

ANALISIS DE LA IMPLEMENTACION DE LAS OBLIGACIONES ESPECIALES DEL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL MARCO DE LA LEY DE
INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSE DEL GUAVIARE
PERÍODO 2010 – 2013

AUTORES

PAOLA SABOGAL VALDES

OSCAR DARIO ARIZA MONTOYA

ASESOR

FELIPE ORTIZ TALERO

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD

ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES, ECONOMICAS Y DE

NEGOCIOS - ECACEN

ESPECIALIZACION EN GESTION PÚBLICA

SAN JOSE DEL GUAVIARE

2015

NOTA DE ACEPTACION

Firma del Presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

A nuestra familia, que incluye nuestros hijos, padres, hermanos, amigos y todos los que creen que mejorar la vida de los niños, niñas y adolescentes es construir desarrollo.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar nuestros más sinceros agradecimientos a nuestro director de trabajo de grado, Dr. Felipe Talero Ortiz, por su apoyo y dedicación en todo el proceso. Su conocimiento, sus orientaciones, su exigencia y su paciencia han sido fundamentales para llevar a feliz término la investigación.

A la Secretaria de Salud Municipal Dra. Maryluz Ovalle, por compartir con nosotros información indispensable para la construcción y análisis del trabajo de grado.

A Zunilda Rojas, asistente de la Secretaria de Salud, quien siempre de manera desinteresada estuvo presta a colaborarnos.

A nuestros hijos por su comprensión y cariño invaluable.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	13
Capítulo 1	15
Antecedentes del problema.....	15
Planteamiento del problema.....	19
Formulación del problema	21
Hipótesis a desarrollar	21
Justificación	22
Interés	22
Novedad	22
Utilidad	23
Objetivos.....	23
General	23
Específicos	23
Alcances, limitaciones y delimitación de la investigación	24
Alcances	24
Limitaciones.....	25
Delimitación.....	25
Capítulo 2	27

Marcos de referencia	27
Marco Teórico.....	27
Marco Conceptual.....	30
Marco Legal	33
Material bibliográfico y normativo relacionado.....	37
Web grafía	37
Documentos normativos, leyes y jurisprudencias.....	39
Capítulo 3	47
Tipo de investigación	47
Enfoque de investigación.....	47
Población y muestra poblacional	48
Técnicas e instrumentos para recolección de información	48
Revisión documental y bibliográfica	48
Método de análisis de datos	49
Capítulo 4	50
Análisis de resultados	50
Resultados revisión documental bibliográfica	50
Capítulo 5	62
Discusión de resultados	62
Conclusiones	87

Recomendaciones..... 90

Bibliografía 94

INDICE DE TABLAS

Tabla N. 1 Aseguramiento en salud población de infancia y adolescencia para los años 2010-2013	17
Tabla N. 2 Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud	50
Tabla N. 3 Matriz de evaluación de la implementación de las obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud	52

INDICE DE FIGURAS

Figura N. 1 Cobertura de vacunación en niños y niñas de 1 año. Triple viral. Porcentaje	28
Figura N. 2 Tasa de mortalidad infantil x 1.000 nacidos vivos.....	29
Figura N. 3 Porcentaje de nacidos vivos de madres de 10-17 años con relación al total de nacidos vivos del territorio	30
Figura N. 4 Cobertura de vacunación 2010-2013	62
Figura N. 5 Complementación nutricional en niños y niñas con algún grado de desnutrición 2010-2013.....	63
Figura N. 6 Suplementación con micronutrientes a niños/as menores de 10 años. 2010-2013	64
Figura N. 7 Vigilancia nutricional en niños/as menores de 10 años. 2010-2013.....	66
Figura N. 8 Tasa de mortalidad por IRA en menor de 5 años. 2010-2013	67
Figura N. 9 Tasa de mortalidad por EDA en menor de 5 años. 2010-2013	68
Figura N. 10 Tasa de mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia en menor de 5 años. 2010-2013	69
Figura N. 11 IPS que cuentan con salas URO y UAIRA. 2010-2013.....	70
Figura N. 12 IPS que cuentan con salas URO y UAIRA. 2010-2013.....	71
Figura N. 13 Programas para garantizar consejería en VIH/SIDA. 2010-2013.....	72
Figura N. 14 Programas para garantizar consejería en VIH/SIDA. 2010-2013.....	73

Figura N. 15 IPS que cuentan con insumos para realización de prueba VIH/SIDA. 2010-2013	74
Figura N. 16 Oportunidad en la atención, cita pediátrica y cita en urgencias. 2010-2013.....	75
Figura N. 17 Número de casos en que se garantiza la atención en interés superior del niño. 2010-2013.....	76
Figura N. 18 Número de niños, niñas y adolescentes que reciben asesoría en salud sexual y reproductiva. 2010-2013.....	77
Figura N. 19 Porcentaje de embarazo en adolescentes. 2010-2013	78
Figura N. 20 Adolescentes gestantes beneficiarias del programa Materno-Infantil 2010-2013	79
Figura N. 21 Número de NNA que reciben atención para detección de alteraciones en salud. 2010-2013.....	81
Figura N. 22 Personal asistencial capacitado en detección de alteraciones en salud en NNA. 2010-2013.....	81
Figura N. 23 Numero de reportes de maltrato, abuso y explotación sexual a NNA. 2010-2013	82
Figura N. 24 Numero de NNA con diagnóstico de discapacidad. 2010-2013	84
Figura N. 25 Numero casos de NNA con discapacidad o anomalía congénita reportados al SIVIGILA. 2010-2013	85

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo primordial, determinar la evolución y/o los niveles de cumplimiento de las obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud, enmarcada en la ley de infancia y adolescencia y adoptada por la política pública de infancia y adolescencia municipal en el Municipio de San José del Guaviare. El estudio, por tanto, se encuadra bajo la modalidad de Monografía de compilación.

El universo que conforma el estudio corresponde a las entidades relacionadas con la prestación, inspección, vigilancia y control en salud a nivel Municipal y la muestra por el Ente Territorial de salud (Secretaría de Salud Municipal), la Empresa Administradora de Planes de Beneficio del régimen subsidiado Caprecom y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios del régimen contributivo Saludcoop y Nueva EPS, en las cuales se solicitó la información requerida mediante un cuestionario. Dicha información fue diligenciada mediante un archivo en Excel donde se consignaron todos los datos obtenidos para posteriormente ser analizados por medio de porcentajes de evolución para el periodo estudiado.

Palabras clave: Garantía de derechos, Ley de Infancia y Adolescencia, Política pública municipal de infancia y adolescencia, Sistema general de seguridad social en salud, indicadores de salud pública, derechos

ABSTRACT

The present study aims primarily to determine the evolution and / or levels of compliance with the special obligations of the Social Security System in Health within the law of childhood and adolescence and adopted by the public policy of childhood and adolescence in city the Municipality of San José del Guaviare. The study therefore falls under Monograph compilation mode.

The population that makes up the study corresponds to entities related to the delivery, inspection, monitoring and control in health at the municipal level and the sample by the Territorial Health Entity (Municipal Secretary of Health), the Administrator Company Benefit Plans regime Caprecom subsidized and Administrators Business Plans Benefits Saludcoop contributory scheme and New EPS, in which the information required by questionnaire was requested. That information was filled out by an Excel file where all data to be subsequently analyzed using percentages of evolution for the study period were recorded.

Keywords: Warranty Rights Act of Childhood and Adolescence, municipal public policy for children and adolescents, overall social security system in health, public health indicators, and rights

Introducción

La situación económica, social y medio ambiental de la civilización actual, presenta interrogantes, en relación con la sobrepoblación, el agotamiento de los recursos naturales, la inequidad y la crisis de los modelos económicos. Se considera que parte de la respuesta a estos interrogantes conlleva un enfoque de desarrollo humano que priorice la inversión más temprana y de calidad en los niños, niñas y adolescentes; es así, como verificar el cumplimiento de las obligaciones del Estado, existentes en relación a la garantía de los derechos en este grupo de población, es un paso crucial, que en el ámbito regional y local, se convierten en un punto de referencia para ajustar políticas planes, programas y proyectos.

El presente documento contiene los resultados obtenidos de la investigación de tipo descriptivo y de carácter bibliográfico, por el método de recolección de información, que se llevó a cabo en el Municipio de San José del Guaviare y que tuvo por objeto determinar el nivel de cumplimiento de las obligaciones especiales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de la Ley 1098 de 2006, adoptadas a nivel municipal en la Política de Infancia y Adolescencia “en San José los niños, niñas y adolescentes son primero”

En el capítulo 1 se presenta los antecedentes, planteamiento y formulación del problema, teniendo como hipótesis la dificultad en el cumplimiento del derecho a la salud, en la población menor de 18 años, lo cual es especialmente novedoso en tanto no existen análisis previos al respecto, convirtiéndose hacia el futuro en una herramienta para procesos de planeación y exigibilidad. En el capítulo 2 se parte de los derechos inherentes y prevalentes, de los que son titulares los menores de edad, lo cual esta soportado en un amplio marco teórico y legal. En el capítulo 3 se precisa el enfoque metodológico de la investigación, donde se describe y

argumenta, porque esta investigación es de tipo descriptivo y de carácter bibliográfico. El capítulo 4 contiene el análisis de los resultados obtenidos al estudiar las variables. En el capítulo 5 se hace una discusión del análisis de los resultados, teniendo en cuenta el contexto global y los puntos relevantes, en búsqueda de las causas que originan la situación presentada, permitiendo finalizar con las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo 1

Antecedentes del problema

El municipio de San José del Guaviare, capital de Departamento, se ha formado a partir de migraciones cíclicas de colonos, motivadas por violencias sociopolíticas como la violencia bipartidista de los años 50 e impulsadas por bonanzas locales como la de la batata, las pieles, la marihuana y la coca; la población es predominantemente joven respecto al estándar nacional. Sumados los niños, niñas y adolescentes residentes en el municipio, corresponden según datos recientes, aproximadamente al cuarenta y tres por ciento de la población total, 13 puntos por encima de la media nacional¹.

El municipio de San José del Guaviare cuenta para el año 2013 con un total poblacional de 62.437 habitantes². De este total el 17,5% (10.930 niños y niñas) corresponde a la Primera Infancia (de 0 a 5 años); el 15,3% (9.566 niños y niñas) al rango de 6 a 11 años; el 11,7% (7.358 adolescentes) al de 12 a 17 años; el 30,5% (19.096 jóvenes) al de 14 a 28 años, y el 33,3% (20.847 adultos) se ubica en el grupo de población de 29 años o más. Cabe aclarar que la población de 14 a 17 años (5.910 personas) se encuentra contada dos veces, considerando que los ciclos vitales de adolescencia y juventud se entrecruzan en estos años; la cifra de desplazados que habitan en el Departamento es superior a 45.000 personas³, correspondiendo la mayoría al municipio de San José que es receptora de otros Departamentos y municipios del Departamento.

¹ Información obtenida del Sistema de Información Sobre la Niñez y la Adolescencia para el Departamento del Guaviare - SINFONIA 2014

² DANE.2005-2020

³ Observatorio Nacional de desplazamiento forzado. Acción Social 2010

Se presentan grandes problemas para el acceso a los servicios de salud, por los altos costos de desplazamiento, el mal estado de las vías terrestres, y la centralización de los servicios médicos y paramédicos en la zona urbana del municipio de San José. La única EPS del régimen subsidiado es Caprecom, la cual presenta grandes problemas de liquidez y operatividad en su red en todo el territorio Nacional⁴.

El municipio de San José del Guaviare, presta los servicios a través de la ESE de primer y segundo nivel, la cual se encuentra actualmente en una profunda e histórica crisis, que le impide la prestación adecuada de sus servicios, predominantemente en el área rural. La red de referencia y contra referencia, presenta grandes problemas en oportunidad y las citas con especialista para otras ciudades en niveles superiores de atención, presentan tardanzas mayores a los límites establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. El municipio no presenta en el momento coberturas útiles de vacunación y las cifras de mortalidad perinatal e infantil están por encima de las metas y promedios nacionales (SINFONÍA 2014). Un alto porcentaje de la población menor de 18 años se encuentra afiliada al régimen subsidiado. (Ver tabla No. 1)

⁴ Tomado de El Tiempo, Caprecom: radiografía a un paciente en grave estado, 22-03-2015

Tabla 1.

Aseguramiento en salud población de infancia y adolescencia para los años 2010-2013

AÑO	REGIMEN	POBLACION GRAL	POR GRUPO ETARIO				TOTAL
			0-11	1-5	6-14	15 -18	
2010	SUBSIDIADO	37,878	458	4,177	9,280	4,202	18,117
	CONTRIBUTIVO	10,714	129	926	1,867	748	3,670
	TOTAL	48,592	587	5,103	11,147	4,950	21,787
2011	SUBSIDIADO	39,931	430	3,997	8,813	4,009	17,249
	CONTRIBUTIVO	10,430	166	876	1,852	707	3,601
	TOTAL	50,361	596	4,873	10,665	4,716	20,850
2012	SUBSIDIADO	38,438	426	3,684	4,416	4,019	12,545
	CONTRIBUTIVO	10,454	137	1,855	1,847	749	4,588
	TOTAL	48,892	563	5,539	6,263	4,768	17,133
2013	SUBSIDIADO	37,903	444	3,684	8,416	4,019	16,563
	CONTRIBUTIVO	10,710	128	887	1,816	762	3,593
	TOTAL	48,613	572	4,571	10,232	4,781	20,156

Fuente: base de datos Secretaria Municipal de Salud San José del Guaviare, área de aseguramiento

En este contexto la población más afectada es la de la niñez y adolescencia. En el periodo 2008-2011 se encuentra en vigencia el plan de desarrollo “transformación con equidad”, el cual está enfocado en “promover el respeto por la vida, rescatar la dignidad humana y defender los derechos humanos prioritariamente los de la población con mayor estado de vulnerabilidad”, así mismo vio la necesidad de transitar de una política sectorizada a una inversión ídem, donde se priorice la población más vulnerable, teniendo en primera línea a los niños, niñas y adolescentes⁵.

En el año 2011 se formula la política de infancia y adolescencia para el Municipio San José del Guaviare “en San José del Guaviare los niños, niñas y adolescentes son primero”, la cual se establece mediante acuerdo 014 de 2011; esta política tiene por objeto “Dar cumplimiento al mandato legal y asegurar a todos los niños, niñas y adolescentes su protección integral,

⁵ Plan de Desarrollo Alcaldía San José del Guaviare, periodo 2008-2011 “Transformación con Equidad”

especialmente aquellos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y riesgo frente al ejercicio de sus derechos”, basada en tres pilares fundamentales como son, la protección de la vida y prevención de la vulneración de los derechos, la seguridad alimentaria y la salud y los espacios y acciones propicias para el desarrollo armónico e integral.

Dentro de las problemáticas identificadas en el proceso de levantamiento de información para la formulación de la política, están entre otros: altos índices de desnutrición y malnutrición; cuadros de morbi-mortalidad infantil asociados principalmente a Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA); escasa disponibilidad de agua potable bajo acceso a saneamiento básico y la no existencia de coberturas útiles en vacunación.

El acuerdo 014 de 2011 en su artículo quinto, parágrafo uno, establece: “Se hace necesario generar la construcción de indicadores que permitan medir el desarrollo de las líneas de política pública de infancia y adolescencia en el territorio de San José del Guaviare... se hace necesario construir, por parte del gobierno municipal entrante un diagnóstico de infancia y adolescencia que actualice la información actual... sobre la cual empezarán a actuar los diferentes lineamientos de política pública” y en su artículo sexto establece que se faculta a la Administración municipal para que “en el término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia del presente Acuerdo implemente las metodologías que permitan establecer indicadores iniciales y esperados, y mecanismos de seguimiento y evaluación a la Política Pública de Infancia y Adolescencia en San José del Guaviare, los Niños, Niñas y Adolescentes son primero”.

Posteriormente, el 12 de abril de 2014, por medio del acuerdo 007, la administración actual (2012-2015), modifica el acuerdo 014 de 2011, donde amplía el tiempo para la implementación de indicadores iniciales y esperados y mecanismos de seguimiento y evaluación para la política de infancia y adolescencia, a un término de doce meses.

El estado actual del cumplimiento de las obligaciones del Ente Territorial deberá ser evaluado a la luz de indicadores que no aparecen definidos claramente, pero que, por corresponder a principios universales son equiparables en el marco de las obligaciones especiales en salud de la ley de infancia y adolescencia.

El último proceso respecto a la situación de infancia y adolescencia corresponde al desarrollo de la política departamental, pero está aún se encuentra en proceso de construcción. No se cuentan con otros documentos relacionados ni a nivel municipal ni departamental.

Planteamiento del problema

Los niños, niñas y adolescentes, resultan siendo afectados por el reclutamiento de menores, deserción escolar, violencia intrafamiliar, problemas psicosociales como depresión, re victimización y drogadicción, entre otros muchos, generando situaciones complejas que obstaculizan su promoción social.

Igualmente las madres responsables de estos grupos, enfrentan más responsabilidades con condiciones laborales desfavorables y poco tiempo para compartir en su grupo familiar.

Lo anterior tiene varias implicaciones como son: mayor costo de atención de las complicaciones sociales, rehabilitación en drogadicción, mayor vínculo a programas de responsabilidad penal, mas uso de recursos de subsidios no generadores de bienestar ni desarrollo, y como resultado un lastre para la sociedad.

La etapa vocacional de los individuos se ubica de los diez a los veintitrés años y significa la dirección que cada uno asuma para su éxito como ser humano, como ciudadano y para el planeta. Los insumos necesarios para definir el futuro de cada uno, se estructuran desde la primera

infancia y se cualifican en la educación primaria, siendo en esta etapa de la vida en la que se cristaliza y logra su punto óptimo. Existen múltiples estudios en Latinoamérica y en el mundo respecto a las pocas oportunidades que se presentan para los jóvenes y las dificultades que enfrentan relacionadas con las presiones sociales y la confusión de roles que ha generado la descomposición en la estructura de la familia moderna.

En medio de este panorama para este grupo etéreo, una de las situaciones más complejas se presenta en las adolescentes o mujeres jóvenes, que estando inmersas en situaciones como desplazamiento, desempleo, familias desestructuradas, educación de baja cobertura y deficiente calidad, resultan en embarazos no deseados o no aceptados, en estructuras sociales de moral compleja. Para estas madres, la situación tiende a deteriorarse en tanto muchas tienen que asumir su papel sin un compañero estable y sin un escenario social y político que reivindique sus derechos.

Fruto de estos embarazos, se presentan críticas situaciones de crianza de niños y niñas con precariedades económicas, sociales, culturales, académicas, con múltiples presiones familiares y de la comunidad que les rodea, cuyo resultado vemos en estadísticas de todo tipo de violencias, de incumplimiento en la garantía de sus derechos y de imposibilidad de su promoción en todas las dimensiones.

Las posibilidades de cambio en nuestra sociedad atravesada por la desigualdad social y económica y confrontada por la crisis financiera y ambiental, inequívocamente colocan en primera línea a los jóvenes con capacidad de innovar y de transformar las sociedades en las que han crecido; siendo el insumo para el cambio, deben estar cualificados técnicamente, fortalecidos familiar y socialmente para que contribuyan a elaborar las nuevas reglas que den respuesta a la sociedad cambiante, tecnológicamente exigente y económicamente finita.

Se hace necesario por tanto, precisar la dinámica desde sus orígenes, condicionantes y determinantes, que han llevado a esta situación social, sobre todo en la condición crítica de las familias monoparentales con jefatura femenina, para poder establecer estrategias preventivas, correctivas y rehabilitadoras que permitan transformar esta condición de lastre social a una creativa y constructiva promoción de individuos y grupos familiares que haciendo uso de sus derechos, de sus capacidades y de sus potencialidades, aporten a su proyecto de vida personal y a la construcción de una sociedad más justa, próspera y progresista.

El goce de derechos de esta población resulta teóricamente de los más pobres y teniendo en cuenta que uno de los derechos fundamentales es el derecho a la igualdad, se hace necesario evaluar que tan necesario es focalizar mayores recursos para lograr garantía de derechos, en este caso el derecho a la salud.

Formulación del problema

¿Se han cumplido las obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud, ley 1098 de 2006 artículo 46 en el periodo 2010-2013, en el contexto de la garantía del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes en el municipio de San José del Guaviare?

Hipótesis a desarrollar

El derecho a la salud en los niños, niñas y adolescentes en el Municipio de San José del Guaviare, está vulnerado, teniendo en cuenta la debilidad institucional, la poca presencia del Estado en la zona rural y las condiciones sociopolíticas de la región, el cumplimiento de las

obligaciones especiales del sistema general de seguridad social es un indicador directo y cuantificable que refleja esta situación.

Justificación

Interés

La Ley 100 de 1993, la Ley 1098 de 2006 y el Plan Decenal de Salud Pública, establecen la priorización en recursos y en atenciones para nuestra población objeto, sin embargo, la realidad a nivel nacional respecto al cumplimiento del derecho a la salud, evidencia grandes vacíos en acceso, calidad y oportunidad a los servicios ofertados.

Es nuestro objetivo, con base en las obligaciones especiales que tiene el sistema general de seguridad social en salud, concretar o precisar, cualitativa y cuantitativamente el cumplimiento de las mismas, aun teniendo en cuenta que muchas de estas obligaciones no están bien delimitadas, no son específicas, ni claramente reglamentadas.

Novedad

Evaluar desde el escenario local, cuál es el cumplimiento de las obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud, permitirá tener una referencia para que los Organismos competentes tengan elementos de juicio suficientes que permitan hacer cambios en la implementación de las políticas relacionadas y también evaluar las dificultades para el seguimiento de la implementación de las políticas respecto a niños, niñas y adolescentes.

Surge el cuestionamiento a su vez, de si las doce obligaciones contenidas en el artículo 46 de la Ley 1098 de 2006, son suficientes para garantizar el derecho a la salud integral en este grupo de población.

Utilidad

Los niños, las niñas y los adolescentes son objeto de protección prioritaria y preeminente al interior del derecho internacional, de la Constitución Colombiana, de la Ley 100 de 1993 y la Ley de Infancia y Adolescencia; desde el punto de vista ético y filosófico la vulnerabilidad y condición incipiente del ser humano en sus etapas iniciales es objeto de cuidado y consideraciones especiales. Para lograr un desarrollo social y económico las sociedades modernas han enfocado recursos y han cimentado sus políticas en el cuidado, la protección y desarrollo integral de la niñez, con evidencias estadísticas, económicas y sociales de mayor retorno de esta inversión a más temprana intervención, aun en etapas de gestación, con políticas, programas, proyectos y actividades de protección y acompañamiento a este grupo poblacional. Teniendo en cuenta este contexto se hace necesario determinar en qué medida se ha dado prioridad a la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el municipio

Objetivo

General

Determinar si en el municipio de San José del Guaviare en el periodo comprendido entre 2010 y 2013 se garantizó el derecho a la salud en los niños, niñas y adolescentes, en el marco de la implementación de las obligaciones del sistema general de salud, ley 1098 de 2006 artículo cuarenta y seis

Específicos

Verificar la existencia de programas de prevención y promoción de la salud, que hacen parte de las obligaciones del sistema de salud, dirigidos a la población de niños niñas y adolescentes del municipio de San José

Determinar la cobertura de los programas de promoción y prevención existentes en la población de niños niñas y adolescentes del municipio san José

Verificar la existencia de los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a los niños, niñas y adolescentes del municipio de san José

Obtener los indicadores de morbi-mortalidad de embarazos no deseados, detección y tratamiento del VIH-SIDA en población menor de 18 del municipio de san José

Verificar la capacitación al personal asistencial en detección de maltrato, abuso, violencia sexual y explotación en niños, niñas y adolescentes del municipio de san José.

Establecer la existencia y cumplimiento de programas de capacitación en prácticas de higiene y sanidad; en el manejo de residuos sólidos, el reciclaje de basuras y la protección del ambiente

Determinar la existencia de programas de atención a población menor de 18 años con discapacidad y anomalías congénitas del municipio de san José y verificar la cobertura de los mismos.

Alcances, limitaciones y delimitaciones de la investigación

Alcance

El presente estudio pretende responder a la poca oferta de indicadores y de información respecto a la atención en salud de niños, niñas y adolescentes en el municipio de San José del Guaviare, favorecer el trabajo institucional al coadyuvar con el diagnóstico y con la presentación del papel de los diferentes actores responsables y evidenciar las debilidades y fortalezas en la

prestación del servicio de salud a la población de 0 a 18 años en el municipio

Limitaciones

La información y bases de datos desactualizadas de que disponen las EPS y los Entes Territoriales y la debilidad en su capacidad de vigilancia y control. Las barreras para el acceso a los servicios de salud que se manifiestan como incumplimiento por parte del Estado, de sus obligaciones respecto a la infancia y adolescencia.

Adicionalmente el seguimiento a las obligaciones del Sistema General de Salud por parte de los Entes Territoriales y la Superintendencia de Salud es muy pobre, porque no se dispone de personal ni de recursos suficientes; los Entes de control son débiles y las empresas administradoras de los planes de beneficios han logrado concentrar gran poder tanto económico, como político y gremial, que hace muy difícil su manejo institucional por las Alcaldías.

En el escenario nacional, la Superintendencia de Salud, ha sido objeto de grandes críticas, por su poca capacidad de seguimiento y de sanción. Igualmente tanto el fraccionamiento en los servicios de salud como la escasa articulación entre los actores responsables, se ha convertido en una barrera para la validación del derecho.

Delimitación

El municipio de San José del Guaviare, lugar objeto del presente estudio, es capital del Departamento del Guaviare y fue creado administrativamente desde la Constitución de 1991; geográficamente se encuentra ubicado entre los límites de la Orinoquia y la Amazonia, productivamente el clima y los suelos favorecen una economía agroforestal, respecto al subsuelo se encuentra en la franja de gran producción petrolera que va desde el Golfo de Maracaibo hasta Ecuador; ha sido objeto de colonización desde los desplazamientos por la violencia en otros

sectores del País, pero continua siendo reserva biológica y natural; poco menos del cuatro por ciento de la población se auto reconoce como indígena, correspondiendo a los Jiw, Sikuni y Nukak Maku. La dinámica económica se encuentra en transición desde los cultivos ilícitos, la violencia, el conflicto armado y el desplazamiento, hacia el desarrollo de productos alternativos más acordes con la vocación agroforestal de los suelos. El DANE entrega unas cifras proyectadas para el año 2015 de 64.555 habitantes.⁶ El aseguramiento en salud corresponde en su mayoría la régimen subsidiado, el cual comprende al 90% de la población y el restante 10% a regímenes especiales y al contributivo; en el Municipio, una de las debilidades del actual modelo de salud es el área de salud pública y las actividades de promoción y prevención; las EPS y los Entes Territoriales han estado determinados por el esquema financiero del sistema de salud; ante la debilidad de los sistemas de vigilancia, seguimiento y control, los datos existentes son poco representativos e impiden respecto al cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes tener una línea base y una metodología que permita el mejoramiento continuo y progresivo de la situación en salud de este grupo de población, por lo que esta monografía se convierte en una primera aproximación del estado de cumplimiento de las obligaciones en salud.

⁶ Plan de Desarrollo Departamento del Guaviare, 2012-2015

Capítulo 2

Marcos de referencia

Marco teórico

En la población infantil y juvenil, el derecho a la salud se ha enfocado hacia el concepto de desarrollo integral; en este sentido, el fundamento teórico, tiene raíces en conceptos de las neurociencias que evidencian que mientras más temprano se privilegie y se invierta en recursos en el desarrollo infantil, el retorno en términos de indicadores económicos y de desarrollo social será directamente proporcional. Las funciones básicas como visión, audición, lenguaje y las funciones cognitivas superiores, tienen picos de desarrollo en el primer año de vida; en los primeros cuatro meses se alcanza el nivel máximo para la visión y audición, entre el cuarto y octavo mes el del lenguaje y de los nueve a los doce meses el relacionado con las funciones conminativas y superiores⁷.

La tasa de retorno de la inversión en capital humano, según James Heckmang (2007), da razón a los Estados y las políticas que han priorizado tempranamente la atención a las gestantes y a la primera infancia.

En nuestro país la inequidad en la prestación de los servicios de salud, es uno de los determinantes que afecta deletéreamente a los más desprotegidos y vulnerables; las poblaciones dispersas, desplazadas e indígenas, resultan presentando indicadores en acceso, calidad y oportunidad que son penosos. A nivel nacional, la mejoría de las tasas de morbimortalidad en

⁷ Jacques Van Der Gag. Desarrollo infantil temprano: una perspectiva económica, tomado de Página del Banco Mundial en <http://www.oas.org/udse/dit2/costos/vandergaag.aspx>.

población gestante y de niños, niñas y adolescentes, se ha visto jalonada por los avances en las grandes ciudades y mucho menos por las difíciles condiciones en que se prestan los servicios de salud a las poblaciones más marginadas.

En el departamento del Guaviare los indicadores son reflejo de estas inequidades tal como se observa en las gráficas No. 1 y 2, en las que se destacan indicadores de cobertura de vacunación y mortalidad infantil comparados con la media nacional (SINFONIA 2014).

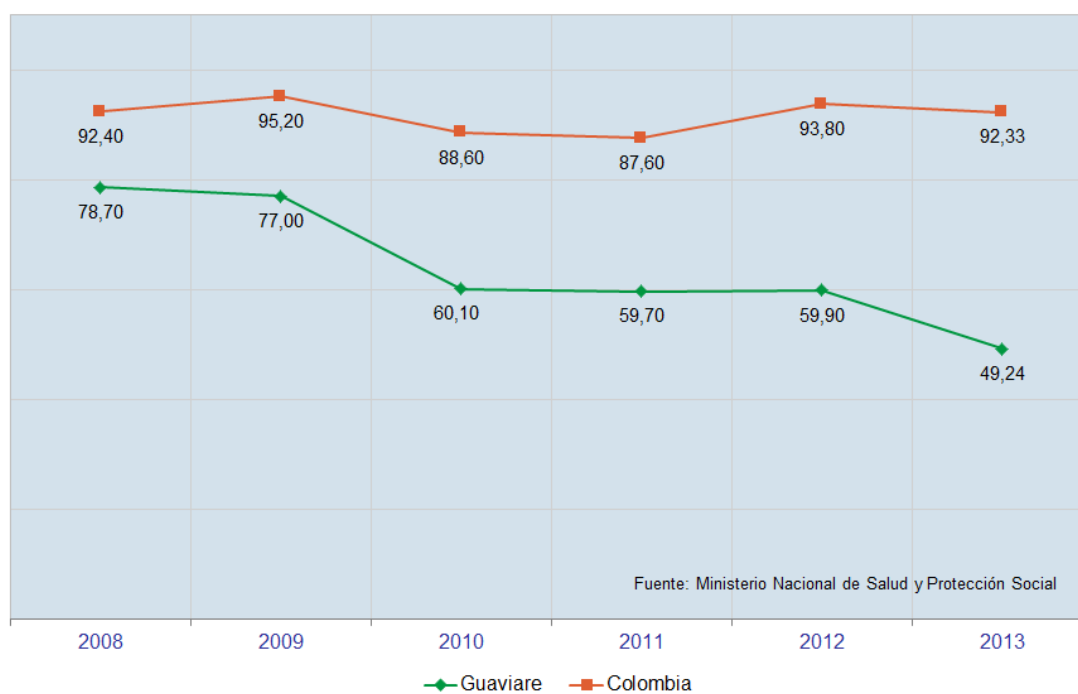


Figura 1. Cobertura de vacunación en niñas y niños de 1 año. Triple viral. Porcentaje

Fuente: Ministerio Nacional de Salud y Protección Social

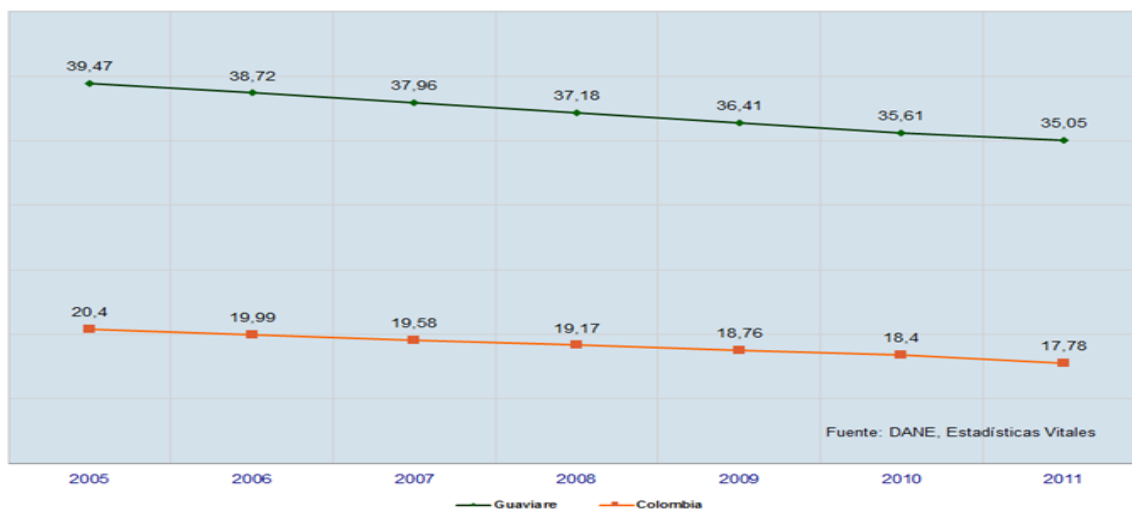


Figura 2. Tasa de mortalidad infantil x 1.000 nacidos vivos

Fuente: DANE. Estadísticas vitales

Es necesario hacer claridad en que el Estado ha priorizado a los grupos etáreos de menor edad, focalizando recursos a través de los Conpes 109 Política pública nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia”, Conpes 147 “Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años” y Conpes 152 “Distribución de los recursos del sistema general de participaciones” y de estrategias como “De cero a siempre”, “Los primeros mil días” y “Estrategia de atención integral a la primera infancia”

De otra parte, la población de 6 a 18 años, aún no ha sido objeto de un cuidado especial, y El Estado está en mora de acudir y de focalizar recursos para esta población, que presenta profundas debilidades en cobertura escolar, afectación por el conflicto armado, (incluidos el reclutamiento y el desplazamiento forzoso), suicidio, trastornos afectivos, farmacodependencia y embarazos tempranos, indicador éste que puede reflejar en alguna medida la situación de salud sexual y reproductiva de los adolescentes del Departamento. Con respecto a la media Nacional el porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes es notablemente superior en el

Departamento (Figura No. 3)

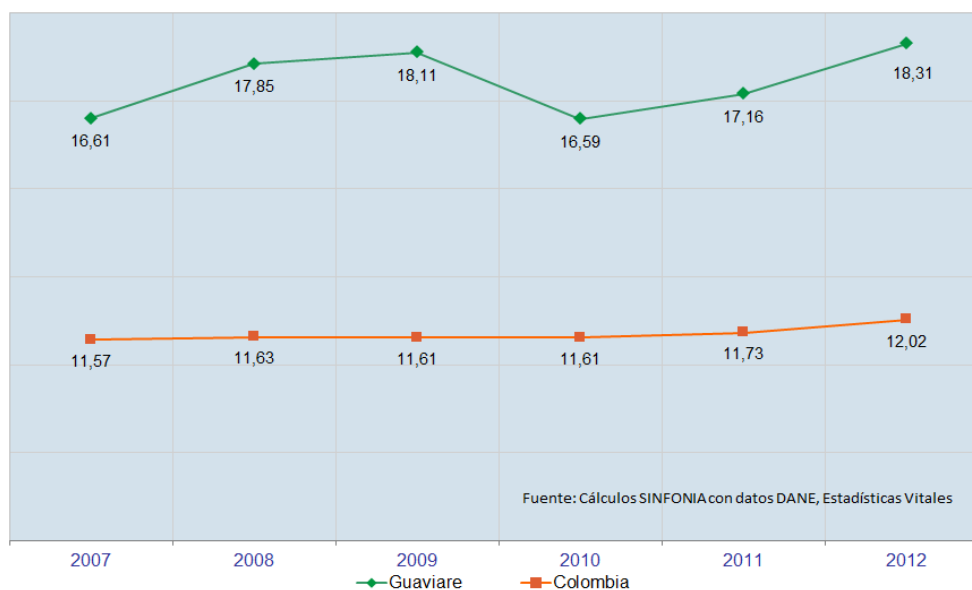


Figura 3. Porcentaje de nacidos vivos de madres de 10-17 años con relación al total de nacidos vivos del territorio

Fuente: Cálculos SINFONIA con datos DANE. Estadísticas vitales

Marco conceptual

Niñez

La Convención sobre los Derechos del Niño, establece que "se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad"⁸, Sin embargo el Código de Infancia y Adolescencia en su artículo 3 establece que "sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años.

⁸ UNICEF, Convención sobre los derechos del niño, las preguntas más frecuentes

Adolescencia

Grupo de edad, inmediatamente posterior a la niñez, que abarca las edades de 12 a 18 años, este periodo de la vida se enmarca en la aparición de la pubertad y el comienzo de la vida adulta. Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años.

Sistema General de Seguridad Social en Salud

Sistema instituido por la Ley 100 de 1993, que reúne de manera coordinada un conjunto de normas, procedimientos y entidades a los que pueden tener acceso los individuos y la comunidad en general y que tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención; se rige por los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad⁹.

Código de Infancia y Adolescencia

Código que tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna¹⁰.

Protección integral

según la Ley 1098 de 2006 “Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los

⁹ Ley 100 de 1993. Artículo 152-153

¹⁰ Ley 1098 de 2006, artículo 1

mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior, esta se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal” Los menores son sujetos de especial protección constitucional por expreso mandato constitucional. Debido a que tal condición implica el reconocimiento de su situación de extrema vulnerabilidad, el Estado tiene la obligación de brindarles protección y asistencia, así como de garantizar de manera reforzada las condiciones necesarias para el pleno ejercicio de todos sus derechos...” (Corte Constitucional, Sentencia T-282 de marzo 14 de 2008, M.P.: Mauricio González Cuervo)

Prevalencia de los derechos

Hace referencia al principio que estipula que “en todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona”(Ley 1098 de 2006 Artículo 9).

Exigibilidad de los derechos

Actuar oportunamente para garantizar la realización, protección y el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, cualquier persona puede exigir de la autoridad competente el cumplimiento y el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.

Marco legal

Existen en la normatividad vigente documentos determinantes que delimitan las acciones de los entes territoriales y las instituciones que trabajan en la planeación, ejecución y seguimiento a las actividades en salud respecto a la infancia y adolescencia. A continuación se presenta un resumen de cada uno de los cuales no pueden faltar en este contexto.

Política Nacional de Atención a la Primera Infancia

La política Nacional de atención a la primera infancia, establece una serie de realizaciones para validar los derechos de la primera infancia, estableciendo que ellos deben ser acogidos, saludables, nutridos saludablemente, en ambientes favorables a su desarrollo, escuchados y tenidos en cuenta, con capacidad de construir su identidad y con sus derechos promocionados o restablecidos¹¹ para lo cual establece una ruta integral de atenciones que deben ser apropiadas por cada uno de los actores en los diferentes escenarios y para cada grupo etáreo.

Plan Decenal de Salud Pública

El Plan Decenal de Salud Pública, tiene dentro de sus objetivos avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuir la carga de la enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitables. Es de resaltar que la dimensión transversal de este plan corresponde a la gestión diferencial de poblaciones vulnerables en su componente desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, entre los que se incluye atención integral en salud a la primera infancia, análisis territorial de la situación de los derechos de las niñas y los niños, calidad y humanización de la atención integral en salud a niños, niñas y adolescentes

¹¹ Ley 1295 de 2009 Política Pública Nacional de Primera Infancia

y atención integral a niños y niñas que pertenecen a pueblos étnicos¹².

El desarrollo integral, que considera aspectos físicos, psíquicos, afectivos, sociales, cognitivos y espirituales, aparece como un derecho universal o como un bien asequible a todos, independientemente de la condición personal o familiar. Colombia ha elevado a principio constitucional los compromisos adquiridos al suscribir la Convención de los Derechos del Niño, estableciendo en el artículo 44 de la Constitución Política, que los derechos de los niños y niñas prevalecen sobre los derechos de las demás personas.

Ley de Infancia y Adolescencia 1098 de 2006

La Ley 1098 de 2006 en su artículo 27, titulado “el derecho a la salud” reitera, en concordancia con la Constitución Política, que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. En el marco jurídico, este concepto se amplía en la Ley 1098 de 2006, reconociendo de manera legal el derecho al desarrollo integral en la primera infancia, “la primera infancia es la etapa del ciclo vital en que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja de la población que va de los cero a seis años. Son derechos impostergables de la primera infancia: la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial”¹³.

En el artículo 46 de la Ley 1098 de 2006, para asegurar el derecho a la salud de los niños, las

¹² Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

¹³ Ley 1098 de 2006 artículo 29

niñas y los adolescentes establece entre otras obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud, las siguientes:

1. Diseñar y desarrollar programas de prevención en salud, en especial de vacunación, complementación alimentaria, suplementación nutricional, vigilancia del estado nutricional y mejoramiento de hábitos alimentarios.
2. Diseñar y desarrollar programas de prevención de las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica aguda y otras enfermedades prevalentes de la infancia.
3. Diseñar, desarrollar y promocionar programas que garanticen a las mujeres embarazadas la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH/SIDA y en caso de ser positiva tanto la consejería como el tratamiento antirretroviral y el cuidado y atención para evitar durante el embarazo, parto y posparto la transmisión vertical madre-hijo.
4. Disponer lo necesario para garantizar tanto la prueba VIH/SIDA como el seguimiento y tratamiento requeridos para el recién nacido.
5. Garantizar atención oportuna y de calidad a todos los niños, las niñas y los adolescentes, en especial en los casos de urgencias.
6. Garantizar la actuación inmediata del personal médico y administrativo cuando un niño, niña o adolescente se encuentre hospitalizado o requiera tratamiento o intervención quirúrgica y exista peligro inminente para su vida, carezca de representante legal o este se encuentre en situación que le impida dar su consentimiento de manera oportuna o no autorice por razones personales, culturales, de credo o sea negligente, en atención al interés superior del niño, niña o adolescente o a la prevalencia de sus derechos.
7. Garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva.

8. Desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes.
9. Diseñar y desarrollar programas especializados para asegurar la detección temprana y adecuada de las alteraciones físicas, mentales, emocionales y sensoriales en el desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes, para lo cual capacitará al personal de salud en el manejo y aplicación de técnicas específicas para su prevención, detección y manejo y establecerá mecanismos de seguimiento, control y vigilancia de los casos.
10. Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima.
11. Diseñar y ofrecer programas encaminados a educar a los niños, las niñas y los adolescentes, a los miembros de la familia y a la comunidad en general en prácticas de higiene y sanidad, en el manejo de residuos sólidos, el reciclaje de basuras y la protección del ambiente.
12. Disponer lo necesario para que todo niño, niña o adolescente que presente anomalías congénitas o algún tipo de discapacidad, tengan derecho a recibir por parte del Estado, atención, diagnóstico, tratamiento especializado y rehabilitación, cuidados especiales de salud, orientación y apoyo a los miembros de la familia o las personas responsables de su cuidado y atención.

Material bibliográfico y normativo relacionado

Webgrafía

Jacques Van Der Gag. Banco Mundial. Desarrollo infantil temprano: una perspectiva económica, tomado de <http://www.oas.org/udse/dit2/costos/vandergaag.aspx>

Los organismos multilaterales del orden internacional han profundizado en varias regiones del mundo estudios que soportan la importancia de la inversión precisa y temprana en la infancia para lograr desarrollo psicomotor, mental y psicosocial que se reflejen en desarrollo económico. Desde la perspectiva del neurodesarrollo se ha evidenciado que el correcto estímulo y el preciso cuidado, aun desde el embarazo y durante el primer año de vida, contribuyen a generar conexiones neuronales vitales para el óptimo desempeño de la visión, audición, lenguaje y posterior pensamiento conceptual. La correlación de estos hallazgos con indicadores de innovación, liderazgo y de tejido social y fortalecimiento económico, son otro soporte que reafirma la vital importancia, aparte del tema ético y de enfoque de derechos, de optar por el pleno desarrollo de la niñez.

Ministerio de Salud. Plan decenal de salud pública 2012-2022 tomado de www.minsalud.gov.co

El tema de infancia y adolescencia es un tema transversal que obliga a todos los actores del sistema general de seguridad social en salud a incluir en los planes, proyectos y actividades de los departamentos y los municipios, esta temática diferencial. Es así como se intenta corregir el débil proceso de promoción y prevención que en la Ley 100 de 1993 quedo por debajo del tema financiero y aseguramiento; los sectores académicos han llamado la atención respecto a la caída de indicadores en salud pública con afectación mayor a poblaciones vulnerables y con precaria atención al tema diferencial, en tanto, los niños desplazados, indígenas y de zonas rurales siguen

estando en condición más precaria; en este momento los departamentos y municipios realizan los ajustes para responder a los desafíos de este plan, aun teniendo en cuenta que la mayoría de los recursos están bajo potestad de las aseguradoras del sistema que no parecen responder de forma sincrónica con la realidad

Organización mundial de la salud. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI tomado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/:

Es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad. Tiene tres objetivos:

i) Reducir la mortalidad en la infancia. ii) Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas. iii) Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas.

UNICEF. 2013. Sistema de Información de Niñez y Adolescencia SINFONIA, algunos indicadores sobre la garantía de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en el departamento del Guaviare

La compilación de las cifras oficiales y presentación de las mismas en graficas uniformes, permite regularizar y utilizar datos demográficos, estadísticos, estandarizados y comparables con otras regiones del país y con otros departamentos. Se obtuvo información relacionada con los embarazos en adolescentes y total de población menor de dieciocho años con respecto a la población general para el Departamento del Guaviare.

Documentos normativos, leyes y jurisprudencia

Alcaldía San José del Guaviare. 2012. Acuerdo 018 del 31 de mayo de 2012 plan de desarrollo abriendo campo para el desarrollo 2012-2015 Alcaldía san José del Guaviare

El Plan de Desarrollo fundamenta sus líneas en el respeto y la garantía de los derechos humanos; en primera línea plantea el enfoque de derechos en donde “la prevalencia de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes” constituye un compromiso de la administración, además de un mecanismo jurídico constitucional que reconoce y establece su primacía sobre los derechos de los adultos y la obligación de respetar esa prioridad en cualquier decisión, de esta forma se posiciona en el escenario de la Convención de los Derechos del Niño y hace justicia con las exigencias de la Constitución y los compromisos adquiridos por el Gobierno Nacional. Establece metas en sus programas que buscan reducir la violencia intrafamiliar, los delitos sexuales, el maltrato infantil, los cuales están en directa relación con indicadores vitales de la infancia y la adolescencia. En su aparte 3.1 programa los niños, las niñas y los adolescentes son primero, establece como metas reducir la tasa de violencia intrafamiliar, reducir las peores formas de trabajo infantil, implementar un programa para el fortalecimiento de la red del buen trato y un sistema de información para la garantía de los derechos de la infancia y la adolescencia.

Alcaldía municipio San José del Guaviare. 2014. Informe de rendición pública de cuentas sobre la gestión para la garantía de los derechos de la infancia y adolescencia del municipio San José del Guaviare

El municipio evidencia en este documento las debilidades en la información presentada por las EPS e igualmente se hace evidente que los indicadores respecto a salud materno-fetal,

infantil y de los adolescentes no han logrado en general mejorar; son un reflejo de las difíciles condiciones de prestación de servicios y el influjo de los determinantes que afectan deletéreamente la situación de salud de niños, niñas y adolescentes.

Concejo municipal San José del Guaviare. 2011. Acuerdo 014 del 1 de diciembre de 2011 por medio de la cual se establece la política de infancia y adolescencia en el municipio de San José del Guaviare “En san José del Guaviare, los niños, niñas y adolescentes son primero”: instrumento que permite dar cumplimiento al mandato legal y asegurar a todos los niños, niñas y adolescentes en su protección integral, especialmente a aquellos que se encuentran en situaciones de riesgo frente a sus derechos, considerando las perspectivas territorial, de universalidad con focalización, participativa, por ciclos vitales, genero, etnia y cultura; en lo concerniente a salud, en el artículo 4, estrategia 1”seguridad alimentaria y salud integral” adopta de la Ley de infancia y adolescencia las siguientes obligaciones: Prevención del embarazo en adolescentes a través de la educación sexual, Vigilancia y control del estado nutricional de las madres gestantes y lactantes, Promoción de la lactancia exclusiva para niños y niñas menores de seis meses, Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95% de todos los biológicos según el esquema PAI, Reducción de la Mortalidad Infantil a 14 x 1000 nacidos vivos, Establecimiento de la práctica de la lactancia materna en los programas de recuperación nutricional para niños y niñas menores de 2 años y Promoción del acceso de todos los niños, niñas y adolescentes al sistema de salud (Revisión bibliográfica)

Concejo municipal San José del Guaviare. 2012. Acuerdo 007 de 12 de abril de 2012. Por medio del cual se modifica el acuerdo 014 de 2011 y se establecen otras disposiciones

Modifica el Acuerdo 014/2011 y se establecen disposiciones metodológicas para el desarrollo de las líneas estratégicas de la política pública: 1. Seguridad Alimentaria y Nutricional; 2: Protección de la Vida y Prevención de la vulneración de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes; 3. Espacios y acciones propias para el crecimiento y desarrollo armónico e integral, a una educación de calidad y etno-educación, la apertura de agendas culturales, artísticas y deportivas, la generación de oportunidades hacia el emprendimiento y el apoyo a sus iniciativas y la participación; enfatizando en la prioridad que se debe dar a la implementación de estas estrategias. Así mismo incluye un párrafo donde establece que se deben generar indicadores que permitan medir el desarrollo de dichas estrategias en el Municipio, requiriendo la construcción de un diagnóstico de infancia y adolescencia, el cual debe realizarse por la siguiente administración.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. 1998. Acuerdo 117.

Establece la obligatoriedad, por parte de las EPS, de garantizar la prestación de actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, dentro de los que se incluyen la atención del parto y del recién nacido y la detección de las alteraciones del embarazo respectivamente, así como el cumplimiento en la atención de las enfermedades de interés en salud pública, dentro de las que se contemplan las hemorragias y la hipertensión arterial asociadas al embarazo.

Congreso de la Republica de Colombia. 1991. Ley 12 de 1991. Convención de los Derechos del Niño. Reconoce a los niños como sujetos sociales de derechos. El desarrollo integral, es considerado un derecho universal, asequible a todos. La Convención establece en términos generales que “los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna (...)” (art. 2-1), que “los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que

sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas” (art. 3-2), y que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención” (Art. 4).

Corte Constitucional. 2008. AUTO 251. La inequidad en la prestación de los servicios de salud se expresa en su estado más extremo en las zonas rurales y en relación con la población desplazada, siendo los niños y niñas los más vulnerables frente a esta situación; el sistema de aseguramiento que estableció la Ley 100 de 1993, trajo consigo barreras en el acceso y oportunidad a los servicios de salud, cuyas consecuencias significaron deterioro en las condiciones de salud de estas poblaciones rurales, desplazadas y en el extremo de la inequidad la población indígena. El Auto 251 resuelve declarar que los derechos de los niños, niñas y adolescentes en condición de desplazamiento están siendo masiva y continuamente desconocidos y declarar que “las autoridades colombianas están en la obligación constitucional e internacional de incorporar un enfoque integral diferencial de prevención y protección que responda a la realidad de los niños, niñas y adolescentes desplazados” (Revisión bibliográfica)

Corte constitucional. 2009. AUTO 004. Hace referencia a la protección de los derechos de los pueblos indígenas en situación de desplazamiento y menciona en particular la obligación del Estado de prevenir el reclutamiento y la utilización de niños, niñas y adolescentes de los pueblos indígenas afectados por el conflicto armado; la mayor afectación del conflicto

Gobernación del Guaviare. 2014. Perfil epidemiológico del departamento de Guaviare.

Los indicadores claves para el Departamento del Guaviare persisten por encima de la media nacional en todas las áreas vitales, incluso vacunación, mortalidad perinatal, mortalidad infantil, embarazo en adolescentes, con una pirámide poblacional en donde predomina la población menor de dieciocho años, siendo muy cercana a la mitad de la población municipal. Existe subregistro de la información, en tanto en los resguardos y en las zonas rurales, la presencia institucional de la Secretaria de Salud y de las Empresas Sociales del Estado, es débil.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2010. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional

Con respecto a la situación de nutrición, que es fundamental en el desarrollo infantil, para el municipio no se cuenta con información estadística que permita ver reflejada la situación nutricional actual de los niños, niñas y adolescentes. La ENSIN ofrece datos generales de los indicadores nutricionales para la población menor de dieciocho años en el Departamento del Guaviare, lo cual permite tener una mirada global de la situación en el Municipio teniendo en cuenta que no existen datos precisos en este tema

Ministerio de la Protección Social. 2000. Resolución 412. Define y establece las actividades de obligatorio cumplimiento, y se adopta las normas técnicas para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública; aquí se incluyen por primera vez las características mínimas que se deben cumplir al ofrecer estos servicios. El Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas realizaron un amplio proceso de difusión nacional de estos documentos técnicos en 2001, y posteriormente en mayo del 2007 se realizó su actualización

bajo la iniciativa del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud (PARS), con la participación de diversas comunidades científicas del país.

Municipio San José del Guaviare. 2013. Análisis de la situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud. El municipio de San José del Guaviare suma históricamente determinantes que han caracterizado las barreras para el cumplimiento de los objetivos que desde el nivel nacional se han planteado en materia de salud. La dispersión geográfica, el alto nivel de necesidades básicas insatisfechas, la baja escolaridad, el desplazamiento, la violencia intrafamiliar, la inseguridad alimentaria, han afectado indicadores con resultados no satisfactorios. Las coberturas de vacunación no efectivas, los bajos niveles de controles de crecimiento y desarrollo, embarazo, control del joven y la alta presentación de mortalidad perinatal e infantil en poblaciones rurales dispersas e indígenas refleja igualmente la inequidad que afecta sobre todo a la población rural. Se plantea la necesidad de reorganizar estrategias acordes con estas situaciones.

República de Colombia. 1991. Constitución Política Nacional art. 44 y 45. Colombia se cuenta con diversos tratados, leyes y normas que están a favor del cumplimiento y garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Los artículos 44 y 45 de la Constitución Política de Colombia de 1991, obran en consecuencia con la Convención de los Derechos del Niño. Se resalta la premisa del interés superior de los derechos de niños y niñas; corresponde al Estado, la familia y la sociedad la garantía de los derechos y a cualquier ciudadano su exigibilidad

República de Colombia. 2006. Ley 1098 de 2006 Código de la infancia y la adolescencia:

Tiene por finalidad garantizar pleno desarrollo a los niños, niñas y adolescentes, para lo cual establece normas sustantivas y procesales para la protección integral y el ejercicio de derechos

y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos, la Constitución y demás leyes; establece como responsables de la garantía y protección de derechos a la familia, la sociedad y el Estado; en el artículo 46 contiene las obligaciones especiales del sistema de seguridad social para asegurar el derecho a la salud en este grupo de población, que es el tema objeto de estudio en la presente investigación.

República de Colombia. 2007. Conpes 109 de 2007 Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la primera infancia”: Tiene como objetivo general el promover el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los seis años de edad; respondiendo a sus necesidades y características específicas, y contribuyendo así al logro de la equidad e inclusión social en Colombia. Las líneas estratégicas son: ofrecer atención integral a la primera infancia, mejorar la supervivencia y la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años y de las madres gestantes y en periodo de lactancia, mejorar los procesos de identificación en la primera infancia, promover el desarrollo integral de la primera infancia, garantizar la protección y restitución de derechos, mejorar la calidad de la atención integral, fomentar la participación, realizar seguimiento y evaluación, promover la comunicación y movilización por la primera infancia, promover la formación del talento humano y la investigación

República de Colombia. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el sistema de seguridad social y se dictan otras disposiciones. En las debilidades del sistema general de seguridad social en salud se encuentran los programas de promoción y prevención y la ausencia de estrategias de atención primaria en salud, en el título tres artículo diecisiete se refuerza el concepto de atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia y en su artículo dieciocho enfatiza en la gratuidad de los servicios y medicamentos para niños y adolescentes con discapacidad en Sisben 1 y 2, igualmente en su artículo 19 se garantiza la atención gratuita

respecto a la rehabilitación física y mental de menores de 18 años que han sido víctimas de violencia física, sexual o cualquier forma de maltrato que estén certificados por autoridad competente. En el artículo 20 y 21 establece la corresponsabilidad entre los padres, la sociedad y el Estado respecto al cuidado y gestión de la atención oportuna y la obligatoriedad de denunciar la vulneración de derechos, maltrato o descuido

Capítulo 3

Tipo de investigación

El presente trabajo es una investigación de carácter fundamentalmente descriptivo, donde no hay manipulación de variables, estas se observan y se describen tal como se presentan en el escenario local.

Respecto a las fuentes de información, la revisión bibliográfica se hizo fundamental en los temas legales, normativos, fisiológicos, clínicos, de auditoría y control para conocer el estado del arte de cada tópico en búsqueda del mejor marco y de la más precisa visión del panorama del problema.

Enfoque de investigación

El enfoque predominante de este estudio es de tipo descriptivo, esto implica una recopilación de datos existentes sobre un área de interés, de modo sistemático, partiendo de la base de una hipótesis, organizando y resumiendo la información de manera cuidadosa para después analizar los resultados, a fin de extraer conclusiones significativas que aporten al estado del arte. El objeto de este tipo de investigación es llegar a conocer las situaciones predominantes a través de la descripción de actividades y procesos y más allá de recolectar datos aporta a la predicción e identificación de las relaciones existentes entre situaciones o variables.¹⁴

Este tipo de investigación se ajusta a la metodología del presente estudio, donde se utilizan las obligaciones especiales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que están

¹⁴ Avila Baray, H.-2006 introducción a la metodología de la investigación, tomado de

consagradas en la Ley 1098 de 2006, para describir la situación de salud de los niños, niñas y adolescentes comparativamente en el periodo 2010-2013. Este tipo de enfoque permite describir mediante el análisis de las obligaciones especiales del sistema de salud, las situaciones, los fenómenos y las interrelaciones que interesan, observando y resaltando sus características; el acceso a los servicios de salud, la calidad en la prestación de los servicio, el cumplimiento de las metas incluidas en el Plan de Desarrollo y en la política municipal de Infancia y Adolescencia son sometidas así a un análisis que muestre de la forma más fidedigna posible el panorama global, para el grupo poblacional de los menores de dieciocho años en el Municipio de San José del Guaviare.

Población y muestra poblacional

El universo corresponde a las Entidades municipales relacionadas con la prestación, inspección, vigilancia y control del Servicio de Salud; la muestra incluye al Ente Territorial de salud (Secretaria Municipal de Salud); la Empresa Administradora del régimen subsidiado en el municipio (Caprecom) y de las Entidades prestadoras del servicio del régimen contributivo en el municipio (Nueva EPS y SaludCoop)

Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Revisión documental y bibliográfica

El sistema de seguridad social tiene una serie de indicadores para validar el cumplimiento de las responsabilidades respecto a la atención, prevención, rehabilitación y tratamiento, en este caso específicamente de los niños, niñas y adolescentes (NNA). Se solicitará información al Ente Territorial, Secretaria Municipal de Salud y a las EPS responsables de la prestación del

servicio en el municipio a nuestra población objeto, respecto a las coberturas de vacunación, el número de niños, niñas, adolescentes y embarazadas atendidos en los diferentes programas, los directorios y censos de personal capacitado en control de crecimiento y desarrollo, control del joven, control prenatal, prevención y atención del abuso sexual y maltrato infantil; la existencia de programas y/o protocolos para la atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en población con anomalías congénitas y/o algún tipo de discapacidad y por último la oferta de programas de capacitación en prácticas de higiene, saneamiento básico, manejo de residuos sólidos, reciclaje de basuras, protección del medio ambiente dirigidos a niños, niñas, adolescentes y sus familias.

Método de análisis de datos

Con la anterior información se alimenta una matriz estructurada en las doce (12) obligaciones especiales que tiene el sistema general de seguridad en salud con los NNA, de acuerdo con la ley 1098 de 2006, que permitirá establecer los porcentajes de cumplimiento, los cuales son un insumo cuantitativamente preciso que permite de manera objetiva definir si se garantiza o no el derecho a la salud en la población objetivo. La información se consignara en un archivo en Microsoft Excel y se analizara mediante tablas y graficas

Capítulo 4

Análisis de los resultados

Resultados de la revisión documental y bibliográfica

La información analizada corresponde a la revisión bibliográfica de los documentos obtenidos en el Ente Territorial y las EPS del Municipio, la legislación y normatividad existente. Se revisaron los Planes de Desarrollo “Transformación con equidad” y “Abriendo campo para el Desarrollo” de las vigencias, 2008-2011 y 2012-2015, el Informe de Rendición pública de Cuentas de la garantía de derechos de la Infancia y Adolescencia 2010-2013, los informes finales del Plan de Intervenciones Colectivas, componentes, Salud Infantil, Nutrición y Salud Sexual y Reproductiva, para los periodos 2010 y 2013; esta información se consolida en las tablas 2 y 3, de acuerdo a las obligaciones especiales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según la Ley 1098 de 2006 y se hace el análisis respectivo para cada indicador formulado.

Tabla 2

Obligaciones especiales del Sistema General de Seguridad Social en Salud

OBLIGACIÓN No.	Descripción
1	Diseñar y desarrollar programas de prevención en salud, en especial de vacunación, complementación alimentaria, suplementación nutricional, vigilancia del estado nutricional y mejoramiento de hábitos alimentarios.
2	Diseñar y desarrollar programas de prevención de las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica aguda y otras enfermedades prevalentes de la infancia.
3	Diseñar, desarrollar y promocionar programas que garanticen a las mujeres embarazadas la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH/SIDA y en caso de ser positiva tanto la consejería como

	el tratamiento antirretroviral y el cuidado y atención para evitar durante el embarazo, parto y posparto la transmisión vertical madre-hijo
4	Disponer lo necesario para garantizar tanto la prueba VIH/SIDA como el seguimiento y tratamiento requeridos para el recién nacido
5	Garantizar atención oportuna y de calidad a todos los niños, las niñas y los adolescentes, en especial en los casos de urgencias
6	Garantizar la actuación inmediata del personal médico y administrativo cuando un niño, niña o adolescente se encuentre hospitalizado o requiera tratamiento o intervención quirúrgica y exista peligro inminente para su vida, carezca de representante legal o este se encuentre en situación que le impida dar su consentimiento de manera oportuna o no autorice por razones personales, culturales, de credo o sea negligente, en atención al interés superior del niño, niña o adolescente o a la prevalencia de sus derechos
7	Garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva
8	Desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes
9	Diseñar y desarrollar programas especializados para asegurar la detección temprana y adecuada de las alteraciones físicas, mentales, emocionales y sensoriales en el desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes, para lo cual capacitará al personal de salud en el manejo y aplicación de técnicas específicas para su prevención, detección y manejo y establecerá mecanismos de seguimiento, control y vigilancia de los casos
10	Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima
11	Diseñar y ofrecer programas encaminados a educar a los niños, las niñas y los adolescentes, a los miembros de la familia y a la comunidad en general en prácticas de higiene y sanidad, en el manejo de residuos sólidos, el reciclaje de basuras y la protección del ambiente
12	Disponer lo necesario para que todo niño, niña o adolescente que presente anomalías congénitas o algún tipo de discapacidad, tengan derecho a recibir por parte del Estado, atención, diagnóstico, tratamiento especializado y rehabilitación, cuidados especiales de salud, orientación y apoyo a los miembros de la familia o las personas responsables de su cuidado y atención

Nota: FUENTE: Código de Infancia y Adolescencia. Ley 1098 de 2006

Tabla 3

Matriz para evaluación de la implementación de las obligaciones especiales de salud en el municipio San José del Guaviare

OBLIGACION	VARIABLE A MEDIR	VALOR 2.010	VALOR 2.013	EVOLUCIÓN %
1	Vacunación:			
	cobertura BCG en <1 ^a	79.8%	63.8%	-20.1%
	cobertura polio en <1 ^a	83.2%	54.0%	-35.1%
	cobertura rotavirus en <1 ^a	70%	52.5%	-25%
	cobertura triple viral en <1 ^a	74.6%	61%	-18.2%
	cobertura neumococo en <1 ^a	70.5%	54.2%	23.1%
	cobertura Hepatitis B en <1 ^a	82.8%	60.5%	-26.9%
	cobertura DPT en <1 ^a	82.8%	64.9%	-21.6%
1	Número de niños y niñas con algún grado de desnutrición que reciben Complementación nutricional	247	250	1.2%
1	Numero de NN que reciben Suplementación nutricional	740	1015	37.1%
1	Vigilancia del estado nutricional:			
	% de NNA con DNT	68.3%	61.92%	-9,3%
	prevalencia de DNT global	72%	65.06%	-9.63%
	% de NN con bajo peso al nacer	7.48%	7.04%	-5.88%
1	Mejoramiento de hábitos alimentarios: Número de familias que reciben educación alimentaria y nutricional en el Municipio	87	223	156.3%
2	Tasa de morbilidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menor de 5 años	389.92	65.94	-83.1%
2	Tasa de morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menor de 5 años	147.78	117.93	-20.1%
2	tasa de mortalidad en menores de 1 año	14.58	27.3	87.2%
	tasa de mortalidad en menores de cinco años	18.46	33.05	79%

2	N. de IPS que cuentan con salas URO y UAIRA	3	3	0
2	Número de salas URO y UAIRA comunitarias	0	2	200%
3	N. de EPS que realizan consejería pre y post test de VIH/SIDA	100%	100%	0
3	Número de programas que garanticen consejería para realización de prueba de VIH/SIDA en mujeres embarazadas	1	1	0
3	Número de adolescentes beneficiarios de los programas que garantizan consejería para realización de prueba de VIH/SIDA	131	183	39.6%
3	tasa de transmisión materno infantil del VIH/SIDA	0	0	0
4	N. de IPS que cuentan con insumos necesarios para garantizar la prueba de VIH/SIDA en el recién nacido	100%	100%	0
5	Reporte de oportunidad en atención: Consulta pediátrica (días) Urgencias (minutos)	4.9 46.54	10.52 46.31	114.6% -0.5%
6	Número de casos en que se ha garantizado atención inmediata en atención al interés superior del niño cuando carece de representante legal, no puede dar consentimiento o está en peligro su vida	13	40	207.6%
7	Numero de NNA de 6-17 años que recibieron orientación en SSR	1711	3918	128.9%
8	porcentaje de embarazo en adolescentes	28.57%	29.70%	3.95%
8	Numero de madres gestantes y lactantes que hacen parte del programa materno infantil	30	20	-33.3%
9	Número de niños atendidos en crecimiento y desarrollo (detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo menores de 10a) consulta médica primera vez	870	1153	1.4%
9	niños atendidos en crecimiento y desarrollo (detección temprana			

	de alteraciones del crecimiento y desarrollo menores de 10a) control por enfermería	3140	2006	-5.5%
9	Número de adolescentes atendidos en control del joven	624	1143	7%
9	N. de personas del área de salud capacitados en manejo y aplicación de técnicas específicas para prevención, detección y manejo de las alteraciones presentes	29	44	51.7%
10	número de casos denunciados de maltrato a NNA de 0-17 años	77	87	12.98%
	número de casos denunciados de abuso sexual a NNA de 0-17 años	22	26	18.2%
	número de casos denunciados por explotación sexual en NNA de 0-17 años	4	2	-50%
	Número de casos de informes periciales sexológicos a NNA de 0-17 años	-	29	
11	programas educativos en prácticas de higiene y sanidad, dirigidos a NNA y sus familias	0	0	0
12	Numero de NNA diagnosticados con discapacidad	20	64	320%
12	Numero de NNA con discapacidad reportados al Sivigila	0	1	100%

De acuerdo con las cifras de la Tabla 3 se pueden establecer los siguientes resultados.

Obligación No. 1

Vacunación

Los resultados para el periodo 2010-2013 evidencian coberturas no útiles de vacunación. Se observa disminución para el periodo correspondiente de la administración de biológicos donde la más significativa es la de Polio y Hepatitis B con 35.1% y 26.9% respectivamente, con menor

porcentaje de disminución se ubican rotavirus, neumococo, DPT, BCG y triple viral con 25%, 23.1%, 21,6%, 20.1% y 18.2% respectivamente.

Complementación nutricional

Este ítem presenta un leve aumento, del 1,2% con respecto al periodo inicial.

Suplementación

Presenta un incremento significativo del 37.1% con respecto al periodo inicial

Vigilancia del estado nutricional

Se evidencia disminución en el porcentaje de niños y niñas con desnutrición, prevalencia de desnutrición global y bajo peso al nacer de 9.3%, 9.63% y 5.88% respectivamente.

Mejoramiento de hábitos alimentarios:

Para este indicador se incrementa en un 156.3% el número de familias que reciben educación en temas relacionados con alimentación y nutrición.

Obligación 2.

Infección respiratoria aguda

Se presenta una disminución significativa en la tasa de mortalidad en menor de cinco años por causa de infección respiratoria aguda para el periodo estudiado, del 83.1%

Enfermedad Diarreica aguda

Se presenta una disminución significativa en la tasa de mortalidad en menor de cinco años por causa de enfermedad diarreica aguda para el periodo estudiado, del 20.1%

Otras enfermedades prevalentes de la infancia

Se evidencia un aumento significativo, del 79 por ciento en la tasa de mortalidad en menores de cinco años y del 87.2 por ciento en menor de un año, por causa de otras enfermedades prevalentes de la primera infancia para el periodo estudiado.

EPS que cuentan con salas URO y UAIRA

El número de IPS que cuentan con Unidades de Rehidratación Oral y Unidades de Atención de la Infección Respiratoria Aguda se mantiene estable para el periodo, donde 3 de las 9 IPS cuentan con estas salas. Respecto a las salas URO y UAIRA comunitarias, se conforman dos para el 2013 en los resguardos de Barrancón y Charras.

Obligación n. 3

Consejería para la realización de la prueba VIH/SIDA

Para el periodo analizado, el cien por ciento de las IPS existentes en el Municipio realizan la consejería pre y post para la realización de la prueba VIH/SIDA en las gestantes y la población en general.

Programas que garantizan consejería de la prueba VIH/SIDA

A nivel municipal se cuenta con una estrategia IEC para fomentar la realización de la consejería pre y post de la prueba de VIH/SIDA en la población en general; esta estrategia se mantiene para el periodo de tiempo estudiado.

Beneficiarios del programa que garantiza consejería de la prueba VIH/SIDA

El porcentaje de adolescentes que son beneficiarios de la estrategia para fomento de la realización de consejería pre y post de la prueba de VIH/SIDA se incrementa en un 39.6% para el año 2013, con respecto a la referencia base.

Transmisión vertical del VIH/SIDA

Para el periodo estudiado no se presentan casos de transmisión del VIH/SIDA de madre a hijo por lo que la tasa de transmisión permanece en cero

Obligación N. 4

IPS que cuentan con insumos para realizar la prueba de VIH/SIDA

Para el periodo analizado el cien por ciento de las IPS cuentan con los insumos necesarios para la realización de la prueba de VIH/SIDA

Obligación N. 5

Oportunidad en la atención

En el periodo analizado el tiempo promedio de oportunidad de cita en pediatría incremento en un 114.6% y el de citas en urgencias disminuyo en un 0,5%

Obligación N. 6

Número de casos en que se ha garantizado atención inmediata cuando el NNA carece de representante legal, no puede dar consentimiento o está en peligro su vida

El número de casos en que se ha requerido la autorización del defensor de familia del ICBF para realizar tratamientos o intervenciones quirúrgicas en un niño, niña o adolescente que se encuentre hospitalizado, no tenga un representante legal y esté en peligro inminente su vida, ha incrementado en un 207.6% en el periodo estudiado.

Obligación N. 7

Número de niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años que reciben orientación en Salud Sexual y Reproductiva

El número de NNA en este rango de edad que recibieron orientación en Salud Sexual y Reproductiva a través de los Servicios Amigables, se incrementó en un 128.9% en el periodo estudiado.

Obligación N. 8

Porcentaje de embarazo en adolescentes

Para el periodo estudiado el porcentaje de embarazos menores de dieciocho años incremento en un 3.95%

Numero de gestantes y madres en periodo de lactancia que hacen parte del programa materno infantil

El número de gestantes y madres en periodo de lactancia que hacen parte del programa materno infantil del ICBF operado a través del sector salud, disminuyo en un 33.3% para el periodo.

Obligación N. 9

Número de niños y niñas menores de diez años que asisten a control de crecimiento y desarrollo por primera vez

El número de niños y niñas que asisten a CyD para detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo, por primera vez, donde son atendidos por médico general, incremento en un 1.4% para el periodo.

Número de niños y niñas menores de diez años que asisten a control de crecimiento y desarrollo por segunda vez

El número de niños y niñas que asisten a CyD para detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo, de control donde son atendidos por enfermera, disminuyo en un 5.5% para el periodo.

Número de adolescentes atendidos en control del joven

Para el periodo analizado, el número de adolescentes de 10 a 17 años, que asiste a control del joven, incremento en un 7%

Número de personas del área de la salud capacitadas en manejo y aplicación de técnicas para prevención detección y manejo de alteraciones en NNA

El número de personas del área de la salud que han sido capacitadas en manejo y aplicación de técnicas específicas para prevención, detección y manejo de los casos donde hay alteraciones físicas, mentales, emocionales y sensoriales en el desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes, incremento en un 51.7% para el periodo estudiado.

Obligación N. 10

Detección del maltrato físico, psicológico, abuso, explotación y violencia sexual en niños, niñas y adolescentes

Para el periodo estudiado se incrementó el número de casos reportados por maltrato a NNA de cero a diecisiete años en 12.98% y de abuso sexual en 18.2%; se presenta disminución del 50% en los reportes relacionados con explotación sexual para el mismo grupo de población.

Obligación N. 11

Programas educativos relacionados con prácticas de higiene y sanidad, dirigidos a los NNA y sus familias

Para el periodo estudiado no se ejecuta ningún programa encaminado a educar los niños, niñas y adolescentes, a los miembros de la familia y a la comunidad en general en prácticas de higiene y sanidad, manejo de residuos sólidos, reciclaje de basuras y protección del medio ambiente.

Obligación N. 12***Numero de NNA diagnosticados con algún tipo de discapacidad o anomalía congénita***

Para el periodo estudiado se evidencia un incremento del 320% en el número de casos de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con algún tipo de discapacidad o anomalía congénita.

Numero de NNA con algún tipo de discapacidad o anomalía congénita que son reportados al SIVIGILA

El número de casos de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con algún tipo de discapacidad o anomalía congénita reportados al SIVIGILA, para el periodo, se incrementa e un 100%.

Numero de NNA diagnosticados con algún tipo de discapacidad o anomalía congénita que reciben tratamiento, rehabilitación, cuidados especiales, orientación y apoyo a la familia

No se cuenta con información de la atención brindada a este grupo de población, en las entidades a nivel territorial.

Capítulo 5

Discusión de resultados

Obligación 1

Vacunación

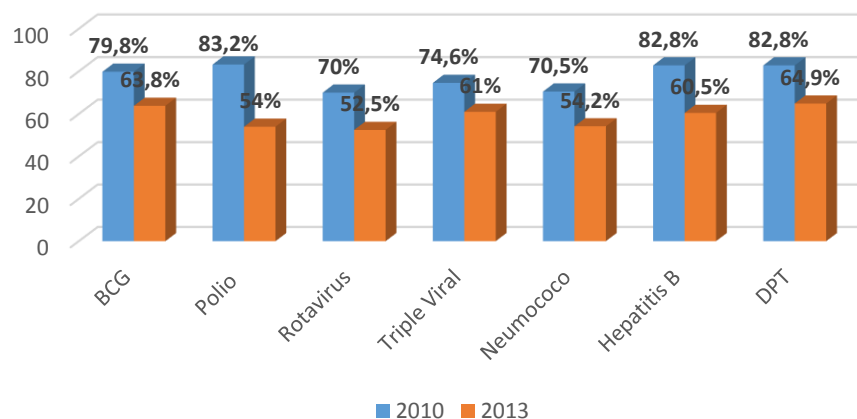


Figura 4. Cobertura de vacunación 2010-2013

Nota: las cifras de esta tabla corresponden a porcentaje. FUENTE:

Las coberturas no útiles en administración de biológicos reflejan el grado de dificultad para acceder a población dispersa, flotante y para establecer estrategias y actividades coordinadas de los diferentes actores responsables. De cualquier forma, el denominador proyectado por el censo DANE 2005 resulta siendo una meta muy alta y probablemente imposible de cumplir por la migración generada por el conflicto armado y la crisis económica; esto genera ajustes metodológicos de las autoridades sanitarias, tanto Ministerio de Salud, como Organización Panamericana de la Salud, ajustando las metas a cifras más reales. Las EPS han contratado con

la ESE de primer nivel la mayoría de las actividades de promoción y prevención, por dificultades de orden público, costos de desplazamiento y movilidad poblacional, las actividades en la zona rural no han tenido el impacto esperado.

El seguimiento a los contratos del régimen subsidiado ha evidenciado las debilidades en el cumplimiento de estas y otras actividades, pero aun así las EPS no han realizado los ajustes que permitan mejorar las coberturas de vacunación, deberá fortalecerse la labor de los organismos de control en búsqueda de mejores resultados. La única EPS del régimen subsidiado, que actualmente está en el Municipio de San José, Caprecom, presenta una crisis en sus actividades de promoción y prevención y problemáticas en la prestación de servicios asistenciales que afectan a la niñez y la adolescencia de forma directa.

Complementación

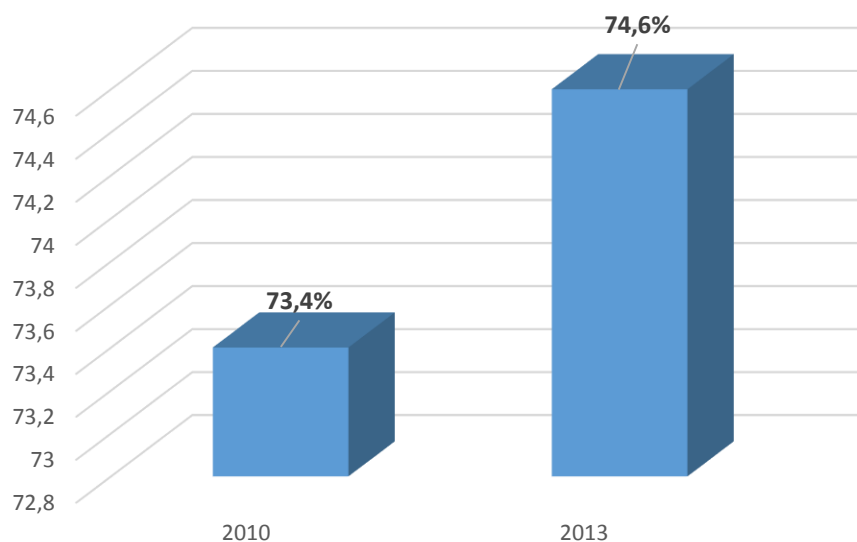


Figura 5. Complementación en niños y niñas con algún grado de desnutrición 2010-2013

Nota: los valores en este grafico corresponden a números porcentuales

Los informes de ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, para los periodos estudiados, reflejan que estas actividades son desarrolladas de forma intermitente, con un muy bajo cumplimiento por parte de las EPS, no se encontraron registros de cumplimiento de las mismas, correspondiendo la totalidad de las cifras a las desarrolladas por el PIC; las cohortes beneficiarias del programa de complementación, presentan problema de seguimiento y de cumplimiento de protocolos, el tiempo estipulado por la norma corresponde a nueve meses, mientras que en el PIC se suministran los complementos por un periodo de seis meses lo cual limita el impacto del programa. Adicionalmente, los beneficiarios presentan poca adherencia al programa, lo que hace necesario canalizar nuevos beneficiarios para alcanzar las metas. A pesar de que los beneficiarios son muy pocos respecto al reto estadístico, es de notar que aumentó el número de niños y niñas que reciben complementación nutricional en un 1.2%

Suplementación

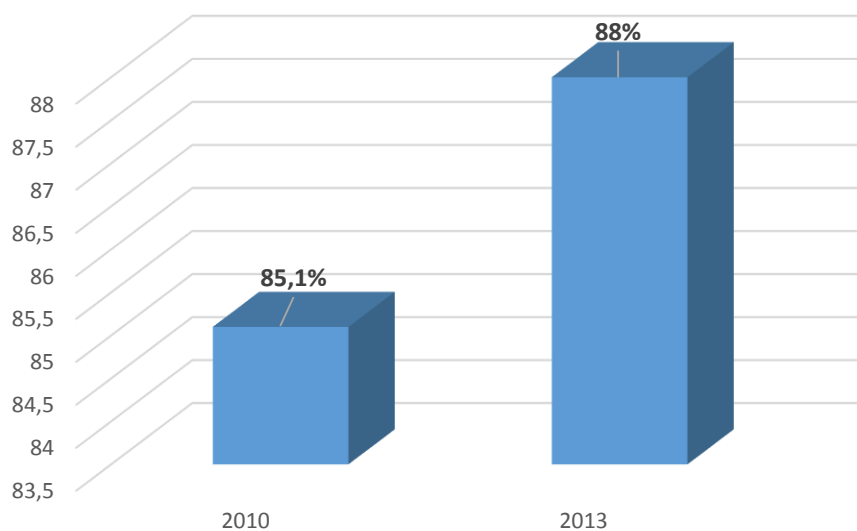


Figura 6. Suplementación con micronutrientes a niños/as menores de 10 años. 2010-2013

Nota: los valores en este grafico corresponden a números porcentuales

El aumento que se presenta en este periodo para la suplementación con micronutrientes a niños y niñas menores de cinco años, que corresponde a 2.9%, aunque es una variación importante, presenta una cifra final de 1.015 beneficiarios, el cual está muy por debajo del cálculo estadístico de este grupo de población, el cual corresponde aproximadamente a 20.496 niños y niñas de cero a cinco años, es decir que solo el 4.95% de esta población está recibiendo suplementación.

En la conferencia conjunta de la FAO- OMS de 1.992 en Roma, las naciones participantes adoptaron la Declaración Mundial sobre Nutrición y el Plan de Acción para la Nutrición. Estos incluyen numerosos esfuerzos para reducir o eliminar la desnutrición por deficiencia de micronutrientes, razón por la cual, la conferencia de la FAO, decide fortalecer las acciones para eliminar la Deficiencia de Yodo y Vitamina A y reducir otras deficiencias de micronutrientes importantes incluido hierro¹⁵; este elemento es a la vez crucial y crítico, en tanto Colombia presenta un déficit importante de hierro y vitamina A; clínicamente su déficit resulta en anemia, déficit en la oxigenación de los tejidos, que redundan en retardo en el crecimiento y en el desarrollo psicomotor, lo que en términos macro económicos significa un menor crecimiento social y productivo. Con respecto a la vitamina A, su déficit ocasiona daños irreversibles en la córnea, mayor morbilidad por diarrea e infecciones respiratorias con mucho más costo y recursos en la atención de las mismas.

Las actividades de promoción y prevención han quedado relegadas a un plano menor, por la priorización de las urgencias y citas prioritarias; existe un posicionamiento muy débil para los controles de crecimiento y desarrollo, adicionalmente no se ha reforzado la importancia de la suplementación, presentando poca adherencia al suministro del hierro a los niños; muchos de

¹⁵ Conferencia Internacional Conjunta FAO/OMS sobre nutrición: 21 años después (CIN+21) FAO, Roma (Italia), 13-15 de noviembre de 2013

estos menores corresponden a los beneficiarios de los programas asistenciales del Estado como Familias en Acción y programas para la primera infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que exigen como uno de sus requisitos la asistencia a control de crecimiento y desarrollo; lo cual le resta fuerza al concepto de responsabilidad de la familia frente a la atención de sus hijos, convirtiéndose en una obligación administrativa.

Vigilancia del estado nutricional

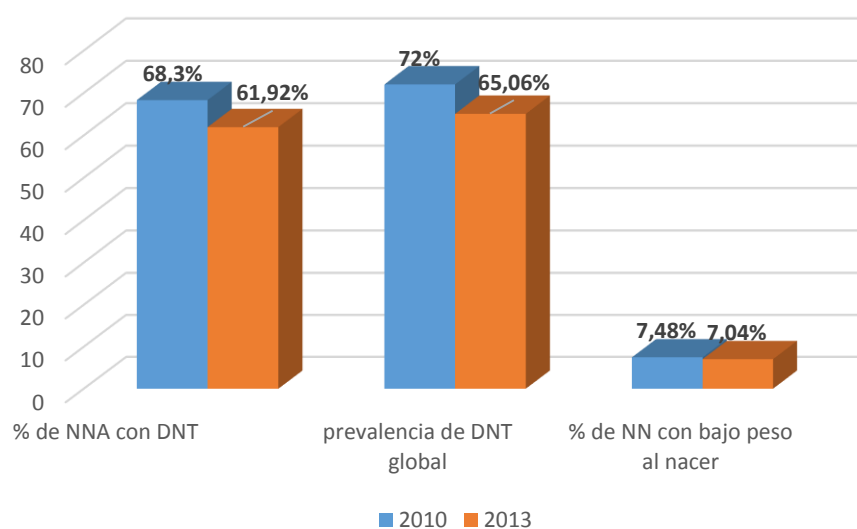


Figura 7. Vigilancia nutricional en niños/as menores de 10 años. 2010-2013

Nota: los valores en este gráfico corresponden a números porcentuales

La tendencia en Latinoamérica y Colombia es hacia la disminución de la desnutrición, a un ritmo inferior al que se esperaría para alcanzar los Objetivos del Milenio; el auge económico del país en los últimos años favorecería una mayor recuperación de estos indicadores, aun así la inequidad no ha permitido mejorar las condiciones y determinantes de las poblaciones indígenas, desplazadas que han visto afectada su economía familiar por la ausencia de ingresos sostenibles diferentes a el cultivo de la hoja de coca.

En el proceso de vigilancia nutricional se presenta un sesgo en tanto los datos que alimentan la base de datos del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional –SISVAN- se originan en la población atendida en las IPS y no corresponde a la población general, por lo que las patologías que motivan las consultas, afectan estadísticamente el proceso. Pese a esta situación se ha presentado una disminución en las cifras de desnutrición para el periodo estudiado, probablemente por la adherencia a programas asistenciales brindados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, Acción Social y la Alcaldía Municipal.

Obligación 2.

Infeción respiratoria aguda

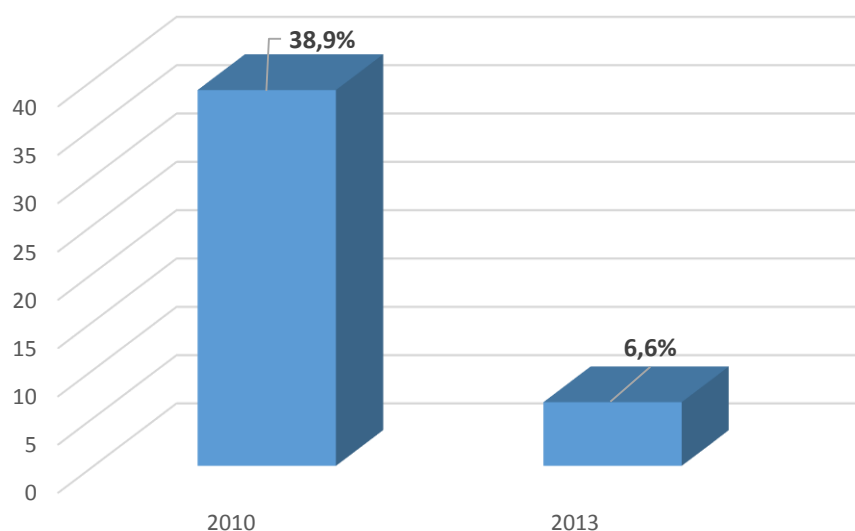


Figura 8. Morbilidad por IRA en menor de 5 años. 2010-2013

Nota: los valores en este gráfico corresponden a números porcentuales

Se observa una disminución de 32.3% en la mortalidad por infección respiratoria que puede corresponder a una mejoría en el sistema de detección de los signos de alarma en las poblaciones

indígenas más vulnerables y afectadas en épocas anteriores por esta condición y refuerza la importancia de las estrategias de detección y atención temprana de los signos de dificultad respiratoria. Otro factor protector que puede haber contribuido a la disminución en este indicador es la inclusión de la vacuna contra el neumococo dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones, el cual se incluyó a partir del año 2009, donde se priorizo a 10 departamentos donde los casos de mortalidad eran más altos en menores de cinco años de edad, entre ellos el Guaviare¹⁶

Enfermedad Diarreica aguda

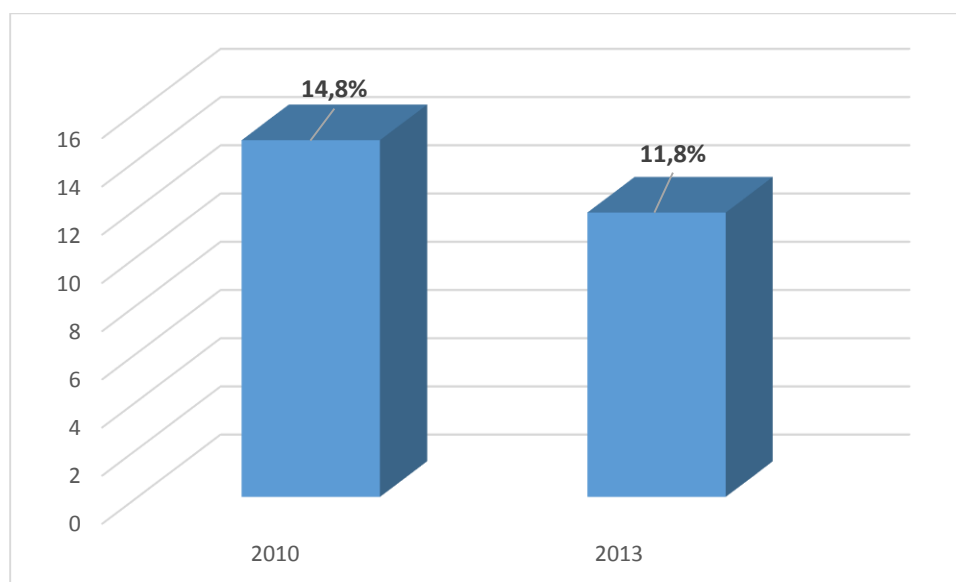


Figura 9. Morbilidad por EDA en menor de 5 años. 2010-2013

Nota: los valores en este grafico corresponden a números porcentuales

La mayor disponibilidad de agua potable se refleja en la disminución de la morbilidad por enfermedad diarreica aguda en un 3% y requiere que se acompañe de la cobertura total del

¹⁶ Tomado de: <http://www.caracol.com.co/noticias/entretenimiento/incluyen-vacunas-contra-el-rotavirus-y-el-neumococo-en-el-plan-de-vacunacion/20090202/nota/757129.aspx>

servicio de agua en áreas rurales y resguardos indígenas, para lograr erradicar la mortalidad totalmente prevenibles por las diarreas infecciosas. La vacunación por rotavirus no existente antes en el esquema de vacunación, incluida en el Programa Ampliado de inmunizaciones a partir del año 2009, puede explicar la disminución en este indicador. El manejo inicial de las diarreas con las sales de hidratación oral, puede también haber contribuido a la disminución de la cifra.

Otras enfermedades prevalentes de la infancia

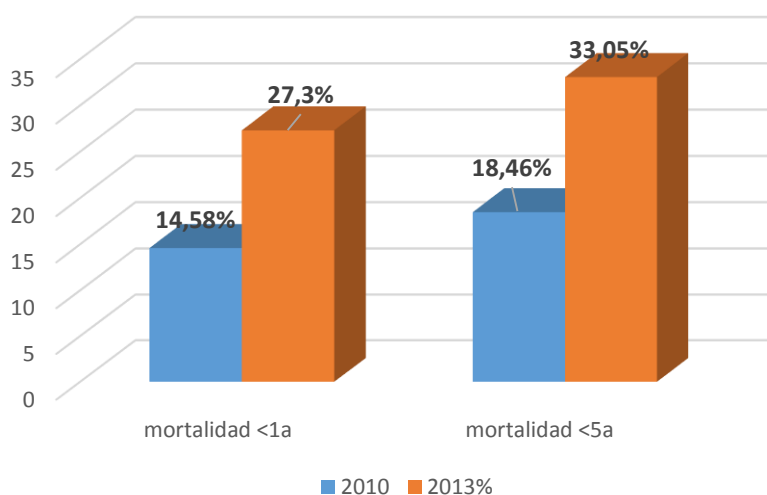


Figura 10. Tasa de mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia en menor de 5 años. 2010-2013

Nota: los valores en este gráfico corresponden a números porcentuales

El aumento en la mortalidad por otras enfermedades prevalentes de la infancia diferentes a EDA e IRA, en niños menores de cinco años, trae consigo causas sociales, familiares y de precariedad en la prestación de los servicios de salud. El impacto de los recursos para la atención de IRA y EDA, son de mayor retorno, en tanto, son patologías más conocidas y de protocolos relativamente más simples. Las otras enfermedades prevalentes de la infancia han requerido históricamente mayor inversión para su detección y manejo. Son más complicadas en términos

de manejo clínico, de laboratorio y farmacológico, requieren además para su manejo, niveles de atención superior; para esto podemos citar el caso de la tuberculosis o del Paludismo Falciparum. La dificultad para el acceso y la oportunidad para la prestación de los servicios de salud en relación a la obligación 5, se suma a la precariedad en las vías de comunicación, la disminución del ingreso en el área rural por la crisis económica que allí se presenta y la crisis en la prestación de los servicios de salud que obligo a la intervención de la ESE de primer y segundo nivel por la Superintendencia Nacional de Salud. Estos elementos sumados pueden ser la causa del incremento de la tasa de mortalidad en población menor de cinco años.

EPS que cuentan con salas URO y UAIRA

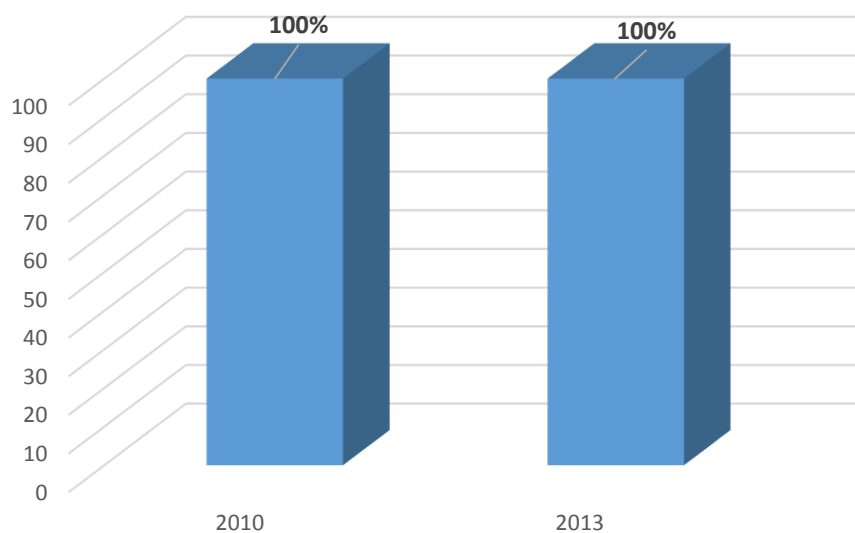


Figura 11. IPS que cuentan con salas URO y UAIRA. 2010-2013

Nota: los valores en este gráfico corresponden a números porcentuales

Aunque el número de IPS que cuentan con salas se mantiene estable, se incrementó el número de salas, en tanto, se crearon dos unidades de rehidratación oral y unidades de atención de la infección respiratoria aguda en el área rural; aunque hay un incremento en el número de las

unidades para la atención inicial de las EDA e IRA, esto corresponde a un bajo porcentaje, respecto a la totalidad de los puestos de salud y de los asentamientos poblados, barrio y veredas del municipio.

Obligación n. 3

Consejería para la realización de la prueba VIH/SIDA

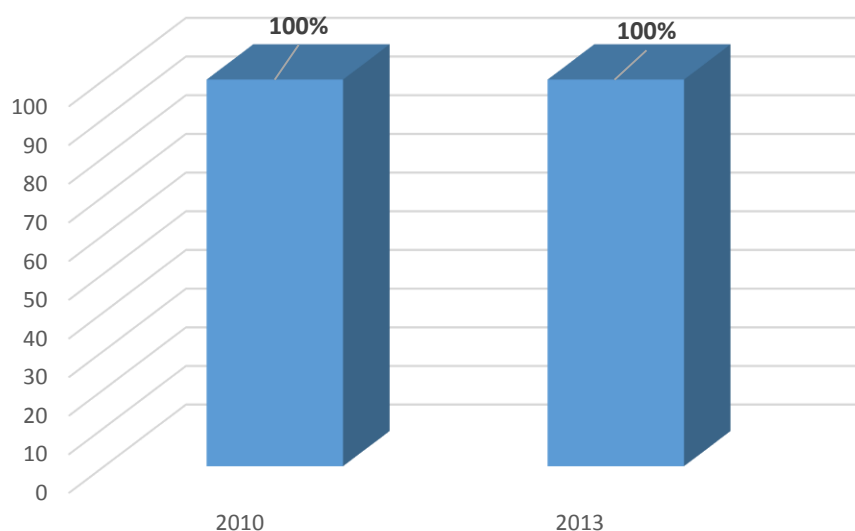


Figura 12. IPS que cuentan consejería para la realización de la prueba VIH - SIDA

Nota: los valores en este gráfico corresponden a números porcentuales

El cumplimiento de este indicador por parte de las IPS presentes en el Municipio, asegura la detección para los usuarios que acuden a los controles correspondientes, sea del joven o control prenatal. Quedando el interrogante respecto a población que no acostumbra el uso de estos servicios, en tanto no está generalizada la práctica de la promoción y prevención en la población

joven. Debe tenerse en cuenta el aumento de VIH/SIDA en población mayor, probablemente asociado a la utilización del Sildenafil y del cambio en los hábitos sexuales de este grupo etáreo.

Programas que garantizan consejería de la prueba VIH/SIDA

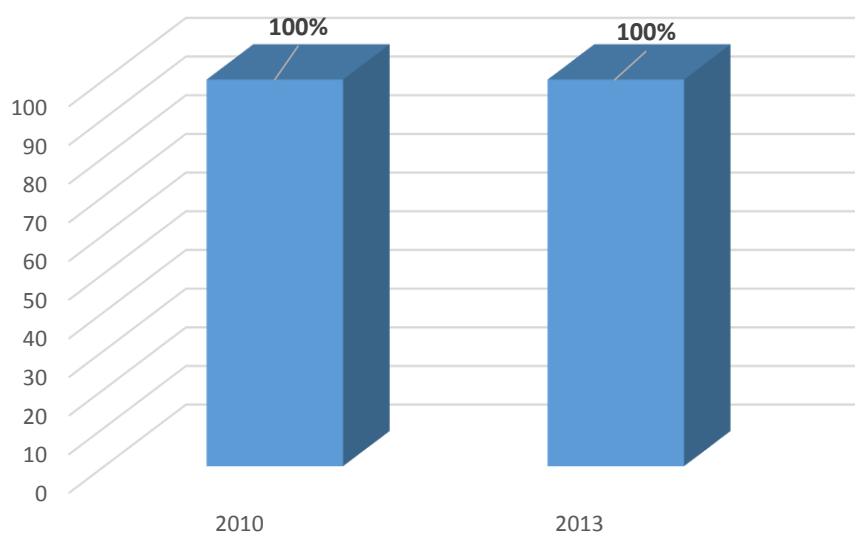


Figura 13. Programas para garantizan consejería en VIH/SIDA. 2010-2013

Nota: los valores en este grafico corresponden a números porcentuales

El motor de este programa corresponde a las actividades que se realizan en el Plan de Intervenciones Colectivas y a los programas de capacitación al personal que allí se generan, en tanto se presenta una alta rotación del personal asistencial, incluso médicos y enfermeras, la calidad, la consejería respecto a la prueba de VIH/SIDA, puede a veces quedar reducida al requisito del diligenciamiento de los formatos correspondientes, sin una adecuada comprensión del proceso por parte de los usuarios.

Beneficiarios del programa que garantiza consejería de la prueba VIH/SIDA

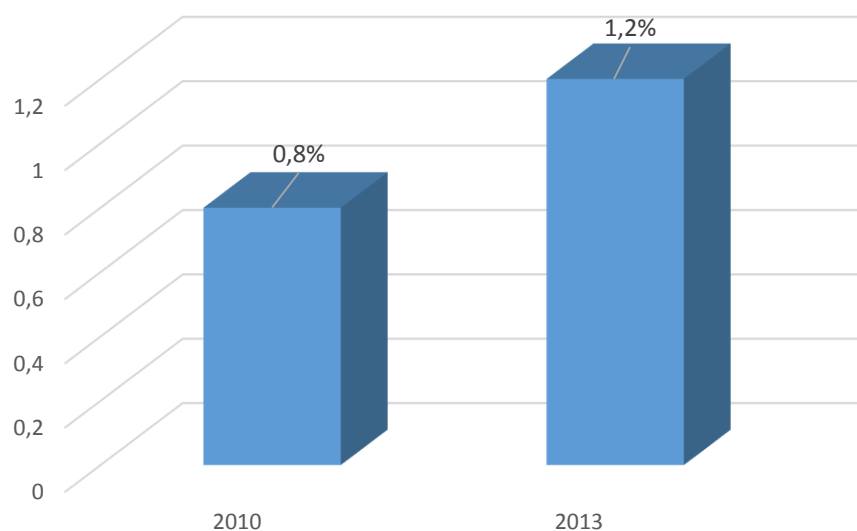


Figura 14. Beneficiarios de los programas para garantizar consejería en VIH/SIDA. 2010-2013

Nota: los valores en este gráfico corresponden a números porcentuales

El aumento del 0.4% en el número de beneficiarios del programa de que garantiza consejería para la prueba de VIH/SIDA en población joven, refleja la mayor concientización que progresivamente existe respecto al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Transmisión vertical del VIH/SIDA

La ausencia de casos de transmisión de VIH/SIDA de madre a hijo, para el periodo estudiado, refleja probablemente un modelo de transmisión más asociado hacia la prostitución, la presencia de actores armados y la economía ilegal de la coca. De otra parte, queda la duda, ante el no cumplimiento en su totalidad, de los programas de control prenatal.

Obligación N. 4

IPS que cuentan con insumos para realizar la prueba de VIH/SIDA

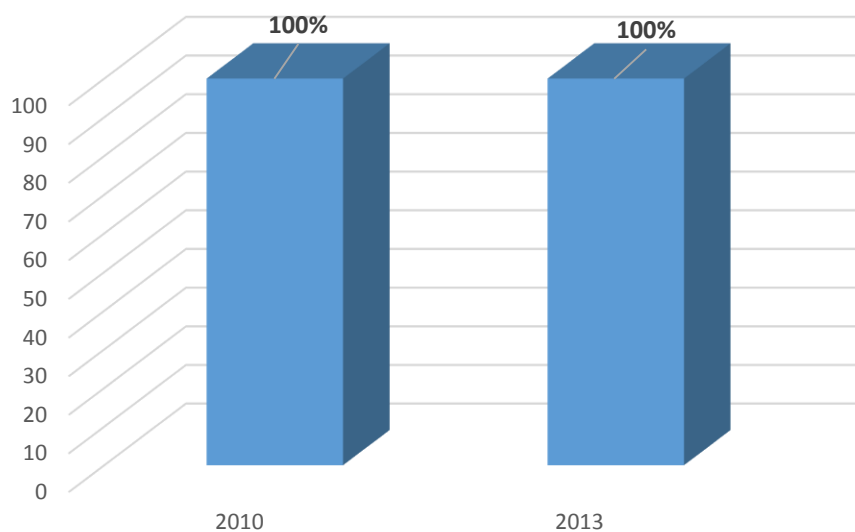


Figura 15. IPS que cuentan con insumos para realización de prueba VIH/SIDA. 2010-2013

Nota: los valores en este grafico corresponden a números porcentuales

Se verifico por medio del seguimiento adelantado desde la Secretaria de Salud, a través de los profesionales del PIC, la disponibilidad de insumos para la realización de la prueba rápida de VIH/SIDA, de alta sensibilidad; incluso la disponibilidad en los servicios de urgencias para los casos de violencia sexual. Todas las EPS del Municipio, del régimen subsidiado y contributivo cuentan con lo requerido para la realización de la prueba.

Obligación N. 5

Oportunidad en la atención

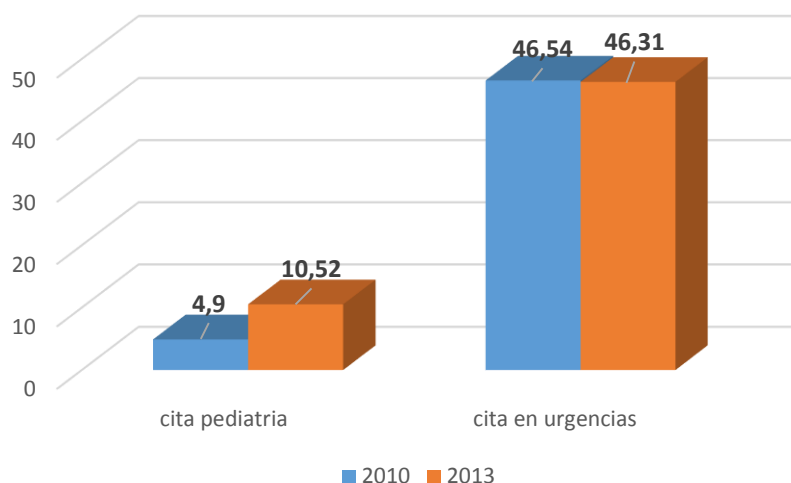


Figura 16. Oportunidad en la atención, cita pediátrica y cita en urgencias. 2010-2013

Nota: la unidad de medida para cita de pediatría es en días y para cita en urgencias en minutos.

La oportunidad para la atención en urgencias, que corresponde en el Municipio a la ESE de segundo nivel, única que ofrece ese servicio, disminuyó en un 0,5%, lo que significa una leve mejoría, partiendo del hecho, que ambas cifras dan un promedio aceptable. En el caso de la consulta por pediatría, el incremento en la oportunidad en 116.6 por ciento, lo ubican en un estándar no satisfactorio y correspondería a un incumplimiento en la oportunidad; por tanto, se estaría vulnerando en el sentido de la obligación especial número 5, el derecho a la salud de los menores de edad. En general los hospitales, han visto afectado su funcionamiento por problemas de liquidez, en relación con incumplimientos contractuales de las EPS y en el caso del Hospital San José del Guaviare, esto ha generado dificultades para asegurar la continuidad en la presencia de profesionales especializados con los que debiera contarse.

Obligación N. 6

Número de casos en que se ha garantizado atención inmediata cuando el NNA carece de representante legal, no puede dar consentimiento o está en peligro su vida

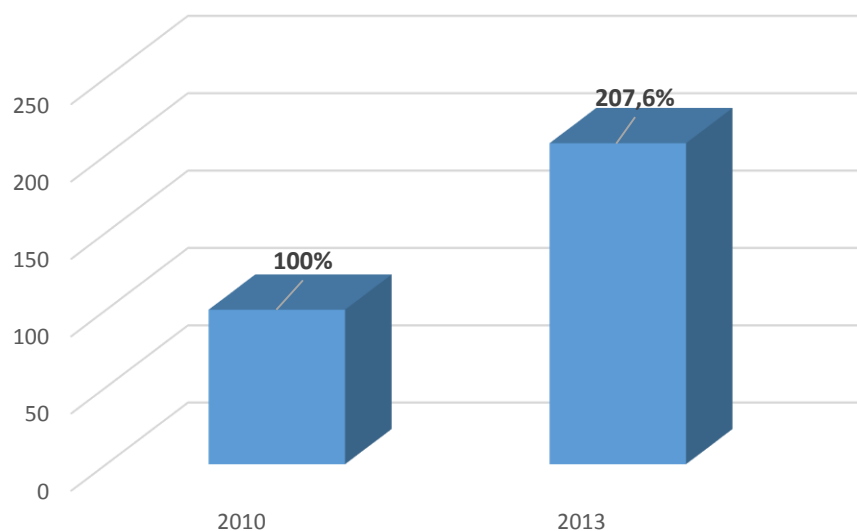


Figura 17. Número de casos en que se garantiza la atención inmediata en interés superior del niño. 2010-2013

Nota: los valores en este gráfico corresponden a números porcentuales

El aumento de un 107.6% en la presentación de los casos, llama la atención sobre un hecho prominente, como es la negación o dilatación en la prestación y/o autorización de los servicios por parte de las EPS, siendo el caso más crítico, el de Caprecom, única EPS actual del régimen subsidiado presente en el Municipio. Progresivamente, el aumento de la incidencia de estos casos, conlleva a dificultades para el acceso a la oportunidad de los servicios, ante lo cual las familias desisten o intentan retiro voluntario de los NNA de los servicios, lo cual obliga, a acudir a la figura del Defensor de Familia, en pos del interés superior de los niños y niñas.

Obligación N. 7

Número de niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años que reciben orientación en Salud

Sexual y Reproductiva

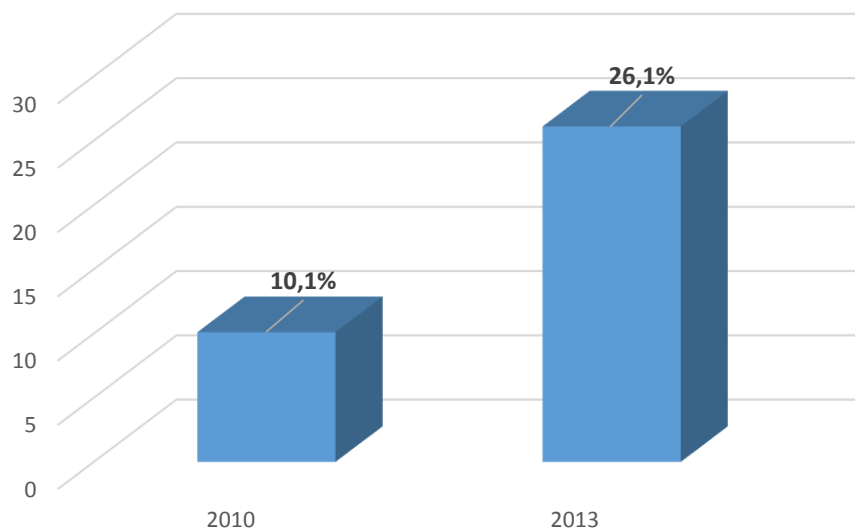


Figura 18. Número de niños, niñas y adolescentes que reciben asesoría en salud sexual y reproductiva. 2010-2013

Nota: los valores en este gráfico corresponden a números porcentuales

El aumento del 16% en el número de NNA que asiste a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva se corresponde con la necesidad existente en el Municipio, en tanto el porcentaje de embarazos en adolescentes, respecto al total de embarazos, es de los más altos de todo el país. Los servicios amigables se implementan en el Municipio a partir del año 2008 por medio del Plan de Intervenciones Colectivas, lo que ha permitido que un mayor número de niños y adolescentes reciban orientación en Salud Sexual y Reproductiva. Para el periodo se observa un incremento del 16% en el número de NNA que asisten a servicios de salud sexual y reproductiva.

Obligación N. 8

Porcentaje de embarazo en adolescentes

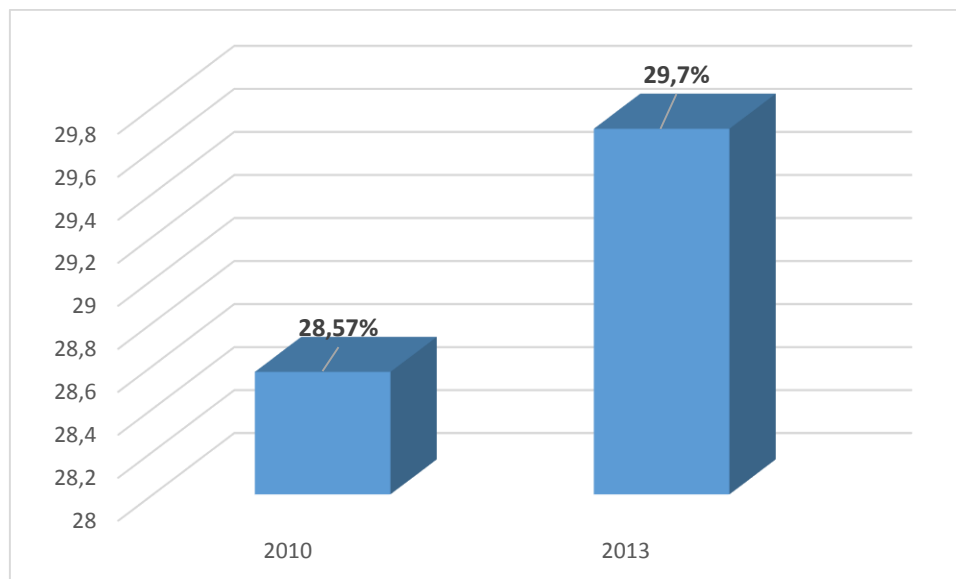


Figura 19. Porcentaje de embarazo en adolescentes. 2010-2013

Nota: los valores en este gráfico corresponden a números porcentuales

El aumento en el número de embarazos en adolescentes, de 1.13% en el periodo, tiene múltiples causas, entre las que se cuentan la falta de oportunidades, deserción escolar, desestructuración familiar, con búsqueda de nuevos referentes afectivos por parte de los adolescentes que favorecen el inicio precoz de la sexualidad. La educación sexual dirigida a este grupo de población ha tenido un enfoque en donde la autonomía individual ha generado uso de libertades sin contar con las herramientas sociales e individuales para asumir las consecuencias.

Numero de gestantes y madres en periodo de lactancia que hacen parte del programa materno infantil

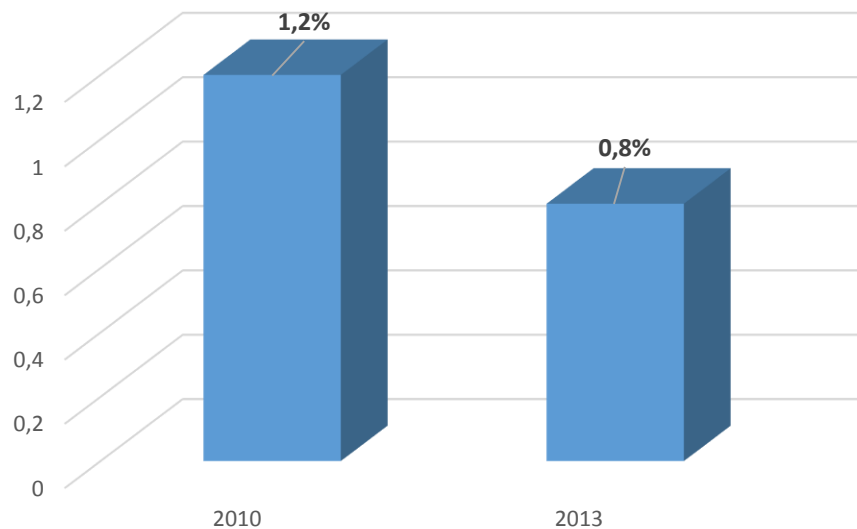


Figura 20. Adolescentes gestantes beneficiarias del programa Materno-Infantil 2010-2013

Nota: los valores en este grafico corresponden a números porcentuales

La disminución de 0.4% en el número de gestantes y madres lactantes que hace parte del programa materno infantil ofertado por el sector salud, está asociado a una precaria socialización del programa y a un enfoque predominantemente clínico de la asistencia en este periodo vital, en donde prevalece la toma de exámenes, sin un acompañamiento psicosocial y nutricional que garantice la atención integral a las gestantes y madres lactantes. Llama la atención la cobertura que presentan entidades de enfoque social como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, cuyas coberturas resultan incluso superando las cifras que oferta salud al respecto.

Obligación N. 9

Número de niños y niñas menores de diez años que asisten a control de crecimiento y desarrollo por primera vez

Se presenta un aumento de 1.4% en el número de niños y niñas que asisten a controles de crecimiento y desarrollo, el cual está a la saga de los programas asistenciales y sociales del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, en donde es un requisito contar con la documentación que respalde la asistencia a estos controles. Aun así es inevitable mencionar que corresponden a una porción baja de la totalidad de posibles beneficiarios de los controles de crecimiento y desarrollo, correspondiendo al 5.62% de los 20.496 niños y niñas menores de 10 años, estadísticamente existentes (figura 21).

Número de niños y niñas menores de diez años que asisten a control de crecimiento y desarrollo por segunda vez

La disminución del 5.5% en control de crecimiento y desarrollo por segunda vez, se analiza en relación a la poca adherencia a los programas de PyP, el cumplimiento con el primer control de los requisitos para ingreso a los programas asistenciales de DPS y del ICBF y la precaria oferta y oportunidad de citas en la ESE de primer nivel (figura 21).

Número de adolescentes atendidos en control del joven

El aumento en el número de adolescentes atendidos en consulta de control del joven, refleja la problemática creciente de exposición a consumo de sustancias psicoactivas, problemáticas sociales como matoneo e inadaptación social, aumento en la presentación de embarazos en adolescentes; de esta forma y direccionados por los padres, se observa un aumento significativo en la consulta a este grupo de población de 7% (figura 21).

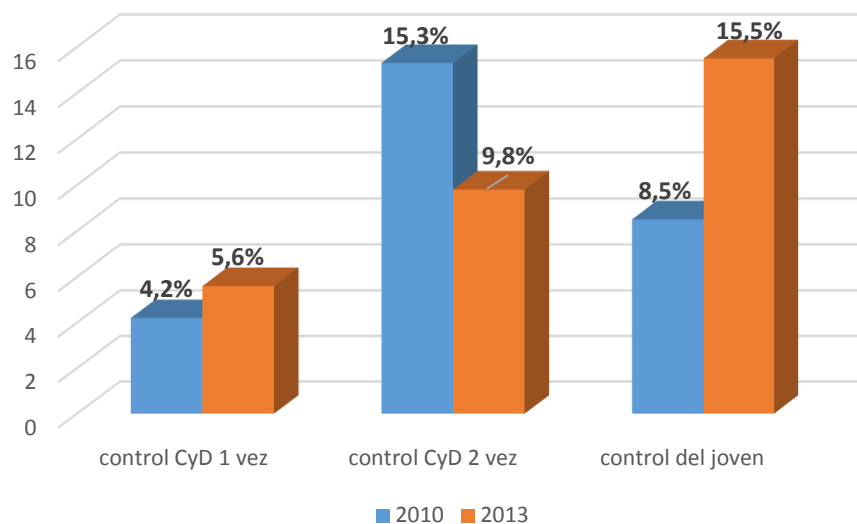


Figura 21. Número de NNA que reciben atención para detección de alteraciones en salud. 2010-2013

Nota: los valores en este grafico corresponden a números porcentuales

Número de personas del área de la salud capacitadas en manejo y aplicación de técnicas para prevención detección y manejo de alteraciones en NNA

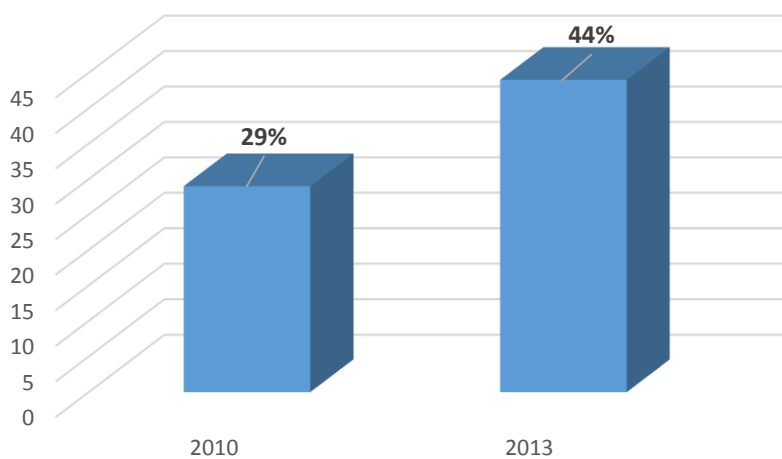


Figura 22. Personal asistencial capacitado en detección de alteraciones en salud en NNA. 2010-2013

Nota: los valores en este grafico corresponden a números porcentuales

El aumento del 15% en el personal capacitado, tanto enfermeras como médicos, refleja los esfuerzos que desde el Ministerio de Salud, a través de estrategias como AIEPI, IAMI y programas de atención a la primera infancia, realizan los diferentes actores que tienen responsabilidad en la atención de niños, niñas y adolescentes.

Llama la atención la alta rotación de este personal capacitado, el cual por condiciones personales, sociales y económicas, migra hacia otros horizontes laborales y académicos.

Obligación N. 10

Detección del maltrato físico, psicológico, abuso, explotación y violencia sexual en niños, niñas y adolescentes

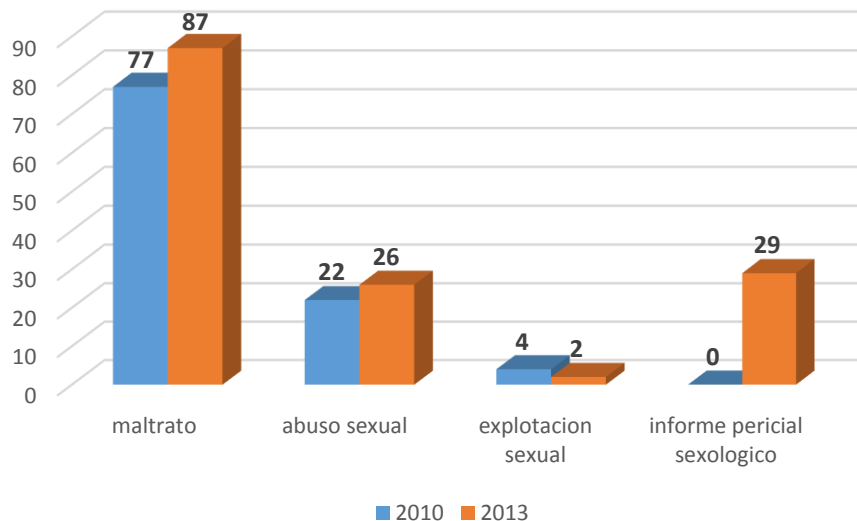


Figura 23. Numero de reportes de maltrato, abuso y explotación sexual a NNA. 2010-2013

Nota: los valores en este grafico corresponden a números absolutos, pues en el Municipio no se dispone de la estadística exacta de casos de maltrato físico, psicológico, abuso, explotación y violencia sexual en NNA sobre el cual calcular el porcentaje de denuncias instauradas

El aumento en los casos reportados obedece a una mayor sensibilización de la población que tiene como consecuencia mayor acercamiento a los servicios de salud y a los órganos de control; lo cual es consecuencia de las actividades colectivas de acompañamiento en los colegios, grupos juveniles y en general, sensibilización por parte de las entidades de acompañamiento social. La problemática regional respecto al conflicto armado, los cultivos ilegales, el desplazamiento ha generado la respuesta institucional con instituciones como DPS, con programas de seguimiento y capacitación que favorecen la socialización y uso común de las rutas de denuncia y asistencia a víctimas. En complemento aun ahora, ad portas de un proceso de paz, la victimización de niños y jóvenes parece no detener su marcha.

Obligación N. 11

Programas educativos relacionados con prácticas de higiene y sanidad, dirigidos a los NNA y sus familias

Para el periodo estudiado no se ejecuta ningún programa encaminado a educar los niños, niñas y adolescentes, a los miembros de la familia y a la comunidad en general en prácticas de higiene y sanidad, manejo de residuos sólidos, reciclaje de basuras y protección del medio ambiente.

Obligación N. 12

Numero de NNA diagnosticados con algún tipo de discapacidad o anomalía congénita

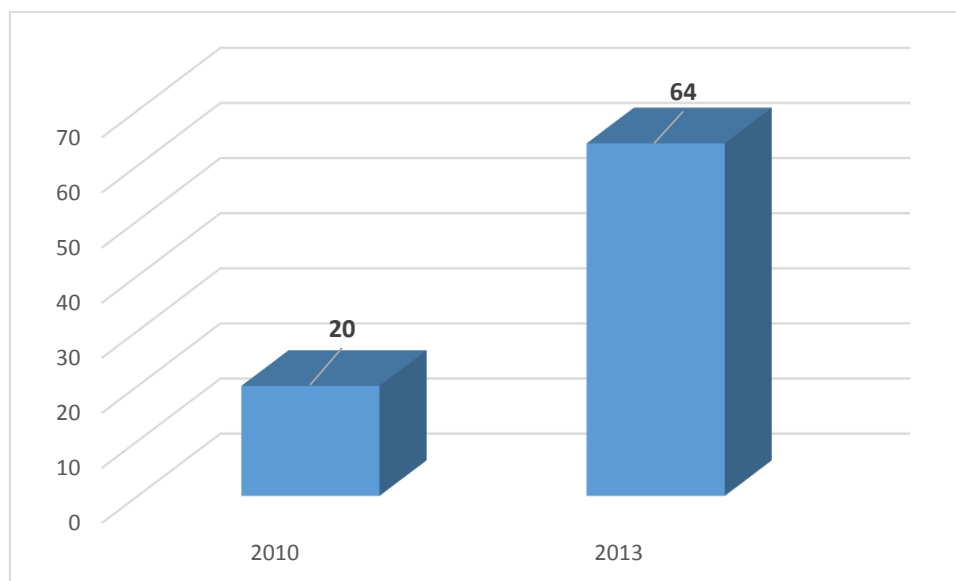


Figura 24. Numero de NNA con diagnóstico de discapacidad. 2010-2013

Nota: los valores en este grafico corresponden a números absolutos pues en el Municipio no se cuenta con la caracterización de la población en condición de discapacidad que permita establecer el porcentaje de NNA diagnosticados con algún tipo de discapacidad o anomalía congénita

El incremento en este indicador, de niños y niñas diagnosticados con algún tipo de discapacidad o anomalía congénita presenta características de sesgo. El registro en los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a nivel municipal para este grupo de población, significa un subsidio monetario y depende igualmente de los cupos disponibles; la alta demanda de este programa, con una lista de espera extensa, sugiere que la problemática desborda la capacidad de las instancias asistenciales y que se requiere urgentemente la caracterización cualitativa y cuantitativa en el Municipio.

Número de casos reportados al SIVIGILA, de NNA diagnosticados con algún tipo de discapacidad o anomalía congénita

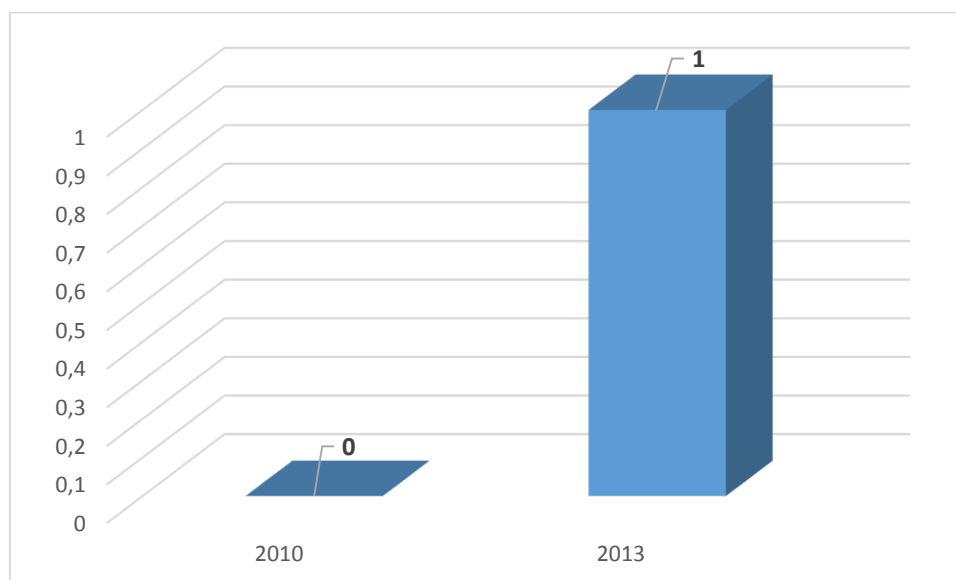


Figura 25. Numero casos de NNA con discapacidad o anomalía congénita reportados al SIVIGILA. 2010-2013

Nota: los valores en este grafico corresponden a números absolutos dado que solo se ha realizado el reporte de un caso al SIVIGILA al final del periodo

Teniendo en cuenta que estadísticamente se presenta en la población general, a nivel mundial una presentación de enfermedades congénitas del 2 al 5%, esperaríamos para el Municipio de San José del Guaviare, una cifra mayor a la reportada por el SIVIGILA, en la cual para el año 2010 no registra casos y para el año 2013 reporta un caso; teniendo en cuenta el número de nacimientos anuales en el Municipio, cercano a 1.000, se esperaría un número aproximado de 20 casos anuales. Esto evidencia un subregistro en el reporte, lo cual afecta de forma directa las estadísticas que permiten direccionar recursos y tomar decisiones desde las instancias de las Políticas Publicas.

Numero de NNA diagnosticados con algún tipo de discapacidad o anomalía congénita que reciben tratamiento, rehabilitación, cuidados especiales, orientación y apoyo a la familia

No se cuenta con información desde el sector salud, de la atención integral brindada a los niños niñas y adolescentes con algún tipo de discapacidad o anomalía congénita. No existen en las instituciones prestadoras del servicio de salud, programas de búsqueda y registro de esta población, que ayuden a caracterizar, orientar y atender sus necesidades; aunque existen noticias de procesos de exigibilidad ante procesos de negación de servicios, por corresponder a este grupo diferencial, tratamientos largos, costosos y de poco retorno social.

CONCLUSIONES

El cumplimiento de las obligaciones especiales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es un reflejo muy coherente con la situación del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes en el Municipio de San José del Guaviare, en tanto involucran actividades fundamentales en el proceso de prevención, promoción, atención, rehabilitación de este grupo poblacional.

El uso de indicadores clave permite el seguimiento de actividades amplias en una cifra que delimita y concreta los procesos, habilitando su evaluación y seguimiento: mortalidad infantil, coberturas de vacunación, coberturas de complementación y suplementación, disponibilidad de servicios de salud de eficacia demostrada en la disminución de la morbimortalidad, como los de programas integrales, hidratación oral en los casos de enfermedad diarreica y de atención en infección respiratoria. De la misma manera la inclusión en las obligaciones especiales de entidades y procesos determinantes en el paradigma de salud-enfermedad, como el abuso, maltrato y explotación infantil, las malformaciones congénitas, la discapacidad, la infección por VIH-SIDA, capacitación en prácticas de higiene y sanidad, amplían y complementan transversalmente el panorama; por último el seguimiento al acceso, calidad y oportunidad, permiten posicionar el proceso dentro del marco de seguimiento y control al evaluar: (a) la disponibilidad de insumos en el caso específico de las pruebas de VIH, (b) La oportunidad en la citas de atención por pediatría y urgencias (c) Atención integral a los menores con discapacidad y sus familias (d) La frecuencia de uso del “interés superior en los niños “en el seguimiento a las barreras de acceso a los servicios (e) Acceso y oportunidad de los

servicios de salud sexual y reproductiva en relación directa con los embarazos en adolescentes, infecciones de transmisión sexual y prevención de morbimortalidad perinatal.

Globalmente hay un incumplimiento de las obligaciones especiales del Sistema General de Seguridad en Salud, respecto a la atención en salud de niños, niñas y adolescentes en el Municipio de San José del Guaviare: Coberturas no útiles de vacunación y con tendencia estadística al descenso, bajas coberturas en procesos de complementación, suplementación nutricional y en los controles de crecimiento y desarrollo; aumento en el uso del “interés superior de los niños” para garantizar su atención en relación con la negligencia en procesos de remisión y autorización por parte de la EPSs, baja adherencia a los programas de control prenatal y de crecimiento y desarrollo, incumplimiento de la oportunidad en las consultas por especialista en pediatría, superando el parámetro establecido por la Superintendencia Nacional de Salud; la suma de todos estos elementos, evidencian la debilidad en la prestación de servicios, en la administración de los recursos por los aseguradores y en el control de los organismos de vigilancia.

Debe resaltarse, como análisis constructivo, que no obstante las bajas coberturas de los programas, se resalta la tendencia positiva en el comparativo 2010-2013 en la complementación, suplementación, disminución de las cifras globales de desnutrición, de bajo peso al nacer, disminución de mortalidad infantil por EDA e IRA y presencia de las unidades de rehidratación oral y de atención primaria de infección respiratoria en área rural, específicamente Resguardo Barrancón y vereda Charras. El cumplimiento de los protocolos de VIH-SIDA con ausencia de transmisión vertical para el periodo 2010-2013 y el crecimiento del número de adolescentes que asiste a los programas de control del joven y que reciben orientación en el tema de salud sexual

y reproductiva son fenómenos que deben distinguirse y prevalecer en su propensión al superior desempeño.

RECOMENDACIONES

El cumplimiento de las obligaciones corresponde a las EAPBS y a los Entes Territoriales y según los antecedentes, los múltiples incumplimientos en contratos y en ejecución de recursos no han posibilitado cambios positivos en los procesos de prestación de servicio

El bajo cumplimiento de las actividades contratadas con Caprecom como única EPS del régimen subsidiado en el Municipio de San José del Guaviare, debe tener como respuesta las sanciones correspondientes, los ajustes al contrato del régimen subsidiado y fundamentalmente el necesario cambio en el sistema de aseguramiento por medio de la reforma a la Ley 100 de 1993.

Debe interiorizarse en los niños, niñas, adolescentes y sus familias el concepto de promoción y prevención de la salud y fortalecerse las estrategias de atención primaria en salud en búsqueda de mayor impacto de los recursos disponibles.

Se hace necesario contar con estudios aleatorios y metodológicamente validos que precisen la realidad de la situación y que permitan diseñar estrategias de atención y seguimiento nutricional efectivas. El Municipio cuenta con recursos naturales, disponibilidad de agua, sobre los cuales cimentar estrategias de seguridad alimentaria que permitan erradicar la desnutrición de nuestra población infantil.

El éxito de la administración de las sales de rehidratación oral, la cual requiere relativamente pocos recursos y capacitación básica, redonda en un gran impacto, con disminución de la morbimortalidad por enfermedad diarreica aguda; por tanto, debe promoverse y generalizarse como estrategia probada mundialmente, lo que significara, menores costos de atención de las complicaciones y mayor autonomía de las familias y de las comunidades. La disponibilidad de

agua potable para la totalidad de la población, es el otro pilar que permitirá eliminar la morbimortalidad prevenible. Un factor protector frente a esta patología es la prevención de la desnutrición y el suministro adecuado de suplementación con micronutrientes.

Las demás enfermedades prevalentes de la infancia han ocasionado un aumento en las cifras de mortalidad infantil y debe generar una respuesta enérgica con el fortalecimiento de programas exitosos y soportados en medicina basada en la evidencia, como la estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI, los Primeros Mil Días. Los recursos destinados para la atención en promoción y prevención de esta población han venido progresivamente en aumento, como lo evidencian las cifras comparativas que presenta la Secretaria Municipal de Salud y que aún no se ven reflejados en la disminución de la mortalidad infantil. Debe fortalecerse el seguimiento y acompañamiento a los Entes Territoriales EPS y demás actores para mejorar el impacto de los recursos disponibles e igualmente empoderar a las comunidades y familias en los saberes y conocimientos que fundamentan la atención a nuestros niños.

Para lograr un mayor impacto y una disminución real de EDA y complicaciones de IRA se hace necesario generalizar las unidades para atención de EDA e IRA en sus fases iniciales, ya que esto asegura mayor impacto y beneficio social.

Se hace necesario fortalecer y perfeccionar el proceso de entrevista y consejería para la prueba de VIH/SIDA, de forma que se aseguren estándares mínimos en términos de calidad y de tiempo, para lograr el objetivo y sentido de esta obligación.

Se debe optimizar la cobertura en los controles prenatales, lo cual favorece la detección temprana por VIH/SIDA, de forma que se realice el tratamiento adecuado que impida la

transmisión materno-fetal. En el mismo sentido, la consejería preconcepcional, aun no protocolizada, complementaria el adecuado control de la transmisión de VIH/SIDA en parejas estables y sus descendientes.

La negación y dilatación en la prestación de los servicios por parte de las EPS, que evidencia la debilidad de los órganos de vigilancia y control, y el incumplimiento por parte de las aseguradoras de regímenes de salud, obliga a que la familia, la sociedad y el Estado, como garante de los derechos de los niños, favorezcan una radical reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, que garantice y posicione las actividades de salud pública colectivas e individual.

La alta presentación de embarazos en adolescentes a nivel municipal, puede disminuirse si se brindan más oportunidades de estudio y de vinculación laboral para nuestra joven población y si se transforma el enfoque asistencialista de los programas sociales, hacia programas de desarrollo comunitario y de acompañamiento a niños y jóvenes.

Se debe complementar el asistencialista y clínico que tiene la atención a gestantes y madres lactantes con acompañamiento psicológico social y nutricional, que garantice la integralidad en la atención.

Es necesario favorecer y facilitar, con personal suficiente y dotación adecuada, las consultas de crecimiento y desarrollo, de forma que se liberen los obstáculos y se cree un ambiente agradable y constructivo en estos escenarios para mejorar la adherencia a los controles.

El cambio en los ambientes sociales que frecuentan los adolescentes y la dificultad para asumir nuevos roles en la cambiante ambiente juvenil, sumado a la crisis familiar y social en el municipio, obliga a cualificar y aumentar la oferta de servicios amigables, en prevención de

embarazos no deseados, farmacodependencia, deserción escolar depresión e intento de suicidio, que aumentan progresivamente en la población adolescente; la sociedad tiene la responsabilidad de cambiar y perfeccionar la respuesta frente a las necesidades y retos de esta población.

La cualificación del personal asistencial para el caso de la infancia y la adolescencia deberá contar con la continuidad de los profesionales o en su defecto en el prerrequisito del mismo conocimiento para lograr continuidad en los programas.

El proceso de rehabilitación y de reinserción social de las víctimas del conflicto, debe generar una estructura de asistencia, acompañamiento y reconstrucción del tejido social de las familias y de los proyectos de vida de miles de niños, niñas y adolescentes del municipio, del Departamento y del País. Esta estructura involucrara a actores de salud, sociales y del sector económico. Para lograr un mayor impacto y una disminución real de EDA y complicaciones de IRA se hace necesario generalizar las unidades para atención de EDA e IRA en sus fases iniciales, ya que esto asegura mayor impacto y beneficio social.

Debe caracterizarse por parte de los actores que atienden a niños, niñas y adolescentes con algún tipo de discapacitada o anomalías congénitas, a este grupo de población, de forma que se permita la validación de sus derechos, incluyendo el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, asesoría y apoyo a la familia. Ante la ausencia de la caracterización por parte de este grupo diferencial, que no es asumida por el Ente Territorial ni por los aseguradores y prestadores, todo el proceso antes referido, no se efectúa, ni tiene posibilidades de cumplirse.

Bibliografía

1. Alcaldía San José del Guaviare. 2012. Acuerdo 018 del 31 de mayo de 2012 plan de desarrollo abriendo campo para el desarrollo 2012-2015 Alcaldía san José del Guaviare
2. Alcaldía Municipio San José del Guaviare. 2011. Informe final Plan de Intervenciones Colectivas. Componente nutrición
3. Alcaldía san José del Guaviare. 2011. Informe final Plan de Intervenciones Colectivas Componente Salud Infantil
4. Alcaldía san José del Guaviare. 2011. Informe final Plan de Intervenciones Colectivas Componente Salud Sexual y Reproductiva
5. Alcaldía san José del Guaviare. 2013. Informe final componente de seguridad alimentaria
6. Alcaldía san José del Guaviare. 2013. Informe final componente salud infantil
7. Alcaldía san José del Guaviare. 2013. Informe final componente salud sexual y reproductiva
8. Alcaldía municipio San José del Guaviare. 2014. Informe de rendición publica de cuentas sobre la gestión para la garantía de los derechos de la infancia y adolescencia del municipio San José del Guaviare
9. Concejo municipal San José del Guaviare. 2011. Acuerdo 014 del 1 de diciembre de 2011
10. Concejo municipal San José del Guaviare. 2012. Acuerdo 007 de 12 de abril de 2012. Por medio del cual se modifica el acuerdo 014 de 2011 y se establecen otras disposiciones

11. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. 1998. Acuerdo 117.
12. Congreso de la Republica de Colombia. 1991. Ley 12 de 1991. Convención de los Derechos del Niño
13. Corte Constitucional. 2008. AUTO 251
14. Corte constitucional. 2009. AUTO 004
15. Gobernación del Guaviare. 2014. Perfil epidemiológico del departamento de Guaviare.
16. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2010. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional
17. Jacques Van Der Gag. Banco Mundial. Desarrollo infantil temprano: una perspectiva económica, tomado de <http://www.oas.org/udse/dit2/costos/vandergaag.aspx>
18. Ministerio de la Protección Social. 2000. Resolución 412.
19. Ministerio de Salud. Plan decenal de salud pública 2012-2022 tomado de www.minsalud.gov.co
20. Municipio San José del Guaviare. 2013. Análisis de la situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud.
21. Organización mundial de la salud. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI tomado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/
22. República de Colombia. 1991. Constitución Política Nacional art. 44 y 45
23. República de Colombia. 2006. Ley 1098 de 2006 Código de la infancia y la adolescencia
24. República de Colombia. 2007. Conpes 109 de 2007 Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la primera infancia”
25. República de Colombia. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el sistema

de seguridad social y se dictan otras disposiciones.

26. UNICEF. 2013. Sistema de Información de Niñez y Adolescencia SINFONIA, algunos indicadores sobre la garantía de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en el departamento del Guaviare