



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

PROYECTO DE AUTONOMÍA – SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFOQUE TERRITORIAL Y PROMOCIONAL DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD



Documento elaborado y consolidado por: Sandra Patricia Rodriguez Latorre

Equipo SSR: Sandra Patricia Rodriguez L, Blanca Méndez, Manuel Gonzalez, Maria teresa Espitia, Katherine Rodriguez, Adriana Perdomo, Carmen Rosa Gallego y Adriana Sanchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA

MAYO 2012

PRESENTACIÓN

El Proyecto Desarrollo de Autonomía en salud sexual y reproductiva se desarrolla en el marco de la política de salud sexual y reproductiva que retoma antecedentes jurídicos, políticos, internacionales y nacionales respaldando la propuesta estratégica desde los acuerdos y convenios establecidos por los Objetivos del Milenio de la OPS-OMS, la constitución Política Nacional, el modelo territorial en salud desde la atención primaria en salud renovada, armonizado con la estrategia promocional de calidad de vida y salud en sus diferentes componentes, perspectivas y abordajes de trabajo.

La Dirección de salud pública de la SDS, decidió denominar, Proyectos Desarrollo de la autonomía, aquellos que tienen un componente de responsabilidad por parte del sector salud, y que requieren un compromiso intersectorial amplio, de tal manera el PDA de SSR se entiende como el proyecto que propicia, la autonomía tanto en el plano individual como colectivo, desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos a partir del reconocimiento de las diferencias, las diversidades y la complejidad de lo humano, en razón de la edad, género, raza/etnia, condiciones socioeconómicas y orientación sexual.

Un buen estado de Salud Sexual y Reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual placentera, satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y el espaciamiento de los hijos, el derecho a tener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, el acceso y la posibilidad de elección de métodos para regular la fecundidad, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la dignidad humana.

El plan de intervenciones colectivas para el año 2012, está orientado a generar acciones que articulen los diferentes planes de beneficio y promuevan la participación social de actores y sectores en procura de reconocer el carácter colectivo de la salud y la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables.

La operación de la salud sexual y reproductiva, implica desarrollar procesos transversales en los territorios de calidad de vida y salud de manera interdisciplinaria, creativa y novedosa que permitan reconocer las necesidades sociales en salud sexual y reproductiva, actuar con celeridad ante los eventos que afecten la calidad de vida y salud en SSR, en el contexto territorial para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud, Mejorar la calidad y calidez de la atención con eficacia y efectividad en las intervenciones tanto en el plano colectivo como en el individual integrando la respuesta social, según competencias de cada sector involucrado.

Las acciones y estrategias que se desarrollen en salud sexual y reproductiva partirán del proceso de la gestión social integral con la política pública de sexualidad, el trabajo intersectorial efectivo; la planificación de las acciones en salud a partir de la lectura de necesidades desde el modelo de determinación social en salud, las respuestas inmediatas

en SSR según necesidades identificadas a partir de la información para la toma de decisiones.

la promoción de la salud a través de la educación en la transformación de prácticas sociales individuales y colectivas, las acciones de demanda inducida efectivas para eliminar barreras y complementar las intervenciones del plan obligatorio de salud y las ofertas de otros sectores, la movilización social para facilitar el ejercicio de la participación ciudadana y procesos de organización social e institucional a través de redes a fin de disminuir barreras de diversos ordenes en el derecho a la salud y la vigilancia de los eventos en Salud Sexual y Reproductiva.

REFERENTE CONCEPTUAL¹

Los conceptos de sexualidad son múltiples, e incluso podría hablarse de las sexualidades, debido a las formas como se construye a partir de las diversas maneras de experimentarla y construirla; podemos definirla como un concepto que no es acabado y definitivo, sino que de acuerdo con José Antonio Marina, es una construcción en la cual confluyen todas las dimensiones del ser humano, desde sus expresiones afectivas, psicológicas, sociales, económicas, políticas, jurídicas, construidas sobre el hecho biológico del sexo,² es decir, es una construcción que también puede interpretarse a partir de las tensiones y dinámicas generadas en la relación corporal con los diferentes mecanismos “biopolíticos” en los cuales el poder-saber en torno a lo sexual se convierten en agentes transformadores de la vida humana, según se encuentra en la teoría de Michel Foucault.³

La sexualidad como construcción simbólica comprende dimensiones que se caracterizan por establecer relaciones dinámicas de independencia e interdependencia. Estas dimensiones son: el sexo, el género, la identidad de género, la orientación sexual, y los comportamientos culturales de género que, constituidos en sistema, juegan un papel rector en los procesos de inducción, orientación y regulación psíquica de las funciones de la sexualidad (reproductiva, erótica, afectiva y comunicativa-relacional). Dichas funciones se manifiestan en diversos contextos de los seres humanos, en los que se destacan los planos individual, familiar, de pareja y social⁴.

De acuerdo a la necesidad de resolver la problemática que se evidencia dentro del componente de la salud sexual y reproductiva, es imperante que se desarrollen acciones o líneas de intervención. Dentro de la implementación de la política con la participación de los diferentes actores dentro del SGSSS es fundamental el desarrollo de las líneas de acción como son:

- Maternidad Segura.
- Planificación Familiar.

¹ Lineamientos de la política de SSR AÑO 2011

² MARINA, José Antonio. Rompecabezas de la sexualidad. Anagrama. Barcelona 2006

³ FOUCAULT, Michel. Historia de la sexualidad: La voluntad de Saber. FCE. 1995

⁴ GARCIA, Carlos Iván. Diversidad Sexual en la Escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia. Bogotá. 2007. p. 16.



- Salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Cánceres del aparato reproductor masculino y femenino componente que se desarrollara desde el PDA de crónicas.
- ITS- VIH/SIDA
- Violencia domestica y sexual. Componente que se desarrollada de manera articulada con el PDA de salud mental.
- Eventos negativos en SSR

Líneas que determinan un eje de acciones y articulaciones que permiten dentro de su desarrollo y ejecución poder lograr un impacto significativo sobre algunos factores de inequidad y subdesarrollo y transformaciones importantes en términos de bienestar y calidad de vida de los individuos y colectividad.

A continuación se relacionaran los marcos epistemológicos de la sexualidad y la reproducción.

CONCEPCIONES DE SEXUALIDAD	
LA CONCEPCIÓN BIOLOGICISTA	Entiende a la sexualidad como una función innata resultante ya sea de la selección natural, de la evolución de la reproducción humana, o bien de la fisiología hormonal. El determinismo biologicista fomenta la creencia de que el sexo es una actividad humana instintiva, para la cual todos poseemos habilidades innatas, que son despertadas por estímulos similares y que siguen idénticos ciclos de respuesta.
EL MODELO DE MATRIZ CULTURAL	Entiende que la sexualidad es un impulso elemental universal y biológicamente determinado, que se canaliza mediante el proceso de enculturación hacia determinadas conductas socialmente deseables. Así, al despojarse de sus adornos culturales, el fin último de la sexualidad es la reproducción, y la actividad heterosexual es su expresión fundamental. No obstante, mientras privilegia la imposición totalizadora de la cultura sobre los sujetos, esta aproximación no problematiza el carácter natural de la sexualidad ni la presencia universal de las categorías sexuales, en tanto suscribe la hipótesis acerca de la existencia de necesidades humanas universales y del sexo como resultado de demandas instintivas. En conclusión este modelo considera la sexualidad como una derivación del género sin existencia social distintiva. Y los diferentes papeles de los hombres y de las mujeres en la reproducción determinan sus prácticas sexuales y sus papeles genéricos.



LA PERSPECTIVA CONSTRUCCIONISTA	<p>La cual propone descartar los esencialismos y considera a la sexualidad como una construcción social donde el proceso proporciona no sólo las normas y los comportamientos, sino los estímulos y los satisfactores. Esta corriente propone que la sexualidad no es ni una fuerza vital poderosa que se desborda sin importar los estreñimientos culturales, ni un impulso natural idéntico en todos los individuos que deba ser canalizado por la sociedad.</p> <p>La concepción construccionista descansa en la idea de que aprendemos a practicar el sexo de la misma manera como aprendemos a discriminar qué tipo de acciones van a ser investidas de significados sexuales y qué tipo de respuesta erótica van a despertar en nosotros.⁵ En dicho contexto, el fundamento biológico de la sexualidad hace referencia a potenciales humanos que requieren de la acción social contenidos culturales para su definición y poder desarrollarse y debe ser abordada desde la lógica de las particularidades culturales.⁶</p>
--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MARCO NORMATIVO

MARCO NORMATIVO DE LOS COMPONENTES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
COMPONENTE	NORMA
MARCO INTERNACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La iniciativa por una Maternidad Segura fue formulada en la reunión de Nairobi, Kenya, convocada por OMS, FNUAP, USAID, BM, Consejo de población, adoptada por OPS en el Plan de Acción Regional. 1987 ➤ Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena. 1993. ➤ III Conferencia Internacional de Población y Desarrollo CPID, El Cairo. 1994 ➤ Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague, 1995 ➤ IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995. ➤ Ley 012 de 1991 Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989. ➤ Los Objetivos del Milenio: En la declaración de la sesión plenaria del 13 de septiembre 2000 la Organización de Naciones Unidas, planteó como uno de los objetivos “Haber reducido, para el año 2015, la Mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes, respecto de sus tasas actuales”. Otro objetivo combatir el VIH/sida, la malaria y el dengue y Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 – 2010.

⁵ Geertz ofrece una explicación del papel de la Biología: “En la esfera siempre diagnóstica del sexo se manifiesta una análoga tendencia evolutiva que va desde series de actividades fijas hacia ‘una creciente flexibilidad y modificación de esquemas sexuales’, una tendencia de la cual representaría una extensión lógica la enorme variación de prácticas sexuales en el hombre. De manera que, en aparente paradoja, una creciente autonomía, una creciente complejidad jerárquica y un creciente imperio de la actividad del sistema nervioso central parecen haberse desarrollado con una determinación menos detallada de tal actividad por parte de la estructura del sistema nervioso central en sí mismo, es decir, intrínsecamente” (1995: 76-77).

⁶ Mead afirma que “[...] la evidencia que surge de la sociedad primitiva sugiere que aun impulsos presumiblemente fundamentales, como el sexo [...] pueden o bien ser reconocidos como existentes sólo en tanto se les niega satisfacción, lo que es motivo de muchos ardientes deseos insatisfechos, o bien simplemente ignorados, en cuyo caso no hay lugar a tales deseos” (1994: 22-23).





MARCO NORMATIVO DE LOS COMPONENTES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

COMPONENTE	NORMA
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. ➤ Ley 1412 de octubre 19 de 2010: Por la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable ➤ Plan Nacional de Salud Pública: definir una política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población colombiana, prolongar la vida y los años de vida libres de enfermedad, promover condiciones y estilos de vida saludables, prevenir y superar los riesgos para la salud y recuperar y minimizar el daño ➤ Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. busca mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para toda la población. Hace énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas. ➤ La Política Pública de Juventud: La cual sienta las bases para el Plan Decenal de Juventud, construida con la participación de la juventud colombiana. Reconoce a adolescentes y jóvenes como actores claves para la construcción de una sociedad más equitativa, democrática, en paz y con justicia social; promueve el reconocimiento de la diversidad, de las particularidades de hombres y mujeres y las diferencias entre ellos para relacionarse con los otros y con el mundo. ➤ Decreto 1011 de 2006 por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema Obligatorio de Seguridad Social en Salud. ➤ Código de Infancia y Adolescencia garantiza a niños, niñas y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo, para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, donde prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y a la dignidad humana, sin discriminación alguna. Establece la protección integral de los infantes y adolescentes a través de un sistema de derechos y garantías, de políticas públicas y de restablecimiento de los derechos. ➤ Resolución 3997 de 1996 ➤ Resolución 412/2000 Ministerio Protección Social se adoptan las normas técnicas y guías de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica (atención del parto, atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombres y mujeres. normas de detección temprana (alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, alteraciones del embarazo y cáncer de cuello uterino y seno) y guías de atención y recuperación (enfermedades de transmisión sexual, sífilis, VIH/Sida y menor y mujer maltratados). ➤ Resolución 3384 del 29 de Diciembre de 2000, mediante la cual se estipulan las metas de cumplimiento para la atención en las actividades de promoción y prevención, en el caso que nos ocupa de planificación familiar.





MARCO NORMATIVO DE LOS COMPONENTES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

COMPONENTE	NORMA
MARCO DISTRITAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Guía técnica de Regulación de la fecundidad, SDS, Bogotá ➤ Con apoyo de la OPS se realiza la investigación de condiciones de eficiencia en salud materna infantil, que establece la situación precaria de los establecimientos que prestan atención materna y perinatal 1997. ➤ Lineamientos en salud sexual y reproductiva, 1998 – 2000. en los que se incluyó la política distrital “Por una Maternidad Segura”, 1999 -2003. ➤ Política de cero indiferencia con la mortalidad materna perinatal. 2004- 2008. ➤ El Decreto 1543 de junio 12 de 1977: reglamentó el manejo de la infección por el VIH/ Sida, y otras ETS, el cual se fundamenta en el respeto a los Derechos Humanos, impone regulaciones para evitar la discriminación a causa de vivir con el VIH o con sida, contempla aspectos de prevención y asistencia integral: establece la creación de protocolos de atención a pacientes con VIH, establece el consentimiento informado sobre las pruebas para VIH. ➤ Resolución 412/2000 Ministerio Protección Social se adoptan las normas técnicas y guías de atención que definen las actividades, procedimientos y guías de atención y recuperación (enfermedades de transmisión sexual, sífilis, VIH/Sida y menor y mujer maltratados). ➤ Acuerdo 245 de 2003 que establece la política de atención integral de patologías de alto costo y en su Artículo 5to. Resuelve que sean definidas por parte del Ministerio de la Protección Social las guías de manejo clínico de las patologías asociadas al VIH. ➤ Ley 972 de 2005. Asegura la Continuidad de la atención integral a los pacientes con enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente VIH/Sida, dispone que al paciente, en caso de perder su afiliación por causa de incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento, y la EPS, en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del FOSYGA, según la reglamentación Vigente. ➤ Circular 063 de 2007 establece la cobertura de servicios de salud y obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH. ➤ Resolución 3442 de 2006, por el cual se adoptan: ➤ La Guía de Práctica Clínica basadas en la evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/sida, sigue los lineamientos y metodologías aceptados internacionalmente, para las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y el Modelo de Gestión Programática en VIH /sida que brinda recomendaciones para la prevención y la atención. 2006 ➤ Acuerdo distrital 152 de 2005 Por el cual se modifica el Acuerdo 12 de 1998 y se adoptan medidas para la atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual.



OBJETIVO GENERAL

Desarrollar gestión integral, planificación territorial, en salud sexual y reproductiva generando respuestas a las necesidades identificadas en el territorio y localmente a través de la participación social, las acciones integradas de carácter promocional y de prevención, el acceso equitativo, la vigilancia en salud pública que impacten positivamente cada uno de los componentes de salud sexual y reproductiva, de la población del el Distrito Capital, a partir del ejercicio libre de la sexualidad en el marco de los Derechos sexuales y reproductivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar acciones promocionales y preventivas en salud sexual y reproductiva salud a través de las estrategias de información, comunicación, educación, que contribuyan a favorecer a la vivencia humana de la sexualidad y la reproducción de los sujetos en el territorio y localmente.

Fortalecer el empoderamiento ciudadano a través de las dinámicas de participación comunitaria en los territorios sociales de Bogotá, para promover el tejido social a través del trabajo en red social y red de servicios en el marco del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Desarrollar acciones de promoción de la autonomía, en derechos sexuales y reproductivos en todos los grupos poblacionales que se identifiquen por los diferentes ámbitos de vida cotidiana, como eslabón en el reconocimiento y exigibilidad de derechos en salud y los derechos Sexuales y Reproductivos.

Desarrollar acciones de protección específica en las familias que incidan positivamente en la toma de decisiones oportunas para el cuidado de su salud y acudir tempranamente hacia los servicios; mediante la identificación temprana de condiciones de riesgo en salud sexual y reproductiva, canalizando y facilitando el acceso equitativo efectivo de las personas hacia los servicios sociales y de salud con énfasis en los programas (materno perinatales, servicios amigables para adolescentes y jóvenes, salud de la mujer y su pareja con énfasis en regulación de la fecundidad, ITS/ VIH SIDA), teniendo en cuenta su afiliación al SGSSS.

Garantizar las acciones propias de vigilancia en salud pública a nivel Distrital y territorial, tendientes a mitigar, controlar y prevenir eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva, a través del monitoreo de los indicadores de salud sexual y reproductiva que permita la toma de decisiones oportunas, eficaces y eficientes a partir de la vigilancia de los eventos de interés en SSR.



MARCO SITUACIONAL

COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS RELACIONADOS CON SSR

Componente SSR	Meta	Línea de Base Bogotá (2006)	2008		2009		2010		2011	
			N° Casos	Indicador/tipo	N° Casos	Indicador/tipo	N° Casos	Indicador/tipo	N° Casos	Indicador/tipo
Mortalidad Materna	Reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por mil nacidos vivos	52,9	49	41,7 Razón	56	48,4 Razón	43	39,1 Razón	39	36,7
Mortalidad perinatal	Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por mil nacidos vivos	23,3	3218	26,8 Tasa	2877	24,4 Tasa	1991	18,1 Razón	1620	15,3
Embarazo en Adolescentes	Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre los 10 y 14 años (abuso sexual)	544	586		573		515		456	
	Reducir en 20% los embarazos en adolescentes entre los 15 y 19 años	19778	21006		20675		19325		19003	
Interrupción Voluntaria del Embarazo	Sentencia C355.2006 Bogotá año 2006 a 2010 y 2011*	19	102		69		94		656	
Sífilis gestacional	Prevalencia de sífilis gestacional	2,9	455	3,9	408	3,4	478	4,2	455	4,1
Sífilis congénita	Reducir la Incidencia de sífilis congénita a 0,5 por mil nacidos vivos	2 Tasa	325	2,8 Tasa	345	2 Tasa	236	2,1 Tasa	197	1,9
Transmisión materno infantil del VIH	Reducir la prevalencia de transmisión materno infantil del VIH en el 2%	0,06% tasa	2	0,02%	2	0,02%	3	0,03%	1	
VIH/SIDA	Proporción de incidencia de VIH por 100000 habitantes.	16,8	1416	19,8	1362	18,8	1321	17,9	1114	
Cáncer de cuello uterino	Aumentar en un 40% la cobertura de citología cervico uterina en mujeres entre los 25 y 69 años.	32%	622608	38%	691289	41%	876789	51%	684932	

Marco situacional mortalidad materna

Los resultados en el seguimiento al indicador de mortalidad materna muestran una disminución importante de las muertes maternas en el 2010 comparado con el 2009 y el 2008. De acuerdo al registro de casos de mortalidad materna en el 2008 hubo 44 casos, en el 2009, 56 casos y en el 2010, 43 casos, pasando de una razón de mortalidad materna en el 2007 de 48,6 a 41,7 en el 2008 y alcanzando en el 2010 una RMM 39,1 X 100.000 nacidos vivos (dato preliminar). Para el año 2011 se registraron 40 muertes con una razón de 37,65 (datos preliminares), Por localidad de residencia se presenta el mayor número de casos en las localidades de Bosa, Kennedy Suba y Ciudad Bolívar, Por causa básica directa

se encuentra como primera la hipertensión inducida por el embarazo seguida por la embolia obstétrica y el embarazo ectópico.

Pensar en la salud materna nos remite a conectar los modos de ser, vivir, sentir y pensar de mujeres y hombres y caminar con los significados de feminidad, masculinidad e imaginarios colectivos frente al rol social de ser hombre o mujer, evidenciando las concepciones que un grupo social tiene en torno a la gestación, la crianza, la sexualidad, la corporalidad, la reproducción, la afectividad, el cuidado, el sentido de ser pareja y familia como construcciones sociales que dan sentido a una cultura de la salud.

La mortalidad materna es un fenómeno demográfico que se caracteriza por ser inevitable, no repetible e irreversible, el modelo de análisis de la ciudad se fundamenta en las 4 demoras tres oportunidades de acción, los hallazgos de los casos del 2011 evidenciaron en la primera demora, la debilidad en las estrategias de captación temprana y de búsqueda activa antes de la semana de 12 de la mujeres gestantes, la insuficiencia en las acciones de información y educación especialmente las relacionadas con acudir a los servicios de urgencias ante una señal de alarma, el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos relacionado con la poca oferta de la consultas preconceptionales y la asesorías integrales en salud sexual y reproductiva, la insuficiencia en la caracterización de las mujeres en edad fértil.

Marco Situacional - Mortalidad Perinatal

El mayor componente de la mortalidad perinatal está dado por las muertes fetales, donde las causas, en una proporción muy significativa, es desconocida, sin embargo al realizar los análisis individuales de caso, que para Bogotá corresponde al 5% del total de las muertes, se ha podido establecer que hay un componente muy significativo de muertes relacionadas con la salud materna y un inadecuado control prenatal; en cuanto a muertes neonatales tempranas, se ha podido establecer que hay problemas relacionados con la calidad de atención del parto, bajo peso al nacer debido a prematuridad y malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

A partir del análisis de la Mortalidad Perinatal por periodos perinatales de Riesgo, metodología que tiene en cuenta las variables momento de ocurrencia de la muerte y peso al nacer, se identifica que el mayor número de muertes tienen relación directa con la salud materna o pregestacional de las mujeres que se embarazan, lo que refleja la importancia de orientar las acciones y el análisis de casos sobre aquellas mujeres con diversos factores de riesgo que generan embarazos de alto riesgo y a quienes probablemente no se les realiza un adecuado manejo del riesgo, situación que pudiera identificarse y controlarse de forma oportuna si se ofertara la consulta preconceptional.

Marco Situacional - Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes

Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)

Una de las principales metas incluidas en el Plan de Desarrollo "BOGOTÁ POSITIVA" es Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual), la tendencia observada en el periodo 2005 - 2009 se observa incremento en el número de nacimientos en los años 2006 y 2008 y un descenso en el año 2007 y 2010. Según la línea de base del año 2006 (n=544), en el año 2007 se observa una reducción del 3,3% (n=526) a



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

diferencia de los observado en el año 2008 que presenta un aumento del 7,7% (n=586). En el año 2009 se observa un aumento del 5,3% (n=573), situación diferente se observa en el año 2010 que presenta una reducción del 5,3% (n=515). En el año 2011 se tiene registro de 456 nacimientos en este grupo de edad.

Meta Ciudad: Reducir en un 20% los embarazos en adolescentes entre 15 a 19 años

En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años en el periodo 2005- 2007, se observa un incremento sostenido en el número de nacimientos en los años 2006 a 2008 presentando el mayor número en el año 2007 y un descenso importante en el año 2010. Con relación a la línea de base del año 2006 se observa un aumento del 6,7% (n=21095) en el año 2007. En el año 2008 se presenta un aumento del 6,2% (n=21006), en el año 2009 se observa un aumento del 4,5% (n=20675). En el año 2010 se observa una disminución del 2,3% (n=19325)). En el año 2011 se registraron 19003 nacimientos en adolescentes.

Marco Situacional - Interrupción voluntaria del embarazo

Con relación al comportamiento de la notificación se observa que en el año 2008 se presentó el mayor número de casos y en el año 2009 se observa un descenso marcado en la notificación que puede obedecer a un sub-registro por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos. En el año 2010 se observa aumento en la notificación de casos sin embargo se observa un sub-registro importante en que no permite evidenciar la situación real de la atención de las mujeres en las IPS de la ciudad. En total en el periodo 2006- 2010 en el año 2011 se han notificado en total 656 casos de interrupción voluntaria del embarazo en las tres causales, evidenciando el trabajo desplegado por la SDS.

Marco Situacional - seguimiento a eventos intolerables en salud pública mujeres gestantes VIH positivas casos de sífilis gestacional y congénita.

Situación de Sífilis Gestacional en el Distrito Capital

Al revisar el comportamiento de sífilis gestacional en el Distrito Capital, se evidencia aumento en la notificación de este evento durante los años 2007 y 2008. A partir del año 2006 con la implementación del SIVIGILA, se fortalece la gestión de la instituciones de salud, como medio para asegurar la notificación oportuna de estos eventos y es así como se observa en el año 2009 una tasa de incidencia de 3.9 x 1000 nacidos vivos superior a la línea de base del año 2004.

Durante el año 2011, se han notificado al SIVIGILA 456 casos con una tasa de 4.1 x mil nacidos vivos. Así mismo, con la implementación del plan de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis y la difusión de la Política de Cero indiferencia ante la mortalidad materna perinatal se genera la búsqueda de las gestantes como prioridad de los servicios de salud para asegurar la atención integral el diagnóstico y tratamiento oportuno de la sífilis.

Situación de Sífilis Congénita en el Distrito Capital

Los eventos de sífilis Congénita en el Distrito Capital muestran aumento en la notificación de este evento durante los años 2003, al parecer por el fortalecimiento del proceso de notificación del evento; y en los años 2006 y 2008 debido al fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en el Distrito.



Para el año 2008 se observa la incidencia más alta con una tasa de notificación de 2.8 x 1000 nacidos vivos superior a la línea de base del año 2000 que fue de 1.5 x 1000 nacidos vivos. Durante el año 2011 se han notificado al SIVIGILA 197 casos con una incidencia de 1,9 x 1000 N.V

Marco situacional - ITS –HIV SIDA

La proporción de incidencia por 100.000 habitantes, nos permite observar la relación entre el número de casos notificados por año y la población estimada para la ciudad para el mismo periodo. En el análisis histórico se observa que esta ha venido aumentando con algunos picos en la década de los 90 relacionados con campañas nacionales para realización masiva de la prueba de tamizaje para VIH.

El número de casos acumulados de VIH/Sida notificados entre 1.985 y el 30 de septiembre de 2011 (semana epidemiológica 39) son 20.166, aquí se encuentran incluidos casos nuevos, actualizaciones en el estadio clínico y muertes por SIDA, a tercer trimestre de 2.011 se han notificado 1.114 casos.

En el 2009 por primera vez en los últimos 5 años se observa una disminución, comportamiento que se mantiene en 2010 donde se notificaron 1.321 casos que representan una disminución de 3% en relación con 2009, para 2.011 la epidemia por VIH aunque presenta más casos que el mismo periodo de 2.010, si se tiene en cuenta que en este año se han realizado dos estudio de prevalencia en poblaciones de mayor vulnerabilidad que las estimación indican que pueden estar diagnosticando cerca de 200 nuevos casos, la tendencia parece estar indicando disminución en el aumento de la epidemia y dando muestra de inicios en el control de la misma.

Marco situacional - cáncer de cuello uterino

Meta: *Aumentar en un 40% la toma de citología vaginal en mujeres de 25 a 69 años de edad.*

En relación a los resultados encontrados al tercer trimestre (Enero- Septiembre) de la vigencia 2011 se puede precisar que estos, comparativamente con la vigencia anterior han dado una disminución en cuanto a coberturas, acciones de adherencia al programa por parte de las usuarias dentro del grupo poblacional de 25 a 69 años, como en el fortalecimiento del sistema de información.

A corte de tercer trimestre (30 de Septiembre) se realizaron 684.932 citologías en la población objeto de 25 a 69 años ; información que contiene lo ejecutado por la red pública para población subsidiada y pobre no asegurada , así como lo ejecutado por las EPS contributivas hasta el tercer trimestre del año, discriminadas en la siguiente forma: Para subsidiadas se tomaron 72.659 y para población pobre no asegurada 16.236 , con un total en la red pública de citologías tomadas de 88.895 y en el contributivo 596.037 que corresponden al tercer trimestre del año ;

Marco situacional morbilidad materna extrema

La morbilidad materna extrema es un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las principales causas de

MME son la hemorragia obstétrica, el síndrome hipertensivo asociado al embarazo y los estados sépticos, siendo estas causas las responsables del 70% de las muertes maternas.

La notificación, seguimiento y análisis de casos en Bogotá se realizó en dos periodos, el primero de Junio de 2009 a Diciembre de 2009, el segundo periodo de Junio de 2010 a Febrero de 2011, periodos en los que fueron consideradas un total de 141 mujeres entre 14 y 41 años de edad. Con una edad promedio de 26 años, 69% (n=97) de las mujeres gestantes estaban por debajo de los 30 años, con una desviación estándar de 6,6. Al mismo tiempo, 73 mujeres vivían en unión libre al momento de la inclusión, pero 38 refirieron ser solteras, lo que indica una pobre red de apoyo social, con todas las desventajas económicas, sociales y emocionales que ello implica.

En cuanto al régimen de aseguramiento se observa que el 53% (n=75) de las mujeres se encontraban afiliadas al régimen contributivo, seguido del 25% (n=35) al régimen subsidiado y 20% no asegurado, Frente al diagnóstico, encontramos que se identifica que el mayor porcentaje de Morbilidad Materna Extrema, según Patología corresponde a hemorragias 41%(n=58), seguido por los trastornos Hipertensivos con un 40% (n=57) y un 19% (n=27) restante relacionado con estados sépticos, en cuanto a los controles prenatales: el promedio en número de controles prenatales recibidos por las gestantes es de 5, lo que supone que estos son deficientes con respecto a lo esperado, sin embargo la moda se encuentra en 8 controles prenatales.

Marco Situacional - Regulación de la fecundidad en el Distrito

Para la vigencia 2011, se continua con el análisis de la información del programa por etapa de ciclo vital, lo cual permite tener una mirada integral del comportamiento de la demanda y uso de métodos y de esta manera realizar los ajustes requeridos tanto en la gestión como funcionamiento de los servicios. En el año 2011 se han entregado 48.853 métodos de planificación familiar.

El servicio de regulación de la fecundidad oferta los componentes de asesoría en regulación de la fecundidad, dispensación de métodos los cuales pueden ser temporales o definitivos, consulta de control del método optado por la población femenina o masculina que acude al servicio. Por lo cual a continuación se presentaran los resultados y análisis por cada componente del servicio con corte al 30 de setiembre de 2011.

En cuanto a las consultas de asesoría en métodos de regulación de la fecundidad se han realizado 43.826, de las cuales 25.256 corresponden al régimen subsidiado y 18.522 a la población pobre no asegurada; la población que más demanda estos servicios es la que se encuentra en el rango de edad de 20 a 26 años y la que menos demanda es la de 14 años o menos.

Respecto a las asesorías prioritarias se resalta el hecho que la mayor demanda se realiza por anticoncepción de emergencia, lo que demuestra que la población en general no está utilizando los métodos de regulación de la fecundidad, sino que tiene relaciones y luego solicita asesoría; este comportamiento se refleja más en la población afiliada al régimen subsidiado.

En cuanto a las asesorías prioritarias por violencia sexual, se encuentra que este evento solo esta presente en el ciclo vital de menor de 14 años y de 15 a 19 años, siendo mas visible en la población menor de 14 años, lo que podría indicar que hay un subregistro de la información.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Al evaluar la demanda y uso de métodos temporales se observa que en todos los ciclos vitales se continúa fortaleciendo las acciones promocionales frente al uso de métodos de barrera como es el condón, le siguen los orales y los inyectables; al realizar un análisis para estos grupos estareos, pareciera que las acciones realizadas no garantizaran la libre elección, que la oferta y la disponibilidad de métodos no cumple con los atributos de calidad del programa, lo cual requiere de un seguimiento por parte de la dirección de desarrollo de servicios para evaluar la prestación de los servicios en el programa de regulación de la fecundidad.

Respecto a los métodos definitivos, la mayor demanda está reflejada en el régimen subsidiado, seguido de la población pobre no asegurada; se observa que el grupo etáreo de 27 - 34 años es el que más está solicitando este método.

NÚCLEOS PROBLEMATIZADORES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La sexualidad se ha abordado desde paradigmas culturales homogéneos y desde los eventos y situaciones que vulneran o limitan alguna dimensión de la sexualidad: las violencias, el aborto, las ITS, los embarazos no deseados. Con un abordaje centrado fundamentalmente en la protección de las personas frente a situaciones que restringen su desarrollo sexual, su autonomía y su integridad, afectadas por estructuras sociales, modelos de manejo y control de los recursos y del poder, el uso y disfrute del espacio público o privado, dinámicas de inclusión o exclusión que estructuran diversos contextos de mayor o menor libertad para el ejercicio autónomo de la sexualidad.

Fragmentación en la respuesta institucional prevaleciendo la mirada asistencialista, concentrando el poder en las instituciones desconociendo las decisiones de los sujetos en salud sexual y reproductiva y débil respuesta en atención oportuna por parte de las EPS e IPS a necesidades urgentes en salud sexual y reproductiva. (Emergencias obstétricas, eventos negativos sífilis gestacional tratamiento de antirretrovirales).

Debilidad y fragilidad en las redes de apoyo familiar y social que sirvan de apoyo, contención y movilización de los sujetos para atenciones integrales en salud sexual y reproductiva relacionada distribución inequitativa de roles familiares para el cuidado, atención y el desarrollo integral de las mujeres que afectan su salud sexual y reproductiva.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La sexualidad y la reproducción como una vivencia humana, está afectada por factores políticos, sociales, económicos, culturales, y del sistema de seguridad social del país. Estos determinan su vivencia para cada sujeto, con lo que se estructuran brechas e inequidad para su ejercicio y disfrute. Ellas, están asociadas de manera particular al SGSSS a la fragmentación de la atención relacionada con la contratación en los eventos en salud sexual y reproductiva, las barreras de acceso a servicios integrales e insumos.

El modelo de aseguramiento es un escenario generador de exclusión en tanto que existen barreras para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, las diferencias entre los planes de beneficio según la capacidad de pago son, en sí mismas, formas de discriminación que afectan a los más pobres. Aunque se esté afiliado a algún régimen. Los gastos adicionales, directos o indirectos, a la hora de recibir la atención se convierten en barreras económicas.

La educación sexual no cumple con las expectativas. En todo caso, el discurso asociado a la educación para la sexualidad, parece ser percibido por diferentes grupos poblacionales como si este fuera expresado únicamente a partir de la perspectiva del riesgo.

Se identifica una relación entre la sexualidad y el poder: el poder de la imagen; el poder de la escuela, en la transmisión de conocimientos, y también para el ejercicio de los derechos y de los deberes, poder del cuerpo, de la transformación.

TEMAS GENERADORES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Modelo promocional en salud sexual y reproductiva que entienda la sexualidad como una categoría transversal e inherente a lo humano. Entendida como las capacidades de las personas para vivir una vida acorde con sus deseos y necesidades y orientando las acciones de los diferentes planes de beneficio fundado en enfoque familiar comunitario.

Fortalecer el ejercicio de rectoría, asesoría, acompañamiento, formación y desarrollo de competencias del talento humano. ampliar cobertura para accesibilidad a servicios de salud.

La construcción de la sexualidad, las identidades y las formas de las masculinidades y las feminidades. en diferentes momentos y circunstancias, que enmarcan la condición humana, desde un ámbito relacional. Adoptando la perspectiva de género.

Reconocimiento de la complejidad de la sexualidad y sus cruces con la identidad, orientación sexual, el género, y las múltiples miradas del cuerpo, como un territorio de placer, cuidado y goce.

El reconocimiento de las subjetividades en salud sexual y reproductiva, con su biografía biológica y social, construida a partir de sus capitales sociales, simbólicos y económicos,

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA

sobre los cuales se estructura su personalidad, sus intereses, sus formas de vivir, su imaginario y su cosmovisión, y que desarrolla su vida en un espacio geográfico.

La educación sexual debe darse desde la primera infancia, y atarvesando todos los momentos vitales, con una proyección de procesos a largo plazo; que reconozca las necesidades de cada grupo social, que no han sido reconocidas

La construcción de abordajes intersectoriales que reconozcan y aborden la complejidad es en salud sexual y reproductiva que generen condiciones para el desarrollo de capacidades, contextos para el desarrollo y la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos.

Reconocimiento de las necesidades sociales de las personas por territorios y desarrollo de condiciones para el ejercicio de su autonomía, identificando formas de coerción, dominación, ejercicios desiguales de poder entre hombres u mujeres para el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

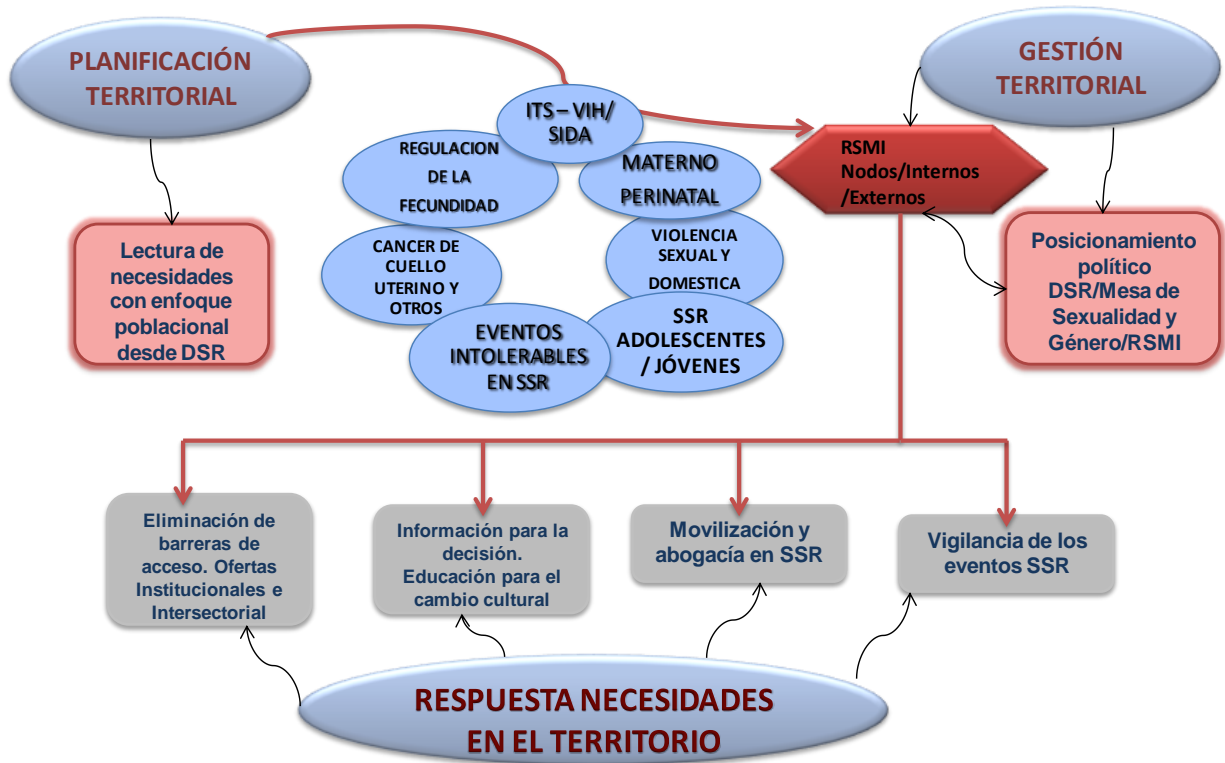
Formas de organización solidaria vinculantes y de confianza, que potencien respuestas integrales en salud sexual y reproductiva recuperando la solidaridad, el vínculo, las relaciones democráticas entre individuos, familia, comunidad y instituciones.

La salud sexual y reproductiva se desarrollara en el marco de los derechos humanos en contextos que fomente la autonomía y el ejercicio pleno de sus deseos y necesidades que reconozcan y aborden su complejidad.

ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA PDA SSR

La operación del proyecto de desarrollo de la autonomía en salud sexual y reproductiva, se desarrollara a través de los procesos integrales del plan de intervenciones colectivas año 2012, la Gestión Integral de la Salud Pública en los territorios, la planificación de territorios y las respuestas integrales en territorios a partir del acceso equitativo a la ofertas sectoriales y de los otros sectores, las acciones promocionales y preventivas, las acciones de movilización y participación social, en espacios de vida cotidiana de los sujetos que permitan un abordaje integral de las necesidades de los ciudadanos/as. La Vigilancia en salud pública de los eventos relacionados con la reproducción y con la sexualidad.

Esquema de acción



ACCIONES LOCALES

Respuestas territoriales PDA salud sexual y reproductiva

PROCESO CENTRAL	SUBPROCESO	AMBITO	INTERVENCION EN LAS UNIDADES OPERATIVAS
PLANIFICACIÓN EN SALUD TERRITORIAL	Identificación, caracterización, territorialización y priorización	No aplica	Priorización: Alta: S.M Mujeres gestantes con riesgo psicosocial y situación clínica de riesgo. SSR AJ: Adolescentes gestantes Media: SSR A.J Adolescentes y jóvenes (anexo metas)
	Análisis de situación de salud	No aplica	análisis de situación de salud y calidad de vida para cada uno de los



PROCESO CENTRAL	SUBPROCESO	AMBITO	INTERVENCION EN LAS UNIDADES OPERATIVAS
	Plan local de acciones colectivas y planes territoriales	No aplica	componentes de la SSR Plan local y territorial con las acciones por componentes del PDA de SSR
RESPUESTA A NECESIDADES	Acceso equitativo de las personas a servicios sociales y de salud. Demanda inducida	FAMILIAR riesgos en salud, prevención y canalización a servicios	<u>Asesorías en casa:</u> Componente salud materna 1-Identificación y caracterización específica de situación de la mujer gestante según condiciones y barreras. 2-Canalización efectiva al 100% hacia servicios sociales y de salud 3-Acción promocional educativa efectiva comprobando comprensión de la información con los contenidos trazadores y los definidos en la visita. Demás componentes en SSR <u>Acciones informativas</u> en Derechos Sexuales y Reproductivos para mujeres y hombres en edad fértil. <u>Acceso equitativo</u> Demanda inducida efectiva hacia los servicios amigables y demás servicios en SSR (regulación de la fecundidad) adolescentes gestantes. <u>Acción preventiva</u> Visitas de cierre con canalización efectiva hacia el servicio de regulación de la fecundidad. 100% de efectividad en la población pobre no asegurada- subsidiada con contrato.
	Acciones Promocionales Y Preventivas		Encuentros de familias – Círculos de existencia territoriales Resultado: Redes primarias fortalecidas participando en los encuentros de la red social materna infantil.
	Promoción de la movilización y participación social y comunitaria	ESCOLAR	Asesoría a comunidades educativas Acompañamiento en aula Plan de acción SSR de cada Sede. Estaciones saludables activadas “Ruta de atención a la adolescente gestante” Caracterización canalización efectiva y acción informativa en adolescentes gestantes en el primer trimestre están identificadas 304 adolescentes por la SED
	Acceso equitativo de las personas a servicios sociales y de salud. Demanda inducida Acciones Promocionales Y Preventivas		Jornadas en comunidades educativas Acciones lúdico pedagógicas Dos acciones por cada unidad educativa. Junio julio: Estrategia asómbtrate bajo
	Promoción de la movilización y participación social y comunitaria		



PROCESO CENTRAL	SUBPROCESO	AMBITO	INTERVENCION EN LAS UNIDADES OPERATIVAS
			el árbol de la vida u otra definida y validada por la ESE y la IED Acciones promocionales en: Información, educación y comunicación en Derechos sexuales y reproductivo y Sentencia C355 del 2006 y las acordadas con la IED
	Acceso equitativo de las personas a servicios sociales y de salud. Demanda inducida	LABORAL	Asesoría a unidades de trabajo informal. S.M Identificación de mujeres gestantes. Canalización efectiva hacia los servicios de salud. Según la necesidad lo requiere visita del médico territorial.
	Promoción de la movilización y participación social y comunitaria		
	Acciones Promocionales Y Preventivas		
	Acciones Promocionales Y Preventivas	Institucional	Asesoría y acompañamiento técnico a las directivas y cuidadores/as, profesionales de las instituciones de protección de adolescentes, jóvenes, adultos y persona mayor, y al personal administrativo, guardianes/as y a la población privada de la libertad de los centros de reclusión.
	Acceso equitativo de las personas a servicios sociales y de salud. Demanda inducida	IPS	Asesorías integrales IPS en SSR en contenidos mínimos: señales de alarma, derechos y compromisos de la familia gestante, paquete integral de atención a las mujeres gestantes según plan de beneficios, sentencia C355, interrupción voluntaria del embarazo, protocolo de violencia sexual, Barreras identificadas y plan de mejora. Elaboración y socialización de la información sobre barreras de acceso en SSR. SSR AJ: Seguimiento a la implementación del modelo de SAAJ con todos sus componentes, especificando la modalidad de atención. Acompañamiento y entrega de la información, en el Diligenciamiento Anexo A4 contemplado en el modelo (SSAAJ) Acompañamiento y entrega de la información, en el Diligenciamiento Anexo A11 contemplado en el modelo (SSAAJ). Diligenciamiento de los indicadores INTEGRAL y de la matriz de métodos de regulación de la fecundidad.



PROCESO CENTRAL	SUBPROCESO	AMBITO	INTERVENCION EN LAS UNIDADES OPERATIVAS
	Promoción de la movilización y participación social y comunitaria		<p>S.M Documento trimestral de análisis de los indicadores del sistema informático perinatal y socialización en la subred de servicios materno perinatales, y con los diferentes actores del sistema.(SIP)</p> <p>Participación activa en los nodos en salud materna infantil, (Mesa materna, subred de servicios maternos perinatales, Red social materna infantil y mesa de sexualidad género).</p> <p>Participar en las acciones de movilización social propuestas en la red social materna infantil.</p> <p>Acompañamiento al área de Vigilancia en Salud Pública en la elaboración del plan de mejoramiento ante casos de transmisión materna infantil del VIH, sífilis gestacional.</p>
	Acciones Promocionales Y Preventivas		<p>S.M SSR Divulgación de las piezas comunicativas en salud materna infantil y en SSR: Nacer con derechos, Solo intentaba darte amor, El cuerpo te habla, Los caminos de la vida y El diario de la familia gestante. Y las piezas impresas en formato de postal y el diario de la familia gestante.</p> <p>Realizar articulación con los diferentes niveles de de complejidad de atención, con el fin de dar respuesta oportuna a necesidades urgentes de SSR (transmisión materno infantil del VIH y sífilis gestacional y congénita)</p> <p>Participar en los análisis de la situación del componente materno, y de canalizaciones en los diferentes espacios de vida cotidiana.</p>
	Acceso equitativo de las personas a servicios sociales y de salud. Demanda inducida	COMUNITARIO	<p><u>Centros de escucha</u></p> <p>Circuitos de reconocimiento de la oferta institucional 10 circuitos distribuidos en territorios o instituciones de salud o de servicios sociales según necesidad local.</p> <p>ITS/VIH SIDA: Talleres en salud con personas en situación de prostitución</p> <p>Recorridos por establecimientos donde se ejerce la prostitución.</p>



PROCESO CENTRAL	SUBPROCESO	AMBITO	INTERVENCION EN LAS UNIDADES OPERATIVAS
			<p>Canalización efectiva de las personas en situación de prostitución.</p> <p>Articularse con las acciones del proyecto VIH/ SIDA con el proyecto del fondo mundial</p> <p>Entrega de preservativos en sitios de homosocialización y encuentros sexuales de población HSH.</p> <p>Articular con alianza Bogotá VIH los recorridos establecidos a los establecimientos identificados en donde se ejerce la prostitución.</p>
	Promoción de la movilización y participación social y comunitaria		<p><u>Redes social materna infantil</u></p> <p>Jornadas movilización social P. Jornada del niño y la niña (abril) E. jornada en salud materna (Mayo) PY E. jornada SSR del hombre (Junio)</p> <p>Red social funcionando en lo local 3 encuentros mínimos según plan de trabajo y agenda temática.</p> <p>Circuitos de reconocimiento (7 circuitos)</p> <p>Acciones de construcción del conocimiento.</p> <p>6. Grupos focales contenido movilizador tres demoras</p>
	Acciones Promocionales Y Preventivas		<p><u>Red social materna infantil</u></p> <p><u>Formación de capacidades ciudadanas</u></p> <p>Formación integral a agentes comunitarios en salud materna infantil Iniciativas en el foco de salud materna (2)</p> <p>Formación de 10 grupos (FAMI –otras organizaciones sociales) según criterio territorial en cada localidad en salud materna infantil, a julio se debe estar iniciado el proceso pedagógico priorizando el componente materno.</p>



PROCESO CENTRAL	SUBPROCESO	AMBITO	INTERVENCION EN LAS UNIDADES OPERATIVAS
		VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	<p>Vigilancia integral de la mortalidad materna y morbilidad materna extrema</p> <p>Vigilancia integral de la mortalidad perinatal</p> <p>Desarrollo de estudios de prevalencia de ITS/VIH y comportamiento sexual.</p> <p>Localización, asesoría y canalización a servicios de donantes reactivos y confirmados de bancos de sangre</p> <p>Vigilancia en Salud Pública integral a mujeres gestantes con diagnostico de Hepatitis B.</p> <p>Vigilancia integral de la sífilis gestacional y de sífilis congénita.</p> <p>Verificar el cumplimiento de la meta distrital de reducción de embarazos en adolescentes de 10 a 14 años</p> <p>Análisis de los indicadores de la meta distrital de reducción de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años.</p> <p>Información de interrupción voluntaria del embarazo en el Distrito Capital</p>
GESTIÓN INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA		GESTIÓN LOCAL	<p>Gestión en espacios intersectoriales locales (mesas, redes, consejos y comités)</p> <p>Posicionamiento de las políticas de sexualidad.</p> <p>Desarrollo de la mesa sexualidad y genero.</p> <p>Análisis de resultados de las acciones adelantadas por las entidades frente a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.</p>
	Gestión administrativa de los recursos del PIC		No aplica
	Gestión de la información del PIC y de la Vigilancia en Salud Pública		No aplica
	Fortalecimiento de habilidades y capacidades en salud pública		No aplica
	Seguimiento y evaluación del PIC		No aplica

Convenciones de los componentes:

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195





Salud materna: (S.M)
Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes (SSRAJ)
Regulación de la fecundidad (RGF)
ITS/ VIH/ SIDA

Anexos prioridad en salud materna Salud sexual y reproductiva

- Busquedad activa, Identificación, canalización efectiva. Caracterización, acciones promocionales y preventivas y seguimiento

Procesos	Acción	Verificación
Búsqueda activa para identificación y captación temprana	Búsqueda casa a casa Identificación en la sede educativa base de datos IED Identificación en las organizaciones sociales. Prioridad alta: Búsqueda de gestantes con diagnóstico VIH positivo o indeterminado o con sífilis gestacional y sus contactos y sin canalización adecuada, para su captación	Base de datos actualizados por territorios y ámbitos de vida cotidiana
Canalización	Referencia 100% Control prenatal 100% al curso de preparación de la maternidad y paternidad 100% a salud oral 100% de las mujeres en posparto al servicio de regulación de la fecundidad Nota: para la población pobre no asegurada, las subsidiadas con contrato con la ESE. En las EAPB envió a la coordinación de PYD de las usuarias identificadas.	Base de datos Usuaris de la ESE Usuaris de otras EAPB. Registros de llamadas telefónicas. Encuentros con los aseguradores
Caracterización	Instrumento para la caracterización de los hallazgos y de las demoras.	Matriz de identificación de necesidades



Procesos	Acción	Verificación
Acción promocional	<p>Información y Educación</p> <p>Contenidos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Señales de alarma durante la gestación parto y del recién nacido.➤ Ruta de acceso y servicios a los que tiene derechos. Servicios para emergencias obstétricas.➤ Derechos de salud.➤ Compromisos de la familia gestante, Alimentación a la gestante y lactancia materna.➤ Importancia del porte y uso del carne materno perinatal. <p>Movilización social</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Círculos de existencia territorial para el fortalecimiento de los vínculos➤ Red social materna y sus acciones trazadoras (lineamiento en el anexo del subproceso de movilización y participación social colgado en el wiki desde el 15 de abril) ajustado en el cuadro de metas. <p>Nota: las acciones y productos de la red se deben ejecutar teniendo en cuenta la caja de herramientas de la red.</p>	<p>En el familiar:</p> <p>Plan de trabajo.</p> <p>Instrumento integral diligenciado en cada una de las vistas</p> <p>En el comunitario matriz pedagógica,</p> <p>Listados de asistencia.</p> <p>Procedimiento realizado según la caja de herramientas de la red.</p>



Procesos	Acción	Verificación
Acción preventiva	<p>Acción preventiva individual o colectiva según el caso por parte del médico territorial se priorizan los siguientes casos:</p> <p>Adolescentes gestantes:</p> <p>Mujeres gestantes con alteraciones nutricionales.</p> <p>Mujeres gestantes identificadas en el ámbito laboral</p>	Base de datos
Seguimiento	<p>A los eventos negativos de las mujeres gestantes.</p> <p>A las canalizaciones</p> <p>A las urgencias obstétricas identificadas en los territorios.</p> <p>A las canalizaciones de los servicios sociales.</p> <p>Al riesgo psicológico en la mujer gestante deberán ser evaluadas por la intervención plurimodal en salud mental y ante los casos de mortalidad perinatal es necesario dar un apoyo psicológico a la familia.</p>	Matriz mensual de acción para la mujer gestante

Para todos los grupos poblacionales en salud sexual y reproductiva

Busqueda, Identificación y canalización efectiva

- Mujeres y hombres con vida sexual activa para ser referidas a los programas de regulación de la fecundidad,
- Adolescentes y jóvenes para ser referidos a los servicios amigables.
- Mujeres gestantes.
- Adolescentes gestantes que terminan la gestación para ser canalizadas a regulación de la fecundidad.
- Niños y niñas a los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación



Acciones promocionales a través de la información, educación y movilización efectiva en los derechos sexuales y reproductivos: para todos los grupos poblacionales desde la perspectiva diferencial, con especial énfasis en adolescentes, mujeres en edad fértil y mujeres gestantes.

Desarrollo de la autonomía en los grupo sociales:

Desarrollo de la red primaria en el cuidado de la mujer gestante. De los centros de escucha y los Círculos de existencia territoriales en salud materna perinatal las personas deben participara en la red social materna infantil.

Ejecisios participativos en el trabajo con organizaciones sociales de los diferentes ambitos en especial del comunitario y el escolar.

Consolidacion de la red social materna infantil y sus nodos articuladores del plano interno y externo.

CUADRO DE METAS

HOSPITAL	COMPONENTE SALUD MATERNA							COMPONENTE SSR ADOLESCENTES Y JÓVENES			COMPONENTE ITS/VIH/SIDA	CANALIZACIÓN	
	Mujeres Gestantes * Poblacion priorizada Busqueda Canalización caracterización (Todos los Ámbitos) Acción educativa	FORTALECIMIENTO DE LA RED SOCIAL MATERNA INFANTIL							*Asesorías integrales Jornadas en Comunidades Grupos gestores en comunidades			Personas en situación de prostitución	* Efectividad en Población Pobre No Assegurada y Subsidiada con Contratos en la ESE
		R.S.M.I* La meta mínima son 3 encuentros para la vigencia según plan de trabajo		Formación de capacidades Ciudadanas * Mínimo proceso pedagógico		Circuitos Institucionales	Acciones/ Movilización social * NiÑ@s Gestantes SSR/ Hombres	Grupos Focales * Demoras	Adolescentes Gestantes (Prioridad Escolar)	Acciones Ludico Pedagógicas en la Escuela	Servicios Amigables	Recorridos y Talleres	Control Prenatal (Curso de la maternidad y Paternidad y Salud Oral) - Regulación de la Fecundidad - SSR/AJ - Asesoría SSR
		Encuentros R.S.M.I	R.S.M.I Funcionando	FAMI-OTRAS- Uni. Med (Grupos)	Agentes Comunitarios- Un. Med (Grupos)								
ENGATIVA	1137	3	1	10	2	7	3	6	27	1	1	0	100%
USAQUEN	736	3	1	10	2	7	3	6	14	1	1	0	100%
CHAPINERO	156	3	1	10	2	7	3	6	2	1	1		100%
BARRIOS UNIDOS	130	3	1	10	2	7	3	6	2	1	1	24	100%
TEUSAQUILLO	87	0	0	0	0	0		0	1	1	0		100%
SUBA	1922	3	1	10	2	7	3	6	44	1	4	0	100%
PABLO VI BOSA	1773	3	1	10	2	7	3	6	66	1	1	0	100%
FONTIBON	472	3	1	10	2	7	3	6	10	1	1	0	100%
PTE ARANDA	313	3	1	10	2	7	3	6	7	1	2		100%
KENEDY	1828	3	1	10	2	7	3	6	52	1	6	24	100%
SAN CRISTOBAL	912	3	1	10	2	7	3	6	36	1	2	0	100%
TUNJUELITO	366	3	1	10	2	7	3	6	11	1	1	24	100%
RAFAEL URIBE	702	3	1	10	2	7	3	6	25	1	1	0	100%
ANTONIO NARIÑO	143	3	1	10	2	7	3	6	4	1	0		100%
CANDELARIA	77	3	1	10	2	7	3	6	3	1	2	24	100%
MARTIRES	137	3	1	10	2	7	3	6	5	1			100%
SANTA FE	230	3	1	10	2	7	3	6	9	1	1		100%
USME	898	3	1	10	2	7	3	6	40	1	3	0	100%
CIUDAD BOLIVAR	1358	3	1	10	2	7	3	6	62	1	2	2	100%



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA