



# Atención Primaria en Salud

## “LINEAMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA”

Juan Carlos González<sup>++</sup>



<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Lineamiento-atencion-integral.pdf>

¿Cómo hacer evidente y entendible la Atención Primaria en Salud (APS)? Este documento publicado en 2014 es, a juicio de quien hace este resumen, un intento por hacerlo a través de mostrar la **integralidad** de la atención bajo la concepción de la APS. Pero, además, han querido darle una visión didáctica adicional. A continuación, y con algunos comentarios, se hará un resumen, invitando a los interesados a acceder al documento original en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Lineamiento-atencion-integral.pdf>

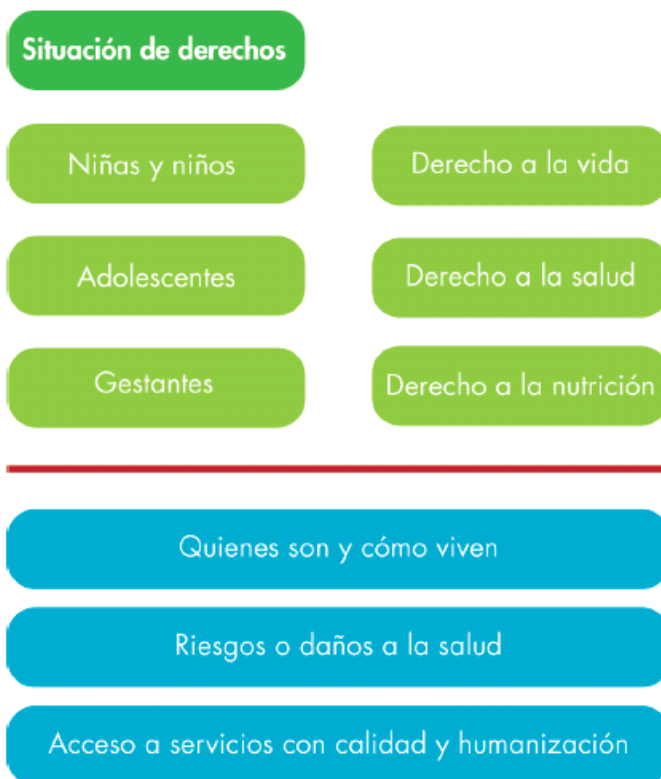
Comienza el documento con un pretest que, sin duda, busca que los lectores midan qué saben de los aspectos claves de esta línea de atención.

### La introducción

Destaca la normatividad jurídica y constitucional que protege a la infancia, que se puede resumir en la ley 1098 de 2006<sup>ss</sup>. Resalta la Ruta Integral de Atenciones (RIA) como referente, para que los distintos sectores sepan qué hacer.

<sup>++</sup> MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria – [juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co)  
<sup>ss</sup> [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1098\\_2006.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html)

## Situación de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes, con énfasis en los derechos a la vida, a la salud y a la nutrición.



La imagen representa el mapa en que desarrollan este capítulo.

### En Colombia han mejorado todos los indicadores de infancia

Los indicadores así lo demuestran. 1 de cada 3 colombianos es menor de 18 años. En la periferia (departamentos con predominio de zonas rurales dispersas), el 50 % de la población es menor de 18 años. Resaltan como el 0,9 % de los jóvenes menores de 18 años son víctimas del conflicto armado.



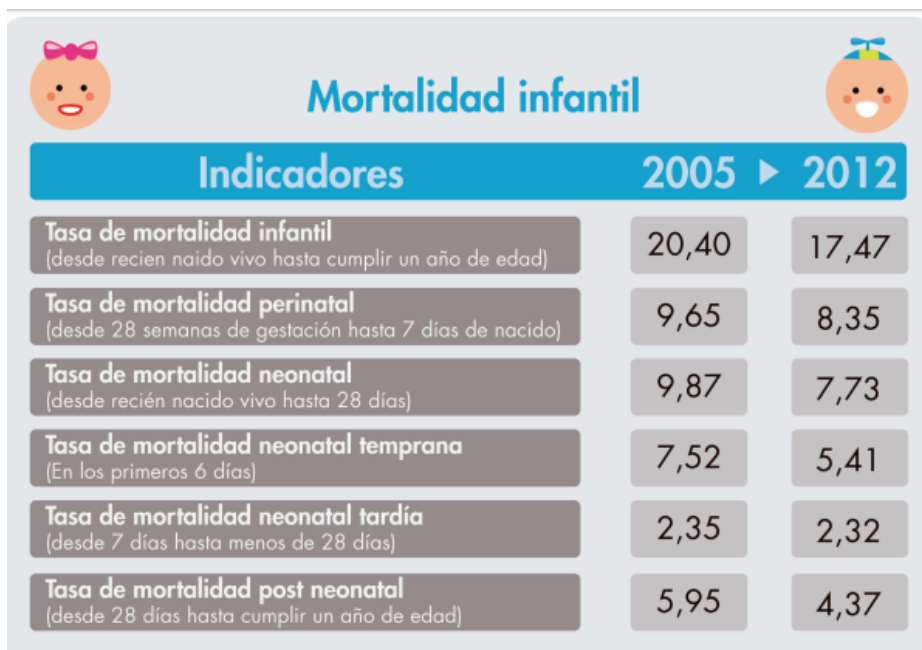
Resaltan que, en 2 de cada 3 hogares sometidos a pobreza extrema, existen al menos tres niños menores de 12 años, razón clave para ofrecerles la mejor atención de salud posible; así disminuimos un poco esta inequidad.



### La mortalidad materna

Está en descenso (de 71 X 100 000 en 2010, bajó a 65 X 100 000 en 2012) y, en las familias más pobres, ocurren 2 de las 3 muertes sucedidas. Esta es otra razón para que los servicios de salud de las poblaciones más pobres se esmeren por ofrecerles una atención especial (disminuir la brecha de la desigualdad), por ejemplo, asegurando y facilitando el acceso a los controles prenatales (e incluso más).

Ciertamente el documento trae una gran cantidad de indicadores y orgullosamente se puede afirmar que el 99 % de los partos son atendidos por personal de salud (médicos). El acceso a la consulta está mejorando y, casi 9 de cada 10 embarazadas, recibieron suplementos nutricionales (ácido fólico y vitaminas) durante su gestación.



FUENTE: EEVV-DANE. Consulta cubo indicadores SISPRO 30/10/2014.

Desafortunadamente son los departamentos de la periferia (los más pobres) los que ponen las mayores tasas de mortalidad. ¡Carambas! ¡Justo en esas zonas los servicios de salud deberían ser más especiales y mejores!



Esta comparación en torno a mortalidad refleja muy bien la razón por la cual los servicios de salud deben hacer un esfuerzo por ser **mejores** en la periferia. Mejor dicho, al menos en la periferia, la APS debería funcionar a plenitud. ¿Cómo? Integrando lo más posible y creando estímulos suficientes para que el personal de salud se comprometa con estas zonas.



### Sobre deficiencias de micronutrientes\* en niños y niñas que tienen anemia:

En 2005 **33%** En 2010 **27%**



Región más afectada:  
Región Pacífica (32%)

\*Fue más prevalente en niveles I y II del SISBEN y en el área rural.

- 24,3% de los niños y las niñas tienen deficiencias de vitamina A y Zinc.<sup>30</sup>
- 42,5% de los niños y las niñas menores de tres años recibe frutas y verduras que contienen vitamina A.
- 69,4% recibe carnes, pescado, pollo o huevo.
- 30% no recibe diariamente fuentes de proteína animal.

ENSIN 2010



### Sobre lactancia materna...

¡Superior al 95% desde el año 2000!

En 2000:  
95,5%

▲ En 2005:  
97,1%

▼ En 2010:  
96%

Se observa un aumento de la lactancia materna, tal y como lo recomendó el Comité de los Derechos del Niño.

Lactancia materna exclusiva:		Lactancia materna total:	Lactancia materna inicial:		
En 2005: 2.2 meses	En 2010: 1.8 meses ▼	Permanece en 14.9 meses	En 2000: 61,3%	En 2005: 49%	En 2010: 57%

Porcentaje de recién nacidos que recibieron leche materna durante el primer día de nacidos:

En 2000: 86,6%



En 2005: 22,4%



En 2010: 19,7%

ENSIN 2010

La gráfica pone de manifiesto las mejoras en torno a la situación nutricional.

Con relación al acceso, los indicadores ponen de manifiesto cómo se ha venido mejorando en la consulta y en la hospitalización. Paradójicamente la asignación de citas es mejor en la población de maternas y niños y adolescentes en el régimen subsidiado.

El documento expone la situación de la atención con base en la Defensoría del Pueblo, así como en la situación de los registros, en los cuales, como reflejo de la calidad documental, 3 historias clínicas de cada 10, no cumplen con lo acordado (medido a través de la consulta de puerperio, siendo la gestación una de las situaciones más vigiladas).

### Por cambiar

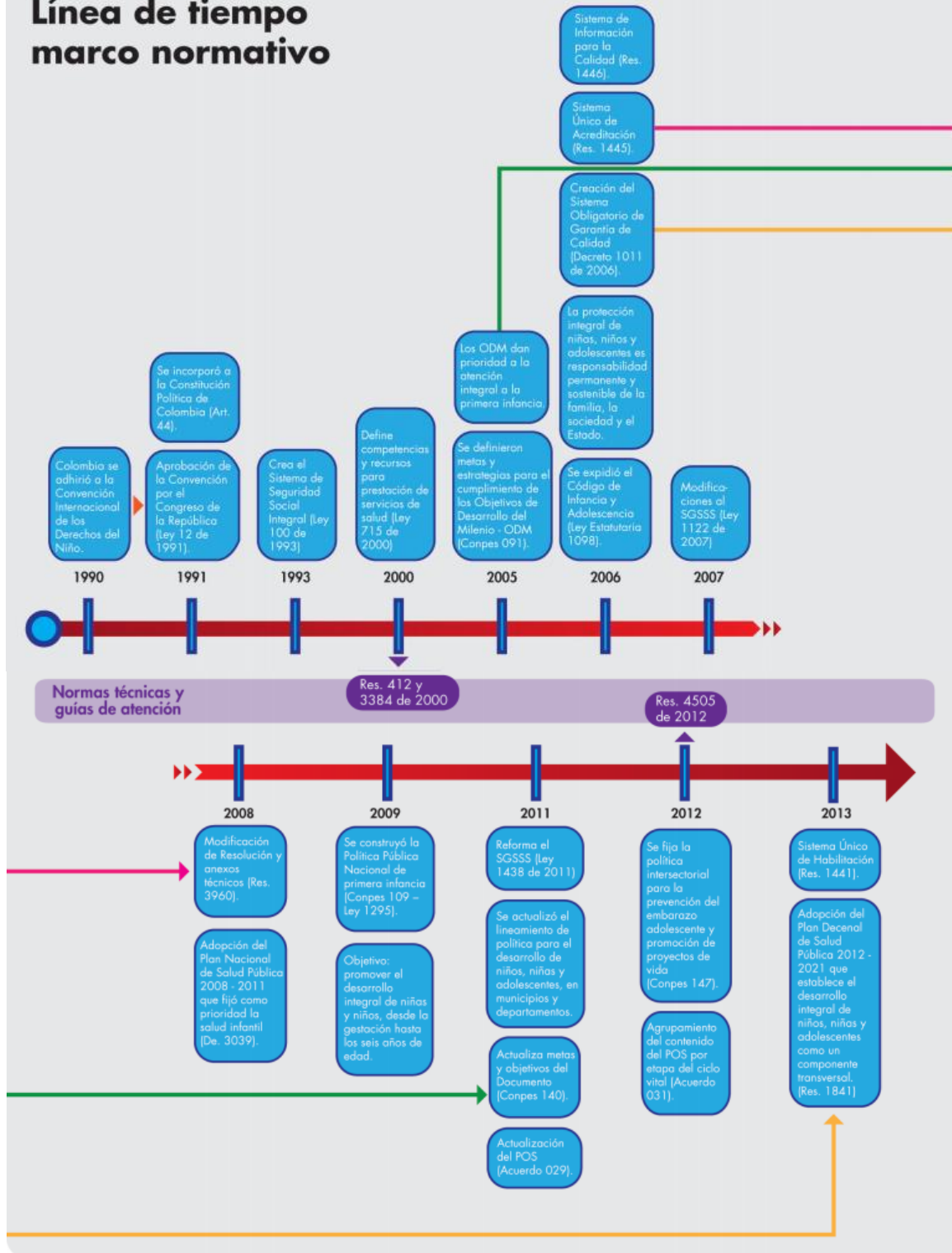
Es importante hacer ver a la población y a los prestadores de salud, la importancia de realizar los controles del niño sano.

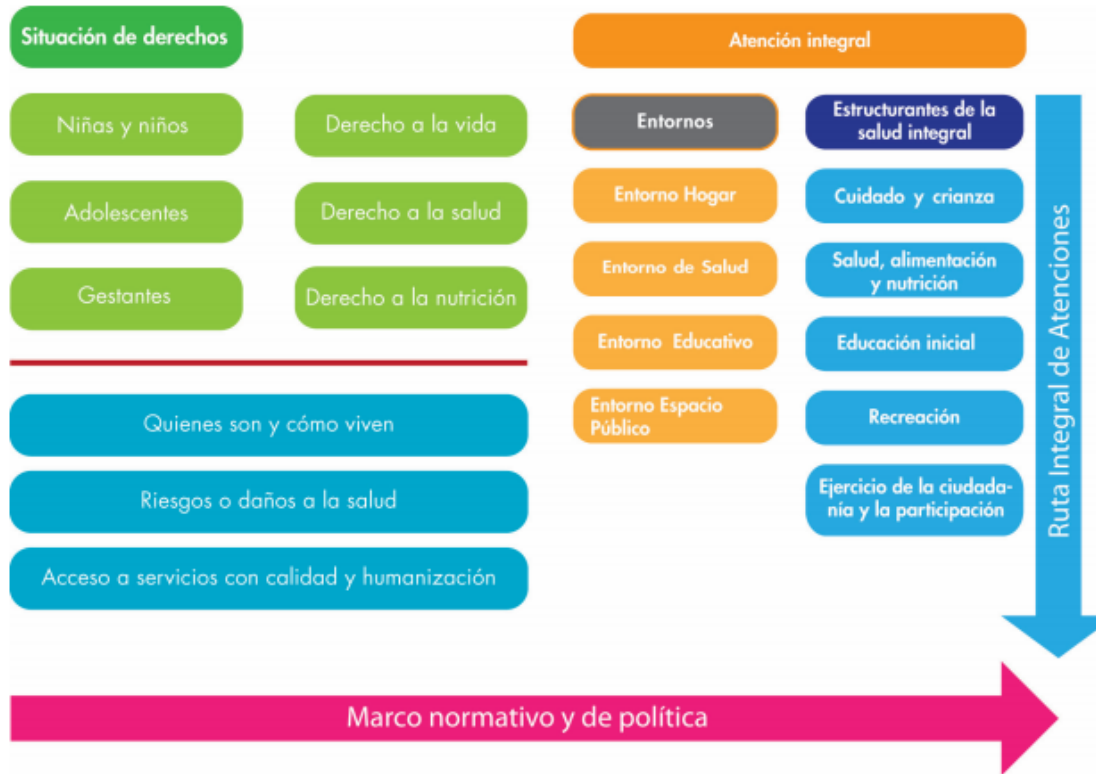
Aún en la actualidad, la visión dominante de la atención deja por fuera la manifiesta importancia de la prevención.

En síntesis, Colombia ha mejorado mucho en torno la salud de los niños, adolescentes y gestantes, pero en la periferia, esas mejoras no han llegado aún.

## MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICA

### Línea de tiempo marco normativo





El anterior es el mapa de este capítulo donde exponen una muy buena imagen de todas las leyes y resoluciones que han surgido desde 1990.

**Las realizaciones para cada niña y niño implican que**

- Cuenta con padre, madre o cuidadores principales que le acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral. ✓
- Vive y disfruta del nivel más alto posible de salud. ✓
- Goza y mantiene un estado nutricional adecuado. ✓
- Crece en entornos que favorecen su desarrollo. ✓
- Construye su identidad en un marco de diversidad. ✓
- Expresa sentimientos, ideas y opiniones en los entornos cotidianos, y estos son tenidos en cuenta. ✓
- Crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración. ✓



### Necesidad de interactuar en los entornos

Se refiere a los espacios en donde los seres humanos interactúan. Son:

1. **El hogar**, donde potencializar el afecto y el cuidado de los adultos resulta ser determinante.
2. El entorno de la salud (**servicios de salud**). Encargado de ser evaluadores de la promoción y seguimiento de los niños.
3. El entorno educativo (**guarderías, colegios, etc.**). Encargado de estimular la identidad, la convivencia y el aprendizaje de los niños.
4. El entorno social (**barrio**). Encargado de desarrollar la cultura ciudadana.

### Los primeros 1000 días de la vida

Existe evidencia contundente de la importancia de ofrecer el máximo de oportunidades en los primeros tres años de vida (cuando ocurren el 85 % de las conexiones neuronales). Resulta clave para el resto de la vida.

### El papel de las Rutas Integrales de Atención (RIA)

Estas rutas han de proponer a los actores (servicios de salud, autoridades territoriales y EPS) el papel que les corresponde con base en el momento vital (preconcepción, gestación, nacimiento hasta los tres años y de los tres a los cinco años).

### Lo que se debe garantizar

**1 Un ambiente sano**  
Entornos protectores y promotores del desarrollo, que favorezcan y promuevan la calidad de vida de las presentes y futuras generaciones, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.

**2 El derecho a una alimentación**  
Sana, apropiada, oportuna, segura y acorde con las condiciones territoriales y culturales.

**3 Una convivencia familiar, social y comunitaria**  
Libre de las diferentes formas de violencia, con fuertes vínculos con los cuidadores, así como con la capacidad social y cultural de estos últimos para el cuidado en todos los entornos en donde trascurren su vidas.

**4 El ejercicio de la sexualidad**  
Las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permiten a mujeres y hombres el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad como un derecho humano.

**5 Los modos, condiciones y estilos de vida saludables**  
En los entornos en donde se desarrollan, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y enfermedades transmisibles\* y no transmisibles\*\*

**6 La protección ante emergencias y desastres**  
A nivel individual y colectiva, procurando reducir los daños que afectan la salud humana y ambiental con el fin de contribuir en la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida.

En la imagen anterior están representadas las seis líneas o estrategias a desarrollar cuando se atiende a los niños y adolescentes. Nosotros como servicios de salud nos hemos de comprometer con dichas líneas, diseñando planes para abordarlas.

### La salud en la atención integral a la primera infancia y la adolescencia

Parte del compromiso de los padres, de la protección que reciben de su familia y de la calidad de los servicios de salud que priorizan a esta población. La voluntad del Gobierno es fortalecer su actuar en este ciclo vital.



## La alimentación y nutrición

### Lo que demuestra la evidencia

- ▶ Existe una reducción significativa del **20%** en el riesgo de bajo peso al nacer, asociada con la suplementación prenatal de hierro solo o en combinación con ácido fólico.<sup>45</sup>  
Imdad & Bhutta (2012)
- ▶ El riesgo de muerte de los niños menores de 5 años se redujo en **34%** cuando la madre consume suplementos de hierro y ácido fólico.<sup>46</sup>  
Dibley & Titaley (2012)
- ▶ En una revisión de Cochrane en 2010, que incluyó cinco ensayos de suplementos de ácido fólico, se identificó un **72%** de reducción en el riesgo de defectos del tubo neural.<sup>47</sup>  
Cochrane (2010)
- ▶ La mortalidad desde el nacimiento hasta los siete años se redujo en **31%** en los hijos de madres que habían recibido hierro y ácido fólico durante el embarazo, en comparación con aquellas madres que recibieron vitamina A únicamente.<sup>48</sup>  
Stewart, LeClerq, et al (2009)
- ▶ Los beneficios con el suministro de hierro y ácido fólico en mujeres gestantes repercuten en el funcionamiento cognitivo y en la inteligencia general de los niños y niñas de 7 a 9 años de edad, en comparación con las madres que recibieron placebo.<sup>49</sup>  
Christian P, Murray-Kolb LE, et al (2010)
- ▶ La suplementación con Zinc redujo en **14%** los nacimientos prematuros en mujeres de bajos ingresos, aunque no se evidenciaron efectos significativos en el retraso de crecimiento intrauterino.<sup>50</sup>  
Mori, Ota, Middleton et al. (2012)

Hoy ya existe evidencia suficiente de medidas efectivas. Por ejemplo, pinzar el cordón umbilical luego de dos minutos, con el fin de evitar la anemia en los recién nacidos. La lactancia como promotor de salud biopsicosocial, resaltando que brinda una protección de más del 80 % contra padecer diarrea o disminución en un 50 % del riesgo de infecciones neonatales.

## El sector salud

El que los servicios de salud entren al hogar de los recién nacidos resulta clave en su desarrollo. Las acciones que se deben estimular al interior de los hogares son:

1. La salud mental, especialmente de la madre.
2. La lactancia exclusiva por lo menos los primeros seis meses.
3. Las pautas de una buena alimentación complementaria.
4. El reconocimiento del cuerpo (protección contra el terrible abuso sexual).
5. La vinculación de los hombres en el cuidado de los niños.
6. La identificación y enseñanza de la prevención de los riesgos en el ambiente domiciliario.

Me pregunto si en todas las IPS existen planes o acciones dedicadas a fortalecer esto.



## Recreación

Promover el juego y la actividad física al interior de la familia. Asimismo, el autocuidado y la convivencia con otros niños.

### El acceso a los servicios de salud

Si un programa resulta clave es justamente el de crecimiento y desarrollo hasta los tres años. Cómo ofrecer facilidades de acceso y generar el gusto por usarlo, es el reto de los servicios de salud. Será deber de cada IPS crear estímulos para construirlo y fortalecerlo.

## Jardines y colegios

Resultan claves para el desarrollo de las pautas de crianza, la vinculación a la convivencia y a la participación ciudadana y para promover la alimentación sana y el ejercicio.

¿Cómo llegar a los jardines y a los colegios? Ese será nuestro deber como prestadores y allí proponer planes, sabiendo unir a los educadores y a los padres.

### El entorno social

¡Es muy importante crear ambientes seguros en los barrios! Deberemos vincularnos a la Juntas de Acción Comunal y comprometernos con ellas.

## El reto con los adolescentes

### Cuadro 8. Modalidades de Servicios de Salud Amigable para Adolescentes y Jóvenes

Modalidad	Característica
Consulta diferenciada	Consulta dentro de un centro de atención y a cargo de un profesional entrenado. Puede ser dentro de la consulta normal.
Unidad de salud amigable	Espacio destinado a la atención de adolescentes y jóvenes dentro del mismo centro de atención y en los cuales existen condiciones de acceso diferenciales, como el horario de atención, espacios locativos, entre otros.
Centro de salud amigable	Espacio locativo exclusivo para adolescentes y jóvenes, con profesionales solamente dedicados a estas labores y generación de espacios de interacción para ellos.

Fuente: Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Bogotá: MPS-UNFPA. 2007.

Está en ofrecer un verdadero servicio dedicado y dirigido a los adolescentes y jóvenes. Nosotros hemos ido a los colegios y creemos que allí podemos acercarnos a ellos.

## En torno a los territorios

Resulta importante identificar y poder diferenciar las características específicas donde se desarrollan los jóvenes con sus familias. Por ejemplo, en poblaciones indígenas el enfoque ha de ser particular.

### Prioridades de la Atención Integral en Salud a la primera infancia y la adolescencia

La pauta de este enfoque es actuar con “*cero tolerancia*” hacia la morbilidad evitable. Una vez más, los servicios de salud dirigidos a las poblaciones más vulnerables resultan claves para disminuir la brecha de la desigualdad. Dicho claramente, los más humildes y vulnerables han de tener los mejores servicios de salud. En tal sentido, la protección a la

familia como el entorno de desarrollo de los niños resulta clave; los servicios de salud se deben comprometer con ello (estrategia de APS). El Ministerio, a través de su rectoría, ha de asumir el liderazgo para impulsar en todos los territorios este enfoque.

## La dirección de su actuar

- I Intensificando y evaluando políticas orientadas a una maternidad segura y una niñez sana.
- II Asegurando una atención de salud disponible, segura, accesible, asequible, adaptada al contexto local y de calidad para todas las mujeres y los niños.
- III Eliminando las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, a través de la atención basada en la evidencia y las mejores prácticas.
- IV Mejorando la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo a las mujeres y los niños con menos acceso a los servicios sanitarios, asegurando el apoyo a otros actores sociales.
- V Gestionando la atención en territorios con escasez de talento humano en salud y legitimando estrategias nacionales para la conservación, la educación y el aprovechamiento del talento humano.
- VI Comunicando información fiable y precisa sobre los derechos sexuales y reproductivos, salud materna, neonatal e infantil; e impartiendo educación sobre hábitos y prácticas saludables en consonancia con el contexto local específico.
- VII Reconociendo que la educación para la salud de calidad, fiable y actualizada es esencial para reducir la falta de equidad sanitaria; y habilitar a las mujeres, niñas, niños, adolescentes y adultos jóvenes para que adopten decisiones fundamentadas y autónomas sobre la salud.
- VIII Involucrando socios de los sectores público, privado y de la cooperación, así como representantes de la sociedad civil, para impulsar políticas eficaces y movilizar recursos sostenibles bajo la rectoría del sector salud.

### Marco operativo de la Atención Integral en Salud a la primera infancia y la adolescencia

Está expuesto en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2020.

Desde comienzos del año 2000 se ha promovido a través del AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de

la Infancia) donde no solo se trabaja con los prestadores sino también con la comunidad. A esta política se le incorporó la estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia).

### El Plan Decenal de Salud Pública

Actúa bajo tres premisas:

1. Promoción de la salud.
2. Gestión del riesgo en salud.
3. Gestión de la Salud Pública.

### ¿Y el proceso para la Atención Integral en Salud?

Implica primero reconocer cuál es la situación de la infancia en el territorio en cuestión. Precisamente esa es la tarea de los Análisis de la Situación en Salud (ASIS). Luego se recomienda elaborar las acciones necesarias para producir la

gestión de la calidad y humanización en la atención, pasando finalmente a que cada uno de los actores asuma su compromiso a través de las RIAS.

## La estructura

- Diseño de una estrategia que permita la vinculación entre los equipos de los actores responsables.
- Formación de comités que integren IPS, municipios y EPS.
- Elaboración y ejecución del plan.
- Movilización y participación comunitaria, siendo clave el empoderamiento de la comunidad como receptora y evaluadora.
- Elaboración de planes para fortalecer a las familias, para que desde su seno se fortalezca la infancia.
- Diseño de estrategias de comunicación que permitan compartir entre todos los actores.

## Recomendación

### Anexo técnico

### Familia y Comunidad en la Atención Integral en Salud para la primera infancia, la infancia y la adolescencia

Dirección de Promoción y Prevención

Grupo Curso de Vida

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Familia-y-comunidad.pdf>

Para mayor información puede revisar el anexo de *Familia y Comunidad en la Atención Integral en Salud para la primera infancia, la infancia y la adolescencia*. Disponible en la *Caja de Herramientas de Atención Integral en Salud a Infancia y Adolescencia*.

Esta es una aproximación, de un documento un tanto denso, pero sin duda que busca la visión integral.

## Lecturas

- Ruta de atención integral a la primera infancia.
- Orientaciones y recomendaciones para la construcción local de procesos interculturales de Atención Integral en Salud a niñas y niños de grupos étnicos, en el marco de la Estrategia de Cero a Siempre.
- Guía operativa para el proceso de cooperación y acompañamiento territorial -CAT- para la implementación de la atención en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.
- Lineamiento de análisis de situación de derechos de niños, niñas y adolescentes, calidad y humanización de los servicios de salud y gestión social y comunitaria e identificación de prioridades.
- Lineamiento de familia y comunidad.
- Lineamiento de calidad y humanización de la atención.
- Responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la atención integral de primera infancia, infancia y adolescencia en el marco de competencias.

¡Tanto por hacer!