



PAE 2008

DIRECCIÓN TÉCNICA SECTOR SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS SECTORIAL SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

“COMPORTAMIENTO DE ALGUNAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA
SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL DISTRITO CAPITAL
2005-2007”

TIPO DE PRODUCTO: INFORME SECTORIAL

PERÍODO DE ESTUDIO: 2005-2007

RESPONSABLE: DRA. CLAUDIA GÓMEZ MORALES

ELABORADO POR:

YANETH CRISTINA GARCÍA PABÓN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219-01	_____
MYRIAM SICHACÁ CASTIBLANCO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222-04	_____
ROBERTO JIMÉNEZ RODRÍGUEZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222-07	_____
NOMBRE	CARGO		FIRMA

REVISADO Y APROBADO POR:

<u>DRA. BLEIDY PÉREZ BALLESTAS</u>	<u>DIRECTORA SECTORIAL</u>	_____
NOMBRE	CARGO	FIRMA

FECHA DE ELABORACIÓN: DÍA 30 MES JULIO AÑO 2008

FECHA DE APROBACIÓN: DÍA 30 MES JULIO AÑO 2008

NÚMERO DE FOLIOS: 61



Contralor de Bogotá, D. C.

Miguel Angel Morales-Russi Russi

Contralor Auxiliar de Bogotá, D. C.

José A. Corredor Sánchez

Director Técnico Sectorial

Bleidy Pérez Ballestas

Subdirector Análisis Sectorial

Claudia Gómez Morales

Analistas Sectoriales

Yaneth Cristina García Pabón
Myriam Sichacá Castiblanco
Roberto Jiménez Rodríguez

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CUADROS	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS	6
INTRODUCCIÓN	7
1. GENERALIDADES	8
1.1. LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO.	10
1.1.1 Recursos para prevención y promoción	16
2. DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES-PAI	18
2.1. VACUNACIÓN EN BOGOTÁ	21
2.1.2. Lineamientos y Estrategias PAI	23
2.1.2. Recursos Económicos	25
2.1.3. Cobertura	27
3. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (ERA)	31
3.1 FACTORES QUE INCIDEN EN LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA-ERA.	32
3.2. MORBI-MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN BOGOTÁ	32
3.3 ACCIONES Y ESTRATEGIAS EN BOGOTÁ.	37
3.3.1 Salas ERA	37
3.3.2 Estrategias de vigilancia	39
3.3.3. Acciones Interinstitucionales:	41
4. DETECCIÓN TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO	44
4.1 PANORAMA GENERAL	44
4.1.1 Situación del cáncer de cuello uterino en Colombia y en el contexto mundial	44
4.1.2 Estadísticas en Bogotá	47
4.2 PROGRAMA DETECCIÓN CÁNCER DE CUELLO UTERINO	48
4.2.1 Lineamientos	48
4.2.2 Organización	49
4.2.3 Recursos para las actividades del programa	49
4.2.4 Acciones y Resultados	51



5. DE LOS PROGRAMAS ERA, PAI Y DETECCIÓN DE CÁNCER CUELLO UTERINO EN EL MARCO DE LA POLÍTICA PÚBLICA	54
6. CONSIDERACIONES GENERALES	57
BIBLIOGRAFÍA	59

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No.	NOMBRE DEL CUADRO	Pág
1	NORMATIVIDAD RELACIONADA CON LAS ACCIONES INDIVIDUALES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	14
2	FACTURACIÓN Y GLOSAS PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES 2007	25
3	RECURSOS ECONÓMICOS DESTINADOS AL PAI	26
4	COBERTURAS DE VACUNACIÓN POR BIOLÓGICO CENSO 1993 VS CENSO 2005- 2005-2007	28
5	POBLACIÓN DE 0-4 AÑOS CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN PAI- BOGOTÁ 2005-2007	29
6	DIFERENCIAS INFORMACIÓN COBERTURAS PAI 2007	30
7	DEMORAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR ERA EN MENORES DE CINCO AÑOS EN BOGOTÁ 2005-2007	34
8	MORTALIDAD NEUMONÍA POR LOCALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑO 2005-2007	34
9	SALAS ERA RED PÚBLICA Y PRIVADA	38
10	VIRUS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS EN MENORES DE CINCO AÑOS 2005-2007	40
11	NEOPLASIA MALIGNA DEL CUELLO UTERINO- CASOS NUEVOS Y DEFUNCIONES, CON TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD (POR CADA 100.000 HABITANTES, POR PAÍS DE LAS AMÉRICAS, 2000 Y 2002)	46
12	CITOLOGÍAS TOMADAS Y COSTO 2005-2007	50
13	COBERTURA DE CITOLOGÍA MUJERES ENTRE 25 A 69 AÑOS 2004-2007	51
14	COBERTURA DE CITOLOGÍAS POR TIPO DE AFILIACIÓN 2007	51
15	ACTIVIDADES EJECUTADAS POR ESE 2006-2007	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CUADRO No.	NOMBRE DEL GRÁFICO	Pág
1	POS Y PAB EN EL SGSSS	11
2	ORGANIZACIÓN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - SDS	22
3	INTERVENCIONES VACUNACIÓN (PLAN ATENCIÓN BÁSICA) 2005-2007	27
4	EVENTOS DE MORBILIDAD ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA-ERA BOGOTÁ 2005-2007	33
5	NEOPLASIA MALIGNA DEL CUELLO UTERINO-TASAS DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD (POR CADA 100.000 MUJERES, POR REGIÓN, 2002)	45

INTRODUCCIÓN

La Ley 100 de 1993 y la Resolución 3997 de 1996, establecen que todas las EPS, las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) e Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud del país deben brindar a sus afiliados programas de promoción y prevención, y realizar su correspondiente evaluación y seguimiento, con la finalidad de disminuir los costos sociales y económicos que producen enfermedades que son prevenibles.

Los programas de promoción y prevención de la salud integran las acciones realizadas por la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos para garantizar más allá de la ausencia de la enfermedad, óptimas condiciones de salud físicas, psicológicas y sociales de la población colombiana. Lo que genera una menor demanda del número de intervenciones en el campo curativo y de rehabilitación, promoviendo así la garantía del derecho a la salud para todos bajo la modalidad de atención integral con equidad.

Como temas del estudio se tuvieron en cuenta tres programas de promoción y prevención a saber, enfermedades inmunoprevenibles definidas en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI), prevención del cáncer y prevención de enfermedades inmunoprevenibles definidas en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI), y de estos se tomaron específicamente las acciones relativas al cáncer de cuello uterino, vacunación en menores de 5 años (BCG, DPT, VOP, triple viral, antihepatitis B, contra HIV, antiamarílica, TD/TT) y enfermedad respiratoria aguda,

El presente estudio sectorial está encaminado a evaluar el cumplimiento de las metas establecidas para los programas, ampliado de inmunizaciones, atención de la enfermedad respiratoria aguda y detección temprana de cáncer de cuello uterino, adelantadas por parte de la administración distrital durante el período 2005-2007, dentro de la política de salud distrital.

El estudio se encuentra dividido en cinco capítulos, los cuales abarcan en primer lugar algunas: generalidades de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; los tres siguientes capítulos tratan sobre el programa ampliado de inmunizaciones (PAI), la prevención y atención de la enfermedad respiratoria aguda y la detección temprana de cáncer de cuello uterino, donde se abordan temas como lineamientos, organización interna, acercamiento a niveles de coberturas y recursos destinados a estos programas; luego se encuentra un capítulo relativo a aspectos generales sobre la política pública que encierra los temas tratados en el estudio. Finalmente se plantean algunas consideraciones generales que se espera sean insumo de reflexión para las entidades participantes en estos programas con el fin de generar un aporte en la gestión pública.

“COMPORTAMIENTO DE ALGUNAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL DISTRITO CAPITAL 2005-2007”

1. GENERALIDADES

Si bien el mundo actual se mueve a ritmos acelerados, altos niveles de comunicación, desarrollos tecnológicos importantes, cierto es también, que la sensibilidad en salud de los habitantes es más alta. Son múltiples las causas y/o fenómenos que generan y han generado a través de la historia desequilibrios en la salud a nivel mundial, entre los que fácilmente se pueden mencionar las enfermedades de transmisión sexual, el paludismo, la tuberculosis, los problemas de salud asociados a aspectos materno-infantiles, nutrición; los que tienen efecto por la ocurrencia de fenómenos naturales y por la mano del hombre como infecciones respiratorias y propagación de virus que llevan implícito un alto riesgo en la salud pública.

Los problemas de salud tienen también estrecha relación con las condiciones de pobreza de los individuos y con marcadas diferencias entre los llamados países desarrollados y en vía de desarrollo. En este sentido, se convierte en preocupación mundial que más de 200 millones de niños menores de cinco años no tengan acceso a sanidad básica y cerca de 26000 menores mueran cada día por enfermedades llamadas prevenibles o tratables¹.

Otra cifra que suscita interés de las Organizaciones de salud a nivel mundial, la constituye el número creciente de muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino, problemática que según el más reciente estudio de la OMS² señala que esta enfermedad mata a 33000 mujeres al año en Latinoamérica y el Caribe.

Las cifras anteriores ponen de manifiesto qué tan efectivos vienen siendo los programas de promoción de la salud, prevención, detección y tratamiento adelantados por las autoridades encargadas de la atención de la salud pública, máxime si se tiene en cuenta que desde inicios del siglo XX³ el tema de la prevención como componente de salud, ha sido asociada al riesgo de enfermar y sus acciones se encaminan a la identificación de los problemas de salud y a la intervención de sus causas⁴.

¹ Noveno informe sobre el Estado Mundial de las Madres- Mayo 2008- Save the Children- protegiendo a los niños desde 1919.

² Estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS), el Instituto de vacunas Albert B. Sabin y los Centros para el control y la prevención de enfermedades de EE.UU.- 2008

³ Juan Carlos Eslava C. "Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia". " en Revista de Salud Pública. Volumen 4 - Marzo 2002 - Número 1 Universidad Nacional de Colombia

⁴ Cecilia Realpe Delgado. La promoción y la prevención en el sistema de salud colombiano. Universidad de Caldas. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Volumen 7. Manizales, octubre de 2002.

De otra parte, las actividades de promoción de la salud en el ámbito mundial se han incrementado en los últimos veinte años impulsadas desde las conferencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ottawa⁵ y Yakarta⁶, donde se acogió como postulado que la promoción tiene que ver con el bienestar de la población y, que para conseguirla, se requiere de ciertas condiciones de vida como son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, la justicia social, la equidad y un ecosistema estable. En esta perspectiva, la mayoría de los países siguen sin contar con la organización, los recursos y metodología para desarrollar su potencial.

En Colombia, a pesar que la salud es concebida constitucionalmente como un derecho fundamental bajo la responsabilidad directa del Estado garante del aseguramiento de las condiciones legales, de infraestructura y medios que respondan a las necesidades que en este sentido tenga la población y que, además, como derecho se encuentra amparado en los contenidos internacionales ratificados por el país, el panorama de la salud pública no es menos alentador.

Los resultados de la Encuesta Nacional De Salud ENDS 2005, señalan diferencias importantes en las cifras de mortalidad infantil, donde el nivel educativo de las madres y su estrato socioeconómico juegan un papel importante. Así, por ejemplo, se tiene que la mortalidad infantil en los hijos de mujeres sin educación, es tres veces mayor al indicador en hijos de mujeres con educación superior (43 y 14 por mil respectivamente), en tanto, la tasa de mortalidad de hijos de mujeres de estrato socioeconómico más bajo es más del doble de la estimada para los hijos de las mujeres del estrato más rico de la población (32 y 14 por mil respectivamente).

De acuerdo con la información recogida en el Plan Nacional de Salud Pública, se hace referencia a la baja incidencia de las enfermedades inmuno-prevenibles resultantes de la aplicación del programa ampliado de inmunizaciones PAI, que presenta un impacto en la erradicación del polio y sarampión, enfermedades que no se presentan desde 1991 y 2002. Igualmente, se menciona la reducción en casos de tétano neonatal, tos ferina, rubéola, difteria, entre otras enfermedades.

De acuerdo con las cifras del Ministerio de la Protección Social⁷, en Colombia la tasa de mortalidad infantil en los años 2004 y 2005 se mantuvo en 16, destacándose que sus causas tuvieron principal origen en los trastornos respiratorios y las malformaciones congénitas.

Dentro de las enfermedades cuya carga de morbilidad es alta, y afecta a la población más vulnerable, se encuentran las enfermedades transmisibles como el dengue, la malaria, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, que en

⁵ Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986.

⁶ Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997 Yakarta, Indonesia.

⁷ Situación de la salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007.

el caso de esta última, su prevalencia pasa de 0.1% en 1990 a 0.7% en 2005, entre el rango de edad de 15 a 49 años, que demuestran en últimas la efectividad de los programas de promoción de la salud.

Mientras que en 1960, el 3.7% de las muertes tenía origen en patologías de cáncer, pasa al 14.7% en el año 2000, ubicándose en tercer lugar dentro de las causas de muerte más representativas, luego de las enfermedades cardiovasculares y las generadas por la violencia.

No obstante los avances logrados, los programas de salud pública adelantados en el país, se han visto seriamente afectados por las condiciones de pobreza, el conflicto armado, el desplazamiento, entre otras causas.

Una ciudad como Bogotá con cerca de siete millones de habitantes con niveles de pobreza e indigencia del 57% y 20% respectivamente⁸, no se escapa a las problemáticas de salud pública más aún cuando el 25% del total de la población no se encuentra asegurada dentro del sistema, y que además, del total de la población que compone el régimen subsidiado (1.635.708⁹), el 13% no recibe atención dada su condición de suspensión del régimen.

A lo anterior debe sumarse las limitantes normativas en materia de salud pública debido a que la ley 100 de 1993, enfatiza en el aseguramiento del riesgo financiero de las familias frente a la salud¹⁰ como si el derecho a la salud se limitara al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación frente a la enfermedad, descuidando otros componentes como son las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En este sentido, se espera un cambio importante a partir de la aplicación de la Ley 1122 de 2007, donde se reasignan competencias y precisan responsabilidades en prevención de enfermedades y promoción de la salud, tanto de las autoridades como de las demás instituciones que hacen parte del sistema de seguridad social en salud.

1.1. LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO.

El SGSSS definió la promoción de la salud como *"conjunto de acciones intersectoriales y de movilización social, orientadas a dotar a la gente de los medios y condiciones para ejercer un mejor control sobre el entorno, su salud y la de su comunidad"* y la prevención de la enfermedad como *"conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los*

⁸Datos Secretaría de Hacienda Distrital

⁹SDS – Dirección de Aseguramiento estadísticas régimen subsidiado, octubre de 2007

¹⁰ El Derecho a la Salud. En perspectiva de Derechos Humanos y el sistema de Inspección, vigilancia y control del Estado Colombiano en materia de quejas en salud. Procuraduría General de la Nación. Primera Edición mayo 2008.

*factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables*¹¹.

Estas acciones son de beneficio individual y de beneficio colectivo que hacen parte de dos planes: el POS (plan obligatorio de salud) y el PAB (plan de atención básica), hoy Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas¹².

GRÁFICO 1
POS Y PAB EN EL SGSSS



Fuente: Ilustración tomada del Periódico El Pulso. Año 10 No. 109. Medellín, octubre de 2007

El POS es un conjunto de servicios que incluye la promoción y fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad definidos; a los que tienen derecho los afiliados cotizantes y su familia en los planes de beneficio -POS contributivo y los afiliados no cotizantes y su familia - POS subsidiado.

Los programas de prevención de la enfermedad incluidos en el POS contienen tres componentes: protección específica¹³, detección temprana¹⁴ y atención de enfermedades de interés en Salud Pública¹⁵.

Dado que los servicios de protección específica y de detección temprana no son demandados por los usuarios en forma voluntaria, se le asigna competencia a las EPS tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado diseñar e

¹¹ Liliانا Silva R. et al. "Promoción, Prevención, Municipalización y Aseguramiento en Salud, en Siete Municipios" en Revista de Salud Pública. Volumen 4 - Marzo 2002 - Número 1 Universidad Nacional de Colombia.

¹² Literal h) artículo 33 de la Ley 1122 de 2007. Resolución 0425 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

¹³ Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

¹⁴ conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

¹⁵ Son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial

implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad¹⁶.

Las acciones de protección específica y detección temprana, a su vez, desarrollan actividades de vacunación, atención preventiva en salud bucal, atención del parto, al recién nacido, en planificación familiar a hombres y mujeres, alteraciones del crecimiento y desarrollo, alteraciones del embarazo, cáncer de cuello uterino y seno, y alteraciones de la agudeza visual.

El tercer componente relacionado con la atención de enfermedades de interés en Salud Pública incluye actividades dirigidas a atender situaciones de bajo peso al nacer, alteraciones asociadas a la nutrición, infección respiratoria aguda en menores de 5 años, enfermedad diarreica aguda, tuberculosis pulmonar y extra pulmonar, meningitis meningococcica, asma bronquial, síndrome convulsivo, fiebre reumática, vicios de refracción, estrabismo y cataratas, enfermedades de transmisión sexual, hipertensión Arterial, diabetes juvenil y del adulto, lesiones pre neoplásicas del cuello uterino, lepra, malaria leishmaniasis cutánea y visceral y fiebre Amarilla.

En lo relacionado con el denominado plan de atención básica PAB, está compuesto por actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud¹⁷, prevención de la enfermedad¹⁸, y de vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo¹⁹, dirigidas a la colectividad. Como asunto público, dichas acciones deben ajustarse a las particularidades de cada territorio y se adelantan con carácter gratuito, obligatorio, de cobertura universal y complementaria a las acciones que adelantan los otros planes de salud como el POS y otros sectores²⁰.

Se debe tener en cuenta que con la expedición de la Ley 1122 de 2007 y su reglamentación, el PAB cambió de denominación y se le conoce actualmente como plan de salud pública de intervenciones colectivas que incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud²¹.

¹⁶ Considerando Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS

¹⁷ Busca la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales para los individuos y las colectividades.

¹⁸ Se realizan para evitar que el daño en la salud o la enfermedad aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.

¹⁹ Orientadas a la identificación, seguimiento y control de los principales factores de riesgo biológicos, del comportamiento y del ambiente, así como a la observación y análisis de los eventos en salud que ellos ocasionan.

²⁰ Ministerio de Salud. Lineamientos para el Desarrollo del Plan de Atención Básica en el año 2000. Bogotá, enero 2000

²¹ Artículo 16 Resolución 0425 de 2008 Ministerio de la Protección Social

Sobre estos aspectos, algunos autores²² señalan una profunda separación entre las acciones individuales y colectivas, organizadas en la lógica de paquetes de beneficios; el gran peso asistencial-curativo que aún tiene el sistema y la confusión generada por el papel de las EPS han hecho difícil el desarrollo de una política de salud integral donde se asuma, de manera complementaria, la especificidad de la promoción en salud y la prevención de la enfermedad.

Igualmente, el gobierno nacional señaló²³ que la modificación de los aspectos reglamentarios y operativos hechos en materia del PAB y de los conceptos relacionados con la salud pública, ha dado lugar a la dispersión de las actividades de este plan entre los diversos actores y niveles territoriales y a la atomización de las responsabilidades, de manera que el impacto de las acciones se diluye, la atención a las personas y a las colectividades no es oportuna y suficiente, y además, se pierde la transparencia en el manejo de los recursos²⁴.

Como antes se mencionó, en general los temas de salud pública y, en particular, la prevención y promoción, adquiere singular relevancia a partir de 2007,²⁵ donde el Gobierno Nacional tiene la responsabilidad de definir el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio²⁶, cuyo objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar²⁷.

En este sentido, el Ministerio de la Protección Social definió la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades²⁸.

En general, las disposiciones relacionadas con las acciones individuales de PYP, se han orientado a definir procedimientos y metas de cumplimiento de actividades de protección específica y detección temprana a cargo de las entidades promotoras de salud –EPS- y las administradoras del régimen subsidiado –EPS-S, como se muestra a continuación:

²² Juan Carlos Eslava C. Op. Cit. Sobre este asunto consultar también Gómez Vélez Conrado ¿Y la estrategia de salud pública? En periódico El Pulso. Medellín No. 69 Junio 2004. Wiesner Carolina et al. Propuesta modelo de comunicación educativa para el control del cáncer en Colombia. Ministerio de la Protección Nacional. Instituto Nacional de Cancerología ESE. Bogotá, marzo de 2005.

²³ Proyecto de ley de reformar al SGSSS 2004.

²⁴ Exposición de motivos Proyecto de Ley 52 de 2004 modificatorio ley 100 de 1993.

²⁵ Con la expedición de la Ley 1122 de 2007

²⁶ Decreto 3039 de 2007, se adopta el Plan para el cuatrienio 2007-2010

²⁷ Artículo 33 ley 1122 de 2007

²⁸ Resolución número 0425 de febrero 11 de 2008

CUADRO 1
NORMATIVIDAD RELACIONADA CON LAS ACCIONES INDIVIDUALES DE PREVENCIÓN Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD

NORMA	ASPECTOS IMPORTANTES
Acuerdo 117/98 del CNSSS	se fijan 3 grandes componentes: (1)El concepto de demanda inducida. (2)Las actividades de protección específica y detección temprana (niveles II y III). (3)La atención de enfermedades de interés en salud pública (ciertas enfermedades infecciosas de alto impacto, las de alta prevalencia y las de alta transmisibilidad)
Resolución 412 de 2000	Retoma las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas ²⁹ y las guías de atención ³⁰ para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.
Resolución 3384 de 2000	Se aclaran aspectos de la obligatoriedad frente a algunos procedimientos, suministros y medicamentos no incluidos en los planes de beneficios del Plan Obligatorio de Salud Contributivo y Subsidiado
Artículo 46 de la Ley 715 de 2001	Replanteó las competencias municipales y el flujo de los recursos financieros. En el área de salud pública, se definió que el municipio asumiría las acciones de promoción y prevención que hacían parte del Plan Obligatorio de Salud-POS subsidiado ³¹ .
Acuerdo 229 de 2002 CNSSS	Se define las Actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención en el Régimen Subsidiado que se trasladan a cargo de los distritos y municipios y la proporción de la UPC del régimen subsidiado que se destinará para su financiación.
Resolución 968 de 2002	Se establecen mecanismos para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del POS-S al Plan de Atención Básica y el inicio de su ejecución a nivel territorial.
Literales f) y k) del artículo 14 Ley 1122 de 2007	Establece que las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado, quienes contratarán dichos servicios a través de la red pública del respectivo municipio

Fuente: Ministerio de la Protección Social

En esta relación se muestra cómo la Ley 715 de 2001 otorgó la responsabilidad a los municipios de asumir las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado vigentes a la fecha de expedición de dicha ley, así como el Acuerdo 229 de 2002 estableció el 4.01% de la UPC-S como la proporción de los recursos para la financiación de las actividades de promoción de la salud, vacunación, atención en planificación familiar a hombres y mujeres, y detección temprana del cáncer de cuello uterino del POSs. Respecto a las demás acciones de atención en salud incluidas en el POS-s que no le fueron delegadas a los municipios continuó siendo responsabilidad de las EPS-s.

Los resultados obtenidos a través de este esquema no fueron satisfactorios, una encuesta adelantada por el Ministerio de la Protección Social, determinó incumplimiento de las acciones de promoción y prevención del POS-S, y además los indicadores de eficiencia de la gestión tanto del nivel municipal como de los procesos de evaluación y control de gestión que los departamentos debían adelantar, fueron negativos³².

²⁹ Documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones Costo- Efectivas de obligatorio cumplimiento a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de Protección Específica y Detección Temprana establecidas en el acuerdo 117 de CNSSS.

³⁰ Documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en salud pública

³¹ Exposición de motivos del proyecto de ley que condujo a la promulgación de la ley 715 de 2001, planteaba como aspectos para el cambio de competencias, los descensos en coberturas de vacunación y otros programas de prevención.

³² Para evaluar la gestión y cumplimiento de actividades de promoción y prevención del POS-S a partir de la implementación de esta medida, el Ministerio de la Protección social adelantó un análisis con una encuesta diseñada para este fin, por el

El análisis concluyó que cerca del 50% de los entes territoriales no reportaron información sobre las actividades de vacunación ejecutadas, o ésta era inconsistente o incompleta. En la mayoría de municipios, la evaluación de las acciones arrojó resultados muy deficientes o deficientes, en la aplicación del toxoide tetánico a mujeres en edad fértil, normas de planificación familiar y detección temprana del cáncer de cuello uterino³³.

Ante los resultados y en aras de establecer condiciones favorables para una ejecución armónica y sinérgica de las acciones individuales en salud pública, la Ley 1122 de 2007 devuelve la responsabilidad de la ejecución de la totalidad de las acciones de promoción y prevención a las entidades aseguradoras del régimen subsidiado, así como el desarrollo de este componente de la salud en forma integral y articulada. Independiente de quien asuma las competencias, lo cierto es, que estos cambios normativos que reversan estrategias y decisiones pueden generar mayores confusiones en los usuarios, que de por sí, en muchos casos, desconocen los servicios a los que tienen derecho.

Con esta misma Ley, se modifica el concepto de plan de atención básica por el de plan de intervenciones colectivas, marco que soporta las acciones de prevención de la enfermedad y promoción en la salud dirigidas a la colectividad.

La responsabilidad de las acciones colectivas ha sido asignada a los entes territoriales, que a través de programas educativos y fomento de la salud deben orientar sus acciones específicamente a: prevenir las enfermedades de la población, controlar el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas; prevención, detección y control de enfermedades transmisibles; promoción de la planificación familiar, realización de campañas de vacunación masiva, complementación nutricional, entre otras, todas definidas y financiadas por el Gobierno con recursos presupuestados para la salud.

En desarrollo de la Ley 1122 se expidió el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010³⁴ donde las Direcciones Territoriales de Salud formularán y aprobarán el plan de salud territorial, el cual comprenderá las acciones de salud pública de intervenciones colectivas, las acciones previstas en el POS contributivo y subsidiado y el de riesgos profesionales, como parte integral del plan de desarrollo territorial.

El Plan de Salud Territorial tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población de los departamentos, distritos y municipios, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces

periodo comprendido 1º de agosto de 2002 y marzo 31 de 2003 y el periodo 1º de abril y 31 de diciembre de 2003. Exposición de motivos proyecto de Ley por el cual se hacen algunas modificaciones en el SGSSS.

³³ Proyecto de Ley 52 de 2004 por la cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

³⁴ Decreto 3039 de agosto 10 de 2007

adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, así como disminuir las inequidades territoriales en salud.

En conclusión, es evidente, la multiplicidad de normas tendientes a regular los temas de promoción y prevención que finalmente también se constituyen en una limitante tanto para los prestadores como para los usuarios en términos de la claridad y precisión frente a las competencias y derechos que les asisten, que pone en riesgo la efectividad del sistema de salud, en su condición de derecho fundamental.

1.1.1 Recursos para prevención y promoción

Proviene de diversas fuentes los recursos destinados a financiar las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, tanto de carácter fiscal como parafiscal.

En estos recursos se incluyen los destinados en el presupuesto general de la nación para el desarrollo de programas de salud pública, los recursos provenientes de la subcuenta de promoción de la salud del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA- destinados al desarrollo de programas nacionales de promoción y prevención; los del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones y los recursos propios que destinen las entidades territoriales para financiar la promoción de la salud del Plan de Intervenciones Colectivas.

En los planes obligatorios de salud, tanto contributivo como subsidiado, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son financiadas con cargo a la unidad de pago por capitación -upc- respectiva.

Sobre el tema un estudio adelantado por el Ministerio de la Protección Social en 2007, sobre las cuentas de salud³⁵, señala que durante 1996-2003 se destinó en promedio el 66,2% como gasto de atención en salud, 17% en gastos de administración³⁶, 8% para inversión³⁷ y 8,8% a demás usos³⁸. A su vez, el gasto de atención en salud se distribuyó, así: (también como porcentajes promedios del mismo periodo) 60% como atención ambulatoria, 30,6% atención hospitalaria, 7,4% para las actividades de promoción y prevención y el 2,1% para los programas de salud pública y Plan de Atención Básica.

³⁵ Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS. Departamento Nacional de Planeación. Barón Leguizamón, Gilberto. Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. ISBN: 978-958-98067-7-7. Bogotá, marzo de 2007

³⁶ correspondientes a gastos de personal y gastos generales de todos los agentes

³⁷ incluyen infraestructura física y dotación, investigación, capacitación

³⁸ Comprenden una gran variedad de conceptos tales como los gastos de publicidad, ventas, comisiones y honorarios de las EPS, indemnizaciones, cuotas, sentencias y conciliaciones, servicio de la deuda y otras transferencias corrientes de las entidades oficiales.

Esto quiere decir, que la participación de las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, apenas superaron el 6% del total de recursos del sector, aspecto que señala la menor importancia del tema en el SGSSS.

En general, la determinación de los recursos que se destinan a las acciones de prevención y promoción en salud, resulta una odisea por cuanto no se cuenta con unidad de criterio, pese a los esfuerzos que en este sentido han adelantado el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de la Protección Social.

En los siguientes capítulos de este estudio sectorial y en el marco de la política distrital en salud pública, se presenta la evaluación de las acciones adelantadas por la administración distrital en cumplimiento de los programas ampliado de Inmunizaciones, (BCG, DPT, VOP, triple viral, antihepatitis B, contra HIV, antiamarílica, TD/TT), de atención de enfermedades de interés de salud pública, específicamente en Enfermedad Respiratoria Aguda –ERA, y de detección temprana (cáncer de cuello uterino).

2. DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES-PAI

Las naciones del mundo en general, han coincidido en la necesidad de adelantar acciones que permitan disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles en población menor de cinco años, tema que en materia de salud pública tiene especial importancia cuando se trata de mejorar la calidad de vida de la población infantil.

El Ministerio de Protección Social como ente rector de salud en el país ha implementado estrategias dirigidas a contrarrestar este problema, como la vacunación regular, garantizar la inversión para obtener los biológicos e insumos al igual que la realización de acciones conjuntas a nivel nacional y territorial en la ampliación de jornadas de vacunación a fin de incrementar las coberturas, acciones adelantadas dentro del programa ampliado de inmunizaciones PAI³⁹.

Según el esquema de vacunación regular, los menores de cinco años deben estar vacunados contra 11 enfermedades que pueden llegar a provocar discapacidad y pueden resultar mortales, como la Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tos ferina, Hepatitis B, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo b, Sarampión, Rubéola, Parotiditis (Paperas), Fiebre Amarilla⁴⁰.

Esta vacunación según el PAI, es gratuita y tiene carácter universal y obligatorio, corresponde a las EPS contributivas y subsidiadas, entidades adaptadas, transformadas y de regímenes de excepción y Direcciones Territoriales de Salud, garantizar a la población bajo su responsabilidad la prestación de este servicio con la calidad y la oportunidad requerida, de conformidad con las competencias establecidas en las disposiciones legales vigentes según sea el caso. Igualmente, será responsabilidad de las Direcciones Territoriales de Salud, a través de las IPS públicas, la vacunación de la población menor no asegurada⁴¹.

La multiplicidad y diversidad normativa en los temas de promoción y prevención, es también característica del PAI, es así como el tema se encuentra regulado en varias disposiciones entre las que se pueden mencionar: la Ley 100 de 1993, implementa el SGSSS y hace alusión al programa ampliado de inmunizaciones, en los artículos 3, 12 y 165; la Resolución 4288 de 1996 reglamentaria del plan de

³⁹ Dentro de los objetivos específicos propuestos por el programa hasta 2010 se encuentran: Consolidar la certificación de la erradicación de la Poliomielitis; erradicar el Sarampión en Colombia para el año 2010; mantener una incidencia de menos de un caso de tétano neonatal por 1000 nacidos vivos en cada municipio; reducir la mortalidad y morbilidad por Meningitis tuberculosa, difteria, tosferina, rubéola y rubéola congénita. Neumonías, meningitis y epiglotitis por Haemophilus Influenza tipo B y Fiebre Amarilla; garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto del PAI; controlar problemas de salud pública que se puedan intervenir a través de la vacunación; alcanzar y mantener coberturas útiles para todos los biológicos del PAI y en todos los municipios del país. Implementar y mantener un sistema único de información oportuna y flexible que permita la toma de decisiones en todos los niveles.

⁴⁰ CONPES 91 de 2005

⁴¹ Decreto 2287 de 2003 y la circular externa 2000051 de octubre 23 de 2003 Minprotección Social.

atención básica, en particular el artículo 11 donde señala que el Distrito o municipio deberá desarrollar actividades en toda la población independiente del estado de afiliación al SGSSS dirigidas, entre otras, a orientar a la población hacia las acciones de prevención y detección precoz, entre ellas la vacunación; el Acuerdo 117 de 1998 establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, entre ellas están las que tienen por objeto la protección específica.

La Resolución 0412 de 2000 establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada y se adoptan las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Para el programa específicamente, se reitera que las entidades administradoras de servicios de salud no pueden dejar de efectuar las acciones contenidas en las normas técnicas, adicionalmente (Art.13) señala que no podrán aplicarse copagos, ni cuotas moderadoras; de manera expresa se señala que el esquema de vacunación debe iniciarse con aplicación de BCG, antihepatitis B y antipolio.

De otra parte, en el acápite 18 del Tomo II de la mencionada resolución, está descrita la norma técnica para la vacunación y aseguramiento de calidad mediante una óptima red de frío, según el esquema PAI adoptado para el país.

LA Resolución 3384 de 2000, entre otros elementos, establece la matriz de programación para la vacunación según esquema PAI y los indicadores.

La Ley 715 de 2001, señala la competencia del ente territorial frente a vigilancia y control en el cumplimiento de las normas técnicas, incluidas las del PAI y en el artículo 52 establece la distribución de recursos para financiar las acciones de salud pública definidas como prioritarias para el país, allí se establece un 10% por eficiencia administrativa municipal, la cual se da cuando se hayan logrado coberturas útiles en vacunación.

El Acuerdo 229, reglamentario de la Ley 715, define la proporción de la UPC subsidiada que se destinará para la financiación de las acciones de PyP para el régimen subsidiado a cargo de las entidades territoriales, dentro de las cuales se encuentra las acciones de PAI de la población subsidiada.

Mediante Resoluciones 001535 y 000052 de 2002, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se adopta el carné de salud infantil como documento único nacional y se establece como meta lograr coberturas del 95% en los menores de cinco años con todos los biológicos del PAI en todos los municipios del país.

Decreto 2287 de 2003, reglamenta que las autoridades de instituciones educativas y los responsables y cuidadores de los establecimientos de bienestar de carácter público o privado, deberán velar porque todos los menores de cinco años que asistan a sus establecimientos hayan completado las vacunas que corresponden a su edad, de conformidad con el esquema PAI.

Circular externa 000051 de 2003 del Ministerio de la Protección Social, señala directrices para la financiación de acciones del PAI.

Circular externa 18 de febrero de 2004, del Ministerio de la Protección Social, define lineamientos para la formulación y ejecución del plan de atención básica vigencia 2004-2007 y de los recursos asignados para salud pública, dentro del cual se encuentran acciones prioritarias de salud para el país relacionadas con vacunación: reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil. Se reitera como meta coberturas del 95% en menores de cinco años con todos los biológicos del esquema PAI en todos los municipios del país, infraestructura de red de frío con suficiente cobertura y cumpliendo estándares de calidad en todos los Departamentos, Distritos y Municipios del país, implementación del sistema único de información PAI, reducir en un 50% la morbilidad y la mortalidad por neumonía y meningitis por Hemofilus Influenza.

En cuanto al control de enfermedades transmitidas por vectores se estableció la meta de obtener coberturas de vacunación antiamarílica de 100% en municipios priorizados de alto riesgo.

Ley 1122 de 2007, en su artículo 14 devuelve la competencia en relación con las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención a las EPS del Régimen Subsidiado.

En particular el tema de vacunación es tratado en el capítulo de salud pública como parte del Plan Nacional, el cual debe incluir:

a) El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio⁴²;

j) El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto

⁴² Artículo 33 Ley 1122 de 2007.

Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización;

2.1. VACUNACIÓN EN BOGOTÁ

En la ciudad, la Secretaría Distrital de Salud como entidad encargada del tema, desarrolla su actividad en concordancia con las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y los lineamientos y políticas señalados en el Plan de Desarrollo- *Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*. El programa ampliado de inmunizaciones, por su carácter universal debe llegar a población asegurada en los regímenes contributivo y subsidiado y a la población pobre no asegurada.

La SDS desarrolla las actividades PAI, así; en el marco de las acciones colectivas y dentro del Plan de Atención básica hoy PIC- Plan de intervenciones colectivas, que se encuentran concentradas principalmente en el proyecto de inversión 384 “Ciudad para la Salud y la Vida”, actividades que realiza a través de la contratación con 14 ESE de I y II nivel de atención⁴³. Para el cumplimiento de las actividades de carácter individual contrata con las EPSs la atención a la población infantil asegurada en el régimen subsidiado y con las ESE nivel I y II la atención de la población pobre no asegurada.

La relación con el régimen contributivo se da a través de los reportes de dosis aplicadas y funcionamiento del programa, información que es consolidada por el referente local como contribución al cumplimiento de la meta de vacunación fijada por la SDS a nivel de cada localidad.

A fin de asegurar el cumplimiento de los lineamientos del programa ampliado de inmunizaciones establecido por la SDS, se realizan comités técnicos con las EPS de este régimen en la ciudad.

Con el objeto de disminuir las barreras de acceso a los servicios de vacunación y aumentar las coberturas en la ciudad, se suscribió convenio interadministrativo⁴⁴ entre la Secretaría Distrital de Salud, las Empresas Sociales del Estado, las Administradoras del Régimen Subsidiado y las Empresas Promotoras de Salud, autorizadas en el Distrito Capital, donde prima de manera especial la voluntad de las partes en contribuir con sus acciones, más que una exigencia normativa.

2.1.1. De la organización interna del programa.

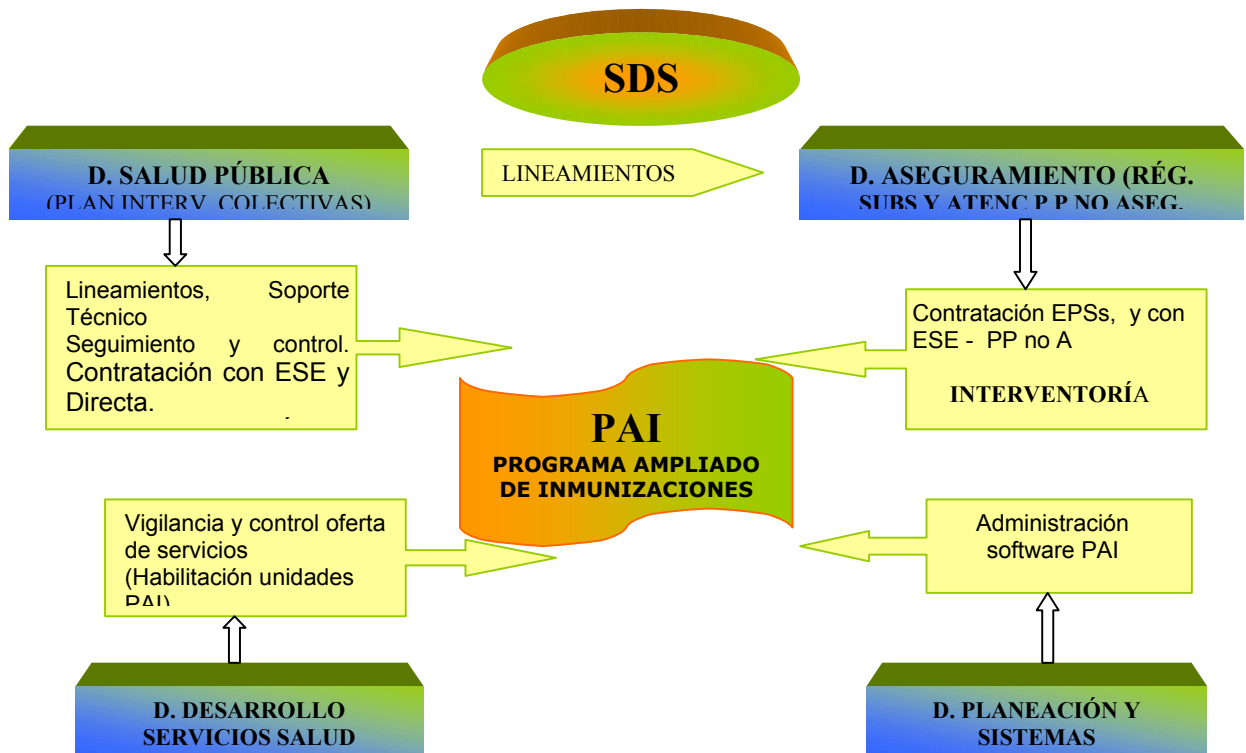
Al interior de la SDS, la gestión relacionada con el programa de inmunizaciones se adelanta desde varias dependencias; por un lado la Dirección de Salud Pública

⁴³ Chapinero, Usaquén, Del Sur, Fontibón, Pablo VI Bosa, Tunjuelito, Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Centro Oriente, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Engativá y Suba.

⁴⁴ 0218 de 2004

encargada de dirigir, coordinar, controlar, evaluar el funcionamiento e impacto del programa.

GRÁFICO 2
ORGANIZACIÓN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - SDS



Fuente: Elaborado por la Subdirección de Análisis Sectorial Sector Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá.

Entre las acciones específicas debe formular los lineamientos, adelantar las actividades relacionadas con la adquisición de biológicos no incluidos en el esquema PAI como Influenza, Fiebre amarilla y Hepatitis; contratación del recurso humano que coordina las acciones PAI a nivel distrital y lo atinente a publicidad y estrategias comunicativas. De otra parte, esta misma dependencia contrata con la red pública nivel I y II las actividades PAI enmarcadas en el PIC – (Plan de intervenciones colectivas).

Otra dependencia que atiende responsabilidades concernientes al PAI es la Dirección de Aseguramiento que efectúa la contratación con las EPS para la atención de la población cubierta en el régimen subsidiado y con las ESE de la red pública distrital para la atención de la población pobre no asegurada, al igual que la interventoría realizada a los programas de promoción y prevención donde se encuentran las actividades PAI.

A la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud le compete vigilar, controlar e inspeccionar la oferta de servicios de salud; en el caso particular de PAI la función recae sobre las unidades de vacunación, que pueden ser privadas o públicas.

La Dirección de Planeación, y Sistemas, como administradora de los sistemas de información de la SDS, debe apoyar a las dependencias involucradas con el Programa Ampliado de Inmunizaciones, en el diseño de instrumentos y procedimientos de recolección, procesamiento y generación de información. Al respecto las ESE cuentan con el aplicativo entregado por la Secretaría.

En este esquema organizacional, la dispersión de asuntos conlleva a que se diluya el control, especialmente entre las Direcciones de Salud Pública y de Aseguramiento, donde no se evidenció una adecuada retroalimentación, situación que se advierte en los requerimientos de información por parte de la Contraloría, donde ésta se entregó parcial, se modificó y se sustentó en fuentes que luego fueron desvirtuadas por la misma SDS, entre otras situaciones.

2.1.2. Lineamientos y Estrategias PAI

La Secretaría Distrital de Salud anualmente define lineamientos para garantizar la ejecución y sostenibilidad del PAI, a través de procesos de planeación y administración, relacionados con la conformación de un equipo interdisciplinario⁴⁵ con un coordinador local; elaboración del plan de acción de la ESE que debe incluir toda la población objeto del PAI, pues sobre ésta se mide la cobertura independiente del prestador; participación en las reuniones de coordinación del PAI distritales y reuniones por subred convocadas por la Dirección de Salud Pública; instrucciones sobre el manejo adecuado del biológico y la cadena de frío que por su complejidad incluye el recurso humano capacitado, financiero y físico; y asesoría y asistencia técnica a la totalidad de los puntos de vacunación.

Otro proceso lo constituye el sistema de información, que busca garantizar en cada una de las instituciones que prestan servicios de vacunación un adecuado manejo del sistema de información PAI (aplicativo de la SDS) y obtener bases de datos que faciliten la consolidación y análisis de la información por localidad. Es fundamental para el reporte de la información y el cálculo de los indicadores.

La vacunación extramural es una medida implementada para garantizar la cobertura, incluye el desarrollo de varias actividades: casa a casa, por concentración, barridos epidemiológicos, por seguimiento y en jardines infantiles,

⁴⁵Coordinador, técnico en sistemas, auxiliar de enfermería a cargo de la distribución del biológico y auxiliares de enfermería certificados como vacunadores.

diseñada igualmente, para la atención de la población que no puede acceder a servicios de vacunación institucional por múltiples razones.

Además, desde las instituciones educativas y desde los establecimientos de bienestar, existe la obligatoriedad de velar porque todos los niños menores de cinco años que allí son atendidos posean el esquema completo de vacunación de acuerdo con su edad.⁴⁶

Por otra parte, contemplan las actividades de gestión del programa, donde se establecen los criterios de auditoría (evaluación y glosa), así como los porcentajes de glosas en caso de incumplimiento de estos lineamientos.

Si se tiene en cuenta que, uno de los mecanismos de control para la aplicación de los lineamientos del programa, utilizado por la SDS es la imposición de glosas, resulta interesante conocer su comportamiento en la red pública distrital, para lo cual se solicitó información a la SDS; sin embargo, la información fue por localidades, lo que dificulta de hecho conocer la gestión por ESE.

A efectos del análisis, no resulta pertinente lo reportado por la SDS, al incluir localidades, sobre las cuales es impreciso hablar de glosas, ya que éstas se deben referir exclusivamente a las empresas sociales del estado, de las cuales sólo se hace alusión a Vista Hermosa y Nazareth, que actúan en las localidades de Ciudad Bolívar y Sumapaz. Adicionalmente, la información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud sobre facturación y glosas no es clara, por cuanto como se puede observar en algunas localidades no hubo reporte de glosas (espacios en blanco).

⁴⁶ En cumplimiento de los decretos 085 y 2287 de 2003

CUADRO 2
FACTURACION Y GLOSAS PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES 2007

ESE	ABRIL - MAYO		JUNIO- JULIO		AGOSTO - ENERO/08	
	Facturación	Glosas	Facturación	Glosas	Facturación	Glosas
Engativa	96,020,114	5,972,186	58,421,632	5,258,401	168,547,641	12,860,721
Usaquen	105,812,548	0	68,572,692	302,555	199,718,077	0
Chapinero	102,000,158	1,447,330	66,465,646	723,665	196,338,543	2,170,995
Barrios Unidos	36,007,554		35,123,705		103,603,417	0
Teusaquillo	1,767,698		883,849		883,849	
Suba	130,336,391		84,904,929	610,049	259,444,915	2,440,196
Bosa	115,068,022		68,399,800		199,199,398	0
Fontibon	124,127,371		93,107,531		247,484,979	1,126,243
Puente Aranda	92,813,824		1,250,000		1,250,000	
Kennedy	104,562,987		101,248,552		262,876,931	1,449,800
Rafael Uribe	57,536,929	1,141,062	21,547,073	570,531	61,141,219	0
Antonio Nariño	46,668,222		45,168,222		132,504,666	0
Candelaria	2,000,000		1,000,000		1,000,000	
Martires	55,199,834	1,155,881	19,709,980	577,941	56,629,938	2,889,703
Santa fe	32,025,674		30,775,674		89,827,023	0
San cristobal	103,584,455	1,200,340	66,244,499	600,170	192,533,300	1,200,340
Tunjuelito	91,306,126		54,066,270	553,242	156,198,809	1,106,484
Usme	101,045,352	663,564	75,983,860	663,564	218,551,580	1,327,128
Vista Hermosa	164,423,923	592,760	88,135,210	592,760	258,214,766	1,778,280
Nazareth	15,630,558	266,322	88,135,210	592,760	44,361,674	532,644
TOTAL	1,577,937,740	12,439,445	1,069,144,334	11,045,638	2,850,310,725	28,882,534

NOTA: Se presentan glosas definitivas a noviembre del 2007.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud

Con esta salvedad, otra observación frente a la información suministrada consiste en que no presentan las causas particulares que dieron origen a estas glosas. No obstante lo anterior, en términos generales, se observa que durante el período abril 2007 enero de 2008, el valor glosado definitivo resulta ínfimo frente a lo facturado (0.95%), pero dada la importancia de la ejecución del programa lo que realmente se esperaría es que no existieran glosas, por cuanto el incumplimiento en alguno de los lineamientos afecta de manera directa a la población infantil de la ciudad.

2.1.2. Recursos Económicos

La administración distrital durante las últimas tres vigencias destinó un total de \$41.077.2 millones de pesos al Plan Ampliado de Inmunizaciones, siendo el 2006 la vigencia donde se ejecutaron mayores recursos con \$15.869.4 millones.

CUADRO 3
RECURSOS ECONÓMICOS DESTINADOS AL PAI
2005-2007

(Millones de pesos)

VIGENCIA	PAB*	NIVEL CENTRAL	TOTAL
2005	9,237.4	5,988.5	15,225.9
2006	9,841.9	6,027.5	15,869.4
2007	6,539.7	3,442.2	9,981.9
TOTAL	25,619.0	15,458.2	41,077.2

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Dirección Salud Pública comunicación #200834299 de 18 de junio de 2008

El valor correspondiente a PAB 2007 se tomó de la comunicación #31926 de marzo 12 de 2008

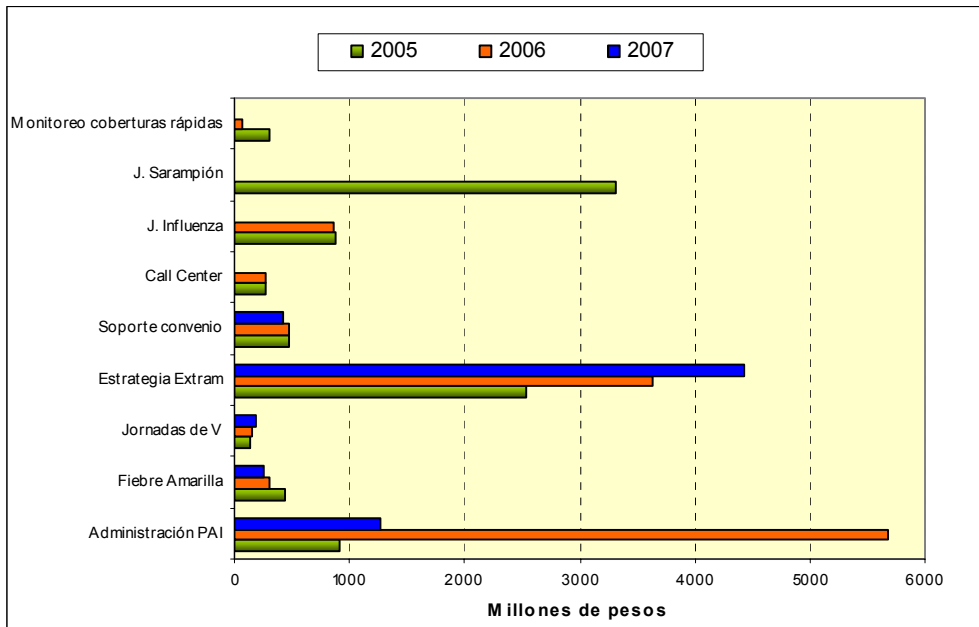
* Actual PIC

La mayor cantidad de recursos (\$25.619.0 millones) se ejecutó vía PAB a través del proyecto de inversión 384 “ciudad para la salud y la vida” representando el 62.4% del total de recursos destinados durante el período analizado. Sumado se encuentran las intervenciones realizadas directamente por la Dirección de Salud Pública de la SDS o denominada nivel central, que en total para las tres vigencias destinó \$15.458.2 millones, siendo el 37.6% del total de recursos invertidos por estas líneas de atención al programa de inmunizaciones de la ciudad.

Llama la atención la disminución importante de recursos en la vigencia 2007 con respecto al año inmediatamente anterior, en \$5.244 millones.

Al mirar un poco la especificidad de las intervenciones realizadas con los recursos que financiaron el programa por el plan de atención básica, se tiene que la intervenciones a las que se destinaron más recursos fueron la estrategia extramural y administración PAI.

GRÁFICO 3
INTERVENCIONES VACUNACIÓN (PLAN ATENCIÓN BÁSICA) 2005-2007



Fuente: Datos Dirección Salud Pública SDS. Elaborado por SAS Salud y Bienestar Social Contraloría Bogotá

Es importante señalar que las jornadas de sarampión y rubéola en el año 2006 se integraron a la estrategia extramural por lo que no aparecen de manera independiente como sucedió en el 2005; lo mismo, sucede con la estrategia de vacunación de influenza, ya que para el año 2007 entra a formar parte del PAI y la vacunación del biológico se dio en la jornada de vacunación de las Américas y los recursos se incluyen dentro de la estrategia extramural para ese año.

Respecto a las acciones individuales PAI, la Secretaría no dispone de información precisa sobre los recursos destinados a la atención de la población pobre no asegurada, en tanto para la población cubierta con en el Régimen Subsidiado en el período abril 2004 a marzo de 2007 (vigente recursos del 4.01% de la UPCs), la Secretaría destinó \$2.218.9 millones y a partir de abril de 2007 el valor de la UPCs fue entregado a las Empresas Prestadoras de Servicios del régimen subsidiado, como ya se comentó anteriormente, cuyo valor tampoco es posible determinar, ya que normativamente estos están integrados en el POSs.⁴⁷

2.1.3. Cobertura

La Secretaría Distrital de Salud determina las metas de cobertura en vacunación para cada localidad de la ciudad donde intervienen las ESE, de acuerdo con las

⁴⁷ Ley 1122 de 2007

redes definidas para el PAI (Red Norte⁴⁸, Centro Oriente⁴⁹, Sur⁵⁰ y Sur-occidente⁵¹).

Los datos de cobertura corresponden a la información del PAI suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, reportada con base en población del censo 1993 y del 2005, como se ve en el cuadro siguiente:

CUADRO 4
COBERTURAS DE VACUNACIÓN POR BIOLÓGICO
CENSO 1993 VS. CENSO 2005
2005 -2007

BIOLÓGICO	BASE CENSO 1993			BASE CENSO 2005		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Antipolio	77.8	79.4	80.9	90.6	92.7	93.6
Triple viral – Sarampión, Rubéola y Parotiditis (eventos de control)	80.7	81.1	80.9	92.6	94.8	93.9
DPT –Diftera –Tétano y Tos ferina, eventos de control	77.7	79.3	80.7	90.5	92.6	93.5
Antituberculosis BCG	85.8	88.6	88.9	99.9	103.4	103.1
Hepatitis B, eventos de control	77.7	79.4	80.8	90.5	92.7	93.7
Haemofilus Influenzae HIB	77.8	79.5	80.7	90.5	92.8	93.6
Meta a alcanzar	95%					

Fuente: SDS. Dirección de Salud Pública. 2007

Vista la situación a partir del comportamiento por biológico se tiene que la mayor cobertura se presentó en BCG, para las dos bases de información censal; bajo la aplicación del censo/93 alcanzó en 2007 el 88.9%, con datos del censo de 2005, sobrepasa la meta del 95%, alcanzando cobertura del 103.1%, siendo el único biológico que cumplió y sobrepasó la meta trazada, todos los demás estuvieron por debajo del 94%.

Para el caso de DPT, que presentó coberturas con base en el censo/93 de 77.7%, 79.3% y 80.7%, a pesar de presentar incrementos en cerca de 13 puntos porcentuales bajo la aplicación del censo 2005, igualmente la meta del 95% no se alcanzó.

Los demás biológicos presentan la misma situación, es decir en general las coberturas se aumentaron por efecto de un cambio en la información censal, más no por incremento en el número de aplicaciones, situación ésta que sí podría señalar un beneficio para la población menor de cinco años de la ciudad.

⁴⁸ESE Chapinero, Engativá, Suba, y Usaquén para cubrir las localidades de: Barrios Unidos, Teusaquillo, Chapinero, Usaquén, Engativá y Suba)

⁴⁹ ESE Centro Oriente, San Cristóbal y Rafael Uribe, para atender las localidades de: Santa Fe, Candelaria, Mártires, San Cristóbal, Rafael Uribe y Antonio Nariño.

⁵⁰ ESE Tunjuelito, Usme, Nazareth y Vista Hermosa, para cubrir las localidades de: Tunjuelito, Usme, Sumapaz y Ciudad Bolívar.

⁵¹ESE Del Sur, Fontibón y Pablo VI Bosa, para cubrir las localidades: Kennedy, Puente Aranda, Fontibón y Bosa

Lo anterior deja en evidencia la necesidad de disponer de información demográfica lo más cercana a la realidad, como insumo de vital importancia para determinación de las acciones en el programa y así contar con datos efectivos de cobertura.

Respecto a la cobertura en población de 1 a 4 años con esquema de vacunación completo, se tiene que, en 2005, 2006 y 2007, la SDS atendió a 107.190, 107.413 y 107.947 niños/as respectivamente⁵².

CUADRO 5
POBLACIÓN DE 0-4 AÑOS CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN PAI – BOGOTÁ
2005-2007

VIGENCIA	POBLACIÓN CENSO 2005*	1 año	2 años	3 años	4 años	TOTAL	% Cobertura
2005	594,888	102,251	2,613	740	1,586	107,190	18.0
2006		104,758	1,453	569	633	107,413	18.1
2007		105,632	1,359	453	503	107,947	18.1

Fuente: *DANE-Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población 2006-2020
SDS –Vigilancia en Salud Pública.

Con base en el censo 2005, el porcentaje de cobertura para las tres vigencias alcanzó apenas un 18%. De lo anterior se deduce que cerca de 487.000 niños/as en este rango de edad no poseía a diciembre de 2007 su vacunación completa en los biológicos que conforman el programa de inmunizaciones. Bajo este referente, y teniendo como situación ideal que los niños/as en este rango de edad tengan su esquema completo de vacunación, la meta de cobertura útil del 95% estaría muy distante de alcanzarse (76.1 puntos porcentuales), ante este escenario se impone la necesidad de intensificar esfuerzos por parte de los actores a fin de que las actividades adelantadas y los recursos invertidos en el PAI tengan mayor efectividad.

Por otra parte, vale la pena destacar que producto del ejercicio de control fiscal⁵³, se pudo evidenciar diferencias en los datos de cobertura como se muestra a continuación:

⁵² Información reportada por la SDS

⁵³ IAGEI vigencia 2007 a la SDS

CUADRO 6
DIFERENCIAS INFORMACIÓN COBERTURAS PAI 2007

BIOLOGICO	COBERTURAS SDS*	INFORMACION SIS-151	DIFERENCIA
POLIO	111.064	110.882	182
DPT	110.981	110.860	121
BCG	122.304	120.438	1.866
HEPATITIS B	111.157	110.840	317
HEMOPHILUS	111.086	110.821	265
TRIPLE VIRAL**	110.882	110.919	-37

* Coberturas niños menores de 1 año con dosis según esquema

** Coberturas niños de 1 año con dosis según esquema

Fuente: PAI- Dirección de Salud Pública – SDS. Cruce de información realizado por la Contraloría de Bogotá AGEI 2007

Al verificar los datos registrados en el formato SIS-151 para la vigencia 2007 se pudo evidenciar que la información no cumplió con los parámetros de consistencia, exactitud y totalidad al sobreestimar las cifras que aportan a los indicadores de coberturas de vacunación.

Finalmente es importante señalar que, pese a las debilidades antes enunciadas, la Secretaría Distrital de Salud realiza una labor importante en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, que le ha merecido reconocimiento a nivel nacional por parte del Ministerio de la Protección Social y se ha convertido en un referente para otros entes territoriales en salud; sin embargo, sería pertinente intensificar esfuerzos a fin de cohesionar la operatividad del programa a nivel interno, así como relacionarlo con otros programas de salud pública, que permitan mejores resultados en la salud de la población menor de cinco años de la ciudad.

3. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (ERA)

Otro de los programas que hacen parte de las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, es la atención de la enfermedad respiratoria aguda (ERA), que de manera general se define como un conjunto de patologías que afectan el sistema respiratorio, que son causa frecuente de morbilidad y mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años, especialmente por infección respiratoria aguda (IRA)⁵⁴, siendo la bronquiolitis, la bronconeumonía y neumonía infecciones respiratorias responsables de casi todas las muertes evitables para este grupo etáreo⁵⁵.

Desde la óptica normativa la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, el cual deberá garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud⁵⁶. Así mismo, tiene la competencia de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de estos servicios conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.⁵⁷

A nivel territorial, se cuenta con la facultad de dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito⁵⁸. Así como adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental.

En desarrollo de estas competencias se creó para Bogotá el Comité Distrital para la prevención y atención de la enfermedad respiratoria aguda⁵⁹, como órgano de apoyo y consulta, encargado de realizar el seguimiento a las enfermedades respiratorias agudas y a los factores asociados que favorecen su aparición, a fin de formular propuestas para la promoción de los entornos saludables, la prevención de la enfermedad y su atención.

⁵⁴ Las infecciones respiratorias agudas son las causas principales de enfermedades y muerte en los niños menores de cinco años, especialmente en el grupo de menores de un año. La neumonía es la enfermedad más grave de las infecciones respiratorias agudas.

⁵⁵ Secretaría Distrital de Salud. Documento Lineamientos técnicos y administrativos para la prevención y atención de la ERA, SDS, 2007.

⁵⁶ Constitución política de Colombia, Artículo 49.

⁵⁷ Proyecto de Acuerdo 159 DE 2004. Exposición de motivos, "Por el cual se impulsan Acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el Distrito Capital".

⁵⁸ Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 12 numeral 1º.

⁵⁹ Decreto 273 de 20004.

3.1 FACTORES QUE INCIDEN EN LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA-ERA.

Un agente determinante para la salud y específicamente en la ERA, es la calidad del aire. En Bogotá, particularmente la contaminación del aire es alta o muy alta⁶⁰, afectada diariamente por la emisión de aproximadamente 26.760 toneladas de partículas, 8.485 toneladas de dióxido de azufre y 453 toneladas de óxidos de nitrógeno.

Igualmente incide la creciente industrialización; el crecimiento paulatino del parque automotor, sumado al inadecuado mantenimiento de los vehículos y en general el desarrollo irregular, que influye de manera directa o indirecta sobre el bienestar de la población capitalina⁶¹.

Otro factor decisivo que conlleva a incrementar la infección respiratoria aguda, tiene que ver con los cambios climatológicos, los que tiene un comportamiento endémico, con picos estacionales en las épocas de lluvia (abril a junio y septiembre a noviembre), que producen un mayor número de casos de bronquiolitis, laringotraqueitis, neumonía y exacerbaciones del asma, gripas y resfriados, especialmente en menores de cinco años y población mayor.

Un tercer elemento a considerar, está relacionado con las condiciones socioeconómicas de la población en las que se incluye el bajo nivel de ingresos, desempleo, desplazamiento, pobreza y bajo nivel de escolaridad, entre otros; los cuales acrecientan el riesgo de adquirir la enfermedad respiratoria aguda.

Además existen variables que inciden en la presentación de casos ERA como: esquemas incompletos de vacunación, desnutrición, carencia de lactancia materna, alteraciones genéticas, barreras de acceso a los servicios de salud y la no identificación temprana de signos de alarma por parte de cuidadores.⁶²

3.2. MORBI-MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN BOGOTÁ

El presente aparte muestra cifras de morbilidad y mortalidad que reflejan la problemática de la enfermedad respiratoria en la población menor de cinco años.

En el reporte de casos atendidos en salas ERA en las diferentes localidades de Bogotá⁶³, se observa que a 2005⁶⁴ se atendieron 18.928 casos, en tanto a

⁶⁰ Mesas de Trabajo Bogotá como vamos

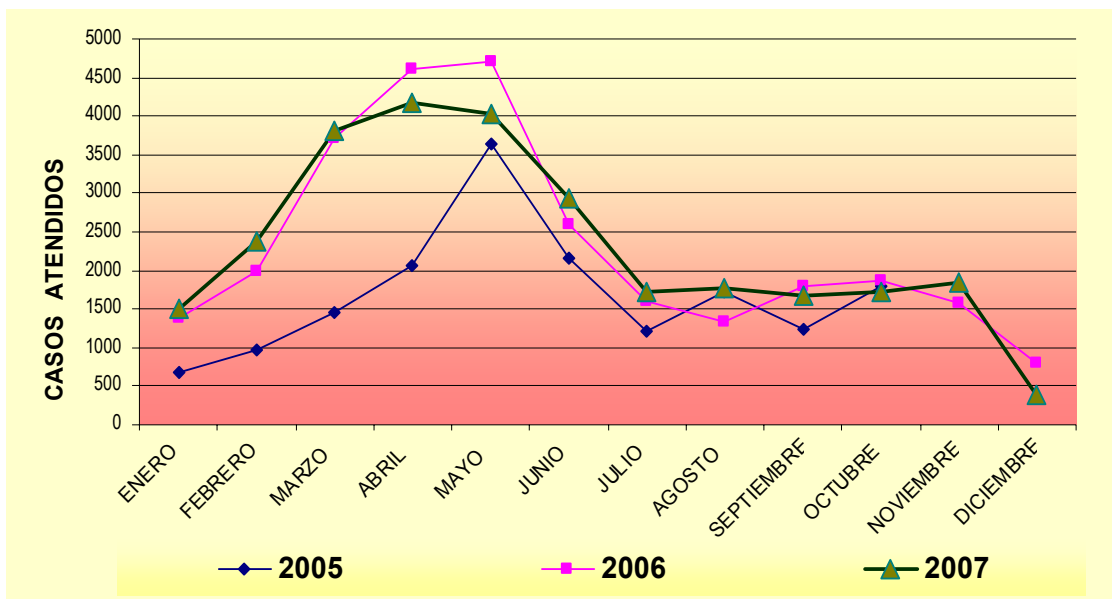
⁶¹ Estado de los Recursos Naturales 2006. Contraloría de Bogotá

⁶² Secretaría Distrital de Salud. Documento Lineamientos técnicos y administrativos para la prevención y atención de la ERA, SDS, 2007.

⁶³ Como parte de la vigilancia epidemiológica la SDS dispone de la información reportada por las salas ERA como unidades centinela y que constituye fuente para la elaboración de los boletines periódicos.

diciembre de 2006 y 2007, los eventos de morbilidad fueron de 30.029 y 29.942 casos, respectivamente.

GRÁFICO 4
EVENTOS DE MORBILIDAD ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA -ERA
BOGOTÁ 2005-2007



Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Salas situacional ERA

Para las tres vigencias el mayor número de casos atendidos fue entre los meses de abril y mayo, coincidentes con la época invernal de la ciudad.

Adicionalmente, el Decreto 3518 de 2006 crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública, define como indicador trazador de vigilancia en la enfermedad respiratoria aguda, los casos notificados por infección respiratoria aguda; en razón a ello, la SDS dispone, a partir de 2007, de información sobre casos presentados por infección respiratoria aguda IRA, para el total de población de la ciudad; reportando 250.912 casos, de los cuales los grupos de edad con mayor frecuencia de casos corresponden a niños entre 1 y 4 años con 96.052 casos (38.3%), seguido del grupo de menores de 1 año con 56.614 (22.6%) del total.

En cuanto a las cifras relacionadas con la mortalidad por ERA, es importante anotar que la SDS, en investigaciones del Comité de Vigilancia Epidemiológica

⁶⁴ Información disponible hasta octubre de 2005.

COVE, ha determinado algunos factores clasificados dentro del modelo de tres demoras, a fin de establecer la frecuencia de su incidencia en dicha mortalidad⁶⁵.

Primera Demora: Relacionada con la solicitud de ayuda por parte de los padres o cuidadores de los niños. Entre las causas de esta demora se encuentran factores socioeconómicos y culturales, la baja educación de padres o cuidadores, la no identificación oportuna por estos mismos cuidadores de las señales de alarma, así como las deficientes condiciones de vivienda, tabaquismo pasivo, y la contaminación del aire intradomiciliario.

Segunda Demora: Relacionada con la identificación, canalización y accesibilidad del niño a los servicios de salud ya sean preventivos o asistenciales.

Tercera Demora: Tratamiento adecuado y oportuno del niño o niña con ERA según el nivel de atención que requiera.

En la siguiente tabla se presentan los resultados de los Comités de vigilancia epidemiológica (Cove) realizados en el período de análisis. Los factores asociados a la mortalidad por ERA se han clasificado según las tres demoras y se menciona la frecuencia de este factor en los análisis de casos efectuados:

CUADRO 7
DEMORAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR ERA EN MENORES DE CINCO AÑOS EN BOGOTÁ, 2005-2007

PRIMERA DEMORA	FRECUENCIA %
No detección oportuna de signos de alarma por parte de cuidadores	23,8
Maltrato infantil como negligencia, desnutrición	19,0
No seguimiento especial a niños con antecedente de bajo peso o haber estado en el programa mamá canguro	33,3
Bajo nivel socioeconómico, tabaquismo pasivo, contaminación del aire intradomiciliario por cercanía inmediata a fuentes de emisión.	23,8
SEGUNDA DEMORA	FRECUENCIA %
No accesibilidad oportuna, demora en la atención inicial.	39,6
TERCERA DEMORA	FRECUENCIA %
Atenciones repetidas en primer nivel sin lograr resolutivead.	20,6
No valoración inicial o atención con la estrategia AIEPI, demora en la atención inicial.	28,6
Demoras en el traslado en ambulancia, deficiencias en la calidad del traslado en cuanto a ambulancia medicalizada y necesidad de intubación	26,9
Inicio de antibioterapia sin indicación.	9,5
No se tuvo en cuenta contactos respiratorios y posibles diagnósticos probables de tos ferina.	14,2
No integralidad en la atención, el niño es atendido por múltiples prestadores de segundo y tercer nivel en donde ingresan en la primera atención con diagnóstico de bronquiolitis y egresan con diagnóstico por certificado de defunción de neumonía. No hay unidad de historia clínica	36,5

Fuente: Informe de gestión SDS 2004-2007 -Comités de vigilancia epidemiológica Cove

⁶⁵ una mortalidad por esta causa en menores de 5 años ocurre porque se produjo uno o más de los factores de cada tipo de demoras

Los datos muestran como la principal causa de mortalidad infantil por ERA la relacionada con la segunda demora que hace referencia a las barreras de acceso en la atención inicial. La segunda causa se asocia con la tercera demora, “No integralidad en la atención, el niño es atendido por múltiples prestadores de segundo y tercer nivel en donde ingresan en la primera atención con diagnóstico de bronquiolitis y egresan con diagnóstico por certificado de defunción de neumonía. No hay unidad de historia clínica”, aspecto de la mayor preocupación, toda vez que hubiesen sido muertes evitables.

De otra parte, sobre la base que el indicador trazador se refiere a mortalidad por neumonía, la situación presentada en los tres últimos años hace notoria la disminución de la tasa de mortalidad, que en 2005 fue de 20.9 y en 2007 de 14.1 por 100.000 niños menores de cinco años. Al observar el escenario por localidad, se refleja la mayor incidencia de la problemática en las localidades de Ciudad Bolívar, Kennedy y Suba, aunque con comportamientos disímiles entre años.

CUADRO 8
MORTALIDAD NEUMONIA POR LOCALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS
2005-2007.

LOCALIDADES	2005		2006		2007	
	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años
RED NORTE						
1 USAQUEN	5	12.2	4	9.9	5	12.6
2 CHAPINERO	1	13.0	1	13.0	0	0.0
10 ENGATIVA	14	19.9	5	7.3	5	7.4
11 SUBA	21	28.9	8	11.1	11	15.3
12 BARRIOS UNIDOS	1	7.8	1	7.8	0	0.0
13 TEUSAQUILLO	0	0.0	2	27.7	2	27.7
SUBTOTAL	42	19.8	21	10.0	23	11.1
RED SUR OCCIDENTE						
7 BOSA	13	17.4	11	14.6	7	9.2
8 KENNEDY	19	21.4	14	16.1	3	3.5
9 FONTIBON	1	3.4	0	0.0	2	6.9
16 PUENTE ARANDA	3	12.0	3	12.0	1	4.0
SUBTOTAL	36	16.5	28	12.9	13	6.0
RED CENTRO ORIENTE						
3 SANTAFE	4	36.9	3	27.7	1	9.2
4 SAN CRISTOBAL	8	18.0	7	16.2	8	19.0
14 MARTIRES	0	0.0	1	12.9	0	0.0
15 ANTONIO NARINO	1	11.8	1	11.8	0	0.0
17 CANDELARIA	1	42.8	0	0.0	0	0.0
18 RAFAEL URIBE	11	32.6	8	24.4	4	12.6
SUBTOTAL	25	23.2	20	19.0	13	12.6
RED SUR						
5 USME	9	24.8	9	24.3	5	13.3
6 TUNJUELITO	2	9.3	4	18.6	0	0.0
19 CIUDAD BOLIVAR	22	22.3	12	11.8	27	25.8
20 SUMAPAZ	0	0.0	0	0.0	0	0.0
SUBTOTAL	33	21.0	25	15.6	32	19.5
SIN LOCALIDAD	5		0		2	
TOTAL	141	20.9	94	15.9	83	14.1

Fuente: SDS Área Vigilancia en Salud Pública

Al revisar el total de muertes ocurridas por neumonía, en el año 2005 el mayor número se registró en la red norte, en 2006 en la red sur occidente y en 2007 en la red sur. En el caso de las tasas de mortalidad, la red centro oriente tiene el mayor porcentaje en 2005 y 2006, en tanto la red sur alcanza la mayor tasa en 2007 (19.5 por 100.000 niños) y la tasa más baja se presenta en la red sur occidente (6.0).

Respecto a la meta establecida en el plan de desarrollo Bogotá sin Indiferencia, de disminuir la mortalidad por neumonía a 17,5 casos por 100.000 menores de cinco años, a 2007, se observa que se ésta se cumplió, ya que se alcanzó una tasa de 14,1 muertes por neumonía por 100.000 menores de cinco años.

Si bien la administración distrital ha logrado grandes avances en el descenso de las cifras reportadas mediante los indicadores de mortalidad por Neumonía, se observa que esta reducción no ha sido uniforme en las diferentes localidades del Distrito, en especial en Teusaquillo (27,7) Ciudad Bolívar (25,8) y San Cristóbal (19,0) donde los registros distan ostensiblemente de la meta planteada del 17,5., situación que permite inferir que las acciones de promoción y prevención no han sido eficaces.

Vista la situación en términos del número de muertes, para 2007, las localidades que muestran un mayor número son, Ciudad Bolívar y Suba, que representan casi el 50% del total de la ciudad.

Ciudad Bolívar es la localidad que durante las tres vigencias registró el mayor número de muertes, 22 en el 2005, 12 en 2006 y en 2007 aumenta a 27 casos, mientras que Suba, notificó 21 casos en el 2005, ocho en 2006 y 11 en 2007.

En contrario se tiene el comportamiento presentado en la localidad de Kennedy que en 2005 registró 19 muertes, 14 en 2006 y tres en 2007, no obstante una de las localidades que concentra mayor población menor de cinco años.

Del análisis anterior, se puede inferir que la definición de las acciones de la Secretaría no deben orientarse exclusivamente con base en los resultados de la tasas de mortalidad por neumonía, ya que es marcada la diferencia de población menor en cada una de las localidades, por lo que podría resultar pertinente tomar como referente de acción el número de muertes en menores de cinco años, es el caso presentado en la localidad Candelaria que en 2005 registró una muerte y sin embargo la tasa es la más alta de ese año (42.8) y Ciudad Bolívar con 27 muertes en 2007 refleja una tasa de mortalidad del 25.8.

3.3 ACCIONES Y ESTRATEGIAS EN BOGOTÁ.

La Secretaría Distrital de Salud, a través de la Dirección de Salud Pública es la encargada de coordinar las acciones de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las enfermedades respiratorias con estrategias como: atención domiciliaria, atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia mediante agentes comunitarios en salud infantil (AIEPI), las Salas ERA, el programa ampliado de inmunizaciones y el programa Salud a su hogar, además de la vigilancia epidemiológica en sus componentes de mortalidad, morbilidad y de circulación viral⁶⁶.

A continuación en particular se abordarán algunos aspectos relacionados con las estrategias de salas ERA, y vigilancia epidemiológica.

3.3.1 Salas ERA

Constituidas como consultorios dedicados a la realización de terapia respiratoria para la atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas; están dotadas de elementos básicos de apoyo y operan de manera coordinada con las instituciones de salud de la ciudad. Así mismo, cuentan con personal especializado como: terapeuta respiratorio o enfermera profesional y con el apoyo de pediatra, neumólogo y médico general, según sea el caso. Inicialmente se ubicaron en las localidades declaradas en emergencia social⁶⁷ y actualmente están situadas en las 20 localidades de la ciudad.

Existen dos tipos de salas ERA, la institucional que funciona en hospitales de primer, segundo y tercer nivel de atención y las de tipo funcional en UBAs⁶⁸, UPAs⁶⁹, CAMIs⁷⁰ y grupos de salud a su hogar.

Los niños que se atienden en estas salas, son aquellos que presentan un cuadro de dificultad respiratoria de leve intensidad, que amerita oxigenoterapia, estén en

⁶⁶ (Documento Lineamientos técnicos y administrativos para la prevención y atención de la ERA, SDS, 2007)

⁶⁷ Ciudad Bolívar, Usme, Bosa, Kennedy, Suba y San Cristóbal.

⁶⁸ **Unidad Básica de Atención -UBA-**: Establecimiento de prestación de servicios de salud en el cual se ofrecen servicios ambulatorios y de ayudas diagnósticas básicas del primer nivel de atención. Son prestados en equipos conformados por médico, odontólogo, trabajadora social, auxiliar de enfermería, bacterióloga, promotor de saneamiento y promotores de salud.

⁶⁹ **Unidad Primaria de Atención -UPA-**: Establecimiento de prestación de servicios de salud en el cual se ofrecen servicios de salud ambulatorios y de ayudas diagnósticas del primer nivel de atención.

Son prestados por equipos de salud conformados por médico, odontólogo, trabajadora social, auxiliar de enfermería, promotor de saneamiento y promotores de salud, nutricionista, psicóloga, trabajadora social.

⁷⁰ **Centros de Atención Médica Inmediata -CAMI-**: Establecimientos de prestación de servicios de salud de los niveles I ó de atención básica II ó de atención especializada y III ó de atención subespecializada. Su estructuración obedece a la organización de la red y del sistema de respuesta a las urgencias médicas en la ciudad. Los CAMI tienen servicios de urgencias las 24 horas del día.

capacidad de ingerir líquidos vía oral y requieran manejo hospitalario por un período breve (máximo 3 horas) para lograr una respuesta terapéutica.

Esta estrategia, reconocida por la OPS/OMS, tiene como objetivos principales mejorar la atención de los niños de las zonas más vulnerables y disminuir costos por hospitalización. Otro factor importante, tiene que ver con la oportunidad de análisis de los factores de riesgo, acceso temprano al diagnóstico, tratamientos adecuados, y la educación acerca del manejo de los síntomas de la enfermedad que puede evitar muertes, en especial en poblaciones vulnerables⁷¹.

Desde su implementación en 2004, la SDS ha venido realizando esfuerzos dirigidos a incrementar el número de salas ERA distribuidas en la red pública distrital y en algunas instituciones privadas que han desarrollado estrategias equivalentes. El número de salas ERA de la red pública se triplicó entre 2005 y 2007, al pasar de 21 a 88 salas. En tanto en la red privada se pasó de una a 23 salas en el mismo período.

CUADRO 9
SALAS ERA RED PÚBLICA Y PRIVADA 2005-2007

2005						
RED	PÚBLICA			PRIVADA		
	INST.	FUNC.	TOTAL	INST.	FUNC.	TOTAL
CENTRO ORIENTE	7	0	7			0
NORTE	3	0	3	1		1
SUR	5	0	5			0
SUR OCCIDENTE	6	0	6			0
TOTAL	21	0	21	1		1
TOTAL SALAS ERA 2005		22				
2006						
RED	PÚBLICA			PRIVADA		
	INST.	FUNC.	TOTAL	INST.	FUNC.	TOTAL
CENTRO ORIENTE	11	6	17	2	1	3
NORTE	11	6	17	7	2	9
SUR	11	0	11			0
SUR OCCIDENTE	8	8	16	2		2
TOTAL	41	20	61	11	3	14
TOTAL SALAS ERA 2006		75				
2007						
RED	PÚBLICA			PRIVADA		
	INST.	FUNC.	TOTAL	INST.	FUNC.	TOTAL
CENTRO ORIENTE	11	7	18	2	2	4
NORTE	11	14	25	10	5	15
SUR	11	10	21	0	1	1
SUR OCCIDENTE	10	14	24	3	0	3
TOTAL	43	45	88	15	8	23
TOTAL SALAS ERA 2007		111				

Fuente: Dirección Salud Pública –Consolidado por SAS Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá

⁷¹ El Dr. Pier Paolo Balladelli, Representante de OPS/OMS en Colombia para 2004

Las salas ERA que funcionan en las ESE de la red pública distrital se encuentran ubicadas de manera proporcional en las diferentes redes de servicio, mientras que las de la red privada se concentran en el norte de la ciudad, situación que puede generar barreras de acceso para la población que reside en localidades alejadas de estos puntos de servicio.

Con el propósito de contar con información completa acerca del número de Salas ERA que funcionan en la red privada y la atención brindada, actualmente la SDS, adelanta una actividad encaminada a obtener información del régimen contributivo que aún no hace parte del sistema de vigilancia centinela y que proporcionaría un dato global de Bogotá.

3.3.2 Estrategias de vigilancia

La vigilancia epidemiológica definida por organizaciones internacionales⁷² como el conjunto de acciones que se cumplen regular y continuamente y que proporcionan información necesaria y suficiente para la intervención oportuna con medidas adecuadas de prevención y control, tiene como objetivo caracterizar la estacionalidad, las causas, agentes relacionados con la aparición de las enfermedades respiratorias.

En virtud de los mandatos internacionales relacionados con la vigilancia de las enfermedades y en particular de las respiratorias, la Secretaría Distrital de Salud implementó y adelanta las siguientes estrategias⁷³.

- ◆ Vigilancia centinela institucional de la morbilidad por neumonía, bronquiolitis, cuadros bronco obstructivos recurrentes en población menor de cinco años. En ésta participan instituciones ó unidades centinela en las que están las ESE y otras entidades de la salud⁷⁴.
- ◆ Vigilancia de la mortalidad evitable por neumonía en menores de 5 años.
- ◆ Vigilancia centinela institucional de la circulación de virus respiratorios⁷⁵. Esta estrategia permite obtener información continua, permanente y oportuna sobre las características del comportamiento de los virus causantes de la infección respiratoria aguda
- ◆ Monitoreo y evaluación de la respuesta de las redes de servicios de salud.
- ◆ Vigilancia epidemiológica de la relación calidad del aire y enfermedad respiratoria.

⁷² OPS-OMS

⁷³ Documento Lineamientos técnicos y administrativos para la prevención y atención de la ERA, SDS, 2007.

⁷⁴ Clínica del niño, Clínica Infantil Colsubsidio, Hospital La Misericordia, Clínica Jorge Piñeros Corpas, ESE Bosa II nivel, Unidad Pediátrica Garcés Navas, ESE Kennedy, La Victoria, Meissen, ESE Del Sur, El Tunal y Simón Bolívar.

⁷⁵ Hospital Simón Bolívar, El Tunal, Kennedy, Santa Clara, San Blas, Clínica Colsubsidio, Clínica del Niño Jorge Bejarano, Unidad Pediátrica Engativá, Clínica Saludcoop 104, Clínica David Restrepo

A continuación se abordan algunas particularidades relacionadas con la estrategia de vigilancia centinela de los virus respiratorios y sus resultados, actividad que inició la SDS en 2004, como reacción al brote de adenovirus presentado en la ciudad.

El análisis es realizado en el laboratorio de salud pública de la Secretaría Distrital a partir de las muestras de aspirado nasofaríngeo de niños menores de cinco años que presentaron síntomas relacionados con infección respiratoria y que fueron atendidos en los servicios de urgencia o consulta externa en las 11 instituciones identificadas como centro centinela en la ciudad.

La cantidad de muestras recibidas en el laboratorio de salud pública se mantuvo durante 2005 y 2006, con 789 y 741 respectivamente, mientras que en 2007, recibió un total de 1.168. Visto el comportamiento desde la proporción de positividad de éstas, se tiene que, de 2005 a 2006 pasó de 39.3% a 49%, en tanto de 2006 a 2007 disminuyó a 42%.

Dentro de los virus recurrentes se encuentran: Adenovirus⁷⁶, Influenza A⁷⁷, Parainfluenza 1⁷⁸, Parainfluenza 3⁷⁹, y Virus sincitial respiratorio⁸⁰.

CUADRO 10
VIRUS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS EN MENORES DE CINCO AÑOS
2005-2007

TIPO DE VIRUS	2005	2006	2007
Adenovirus	23	24	68
Influenza A ⁸¹	15	13	3
Parainfluenza ⁸² 1	14	3	17
Parainfluenza 3	61	54	77
Virus sincitial respiratorio	199	236	325
TOTAL	312	330	490

Fuente: Dirección Salud Pública, Boletín Estadístico ERA No. 41
Compilativo estadísticas 2004-2005 SDS.

Los virus con mayor frecuencia de presentaron fueron en su orden, sincitial respiratorio, parainfluenza 3 y adenovirus, con una tendencia creciente, excepto el

⁷⁶ Los síntomas de la enfermedad respiratoria causados por la infección de adenovirus, abarcan del síndrome de resfriado común a una neumonía, tos perruna y bronquitis.

⁷⁷ La Influenza o Gripe es una enfermedad viral aguda de las vías respiratorias, que se transmite de persona a persona por contacto directo con las secreciones respiratorias o por gotas de saliva que se esparcen al estornudar o toser.

⁷⁸ Parainfluenza es una infección parecida a un resfrío, habitualmente produce infecciones de la vía respiratoria y afecta especialmente a los niños.

⁷⁹ El tipo 3 es el mayor causante de las infecciones respiratorias altas (64), incluye otitis y faringitis, también es el que causa el mayor número de infecciones respiratorias agudas bajas (10%), las más graves (www.pediatraldia.cl)

⁸⁰ VSR es una sigla desconocida para muchos padres. Sin embargo, si les nombran congestión y dificultad respiratoria, tos constante, fiebre o disminución del apetito, son varios los que verán reflejados a sus hijos.

⁸¹ La Influenza o Gripe es una enfermedad viral aguda de las vías respiratorias, que se transmite de persona a persona por contacto directo con las secreciones respiratorias o por gotas de saliva que se esparcen al estornudar o toser.

⁸² Parainfluenza es una infección parecida a un resfrío, habitualmente produce infecciones de la vía respiratoria y afecta especialmente a los niños.

virus de influenza que registra el menor número de casos, comportamiento que puede asociarse a la existencia de vacuna para este virus.

En conclusión se tiene que las diferentes estrategias de vigilancia epidemiológica, le permiten a la SDS, ejercer monitoreo y control a la enfermedad respiratoria, así como establecer alertas y planes de contingencia ante su ocurrencia, que contribuyan a disminuir la morbi-mortalidad infantil.

Adicionalmente, la SDS-Área de Vigilancia en Salud Pública elabora periódicamente los Boletines ERA, en los cuales reporta y monitorea el comportamiento de la enfermedad. Al respecto este ente de control observó falencias en el reporte de la información⁸³, variaciones en las cifras de morbilidad y mortalidad, ocasionadas según la SDS por demora en la notificación de casos y el reporte de certificados de defunción, situación que genera desconfianza, bien sea por deficiencia en los sistemas de información y/o falta de puntos de control en los procedimientos.

En este sentido, es importante anotar que sí bien las acciones de vigilancia constituyen una importante herramienta para conocer eventos de interés en salud pública, lo es con mayor razón, contar con información veraz que permita la efectiva toma de decisiones y por ende la definición de acciones que mejoren la salud y disminuyan la mortalidad infantil de la ciudad.

3.3.3. Acciones Interinstitucionales:

En conjunto con otras entidades la SDS ha realizado algunas actividades de tipo preventivo como: La creación del Observatorio Ambiental con la Secretaría de Ambiente, en el que se hacen recomendaciones a padres y cuidadores acerca de los cuidados que se deben tener por efecto de la contaminación del aire en Bogotá, actividad concentrada en las localidades de Suba, Puente Aranda, Kennedy y Fontibón.

Otras acciones tienen que ver con el apoyo en la implementación del Pico y Placa Ambiental formulado por la antigua Secretaría de Tránsito y Transporte, cuyos efectos específicos en la enfermedad respiratoria aguda aún no se conocen.

Por otra parte la Secretaría reportó acciones en la formación de agentes comunitarios en Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, a través de sensibilización en mejoramiento de condiciones de vivienda, eliminación del tabaquismo pasivo por parte de los niños y niñas. Además ha reforzado el manejo en el hogar de los estados gripales en niños y la identificación

⁸³ Al respecto consultar Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque integral ante la Secretaría Distrital de Salud 2007

temprana de signos de alarma⁸⁴.

Finalmente, la SDS ha realizado acompañamiento a IPS públicas y privadas, con asesoría y asistencia técnico científica, en el manejo de la Enfermedad Respiratoria Aguda.

Adicionalmente, en Bogotá desde septiembre de 2004 se creó el Comité Distrital para la prevención y atención de la enfermedad respiratoria aguda⁸⁵, conformado por varias entidades distritales⁸⁶ e invitados permanentes⁸⁷ cuya función, como órgano de apoyo y consulta, consiste en realizar seguimiento a las enfermedades respiratorias agudas a fin de formular propuestas para la generación de entornos saludables, la prevención de la enfermedad y su atención.

Este Comité desde su creación, se ha reunido en nueve oportunidades, cinco de las cuales se llevaron a cabo en el año 2005, que de acuerdo con los registros de las actas se intensificó un ejercicio de organización interna del comité por grupos de trabajo entre las entidades participantes, a fin de lograr acciones transectoriales.

No obstante, contar con este escenario, en diferentes actas se expresa la preocupación de los participantes a fin de lograr un mayor compromiso de las diferentes instituciones, de otro lado se plantean dificultades en la capacitación al recurso humano que representa cada institución debido a su permanente rotación y sin el nivel de decisión suficiente, lo que impide la generación de bases claras para generar continuidad en las acciones del comité.

Toda vez que este es el espacio que convoca la posibilidad de mirar el tema de manera integral, dada la multivariedad de factores que inciden en la enfermedad, resulta preocupante que no se concreten acciones conjuntas, permanentes y contundentes que tiendan a mitigar los diferentes determinantes, en especial la pobreza, acceso a servicios públicos en condiciones óptimas, aseguramiento en el sistema de seguridad social en salud, y la calidad del aire, entre otras.

3.3.4. De los recursos que financian las acciones ERA

Los recursos utilizados para adelantar las diversas actividades y estrategias de atención de la enfermedad respiratoria aguda, hacen parte del proyecto de inversión 384 Ciudad para la salud y la vida, que plantea dentro sus objetivos integrar desde una perspectiva promocional de calidad de vida y de la salud de las personas, que responda a las necesidades sociales, permita la integralidad de

⁸⁴ Informe de Balance Social y de Gestión 2004-2007 SDS.

⁸⁵ Decreto 273 de 2004

⁸⁶ Secretarías de Salud, Educación, de Tránsito y Transporte y los Directores del DAMA, DABS e IDU o sus delegados

⁸⁷ Director del ICBF regional Bogotá, delegados del Minprotección Social, Instituto Nacional de Salud, Director del IDEAM o sus delegados con cargo directivo o asesor.

las acciones dirigidas a la población y al entorno en procura del mejoramiento de la calidad de vida, y el ejercicio de ciudadanía en salud⁸⁸.

En este proyecto la SDS involucró el grueso de las actividades y de enfermedades de interés en salud pública, sin que se pueda establecer de manera práctica el monto de recursos para las vigencias en estudio, que la administración distrital destinó y ejecutó en la atención de esta problemática.

Esta limitante tiene que ver directamente con, que la Secretaría no posee información discriminada por programa, ni acorde con lo señalado por el presupuesto orientado a resultados, lo que se convierte en un obstáculo para establecer el costo beneficio de las acciones adelantadas.

⁸⁸ Ficha EBI proyecto 384 SDS

4. DETECCIÓN TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO

4.1 PANORAMA GENERAL

El cáncer cervicouterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino. Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero y eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas; sin embargo, en más del 50% de las mujeres con lesiones pre-cancerosas, las células permanecen benignas. Con frecuencia, en sus etapas iniciales este cáncer no muestra síntomas, por lo que no se detecta hasta que se hace severo. El factor de riesgo más común del cáncer cervicouterino, es la exposición a ciertas variedades del *Papillomavirus Humano* (HPV)⁸⁹.

Aunque el cáncer cervicouterino es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria, hoy en día sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados⁹⁰.

En 2000 se calculó que habría cerca de 470.606 casos nuevos y 233.372 defunciones por carcinoma del cuello uterino (cáncer cervicouterino) al año entre las mujeres de todo el mundo. Además, se calculó que más del 80 por ciento de esta carga se presentaría en los países menos desarrollados, donde esta enfermedad es la principal neoplasia maligna entre las mujeres⁹¹.

4.1.1 Situación del cáncer de cuello uterino en Colombia y en el contexto mundial

Según la información más reciente proporcionada por diferentes fuentes como la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer IARC GLOBOCAN⁹² y la Asociación Española contra el Cáncer AECC, en 2002, el nivel de incidencia de los casos nuevos y de defunciones, que registró Colombia, es superior a las tasas calculadas para la mayoría de regiones del mundo (a excepción de África), de

⁸⁹ El HPV es una infección de transmisión sexual (ITS) que en muchos casos es asintomática. Organización Mundial de la Salud. OMS. Citada en Revista Electrónica de Portales Médicos.

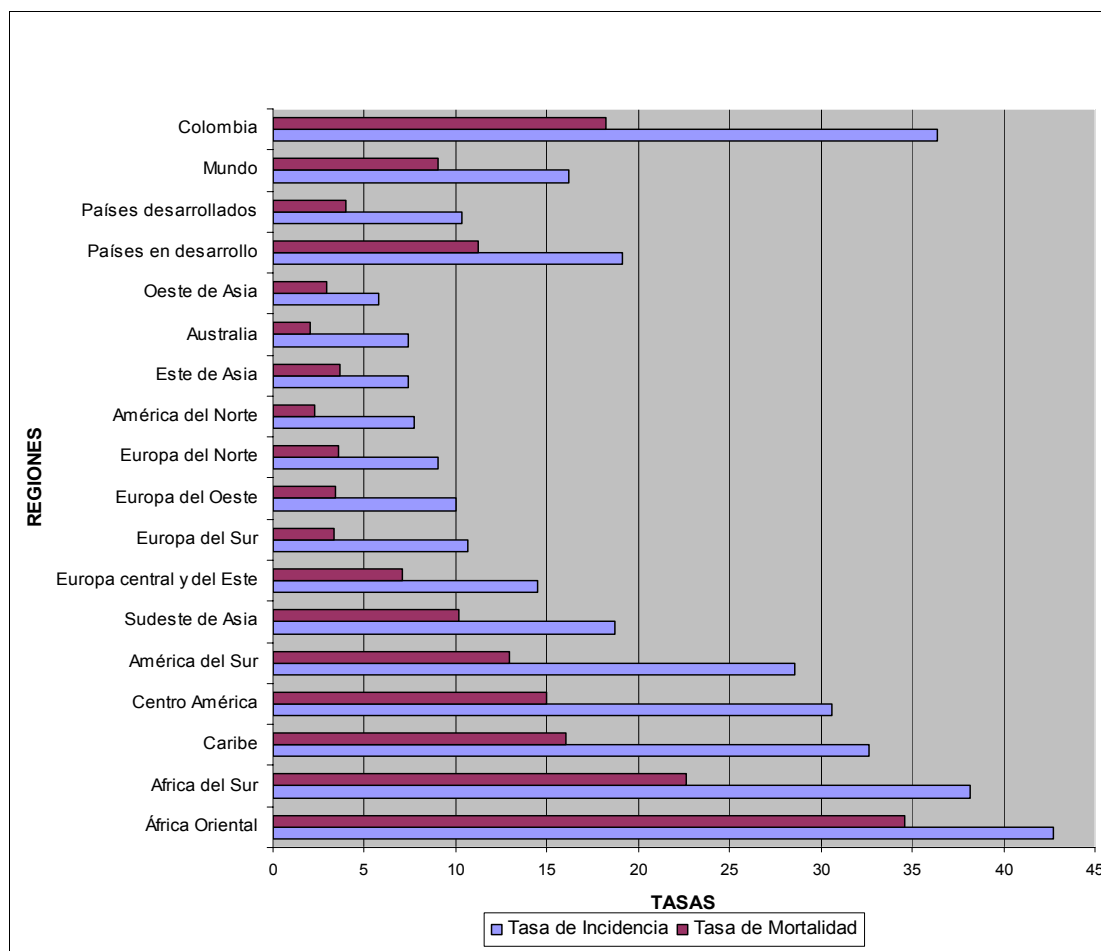
⁹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe OPS. 2004. Pág. 7

⁹¹ Organización Panamericana de la Salud. Op. Cit. Pág. 7.

⁹² Base de datos que proporciona información y estimaciones sobre el cáncer a nivel mundial. Estas estimaciones se basan en la más reciente de incidencia, mortalidad y supervivencia de los datos disponibles en la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer IARC.

manera que incluso son prácticamente el doble respecto del promedio estimado a nivel mundial, como se puede concluir con los datos del siguiente gráfico.

GRÁFICO 5
NEOPLASIA MALIGNA DEL CUELLO UTERINO—TASAS DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD
(POR CADA 100.000 MUJERES, POR REGIÓN, 2002)



Elaborado por la Subdirección de Análisis Sector Salud y Bienestar Contraloría de Bogotá⁹³

Al visualizar la problemática en el continente americano, a 2002 se pronosticaron 92.136 casos (19.6% del total mundial) y 37.640 (16% del total mundial) defunciones por cáncer cervicouterino, de los cuales corresponderían a América Latina y el Caribe 83,9% y 81,2%, respectivamente⁹⁴.

⁹³ Fuente: Ferlay et al. GLOBOCAN 2000 y 2002. Lyon: Agencia Internacional para Investigaciones en Cáncer / Internacional Agency for Cancer Research (IARC). Este cuadro proporciona una actualización de los datos presentados en el Cuadro 2, pág. 2 de: Lewis, Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2004. Los datos de Europa son tomados de la Asociación Española contra el Cáncer AECC.

⁹⁴ Organización Panamericana de la Salud. OPS. Op. Cit.

En el siguiente cuadro se detalla el comportamiento de este cáncer para algunos países de América en 2000 y 2002. Se evidencia que los países que mayor cantidad de casos nuevos presentan son Brasil, México y Estados Unidos; sin embargo, el nivel de incidencia en el caso de los países desarrollados (USA y Canadá) es inferior al 10%.

CUADRO 11
NEOPLASIA MALIGNA DEL CUELLO UTERINO—CASOS NUEVOS Y DEFUNCIONES, CON TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD (POR CADA 100.000 HABITANTES, POR PAÍS DE LAS AMÉRICAS, 2000 Y 2002)

Tasa de incidencia = TI | TM = Tasa de mortalidad

PAÍS	2000				2002			
	Casos nuevos	TI	Defunciones	TM	Casos nuevos	TI	Defunciones	TM
Argentina	2.953	14.2	1.585	7.6	4.924	23.2	1.679	7.8
Bolivia	1.807	58.1	661	22.2	1.831	55.0	987	30.4
Brasil	24.445	31.3	8.815	11.6	19.603	23.4	8.286	10.2
Canadá	1.608	8.2	650	2.8	1.502	7.7	581	2.5
Chile	2.321	29.2	860	10.7	2.163	25.8	931	10.9
Colombia	5.901	32.9	2.339	13.7	6.815	36.4	3.296	18.2
Costa Rica	424	25.0	197	12.1	392	21.5	210	12.0
Cuba	1.586	23.8	730	10.6	1.346	20.2	567	8.3
Ecuador	2.231	44.2	892	18.7	1.978	38.7	1.064	21.0
EUA	13.230	7.8	6.417	3.3	13.162	7.7	5.214	2.3
México	16.448	40.5	6.650	17.1	12.516	29.5	5.777	14.1
Paraguay	768	41.1	281	15.8	1.131	53.2	513	26.1
Perú	4.101	39.9	1.575	15.8	5.400	48.2	2.663	24.6
Uruguay	307	13.8	163	7.6	392	18.8	162	7.0
Venezuela	3.904	38.3	1.454	15.2	3.845	36.0	1.705	16.8

Fuente: Ferlay et al. GLOBOCAN 2000 y 2002. Lyon: Agencia Internacional para Investigaciones en Cáncer / International Agency for Cancer Research (IARC).⁹⁵

Colombia registra uno de los mayores niveles de incidencia y de casos nuevos, con indicadores superiores al 30% estimado en el número de casos por cada 100.000 habitantes.

Este problema se presenta con más incidencia en las zonas rurales del país en donde no hay una presencia significativa de ginecólogos especialistas en el examen de la biopsia y colposcopia⁹⁶, el cual permite identificar a través de una observación microscópica la presencia de lesiones precancerosas en el epitelio del cuello uterino.

De otra parte, en la Encuesta 2005 de Demografía y Salud de Profamilia, se dice que, en Colombia, el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer entre la población de mujeres de 30 a 59 años de edad y la segunda causa de mortalidad general por neoplasias. Entre 1995 y 2000, la proporción de

⁹⁵ Este cuadro proporciona una actualización de los datos presentados en el Cuadro 1, pág. 1 de: Lewis, Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2004.

⁹⁶ Después de un resultado anormal en la toma de la citología, la colposcopia es el examen más importante para hacer el diagnóstico definitivo y así establecer el tratamiento adecuado en el control del cáncer de cuello uterino.

defunciones por cáncer de cuello uterino entre las mujeres de 40 a 69 años de edad pasó de 54% a 62%; las defunciones de mujeres de 20 a 49 años aumentaron por esta causa de 34% a 37%.

Este panorama resulta crítico, si se tiene en cuenta que otros países registran disminución en las tasas de incidencia y mortalidad.

4.1.2 Estadísticas en Bogotá

La Secretaría Distrital de Salud señala que en Bogotá en el año 2000 el cáncer de cuello uterino fue responsable del 9.1% de las muertes por cáncer en mujeres, situación prácticamente igual que en 1991.

La misma entidad reporta que la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino está cerca de 250 mujeres al año. En Bogotá se presentan cada año 32.8 nuevos casos de cáncer de cuello uterino por cada 100.000 mujeres; y por cada 100.000 mujeres que fallecen 16.3 son a causa del cáncer de cuello uterino, lo que refleja unos indicadores levemente inferiores al calculado para el país⁹⁷.

El Instituto Nacional de Cancerología en su Boletín de 2006 registra 259 casos nuevos de cáncer de cuello uterino en pacientes residentes en Bogotá, de manera que no se evidencia cambios a favor en cuanto a los índices de la ciudad⁹⁸.

Otros datos que maneja la Secretaría Distrital de Salud, indican que sólo un 20% de las mujeres mayores de 14 años se someten periódicamente a exámenes de citología, el 80% restante se encuentra en condiciones de vulnerabilidad y riesgo. La mitad de las mujeres que acuden al examen no reclama los resultados, por tanto no conocen si están en riesgo y sí deben someterse a tratamiento inmediato.

En los casos que lo requieren, solamente un 10% accede a realizarse el tratamiento completo, es decir procedimientos como la histerectomía, quimioterapia y radioterapia.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 realizada por Profamilia⁹⁹, señalan que en Bogotá, el 10.1% de las mujeres nunca se ha hecho la citología vaginal, que justifican en mayor número por razones como miedo, descuido y pena. A diferencia de lo señalado por la SDS, la encuesta concluye

⁹⁷ Tomado de la página Web de la Secretaría Distrital de Salud. Información registrada con fecha 21 de marzo de 2006.

⁹⁸ Instituto Nacional de Cancerología, Anuario Estadístico 2006. Volumen 4. Noviembre de 2007.

⁹⁹ En el cuestionario individual de la ENDS 2005, las preguntas sobre citología vaginal se les hizo a las mujeres de 18 a 49 años de edad que habían tenido relaciones sexuales; en un cuestionario aparte, la misma sección se le hizo a todas las mujeres entre 50 y 69 años de edad, sin averiguar si habían tenido relaciones o no. Las preguntas tienen que ver con el conocimiento y uso de la citología vaginal; si las mujeres reclamaron los resultados, la proporción de los que resultaron anormales y si las mujeres fueron a tratamiento.

que el 91.1% de las mujeres reclama el resultado de la citología vaginal, y el 6.2% de ellos registran algún tipo de anomalía, en tanto el 4.6% fue a tratamiento.

4.2 PROGRAMA DETECCIÓN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

De acuerdo con la OMS al menos el 60% de los tumores malignos se puede prevenir o se puede detectar tempranamente. La prevención de cáncer y la detección temprana, son dos de los objetivos del modelo de control del cáncer que deben cumplirse teniendo como fundamento el conocimiento generado a través de la vigilancia y el análisis de situación; así como la investigación en la biología y en la epidemiología del cáncer.

En el país, hacia finales de la década de los ochentas el Ministerio de Salud crea el programa nacional para la detección y diagnóstico temprano de cáncer de cuello uterino y designó al Instituto Nacional de Cancerología como el organismo rector y director de los programas para la detección temprana de este cáncer.

Con la expedición de la Ley 100 de 1993, el plan nacional de cáncer pierde su vigencia, por las características del nuevo sistema, el programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino se convirtió en un conjunto de actividades descentralizadas cuya ejecución queda a cargo de las aseguradoras (EPS - ARS) y de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud IPS. En el Sistema General de Seguridad Social de Salud –SGSSS, se reglamentaron acciones para la detección temprana, definiendo actividades colectivas como la educación y la canalización de pacientes para la toma de citología dentro del plan de atención básica PAB, y acciones individuales que incluyen educación y toma de citología dentro del plan obligatorio de Salud POS¹⁰⁰.

En este sentido, el programa de detección y control del cáncer de cuello uterino en el SGSSS, se define como el conjunto de recursos (humanos, físicos y financieros), estrategias, procedimientos y actividades desarrollados de manera articulada en diferentes niveles de complejidad, desde los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con el propósito de reducir la mortalidad y las secuelas por esta patología¹⁰¹.

4.2.1 Lineamientos

Los lineamientos del programa de detección y control de CCU están contenidos en el Manual de Normas Técnico-Administrativas de la SDS, el cual incluye el

¹⁰⁰ Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. Modelo para el control del cáncer en Colombia. Bogotá, enero 2006.

¹⁰¹ Secretaría Distrital de Salud. Manual de Normas Técnico-Administrativas para el programa de detección y control del cáncer de cuello uterino en el Sistema General de Seguridad en Salud. Segunda edición, abril de 2005.

propósito general del programa, los objetivos, metas y estrategias. Estas últimas contienen acciones de inducción a la demanda, capacitación y garantía de una red de oferta de servicios de tamizaje, diagnóstico definitivo y tratamiento con calidad.

A su vez, se establecen como componentes de los objetivos y estrategias, la promoción de la salud sexual y reproductiva, el tamizaje, diagnóstico definitivo, tratamiento y rehabilitación, vigilancia en salud pública y el seguimiento y evaluación.

4.2.2 Organización

El programa se tiene organizado por redes y a cada ESE se le asigna un referente al cual, a su vez, se le definen las metas de cobertura sobre población subsidiada y vinculada entre 25 y 69 años de las localidades del área de influencia.

Las competencias que le corresponden a las diferentes entidades, en términos del programa de detección y control del cáncer de cuello uterino se reseñan en el siguiente cuadro, en el que se destaca la presencia del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud como instancia que asesora a la SDS en la formulación de las actividades y procedimientos del programa, así como en lo relativo a su régimen tarifario.

COMPETENCIA	ENTIDAD
Dirección, vigilancia y control del nivel nacional	Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud
Dirección, vigilancia y control en Bogotá	Secretaría Distrital de Salud, Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud.
Administración	EPS régimen contributivo y subsidiado. Secretaría Distrital de Salud
Atención en salud	EPS régimen contributivo y subsidiado, ESE, IPS públicas y privadas,

Fuente: Tomado del Manual de Normas Técnico-Administrativas para el programa de detección y control del cáncer de cuello uterino en el Sistema General de Seguridad en Salud

4.2.3 Recursos para las actividades del programa

Dado que el programa se maneja dentro de las acciones de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, su financiamiento se asegura con los recursos destinados para esas acciones.

De manera particular, interesa comentar que la SDS desarrolla las actividades de comunicación, educación e información grupal financiadas con recursos del Plan de Atención Básica. Las actividades de comunicación, educación e información individual y toma de citología de cuello uterino están financiadas en el régimen

contributivo y subsidiado por medio de la subcuenta de promoción y prevención, en tanto, para las usuarias no aseguradas, las actividades se financian con cargo al subsidio a la oferta.

Respecto a los costos del programa, en el período 2005-2007 la SDS ejecutó recursos por valor de \$2.503.5 millones por concepto de lectura de citologías, como se observa en el siguiente cuadro.

CUADRO 12
CITOLOGÍAS TOMADAS Y COSTO 2005-2007

AÑO	LÁMINAS LEÍDAS	COSTO			
		VALOR UNITARIO	SUBSIDIADO	VINCULADO	TOTAL
2005	182.967	4.450	376.775.375	442.566.345	819.341.720
2006	181.974	4.710	475.766.520	381.331.020	857.097.540
2007	174.116	4.750	ND	ND	827.051.000
TOTAL	539.057				2.503.490.260

Fuente: Dirección Salud Pública SDS. Laboratorio Centralizado. Abril 2008

Es importante aclarar que para el pago de las actividades del programa de detección y control del cáncer de cuello uterino, en el caso de los servicios prestados a población cubierta por el régimen subsidiado, desde el 2002 y hasta marzo de 2007, según lo señalado en el Acuerdo 229 de 2002, el pago era responsabilidad de la SDS sobre la base de los contratos celebrados con las 14 ESE para adelantar las actividades de prevención y promoción delegadas a los entes territoriales, entre ellas, los programas de detección y control de cáncer de cuello uterino. Desde abril de 2007 el 100% de la UPC-S se entrega al asegurador que es el responsable de contratar todas las actividades de prevención y promoción.

En virtud de lo anterior, en el primer período comentado, la toma y entrega de resultado de la citología se pagaba a la ESE y la lectura a la ESE La Victoria encargada de administrar el laboratorio centralizado de citopatología. Igual situación se daba en el caso de la atención de la población pobre no asegurada.

En caso de pacientes que requieran examen especializado (colposcopia y biopsia) la ESE de primer nivel remite a segundo y tercer nivel y contrata con ésta la toma del examen y lo relativo a la lectura se contrata con el laboratorio centralizado.

Respecto de la información relativa al programa para población del régimen contributivo, la SDS cuenta con información parcial, ya que no todas las aseguradoras remiten información y algunas de las que sí lo hacen, no la envían en su totalidad, ya que no existe norma que las obligue¹⁰².

¹⁰² En este sentido, el trabajo que se realiza propende por estimular a las EPS en la necesidad de reportar la información y para tal efecto, la SDS les ha circularizado apoyada en un convenio suscrito con ACEMI en donde se les requiere información específica con corte a fechas determinadas.

4.2.4 Acciones y Resultados

Con información suministrada por el laboratorio centralizado de citopatología (régimen subsidiado y población vinculada) y datos reportados por las EPS (régimen contributivo), la cobertura propuesta para cada año, se estimó a partir de la población de mujeres entre 25 y 69 años, según censo DANE.

CUADRO 13
COBERTURA DE CITOLOGÍA MUJERES ENTRE 25 A 69 AÑOS 2004-2007

AÑO	POBLAC OBJETO	COBERTURA		CUMPLIMIENTO (Logro/propuesta)*100
		PROPUESTA	LOGRO	AÑO
2004		24%	22%	92%
2005		34%	29%	85%
2006	1.918.211	42% (805.649)	36% (685.577)	85%
2007	1.970.552	46% (895.151)	33% (602.259)	72%

Fuente: SDS – Dirección de Salud Pública

Al analizar el cumplimiento de las metas, se observa que mientras la propuesta de cobertura para el período 2004-2007 se incrementa en 22 puntos porcentuales, frente al logro, éste apenas aumentó 11 puntos porcentuales, evidenciando que de un cumplimiento del 92% en 2004, se disminuyó al 72% en 2007, con ello se ratifica que las acciones de promoción y prevención para toma de citología, no están llegando a la totalidad de la población que lo requiere.

Respecto a la cobertura por tipo de afiliación, se tiene que el 59% de la población a atender pertenece al régimen contributivo, en el subsidiado cerca del 18%, en tanto en el vinculado corresponde al 23%.

CUADRO 14
COBERTURA DE CITOLOGÍAS POR TIPO DE AFILIACIÓN 2007

CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADO
COBERTURA 50%	COBERTURA 16%	COBERTURA 11%
CUMPLIMIENTO META 2007 109%	CUMPLIMIENTO META 2007 34%	CUMPLIMIENTO META 2007 23%

Fuente: SDS – Dirección de Salud Pública

Se observa mayor aporte del régimen contributivo en el cumplimiento de las metas, ya que sobrepasaron lo programado; mientras que en el régimen subsidiado el cumplimiento fue 34%. La situación más delicada se presentada

en la atención a la población pobre no asegurada, que tan solo llegó al 23% de cumplimiento.

Por lo anterior, se hace necesario que las EPS del régimen subsidiado y la Secretaría Distrital de Salud redoblen esfuerzos en acciones de información y sensibilización, así como se incentive la demanda inducida en la población pobre no asegurada, para lograr mayores coberturas. Las estrategias de educación y comunicación masivas son soporte fundamental para que se logre mayor efectividad.

Acerca de las actividades ejecutadas por las empresas sociales del estado en los dos últimos años, es importante considerar lo atinente a la entrega de resultados. En este sentido, se observan diferencias sustanciales tanto por vigencia como para cada uno de los hospitales, ya que por ejemplo, en San Cristóbal no se entregó cerca del 50% de los resultados en 2006 y en 2007 sólo el 3%.

CUADRO 15
ACTIVIDADES EJECUTADAS POR ESE 2006-2007

ESE	CITOLOGÍAS TOMADAS		CITOLOGÍAS ANORMALES NO ENTREGADAS				CITOLOGÍAS NORMALES NO ENTREGADAS			
	2006	2007	2006	%	2007	%	2006	%	2007	%
SUBA	15619	21381	608	3.9	245	1.1	7071	45.3	1570	7.3
SAN CRISTÓBAL	18116	15514	859	4.7	396	2.6	7645	42.2	8	0.1
RAFAEL URIBE	16383	16191	1351	8.2	1151	7.1	1951	11.9	4712	29.1
USAQUEN	6255	5616	237	3.8	23	0.4	2223	35.5	1393	24.8
CHAPI NERO	7080	5069	127	1.8	152	3.0	2990	42.2	1118	22.1
CENTRO ORIENTE	5523	5256	451	8.2	106	2.0	4913	89.0	556	10.6
USME	11971	13399	844	7.1	634	4.7	500	4.2	500	3.7
TUNJUELITO	3968	6280	134	3.4	175	2.8	517	13.0	1243	19.8
VISTA HERMOSA	25564	23655	1586	6.2	341	1.4	12108	47.4	1694	7.2
DEL SUR	21379	26013	806	3.8	3699	14.2	10533	49.3	1807	6.9
FONTIBON	4642	6016	85	1.8	430	7.1	2205	47.5	2713	45.1
NAZARETH	228	316	8	3.5	13	4.1	215	94.3	61	19.3
ENGATIVA	13889	12859	497	3.6	394	3.1	744	5.4	2028	15.8
PABLO VI BOSA	17522	22548	854	4.9	377	1.7	1999	11.4	2153	9.5
TOTAL	168139	180113	8447	5.0	8136	4.5	55614	33.1	21556	12.0

Fuente: Dirección de Salud Pública SDS

Sumados los resultados normales y anormales no entregados, se tiene que, en 2006 correspondió al 38% de los resultados y en 2007 al 16.5%.

En general se observa un alto número de resultados no entregados, dentro de los cuales 5% presentan anomalía, por lo que las pacientes desconocen la urgencia de realizarse exámenes especializados, a fin de corroborar o rechazar cualquier riesgo de cáncer de cuello uterino. Por lo anterior, se resalta la necesidad de fortalecer los programas de promoción por parte de las ESE, donde se concientice a las mujeres sobre la importancia de reclamar los resultados de las citologías practicadas.

En efecto, la SDS admite que entre otras causas que limitan la efectividad de las acciones tendientes a disminuir los índices de mortalidad derivados del cáncer de cuello uterino, se encuentran, la demora en la entrega de resultados de citologías o su no reclamación por parte de las usuarias y la dificultad para ubicarlas por cambio de residencia o por información inconsistente¹⁰³.

En conclusión se observa, por una parte, baja gestión en el cumplimiento de las actividades de prevención de cáncer de cuello uterino a nivel de EPS-S y ESES (vinculados y subsidiados), asociado al precario seguimiento y control por parte de estas entidades, hacia las mujeres a las que se les ha detectado alteraciones o anomalías, además la falta de educación y conocimiento del problema y de las medidas preventivas por parte de la población femenina de la ciudad¹⁰⁴.

¹⁰³ Secretaría Distrital de Salud. Oficio R:19034 de 7 de febrero de 2008.

¹⁰⁴ Secretaría Distrital de Salud. Oficio R:19034 de 7 de febrero de 2008.

5. DE LOS PROGRAMAS ERA, PAI Y DETECCIÓN DE CÁNCER CUELLO UTERINO EN EL MARCO DE LA POLÍTICA PÚBLICA

Teniendo como premisa que la atención en salud es un derecho fundamental, en cabeza del Estado como garante del acceso a los servicios de promoción y prevención, se tiene que los temas abordados en el presente estudio hacen parte de un conjunto de múltiples actividades que en suma conforman los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que hacen parte del sistema general de seguridad social en salud.

La política nacional y distrital que orienta las acciones de promoción y prevención guardan directa relación con acuerdos y objetivos internacionales, como los objetivos de desarrollo del milenio y los postulados de la Organización Mundial de la Salud.

El cuarto objetivo de las Metas del Milenio contempla: reducir la mortalidad Infantil, de los niños y niñas menores de cinco años en dos terceras partes entre 1990 y 2015. El país definió reducir a 17 muertes por mil nacidos vivos la mortalidad en menores de cinco años y alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en 95% con el PAI para los menores de cinco años.

Igualmente, en el país es declarada la imperiosa necesidad de proveer a los menores de todas las condiciones en salud, nutrición, educación, acceso a servicios públicos y servicios que satisfagan efectivamente las necesidades de estos menores en condiciones de equidad, respeto e igualdad.

Estos temas también hacen parte de las políticas generales definidas en el Plan de Desarrollo del Distrito, 2004-2007 –Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión, así : *Ejercicio pleno de los derechos de los niños y las niñas* mediante la cual se propuso generar las condiciones materiales y efectivas para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos a través de intervenciones dirigidas a enfrentar problemas fundamentales que padecen niños y niñas en situación de pobreza y vulnerabilidad, lo que implica una acción estatal coordinada y efectiva que permita entre otras, una nutrición adecuada, protección integral e inclusión social con equidad.

La administración distrital concretó la formulación de la *política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes Bogotá 2004-2008*, que se centra en la garantía de los derechos para mejorar su calidad de vida; se soporta en tres ejes: Protección de la vida, generación de escenarios propicios para el desarrollo y condiciones para el ejercicio de la ciudadanía, tema que se encuentra enunciado como el octavo principio de política pública y acción, del actual plan de desarrollo

“Bogotá Positiva para vivir mejor” 2008-2012, con lo que se esperan cambios fundamentales desde la gestión pública tradicional, actitudes y concientización de los bogotanos en torno a la importancia de aportar en la construcción de una niñez digna y plena que tenga futuro.

Podría señalarse que el *deber ser* frente a los derechos que les asisten a los niños y niñas está plenamente abordado desde los postulados de las políticas públicas; no obstante, algunos referentes como la mortalidad infantil evitable por neumonía continúa mostrando que tan solo en los últimos tres años murieron 318 menores de cinco años en la ciudad.

De otro lado como inadmisibles pueden considerarse situaciones como: que la principal causa de mortalidad infantil por ERA tenga relación con barreras de acceso que impiden una atención integral, que cerca de 82% de los niños entre cero y cuatro años de edad de la ciudad, es decir 487.000, no posean su esquema de vacunación completa y que además entre otras razones el escenario natural de discusión y concertación de política pública distrital no evidencie el accionar institucional e intersectorial que demanda la atención de los menores en todas sus dimensiones en procura de asegurar una mejor calidad de vida de esta franja de población bogotana.

Acciones que revisten mayor importancia cuando Bogotá presenta cifras tan preocupantes como que de los 563.279 hogares con necesidades básicas insatisfechas, el 52%, es decir 277.640 son hogares con niño, niñas y adolescentes y que el 38% de personas en línea de pobreza son niños, niñas y adolescentes y que bajo línea de indigencia se encuentran 337.217 menores de 18 años. Lo anterior deja entrever que la complejidad de los problemas impone una mayor y mejor articulación en las acciones de las entidades que participan en el desarrollo de estas políticas

Con relación al otro tema de estudio; detección de cáncer de cuello uterino, el sexto objetivo del milenio apunta a reducir entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes, donde una de las metas para el país se estableció en reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 por cien mil mujeres.

Este tema se encuentra inmerso dentro de la política general *Intervención social integral* del plan de desarrollo Bogotá sin Indiferencia, y en el programa del eje social *salud para la vida digna.*, que para el período 2004-2007 planteó como meta aumentar al 50% la cobertura de la citología vaginal.

El CCU es una de las principales causas de mortalidad en mujeres entre 25 y 69 años en Bogotá, está cerca de 250 mujeres al año. Así mismo, presentan 32.8 nuevos por cada 100.000 mujeres; y por cada 100.000 fallecen 16.3, lo que refleja la gravedad de esta patología en la salud de las mujeres de la ciudad.

Las acciones adelantadas por la administración distrital distan de ser alcanzadas, toda vez que a 2007 solo alcanzó el 72% de la meta prevista.

Ante esta problemática se evidencia la debilidad de los programas en el componente de promoción y educación para que las mujeres se concienticen de la importancia de practicarse exámenes de detección temprana y sobretodo estar atentas a conocer los resultados.

Si bien, normativamente se plantea la obligatoriedad institucional de realizar diferentes acciones de prevención y promoción específica para esta enfermedad, los resultados del presente estudio señalan serias dificultades: Demora en la entrega de resultados de citologías, no reclamación de resultados por parte de las usuarias y la dificultad para ubicarlas bien sea, por cambio de residencia o por información inconsistente, lo que le impone a la SDS el reto de diseñar estrategias audaces, que faciliten a las usuarias el acceso y mantenimiento dentro del programa de CCU como estrategia para evitar la alta mortalidad que se viene presentando en la ciudad.

6. CONSIDERACIONES GENERALES

En general, los temas analizados como parte de los programas de salud pública, revisten una gran complejidad dada por varios aspectos: como la dispersión normativa, el impacto en la población objeto, la deficiencia en los soportes de información, el manejo global de recursos, aspectos que limitan análisis particulares.

Un tema que reviste importancia a la hora de evaluar los efectos de la política pública, se relaciona con la cuantificación de recursos destinados por la administración distrital para desarrollar los programas, situación que se dificulta por la falta de costeo por actividades y, pese a existir, la metodología del presupuesto orientado a resultados, no es posible establecer de manera precisa el monto efectivo de recursos que la administración ha destinado.

Durante el estudio se pudo observar que a nivel general el sistema de información en salud del Distrito es deficiente, la SDS sobre un mismo tema presenta diferentes datos de acuerdo con la dependencia que los maneja, perdiendo de vista que, cuando la Secretaría reporta una información, debe haberse surtido el proceso interno de consolidación de acuerdo con el actuar de cada dependencia, con el fin de evitar continuos ajustes en la información entregada de manera oficial.

La Secretaría Distrital de Salud realiza una labor importante en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, que le ha merecido reconocimiento a nivel nacional por parte del Ministerio de la Protección Social y se ha convertido en un referente para otros entes territoriales en salud; sin embargo, sería pertinente intensificar esfuerzos a fin de cohesionar la operatividad del programa a nivel interno, así como relacionarlo con otros programas de salud pública, que permitan mejores resultados en la salud de la población menor de cinco años de la ciudad.

En el Distrito se han realizado diferentes acciones tendientes a disminuir las Enfermedades Respiratorias Agudas, sin embargo la acción principal debería estar encaminada a la articulación de la acción estatal a fin de mitigar problemas estructurales que aportan a la aparición de la enfermedad como el mejoramiento de la calidad del aire en Bogotá, el acceso a servicios públicos básicos, las condiciones de vivienda, entre otros. Hasta que no se dé un mejoramiento substancial en este sentido la problemática en la ciudad seguirá creciendo, de que sirve invertir recursos en promoción, prevención y tratamiento de esta enfermedad, si las causas que la genera crecen día a día.

Si bien la administración distrital ha logrado grandes avances en el descenso de las cifras reportadas mediante los indicadores de mortalidad por Neumonía en menores de cinco años, se observa que esta reducción no ha sido uniforme en las diferentes localidades del Distrito, en especial en Teusaquillo (27,7) Ciudad Bolívar (25,8) y San Cristóbal (19,0) donde los registros distan ostensiblemente de la meta planteada del 17,5., situación que permite inferir que las acciones de promoción y prevención no han sido eficaces.

De otro lado como inadmisibles pueden considerarse situaciones como: que la principal causa de mortalidad infantil por ERA tenga relación con barreras de acceso que impiden una atención integral, que cerca de 82% de los niños entre cero y cuatro años de edad de la ciudad, es decir 487.000, no posean su esquema de vacunación completa y que además entre otras razones el escenario natural de discusión y concertación de política pública distrital no evidencie el accionar institucional e intersectorial que demanda la atención de los menores en todas sus dimensiones en procura de asegurar una mejor calidad de vida de esta franja de población bogotana.

Desde este ente de control se plantea como tema de reflexión que la pertinencia del establecimiento de las metas propuestas por el Distrito en lo referente al programa de detección del cáncer de cuello uterino no vayan exclusivamente ligadas al aumento de la cobertura de la toma de la citología vaginal, por cuanto como se vio reflejado en el estudio existe un porcentaje significativo de resultados que no son reclamados por las pacientes, perdiéndose de esta manera parte de los recursos humanos, físicos y financieros invertidos, y más aún cuando se tiene conocimiento que el 5% de los resultados no reclamados presentan anormalidad, situación que afecta directamente la salud de la ciudadanía.

El CCU es una de las principales causas de mortalidad en mujeres entre 25 y 69 años en Bogotá, está cerca de 250 mujeres al año. Así mismo, presentan 32.8 nuevos por cada 100.000 mujeres; y por cada 100.000 fallecen 16.3, lo que refleja la gravedad de esta patología en la salud de las mujeres de la ciudad que pone en tela de juicio la efectividad del programa y de la política en salud pública.

Si bien, normativamente se plantea la obligatoriedad institucional de realizar diferentes acciones de prevención y promoción específica para esta enfermedad, los resultados del presente estudio señalan serias dificultades: Demora en la entrega de resultados de citologías, no reclamación de resultados por parte de las usuarias y la dificultad para ubicarlas bien sea, por cambio de residencia o por información inconsistente, lo que le impone a la SDS el reto de diseñar estrategias audaces, que faciliten a las usuarias el acceso y mantenimiento dentro del programa de CCU como estrategia para evitar la alta mortalidad que se viene presentando en la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo No. 119 de junio 3 de 2004. Plan de Desarrollo Económico Social y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2004-2008 “Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión.

Acuerdo No. 308 del 9 de junio de 2008. Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental Y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008 – 2012 “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes. Bogotá 2004-2008.

Asociación Española contra el Cáncer AECC. El cáncer invasivo de cuello de útero en cifras. Consultado en la página web.

Centro de Proyectos para el Desarrollo. CENDEX. Universidad Javeriana. Documento de Trabajo. ¿Hacia dónde debe orientarse el PAB en Colombia?. 2004.

Contraloría de Bogotá, Informes de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Vigencia 2007.

Concejo de Bogotá. Proyecto de Acuerdo no. 411 de 2006. “Por medio del cual se hace detección temprana, registro, seguimiento y control a las mujeres con infección por papiloma virus humano –vph- con el fin de disminuir la incidencia y la prevalencia del cáncer del cuello uterino en el Distrito Capital”.

Departamento Nacional de Planeación DNP. Documento Conpes 3338, 28 de febrero de 2005. “Autorización a la nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral con el fin de financiar el programa ampliado de inmunizaciones –PAI- 2005-2008”.

Decreto 273 de 2004. Por el cual se crea el Comité Distrital para la Prevención y Atención de la Enfermedad Respiratoria Aguda y se dictan otras disposiciones.

Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Instituto Nacional de Cancerología, Subdirección de investigaciones. Vacunación contra el virus del papiloma humano en Colombia. Raúl Murillo, en Revista Colom.Cancerol.2006, pg.85 a 97.

Instituto Nacional de Cancerología, Anuario Estadístico 2006. Volumen 4. Noviembre de 2007.

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia.

Ministerio de la Protección Social. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007.

Ministerio de la Protección Social. Exploración de la participación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud departamental, distrital y municipal en la aprobación y seguimiento del PAB 2004 a 2007; aprobación, seguimiento y evaluación del POA 2005 y aprobación del POA 2006. Bogotá, Marzo 7 de 2007

Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2007.

Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe OPS. 2004

Organización Mundial de la Salud OMS. Control Integral del Cáncer Cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2007.

Population Referente Bureau PRB. Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical ACCP. La prevención del cáncer cervical a nivel mundial. 2004.

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2005. Capítulo XV. Detección temprana del cáncer de cuello uterino y mama.

Procuraduría General de la Nación. El derecho a la Salud. Bogotá, primera edición mayo de 2008.

Secretaría de Salud de Bogotá. Manual de Normas Técnico-Administrativas para el programa de detección y control del cáncer de cuello uterino en el sistema general de seguridad en salud. Segunda Edición abril de 2005.

Secretaría Distrital de Salud. Informe de gestión 2004-2007. La salud no es un favor, es un derecho. Bogotá, 2007.

Secretaría Distrital de Salud. Boletines ERA No. 35-48

Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos técnicos y administrativos para la prevención y atención de la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA). Bogotá 2007.



Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Boletín de Estadísticas. No. 6 enero-diciembre de 2006

Universidad de Caldas. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Volumen 7. Manizales, octubre de 2002.

Universidad Nacional de Colombia. Revista de Salud Pública. Volumen 4 - Marzo 2002 - Número 1.