa (Gestión jardines / SAC, salud ambiental jardines / SAC, desarrollo infantil jardines / SAC, buen trato jardines / SAC, salud oral jardines / SAC, acciones de promoción de la lactancia materna y la alimentación infantil saludable en jardines infantiles y estrategias de promoción de la atención materna e infantil con calidad y calidez AIEPI – IAMI – IAFI – ERA – Jardines

infantiles), en torno a la lactancia materna; la metodología consistió en una obra de títeres en marco del festival organizado en las unidades de trabajo por el equipo SAC – Jardines y docentes, el cual para el mes de Agosto se llamó “Festival de la lactancia materna”, en este se mostraba las relaciones existentes entre los diferentes temas abordados por las intervenciones y la lactancia materna.

Se brindó apoyo metodológico y logístico a las docentes de las instituciones, para la planeación y construcción de la actividad que se realizarían desde la comunidad de las casas vecinales para la celebración del mes de la lactancia materna; la actividad dirigida por las docentes consistió en la elaboración de un mural alusivo a la lactancia materna en conjunto con los padres de familia y los niños y niñas de la institución, el cual se exhibió en el jardín infantil durante todo el mes de Agosto.

Se llevó a cabo la presentación de la actividad lúdico-pedagógica, obra de títeres, enmarcada en el “Festival de la lactancia materna” en 10 de las 11

instituciones inscritas al programa, por parte del equipo de SAC – Jardines.

Participación junto con el equipo de jardines en las actividades del Festival de la Madre y del Festival del Padre en las instituciones seleccionadas (Casa vecinal Marichuela, Alaska, Monteblanco, Puerta al Llano, Gran Yomasa, Chuniza, Comuneros, La Flora, Nevado, Lorenzo Alcantuz y Casa Loma) durante el bimestre Mayo- Junio, en donde se realizó intervención con docentes y padres de familia haciendo un abordaje de las temáticas de lactancia materna y alimentación complementaria las cuales se trataron mediante metodologías de talleres más un componente lúdico para evaluación y retroalimentación.

19

Acciones para la celebración de la jornada de cierre del mes de la lactancia materna.

Inicialmente se hace un proceso de articulación con el grupo funcional de las estrategias materno infantiles, conformados por referentes de Estrategias IAMI – IAFI – comunitario, jardines infantiles, red materno infantil,

ciclo de infancia, sistema de vigilancia alimentaría y nutricional (SISVAN) y promoción de la alimentación saludable en población materno infantil (PASMI) en la planeación, gestión y realización de acciones para el mes de la lactancia materna a nivel local, se participa en la construcción del plan de trabajo a seguir y la socialización y sensibilización ante los diferentes actores sociales intervenidos, docentes y padres de familia de las casas vecinales, sobre los objetivos de la jornada de lactancia materna y la necesidad de fortalecer estrategias que promuevan y protejan la lactancia materna.

Se realizó la convocatoria de las madres gestantes y lactantes de las 11 unidades de trabajo, así como dos docentes por cada institución para la jornada de cierre del mes de la lactancia materna, las cuales participaron con la exhibición de los trabajos realizados en el jardín infantil, murales alusivos a ventajas y beneficios de la lactancia materna para el niño, la madre y la sociedad y mensajes de los padres de familia a favor de la lactancia materna.

Para concluir, se participó en la

jornada de cierre realizada el día 26 de agosto de 2010, con el juego de tiro al blanco sobre alimentación complementaria en el stand No.5, en donde los y las asistentes además de probar sus destrezas para dar en la diana, probaban sus conocimientos sobre cómo debe ser la alimentación infantil durante los primeros dos años de vida y recibían información sobre la forma adecuada de introducir los alimentos en la alimentación del niño y la niña después de los seis meses de edad.

La actividad para la jornada de cierre fue atractiva para los asistentes, permitió la participación activa de los mismos y la posibilidad de retroalimentación personalizada.

La presentación de de la obra de títeres enmarcados en el "festival de la Lactancia materna " en las instituciones del programa por parte del equipo SAC-Jardines, fue muy bien planeada y estructurada, sin embargo, por cuestiones de fuerzas ajenas no se pudieron realizar con éxito en las 11 instituciones, dado que se presentaron inconvenientes por cruces en las

actividades de profesionales que apoyarían la obra.

Coberturas de la intervención durante los meses de mayo a junio y de julio a septiembre del 2010, durante los cuales se abordaron temáticas relacionadas con lactancia materna dirigida a padres y docente se encuentran en las tablas 4 y 5:

Tabla 4. Intervenciones distribuidas por institución y población. Usme. Mayo a junio 2010.

Casa vecinal	Población
Alaska	60 men. 9 doc. 55 padres
Chuniza	113 men. 13 doc. 66 padres
Comuneros	72 menores 9 docentes
La Flora	41 men. 8 doc.
Monteblanco	80 men. 9 doc. 49 padres
Lorenzo Alcantuz	89 menores 12 docentes
Nevado	90 men. 13 doc. 46 padres
Gran Yomasa	135 men. 14 doc. 50 padres
Marichuela	150 men. 16 doc. 82 padres
Puerta Al Llano	52 men. 7 doc. 45 padres
Casa Loma	76 menores 10 docentes
Total	958 men. 120 doc. 393 padres

Fuente: Tomado y adaptado de: Estrategias de Promoción Materna e Infantil con Calidad y Calidez- AIEPI-IAMI-IAFI-ERA. Informe cuantitativo SDS



Tabla 5. Intervenciones distribuidas por institución y población. Usme. Julio a septiembre 2010.

Casa vecinal	Población
Alaska	54 men. 9 doc. 22 padres
Chuniza	92 men. 13 doc. 69 padres
Comuneros	62 men. 9 doc. 50 padres
La Flora	51 menores 8 docentes
Monteblanco	60 men. 9 doc. 44 padres
Lorenzo Alcantuz	95 menores 12 docentes
Nevado	75 menores 13 docentes
Gran Yomasa	163 men. 14 doc. 50 padres
Marichuela	128 men. 17 doc. 82 padres
Puerta Al Llano	53 men. 7 doc. 43 padres
Casa Loma	76 men. 10 doc. 35 padres
Total	1193 men. 121 doc. 395 padres de familia

Fuente: Tomado y adaptado de: Estrategias de Promoción Materna e Infantil con Calidad y Calidez- AIEPI-IAMI-IAFI-ERA. Informe cuantitativo SDS

Ámbito comunitario

Desde las estrategias del ámbito comunitario se realizaron diversas acciones durante el año 2010 para contribuir a la meta distrital de aumentar a 6 meses la lactancia materna exclusiva. Para lo cual se trabajo principalmente desde cuatro procesos

que se manejan a nivel de las estrategias del ámbito comunitario, los cuales se relacionan a continuación:

Formación a agentes comunitario en salud (ACS)

Uno de los procesos es el de formación a Agentes Comunitarios en Salud, el consiste en la realización de un curso de AIEPI Comunitario dirigido a cuidadores directos de niños y niñas. En este curso se abordan temáticas que buscan fortalecer los conocimientos de estas personas y brindar herramientas que les permitan realizar una valoración, clasificación y atención integral de los niños y niñas menores de 5 años. Además de los cursos se hacen visitas domiciliarias con cada agente donde se busca conocer el entorno en el que vive el niño y poder identificar riesgos que puedan afectar su salud.

Partiendo de lo anterior, durante el año 2010 se realizaron 2 cursos de AIEPI Comunitario, uno con promotores de SASC y otro con madres comunitarias de ICBF, en este curso se trabaja con los Agentes Comunitarios en Salud (ACS) en lactancia materna y

alimentación complementaria, fortaleciendo sus conocimientos sobre el tema, para que estén en la capacidad de brindar una asesoría e información acertada apoyando y promoviendo la lactancia materna exclusiva con las madres gestantes y lactantes de la localidad, para esto también se realizo un acompañamiento en campo a cada agente, para orientar en la forma de brindar la información y la educación a las madres. Adicional a esto se realizo en el mes de junio una sesión de fortalecimiento en lactancia materna con los ACS antiguos y nuevos del ámbito familiar, donde se sensibilizo y se posiciono la práctica clave número 1 (lactancia materna) enfatizando en la importancia de promover y apoyar la lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses.

Con los ACS se hace presencia en todos los territorios GSI: Danubio (SASC, Famis, jardines privados), Gran Yomasa (SASC, Famis, jardines privados), Comuneros (SASC, Famis, jardines privados), Alfonso López (SASC, Famis, jardines privados), La Flora (SASC y Famis) y en Usme Centro (SASC).

Actores sociales (17 prácticas claves)

Otro proceso que se realiza es el trabajo con actores sociales de la localidad de Usme, el cual consiste en posicionar y fortalecer las 18 prácticas claves (17 prácticas en el 2010), por medio de un trabajo articulado entre el Hospital y los actores. Los actores sociales son personas, instituciones u organizaciones que tengan contacto con la comunidad y por medio de su quehacer diario puedan contribuir a la salud de la población materna e infantil por medio de divulgación de información, sensibilizaciones y demás actividades que puedan realizar desde su trabajo con la comunidad, en la localidad hay varios actores: ICBF, Secretaria de integración social, iglesias, bomberos, policía, Alcaldía, JAL, JAC, líderes comunitarios, organizaciones y fundaciones (Cedavida, fundeic), Centros de Desarrollo Integral, Centros de Desarrollo Comunitario, entre otros. En el año 2010 se trabajo con ICBF, SLIS, Cedavida, CDI semillero de vida. Sin embargo la parte de lactancia materna se trabajo principalmente con Cedavida y el CDI. Con estos actores sociales se

priorizo la practica clave 1 (Lactancia materna) además de otras prácticas. Después de la priorización se hizo un plan de trabajo con cada uno, donde por parte de las estrategias se realizaron algunos talleres sobre lactancia materna, en los cuales además de hablar sobre el tema y fortalecer esta práctica, se hicieron con ellos murales que se expusieron en la jornada de lactancia materna que se realizo en el mes de Agosto. Los actores sociales se comprometieron con el trabajo y desde su quehacer diario ayudaron a promover la lactancia materna exclusiva dentro de la población.

Con el CDI semillero de vida se trabajo en el Territorio GSI de Alfonso López, debido a que con la llegada del Hospital al CDI fue que se comenzó a crear el trabajo con las gestantes y lactantes del sector la asistencia no fue tan numerosa, en el taller de lactancia asistieron alrededor de 20 personas.

Con Cedavida, se trabajo en los Territorios GSI de Danubio y Gran Yomasa, a los talleres asistieron por lo general un promedio de 10 madres, ya que por las dinámicas propias de

Cedavida, se trabaja con poca población.

Grupos de apoyo a la lactancia materna

En la parte de grupos de apoyo a la lactancia materna, lo que se busca es conformar grupos de personas interesadas en promover la lactancia y que estén en la capacidad de servir de apoyo a las madres lactantes de la localidad que presenten algún tipo de problema para amamantar a su bebé o simplemente que requieran información para llevar a cabo una adecuada practica de lactancia. Esto con el fin de contribuir al paso IAMI numero 10.

Teniendo en cuenta lo anterior, durante el año 2010, se trabajo de manera articulada con la referente de PASMI para la creación de los grupos de apoyo a la lactancia materna, para lo cual se realizo la presentación de la propuesta en los diferentes grupos con los que se trabajaba. Se logra la articulación entre las estrategias y la nutricionista de Secretaria de Integración Social encargada de las salas amigas, con quien se comienza a

22

crear la propuesta de construcción de una red de lactancia en la localidad, después de varias reuniones se convoca a famis, jardines, comunidad, salas amigas y otras instituciones a una reunión para la creación de la red, donde a partir del mes de septiembre se comienza la creación de la red, se establecen reuniones mensuales, donde se va consolidando la Red entre nubes. En las reuniones y conformación de la red hubo presencia de personas e instituciones de toda la localidad, abarcando todos los territorios GSI.

Fortalecimiento de capacidades ciudadanas

Por último se realizó un trabajo con jardines sociales de la localidad (Jardín Social San Cayetano y Jardín Social Nebraska) y con las salas amigas de estos jardines. Con los jardines y salas amigas se realizaron talleres de lactancia materna y se promovió esta práctica, como una práctica clave para la salud de los niños y las niñas. Adicional a esto los jardines ayudaron en el posicionamiento del tema con la comunidad. Con el jardín Nebraska se trabajo en el Territorio GSI de Danubio y

con el Jardín San Cayetano se trabajo en el Territorio GSI de La Flora.

Promoción de la alimentación saludable en la población materno infantil (PASMI)

En el ámbito comunitario estaba la intervención de PASMI, desde la cual se trabajaba fuertemente el tema de la lactancia materna. Lamentablemente por la rotación del personal y cambios ocurridos en las dinámicas del ámbito no se cuenta con la información en este momento acerca de las acciones desarrolladas desde PASMI.

Jornada de lactancia materna

El día 26 de agosto del año 2010 se realizó la jornada de lactancia materna, la cual se hizo de manera articulada entre los diferentes ámbitos del Hospital, para dicha jornada se desarrollaron varios stand (salas ERA, mitos y creencias, regulación de la fecundidad, ruleta de la lactancia, alimentación complementaria, etc), se cuenta con la participación principalmente de las madres fami y sus usuarias.

INCREMENTO EN LA COBERTURA SALUD A SU CASA

El ámbito familiar se define como el espacio social de vida cotidiana en donde a partir del reconocimiento de las condiciones de vida, estructura y dinámica funcional de la familia, se construyen respuestas integrales en salud, con el fin de garantizar, promover y restituir la autonomía tanto del colectivo familiar, como de los integrantes de la misma.

Dicho espacio, se constituye en el escenario de operación de la estrategia **Salud a su Casa**, que se orienta como puerta de entrada a la Atención Primaria en Salud, buscando identificar las necesidades con participación de las familias, organizar integradamente la respuesta sectorial, abogar para la movilización de los otros actores sociales en torno a elaboración, ejecución y seguimiento de agendas sociales, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la familias.

El programa salud a su Casa en Usme comenzó en el año 2004 con el

23

nombre de salud a su Hogar y su principal objetivo era implementar gradualmente la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en la localidad.

Salud a su casa se realizó en 4 fases:

A. Primera fase:

Tabla 6. Ubicación equipos por punto de atención. Usme. 2004

Número de equipo	Territorio	Ubicación puntos de base	Ubicación en el territorio
1. Danubio	Danubio azul	UPA danubio	Cra 58 sur - cll 53 D, desde la 4 B hasta 1° bis A este.
2. Fiscala	Fiscalas, duitama morenas	Centro de salud Fiscala	Porvenir I y II.
3. Arrayanes	Arrayanes, villa rosita, villa diana, el bosque	Centro de atención Arrayanes	Cll 88 sur - cra 18
4. La Flora	La Flora	UPA la flora En proceso de capacitación	Cra 11 C – Cll 74 C - 75 B bis
5. La Reforma	La Reforma	Uba la reforma en proceso de capacitación	Cra 8 D este a la cra 8 A este
6. La Unión y el Destino	14 veredas	Una la unión y el destino	Tiguaque Soches – Uval

Fuente: base de datos Salud a su Casa APS En línea

Las actividades realizadas fueron la caracterización de los núcleos familiares y los territorios en donde se inició la primera fase fueron: Arrayanes, La flora, Fiscala, Danubio, reforma, y destino, como se observa en la tabla 6.

La meta pactada con secretaria distrital de salud fue la caracterización de 800 familias por cada micro territorio para un total de 4.800, iniciando la contratación en noviembre de 2004 y terminando 28 de febrero de 2005, esto queda plasmado en la tabla 7.

Tabla N° 7. Familias caracterizadas. Usme. 2004 – 2005

Mes	# de familias caracterizadas	# de familias en el sistema
Dic. 2004	102	42
Ene. 2005	1600	616
Feb. 2005	4800	4042
Mar. 2005		100
Total	4800	4800

Fuente: base de datos Salud a su Casa APS En línea

B. Segunda fase:

Inicia en marzo de 2005 y termina marzo 2006.

Ampliación de territorios existentes.

Se inicio un nuevo proceso de caracterización en julio de 2005, ampliando los territorios de 800 familias a 1200 familias, se termino con éxito esta labor en los 5 microterritorios urbanos, el territorio rural no tenía capacidad de extensión en las 14 veredas y continuo las 800 familias ya caracterizadas.

Caracterización de nuevos territorios

Se realizo la territorialización de los siete nuevos territorios de octubre de 2005 a enero de 2006. Teniendo en cuenta los criterios de vulnerabilidad detectados por el diagnostico de salud para la zona periférica urbanizada (según zonas de condiciones de vida y salud). Esta caracterización se extendió a 1200 familias. Los nuevos grupos son: Danubio 2, Flora 2, Santa Martha, Lorenzo Alcantuz, Marichuela, Yomasa I y Yomasa 2. La organización de los nuevos equipos incluye la asesoría, atención de PYP y consulta resolutive por un odontólogo en cada punto de atención.

C. Tercera fase

La tercera fase se inicia con la contratación P.A.B. 2006 planeándose actividades específicas para la estrategia dentro del Ámbito Familiar; en donde se plantea la ampliación de 8 nuevos micro territorios: Danubio azul 3, Marichuela II, Betania I, Betania II, Santa Marta II, San Juan I, San Juan II,

Las metas para la estrategia Salud A Su Hogar durante la vigencia 2006 de acuerdo a la contratación fueron las siguientes:

Tabla 8. Avance de caracterización. Usme. 2005.

Fases	Familias	Individuos	# de barrios	# de UPZ intervenidas
1 Y 2	15200	58.277	60	6
3	9600	38.400	16	4
Total	24.800	96677	76	100% localidad

Fuente: base de datos Salud a su Casa APS En línea

A diciembre del 2006 se conformaron los 21 equipos en el diferente micro territorios con un equipo básico de:

Medico,
Enfermera

Auxiliar de enfermería
Promotores de salud
Técnico

Las metas para la estrategia Salud A Su Hogar durante la vigencia 2006 de acuerdo a la contratación fueron las siguientes:

Tabla 9. Avance de caracterización. Usme. 2006.

Fases	# de familias caracterizadas	# de familias en el sistema	% de cumplimiento
I	4800	4800	100%
II	10400	10400	100%
III	9600	8000	100%
Total	24800	23200	100%

Fuente: base de datos Salud a su Casa APS En línea

D. Cuarta fase:

Esta inicia con la adición en junio julio del 2007; planeándose actividades específicas para la estrategia dentro del Ámbito Familiar; en donde se amplía con 3 nuevos micro territorios, los cuales se ubican en la UPZ de Alfonso López y son: uval, puerta al llano y nuevo porvenir.

Tabla 10. Avance de caracterización. Usme. 2007

Fases	# de familias caracterizadas	# de familias en el sistema	Tiempo
IV	3600	3600	4 Meses

Fuente: base de datos Salud a su Casa APS En línea

E. Quinta fase:

En el año 2008 y 2009 no se realizo ningún avance en la caracterización y cobertura por falta de presupuesto de la Secretaria de Distrital de Salud. Para el año 2010 mediante proyectos UEL se caracterizan dos territorios serranías y villa Alemania.

25

Tabla 11. Avance de caracterización. Usme. 2010

Fases	# de familias caracterizadas	# de familias en el sistema	Tiempo
V	2400	2400	4 Meses

Fuente: base de datos Salud a su Casa APS En línea

Salud a su casa hoy

Tabla 12. Territorios existentes Usme. Diciembre 2010

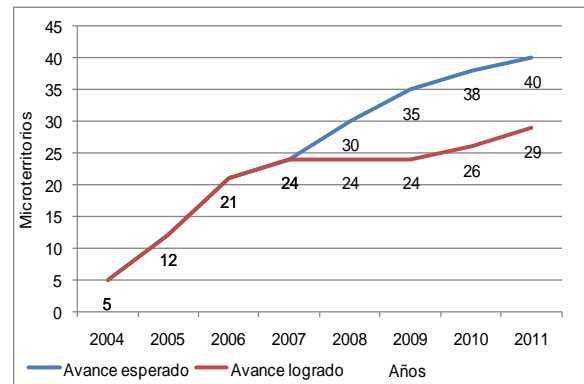
UPZ	Nombre del territorio	# de micro territorios por UPZ
Danubio	Fiscalá, Danubio, azul, Morenas	4
La Flora	La Flora, San Pedro, Arrayanes	3
Alfonso López	La Reforma, Uval, Puerta al Llano y Nuevo Porvenir	4
Gran Yomasa	Yomasa, Bosque, Betania, Olivares, Marichuela, San Juan, Quintas, Barranquillita, Santa Martha	9
Ciudad Usme	Usme, Destino	2
Comuneros	Tenerife, Lorenzo alcantuz, Serranías, Villa Alemania	4
Total microterritorios		26

Fuente: base de datos Salud a su Casa APS En línea

En la actualidad salud a su casa cuenta con 31100 familias, un

aproximado de 114.000 habitantes de la localidad. Lo que constituye un 40 % de la población total, con un promedio de 500 intervenciones diarias y un aproximado 60000 visitas de intervención familiar, para el 2011 se cuenta con la siguiente población prioritaria para realizar intervenciones: 1666 niños menores de un año, 10.092 menores de 5 años, 8268 personas mayores de 75 años, 1533 personas con Diabetes, 7043 Hipertensos, 827 gestantes y 1198 personas con algún tipo de limitación.

Grafica 10. Avance del programa salud a su casa. Usme. 2004 – 2011*



Fuente: base de datos Salud a su Casa APS en línea
* 2011 datos parciales

Teniendo en cuenta que el proceso de caracterización se retrasó mucho durante el periodo de 2008 a 2009 por problemas de presupuesto de la secretaria distrital de salud, el aumento de la cobertura ha sido aceptable frente a la meta trazada para el año 2012.

INCREMENTO DE COBERTURA SALUD AL COLEGIO

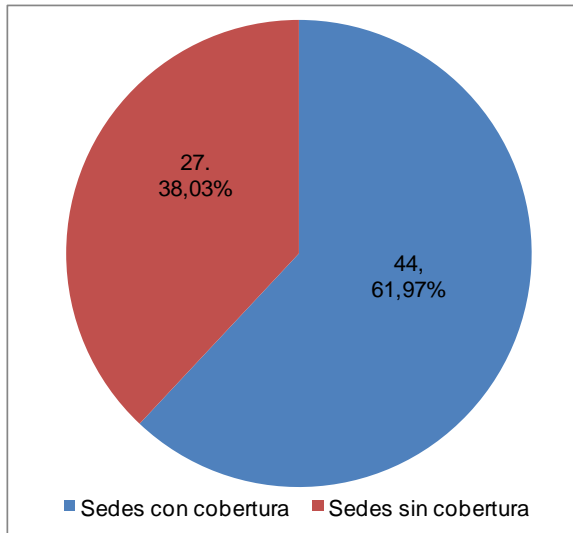
Inicialmente se debe tener en cuenta que el trabajo desarrollado desde el 2008 hasta el 2011, se ha caracterizado por su nivel de cobertura desde la unidad de medida de sede lo que implica cubrirla en ambas jornadas, teniendo en cuenta el indicador distrital:

26

Cubrir 734 sedes de colegios, 310 jardines y 8 Universidades o IES cubiertos por el Programa Salud al Colegio



Grafica 11. Sedes cubiertas con la estrategia de salud al colegio. Usme. 2008



Fuente: Ámbito escolar, Hospital de Usme, año 2008

Frente a este indicador en el año 2008 como se observa en la grafica 11, se dio cubrimiento a 44 sedes de 71, incluyendo 10 unidades de trabajo de la zona rural equivalentes a 21 Colegios Distritales, para un aproximado de cobertura en sedes de 61.9% dividiendo el trabajo en dos territorios, desarrollando desde el Eje 1: Apoyo a los Procesos Pedagógicos. Que incluía

el trabajo en educación ambiental, educación sexual, tiempo libre y convivencia, democracia y derechos humanos y desde el eje 2: acciones para el desarrollo y preservación de la autonomía. Trabajando seguridad alimentaria y nutricional, identificación y canalización de alertas, promoción de prácticas de auto cuidado como salud oral, promoción del bienestar docente y accesos a los servicios de salud.

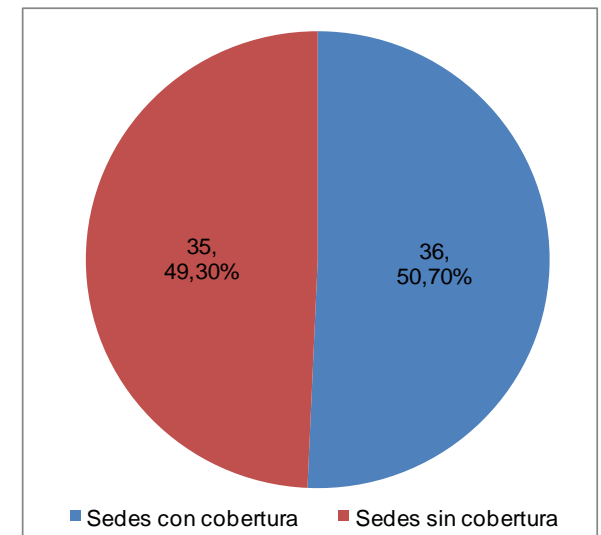
De los 50 colegios públicos de la localidad, llegamos a 21 Instituciones lo que representa el 42 % de colegios. Se da inicialmente una cobertura de 10 jardines. Año tras año y según las fases de evaluación y monitoreo se decide de manera concertada con la institución dejar a la unidad o sede bajo la figura de mantenimiento, lo cual implica un acompañamiento parcial y con la gestión de algunas de las acciones que se promueven desde otros ámbitos de salud Pública.

En el año 2009, el programa se va transformando bajo su accionar y frente a su organización, a lo cual se decide trabajar en tres territorios tratando de armonizar cercanía y UPZ con el fin de

evidenciar el trabajo más organizado y consolidar procesos.

Durante este año se disminuye el tema de la cobertura por sede, pero se garantiza el proceso bajo la contratación de nuevos profesionales para las intervenciones que desarrollarían durante el año.

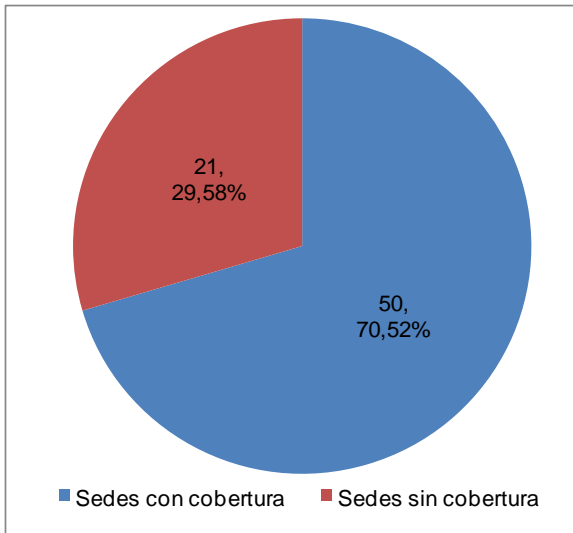
Grafica 12. Sedes cubiertas con la estrategia de salud al colegio. Usme. 2009



Fuente: Ámbito escolar, Hospital de Usme, año 2009

Cada territorio se dividió por 12 sedes para un total de 36 sedes equivalente al 50.7% de cobertura como se evidencia en la grafica 12 y 21 colegios lo que corresponde a un 42%. Se decide entonces rotar año tras año con los colegios en el que los procesos han avanzado con el fin de ir dando cobertura a todas las sedes.

Grafica 13. Sedes cubiertas con la estrategia de salud. Usme. 2010



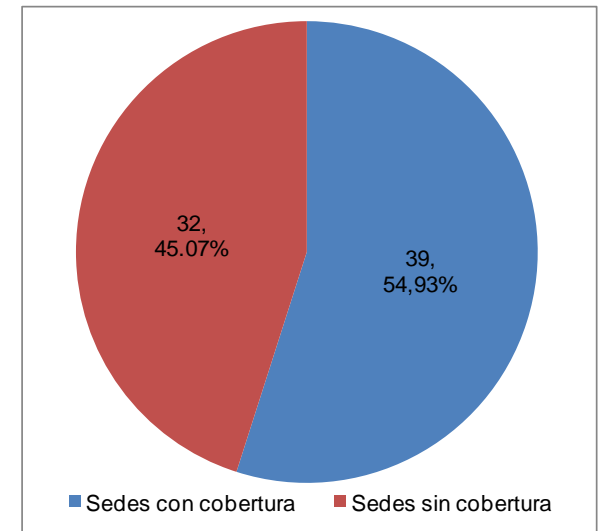
Fuente: Ámbito escolar, Hospital de Usme, año 2010

En el 2010 se mantiene la cobertura pero se da una rotación de colegios y sedes manteniéndose los tres territorios con 36 sedes, 22 colegios. En este año encuentra una nueva posibilidad de cobertura a través de la implementación del Proyecto UEL Salud al Colegio, lo que implicó cubrir 14 sedes públicas equivalentes a 10 colegios. Esto posibilitó el dar inicio al proceso de acompañamiento del programa colocando a las instituciones en la fase inicial de intervención, con los recursos de la alcaldía local de Usme. Es decir contamos con una cobertura en el 2010 de 32 colegios públicos para un total de 50 sedes lo que corresponde a un 64% de cobertura en colegios y un 70.52% de cobertura en sedes, como lo registra la grafica 13.

En 2011 disminuye la cobertura de una sede manteniéndose bajo el 49% en sedes pero conservamos 22 colegios dejando como unidades de mantenimiento la zona rural. El proyecto UEL aporta en la cobertura de tres colegios equivalentes a 4 sedes públicas, es decir para un total de 26 colegios y 39 sedes, lo que corresponde a un 52% de cobertura en colegios y

un 54.9% de cobertura de sedes, como se observa en la siguiente grafica.

Grafica 14. Sedes cubiertas con la estrategia de salud al colegio. Usme. 2011*



Fuente: Ámbito escolar, Hospital de Usme, año 2011*

*Datos parciales

Por lo tanto se puede establecer que frente al acompañamiento directo e intervención de todo el proceso solamente ha dejado de atender 9 sedes directamente con toda la intervención; lo cual no implica que no

se le haya hecho ocasionalmente la inclusión con algún componente como por ejemplo la suplementación; es decir que hasta el año 2011 de las 71 sedes equivalentes al 100% se ha dejado de acompañar el 12%.

Otro aspecto importante en relación a la cobertura de colegios en este programa, es la cantidad de individuos que son beneficiados de manera directa o indirecta por el programa.

Para el año 2008 se estima que había matriculados en la localidad de Usme unos 76.953 estudiantes. Los colegios bajo seguimiento del programa de SAC para este año contaban con aproximadamente 17.000 estudiantes, de los cuales se trabajo de manera directa con 6500 estudiantes lo que representa un atención del 38,23% de la población total, quienes se beneficiaron con acciones de promoción y prevención según lo abordado desde la estructura de Salud al Colegio.

Cabe destacar programas como el componente de discapacidad donde se han generado procesos de inclusión

en los colegios integradores y se ha realizado la detección temprana de la discapacidad de niños y niñas que asisten a los jardines de la localidad.

Teniendo en cuenta la prioridad del fortalecimiento de habilidades y descarte de dificultades se genera un proceso de canalización a servicio terapéutico o a otras redes de apoyo.

De igual manera, desde el programa salud al colegio se realizaron asesorías a los proyectos transversales de tiempo libre de las IED con los docentes, sin embargo se le sumaron acciones que se implementaron con la comunidad educativa en general, de esta manera el objetivo de la intervención era estructurar y desarrollar procesos preliminares encaminados a la construcción de un programa de promoción de la actividad física en la escuela, mediante un trabajo participativo e intersectorial que permitiera avanzar en el posicionamiento de la misma y a la vez dar continuidad a las acciones concertadas en los planes de respuesta, lo cual asumió la Actividad física como un proceso vital para el ser humano

porque el movimiento es parte de la vida y entendido como motor del aprendizaje, a través de él se genera el desarrollo integral de las potencialidades humanas.

En el año 2009, la localidad incremento el número de estudiantes matriculados a 85.793, evidenciándose un acceso amplio a la educación pública, con respecto al año anterior.

En este sentido y en el marco de estrategias pedagógicas y de acción restitutiva se dio cumplimiento a los procesos de integración escolar de 56 niños con discapacidad escolarizada, promover el acceso a servicios de salud y otros programas como parte del ejercicio del derecho y la ciudadanía en salud de las personas con discapacidad escolarizada y sus familias; se ha realizado divulgación y monitoreo a la movilización de la ruta de acción propuesta y ajustada desde la voz de los actores involucrados; también el acompañamiento técnico al proceso de integración escolar de las personas en condición de discapacidad desescolarizadas y escolarizadas a 10 jardines y 5 sedes de colegios

integradores; 50 seguimientos al procesos de integración escolar de población con necesidades educativas especiales, de los cuales 75 aún se encuentran en proceso; y finalmente sensibilización en el tema a 34 sedes promotoras de calidad de vida.

Por parte del Programa Salud Al Colegio, con la intervención de todas las acciones se ha logrado abordar durante el primer semestre de 2009 a un número total de 3296 actores beneficiarios de la comunidad educativa (1432 estudiantes, 1550 padres y madres de familia, 314 docentes y/o directivos) quienes han sido formados como multiplicadores de la prevención y promoción de eventos en salud mental.

En cuanto a la cobertura por intervenciones, se encontró que la movilización de la ruta de acción ante las violencias obtuvo el mayor número de actores a quienes se llegó de manera directa con un total de 1639 personas, seguido de jardines con 695, acciones colectivas con 484, la línea 106 con 478 y la sensibilización y formación en conducta suicida a 72 docentes. En el año 2010 se beneficiaron con el

programa Salud al Colegio a través de la realización de estrategias como la conformación de grupos formadores, grupos semilleros o grupos promotores, estos grupos trabajan mes a mes recibiendo informaciones a través de estrategias lúdicas pedagógicas y artísticas, para que ellos realizaran la multiplicación a sus pares, de igual forma hay acciones con estudiantes que se realiza una vez durante el año movilizando una estrategia o una temática que en algunos casos requiere ser movilizada a poblaciones específicas, son poblaciones a las cuales el programa realiza acciones directas, este año el programa salud al colegio en la localidad quinta de Usme logro realizar acciones con 161.158 estudiantes de Instituciones Educativas Distritales que hacen parte de la cobertura PIC.

Por otra parte se encuentran los estudiantes que indirectamente fueron beneficiados a través de la estrategia de los grupos formadores de pares, estos estudiantes tienen la función de multiplicar la información que el programa le brinda, para ello en muchas ocasiones son los estudiantes

los que seleccionan las formas como se multiplicara la información y en otras ocasiones son los profesionales los que orientan a los estudiantes de como se puede multiplicar esta información, algunas de estas estrategias incluyen obras de teatro, la promoción de la línea 106 mediante historias de caso movilizados por esta línea, entre otras.

El programa salud al colegio para el 2010 realizo acciones con relación a la prevención del consumo de psicoactivos articulado con la policía de antinarcóticos, se realizaron acciones con docentes movilizando la estrategia de prácticas de auto cuidado como lo es la autonomía y el auto cuidado, trabajando con los docentes estrategias de bienestar docente y realizando diferentes sensibilizaciones tales como el trabajo o las acciones a realizar con la población con discapacidades educativas transitorias y permanentes. Y cada intervención realizan acciones de promoción y prevención para lo cual en el 2010 se logro trabajar directamente con 8347 profesores de la cobertura.



GLOSARIO

Brote: es la ocurrencia de más de dos eventos de enfermedad en una comunidad, en un tiempo determinado.

CAMI: Centro de atención médica inmediata

Caracterización: Se le denomina a la aplicación de la encuesta del programa salud a su casa para saber las características en la situación de salud familiar.

COVE: Comité de vigilancia epidemiológica

COVECOM: Comité de vigilancia epidemiológica comunitario

DANE: Departamento administrativo nacional de estadísticas

EDA: Enfermedad diarreica aguda.

ESI: enfermedad similar a la influenza

Evento: suceso que puede modificar o incidir en la dinámica social de la comunidad, afectando su salud.

Eventos de interés en salud pública: aquellos eventos considerados importantes para la salud colectiva, que tienen en cuenta comportamientos epidemiológicos y que se asumen con medidas de salud pública.

GSI: Gestión social integral

IIH: Infección intra Hospitalaria

IRA: conjunto de patologías que afectan el sistema respiratorio, siendo causa muy frecuente de mortalidad en los infantes.

IRAG: Infección respiratoria aguda grave

PAI: Programa ampliado de inmunizaciones

PDA: proyecto de desarrollo de autonomía.

Micro territorio: Se denomina micro territorio a la zona donde el programa tiene caracterizadas 1200 familias.

Morbilidad: Enfermedad.

Mortalidad: Muerte.

SAA: Sistema alerta acción

SDS: Secretaria distrital de salud

SGSSS: Sistema general de seguridad social en salud

Sintomático respiratorio (SR): persona que presenta tos por más de 15 días con expectoración.

SISVAN: Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional

SIVIGILA: Sistema de vigilancia en salud pública

SIVIM: Sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual

SISVESO: Sistema de vigilancia

epidemiológica de la salud oral.

Territorialización: Se denomina a la delimitación de la zona en la cual intervendrá el programa salud a su casa.

Tuberculosis: Enfermedad bacteriana producida por el Mycobacterium tuberculosis, afecta principalmente los pulmones pero puede diseminarse a otros órganos

UEL: Unidades ejecutoras locales

UBA: Unidad básica de atención

UPA: Unidad primaria de atención

UPZ: Unidad planeación zonal

UPGD: Unidad primaria generadora de datos, es la entidad pública o privada que capta los eventos de interés en salud pública, generando información útil para el sistema de vigilancia en salud pública

VSP: Vigilancia en salud pública

VSPC: Vigilancia en salud pública comunitaria