

---

**Programa estrategia o línea de trabajo:  
Ruta Materno Perinatal**

**Dirección operativa  
Salud Pública**

**Dimensión  
Salud Sexual y Reproductiva**

**Líder  
Paola Andrea Saldarriaga Arenas**

**Referentes  
María Angelica Ramírez Ospina  
Allarit Giraldo Zuluaga  
Ximena Mejía Marín**

## **Tabla de contenido**

1. Introducción.....	3
2. Objetivo general .....	4
3. Objetivos específicos .....	5
4. Normograma y/o Normatividad Aplicable .....	5
5. Guías y Protocolos del Programa (Internos y Externos) .....	6
6. Componentes o Líneas de acción .....	6
7. Estructura organizacional (que se ha definido por dimensión) .....	7
8. Recurso Humano: .....	7
9. Descripción de actividades:.....	7
10. Indicadores: (bienestar, producto) .....	12
11. Población objeto – momentos del ciclo de vida. ....	12
12. Sectores priorizados (CADA UNA) (los sectores que requieren mayor atención del programa desde el entorno geográfico, o desde el institucional, etc).....	12
13. Matriz actores involucrados (Internos y Externos) .....	13
14. Identificación y programación de Actividades del Programa. ....	14
15. Guías y Protocolos del Programa (Externos Documentos Base) .....	14
16. Formatos exclusivos utilizados en el programa (internos y/o externos).....	14
17. Relación de informes a presentar por programa .....	16
18. Relación de comités a los cuales pertenece el programa.....	16
19. Participación en las Políticas Públicas Municipales.....	17

## 1. Introducción

Según la OMS “La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte”. Y la salud infantil la dividen en dos términos primero en salud del recién nacido, enmarcado en la primera infancia, donde gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud de la infancia (Robert E Black, 2016; Shetty, 2016), debido a que la atención integral de la primera infancia exige inversiones de mediano y largo plazo, en Colombia el Consejo Nacional de Política Social aprobó que su ejecución se defina en el marco de políticas, planes, estrategias, programas y otras iniciativas que las entidades territoriales definan para esta población (CONPES, 2017). La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia.

Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia materno infantil son más elevadas que nunca, las muertes maternas se producen por complicaciones obstétricas, como la hipertensión durante el embarazo e infecciones y hemorragias graves durante el parto o el posparto, y cada vez con más frecuencia se deben a una enfermedad o trastorno preexistente que se agrava por los efectos del embarazo.

La OMS reporta que en el 2019 murieron en todo el mundo 2,4 millones de niños en su primer mes de vida. Cada día mueren unos 7000 recién nacidos, cifra que representa el 47% de todas las muertes de menores de 5 años, un aumento respecto del 40% registrado en 1990, mencionando que la gran parte de las muertes neonatales (75%), ocurren durante la primera semana de vida, y aproximadamente 1 millón de recién nacidos mueren en las 24 primeras horas de vida. Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal), las infecciones y los defectos congénitos causaron la mayor parte de las muertes neonatales en 2017.

Es así, como en Colombia de acuerdo a la Salud y bienestar en los primeros mil días de vida orientada técnicamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, contempla el mejoramiento de la atención y el acceso a la salud, desde antes de la concepción definido con la consulta preconcepcional, durante la gestación, el parto, el puerperio y el periodo de lactancia materna, así como la atención a menores de dos años, la cual incluye inversiones dirigidas a la ampliación, mejoramiento o adecuación con pertinencia cultural, de la infraestructura de la atención clínica hospitalaria, así como la dotación de los servicios de salud dirigidos a la primera infancia, lo cual se encuentra en concordancia lineado desde el consejo nacional de política económica y social república de Colombia departamento nacional de planeación (CONPES). Igualmente, desde el consejo, se orienta a fortalecer las capacidades del personal de salud, con el fin de optimizar o perfeccionar la capacidad resolutoria de las atenciones, con énfasis en su humanización, integralidad, calidad y calidez (CONPES, 2017).

El Boletín Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud, reportó a nivel nacional, mortalidad perinatal y neonatal tardía desde el 2008 hasta el 2019 tiene un comportamiento hacia el descenso con un promedio de casos notificados al año de 8 919 casos. Respecto al 2018, en 2019 se presentó una disminución del 11,1 % en la notificación de casos. La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el 2019 fue de 15,1 muertes por 1 000 nacidos vivos. Se observa un descenso en el indicador respecto al año 2018 a nivel nacional, en que se reportó una tasa de 16,9 muertes por 1 000 nacidos vivos y al realizar el análisis por causas de muerte agrupadas de forma general se observa que las razones de mortalidad más altas corresponden a otras causas de muerte con 3,9 por 1 000 nacidos vivos, prematuridad-inmaturidad con 3,6 por 1 000 nacidos vivos y asfixia y causas relacionadas con 3,4 por 1 000 nacidos vivos. En Risaralda se presentaron para el año 2019 110 casos, dando una Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos de 11,0 siendo una de las más bajas, de estos 110 casos del departamento el municipio de Pereira aportó para el año 2019 48 casos.

Para el Evento de Mortalidad Materna el año 2019 cerró con 477 muertes maternas a nivel nacional: 298 tempranas (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 134 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 45 por causas coincidentes (lesiones de causa externa). En Risaralda para este mismo año se presentaron 3 casos con un resultado de Razón de Mortalidad Materna de 30,08 por 100000 NV, la ciudad de Pereira al departamento aportó 2 de los 3 casos reportados para el Evento por tanto su indicador fue de 30,05 por 100000 NV para el año 2019.

Es así como el desarrollo de dicho componente dentro de la dimensión de Salud Sexual y Reproductiva tiene vital importancia, para la reducción no solo de la mortalidad neonatal y materna que son indicadores trazadores, si no también para reducir todos aquellos Eventos de Interés en Salud Pública que afectan la población neonatal y gestantes, de igual forma a eliminar todo tipo de barreras administrativas que impidan garantizar una atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, logrando brindar una atención más segura y de calidad de una manera eficaz, eficiente y equitativa, cambiando las experiencias negativas sobre todo el contexto de salud materna.

## **2. Objetivo general**

Mejorar los estándares de calidad y satisfacción de usuarios al acceso del sistema de salud municipal para mejorar el estado de salud de la población pereirana, garantizando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad social, económica, política y/o cultural, brindando atención integral a las gestantes y a la primera infancia en la ciudad de Pereira.

### 3. Objetivos específicos

- Disminuir el porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes ( entre 15 y 19 años), garantizando el acceso oportuno y sin barreras a los programas de planificación familiar, en la ciudad de Pereira.
- Realizar seguimiento estrecho a las pacientes captadas en los controles prenatales que sean diagnosticadas con sífilis gestacional, para disminuir la tasa incidencia de sífilis congénita.
- Mejorar la calidad de los controles prenatales, para la adecuada identificación de los casos de morbilidad materna extrema para reducir la razón de mortalidad materna.
- Disminuir la tasa de mortalidad neonatal (desde la semana 22 de gestación hasta el día 7 de nacido), desde la identificación oportuna del alto riesgo obstetrico y el aumento de la oferta de la consulta preconcepcional, identificando factores de riesgo oportuno

### 4. Normograma y/o Normatividad Aplicable

- **Plan decenal de salud pública 2012-2021:** “El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio”
- **Resolución 0425 de 2008:** “El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- **Protocolos de Vigilancia en Salud Publica:**
  - Protocolo de vigilancia en salud pública morbilidad materna extrema.
  - Protocolo de vigilancia en salud pública mortalidad materna.
  - Protocolo de vigilancia en salud pública mortalidad perinatal y neonatal.
  - Protocolo de vigilancia en salud publica bajo peso al nacer a término.

- **Resolución 3280 de 2018:** Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación
- **Conpes 3918 del 2018**

### **5. Guías y Protocolos del Programa (Internos y Externos)**

- Protocolo de Vigilancia en salud pública de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía.
- Protocolo de Vigilancia en salud pública de Morbilidad materna extrema.
- Protocolo de Vigilancia en salud pública de Mortalidad materna.
- Protocolo de Vigilancia en salud pública de Sífilis gestacional y congénita.
- Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.
- Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.

### **6. Componentes o Líneas de acción**

El componente materno-perinatal hace parte de la Dimensión de Salud Sexual y Reproductiva, la cual se encuentra a su vez inmersa en la Dirección Operativa de Salud Pública de la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira cuyo objetivo Mejorar los estándares de calidad y satisfacción de usuarios al acceso del sistema de salud municipal para mejorar el estado de salud de la población pereirana, garantizando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad social, económica, política y/o cultural, brindando atención integral a las gestantes y a la primera infancia en la ciudad de Pereira.

**Asistencia técnica a IPS y EAPB:** En este componente se realiza acompañamiento y soporte desde la norma a las instituciones que conforman el sistema de salud bajo las competencias municipales en el marco de las actividades de detección temprana y protección específica en lo relacionado con los programas y estrategias de la Dirección Operativa de Salud Pública.

## 7. Estructura organizacional (que se ha definido por dimensión)



## 8. Recurso Humano:

- **Mortalidad perinatal y neonatal:** una Enfermera magister en Cuidados paliativos.
- **Mortalidad Materna, Morbilidad Materna Extrema, Sífilis gestacional y congénita VIH gestantes:** una enfermera especialista en auditoria en salud, magister en gerencia en sistemas de salud.
- **Asistencia Técnica al componente Materno-perinatal:** una Enfermera, especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia y control de Riesgos.

## 9. Descripción de actividades:

### Mortalidad perinatal y neonatal:

Para la vigilancia de este evento se realiza seguimiento estrecho de las notificaciones realizadas en el aplicativo SIVIGILA, así como de la matriz BAI (Busqueda activa institucional); en estas se identifican los casos que cumplen con la definición de caso para el evento.

Una vez cumpla con la definición se procede a confirmar en ADRESS el lugar de afiliación de la usuaria, de ser de un municipio diferente se solicita el ajuste de georeferenciación al programa de Vigilancia epidemiológica.

Los casos que son confirmados se ingresan a una matriz en excel donde se tienen los datos mas relevantes de cada uno de estos, posterior al diligenciamiento de esta, las pacientes se hacen susceptibles de recibir visita de campo, por lo que se llama a programar entrevista con las usuarias, desplazandose hasta el lugar de residencia de la paciente, y aplicando el formato de entrevista autorizado y promulgado por el INS.

Una vez se cuenta con esta informacion, se diligencian mas variables de la matriz y se cita a unidad de análisis a las diferentes IPS y EAPB que estuvieron involucradas en el proceso de

atención, se solicita de igual manera la historia clínica completa de las pacientes, estas historias son revisadas teniendo en cuenta aspectos relevantes y que durante el desarrollo de la unidad análisis podrían servir para aclarar situaciones importantes que se hayan presentado durante el proceso de gestación.

Por último, después de finalizada la unidad de análisis se realiza el acta donde quedan consignadas las oportunidades de mejoramiento, la cual es socializada y enviada a los actores participantes, para su ejecución y posterior verificación.

### **Morbilidad Materna Extrema**

Para la vigilancia epidemiológica de este evento se realiza seguimiento de las notificaciones realizadas en el aplicativo SIVIGILA semanalmente, así como de la matriz BAI (Búsqueda activa institucional); en estas se identifican los casos que cumplen con la definición de caso para el evento.

Se les Realiza el seguimiento a las mujeres que son notificadas para el Evento que se encuentran sin aseguramiento, este seguimiento a la mujer sobreviviente, se le realiza verificando que se esté garantizando la realización de las intervenciones requeridas sobre las condiciones que puedan poner nuevamente en peligro su vida. Se realiza en diferentes momentos: inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72 horas, a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realiza por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

Teniendo en cuenta que la notificación por normatividad debe ser inmediata se hace la Articulación con el departamento buscando mecanismos efectivos de identificación y respuesta en emergencia obstétrica y maternidad segura, para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud garanticen la capacidad técnica y talento humano necesario para la identificación y notificación inmediata de los casos de morbilidad materna extrema y se pueda brindar la atención integral, oportuna y adecuada requerida por la gestante y su hijo de acuerdo con las guías y normas de atención.

### **Mortalidad Materna:**

Se realiza seguimiento a la notificación de SIVIGILA, se realiza concordancia RUAF defunciones con la notificación para identificar casos que no estén notificados al aplicativo.

Al identificar casos se realiza la investigación clínica epidemiológica del caso, entrevista familiar y autopsia verbal.

Se convoca y se lidera la unidad de análisis de cada caso de muerte materna con todos los actores requeridos, para definir la clasificación final de los casos de muertes maternas, su potencial de evitabilidad y establecer los determinantes que contribuyeron de forma directa e indirecta en la ocurrencia. Establecer los problemas detectados para el plan de acción frente a qué se identificó, quién debe realizar la acción y en qué tiempo se deberá implementar la acción.

Se Solicita la enmienda estadística al certificado de defunción en los casos requeridos. Y se realiza el análisis de la tendencia y el análisis agregado de los casos para identificar los principales determinantes que inciden en la mortalidad materna en el territorio.

#### **Sífilis gestacional y congénita:**

Para dicho evento se realiza seguimiento a la notificación de los casos reportados en el aplicativo SIVIGILA, verificando calidad del dato. Además Búsqueda Activa Institucional para verificar casos que cumplen criterio de notificación.

También, se realiza acompañamiento a las UPGD para el seguimiento de los casos, revisando las historias clínicas, evidenciando tratamiento de dichas usuarias para evitar una transmisión materno-infantil.

De presentarse un caso de Sífilis Congénita, se convoca a Unidad de Análisis de cada caso reportado se lidera el análisis de cada caso, con todos los actores requeridos, para definir la clasificación final, su potencial de evitabilidad y establecer los determinantes que contribuyeron de forma directa e indirecta en la ocurrencia. Establecer los problemas detectados para el plan de acción frente a qué se identificó, quién debe realizar la acción y en qué tiempo se deberá implementar la acción.

#### **VIH gestantes:**

Se realiza seguimiento a la notificación del aplicativo SIVIGILA, seguimiento a las usuarias reportadas para verificación de ingreso a atención y tratamiento, controles de cargas virales, momento del parto, seguimiento al menor Expuesto.

#### **Asistencia técnica:**

El proceso de Asistencia Técnica Integral (ATI) permite realizar el acompañamiento desde 10 líneas de trabajo a los 12 programas y estrategias que la componen de manera que permite calificar, cuantificar y realizar comparaciones entre los diferentes programas, periodos e instituciones.

Este proceso inicia con:

- La revisión normativa y de las listas de chequeo e instrumentos de trabajo por parte de cada uno de los referentes de programa y sus coordinadores, posterior a esto se realizó la socialización con la líder de asistencia técnica y la supervisora para definir los estándares de las líneas de trabajo y las metas de visitas por programas, teniendo en cuenta la evolución normativa desde el Plan Decenal de la salud pública, la Ley estatutaria que se inició con la generación de continua con:
- Notificación de la visita de Asistencia Técnica Integral al gerente y o representante legal para que se prepare con su equipo para recibir durante 2 – 3 semanas aproximadamente los referentes de los diferentes programas y las reuniones de apertura y cierre por parte del equipo de asistencia técnica, todas estas en un cronograma claramente estructurado por fecha, jornadas y programa.
- En la Reunión de Apertura se explica detalladamente, el proceso, los instrumentos, se presenta las líneas de los programas y se realizan acuerdos referentes a los horarios de las secciones de trabajo, También se genera un espacio donde se recuerdan los principales hallazgos evidenciados en la visita del año anterior ( esta visita es realizada por la líder de asistencia técnica).

En el Desarrollo de visitas por programas y o estrategias según cronograma notificado se despliegan las siguientes fases, por cada uno de los programas y/o estrategias que componen el equipo:

- Aplicación de Lista de Chequeo específica de cada programa, donde están incluidos todos los estándares propios de los programas según cada una de las 10 líneas de trabajo que son: Capacidad instalada y red, Coberturas en DT y PE o indicadores propios del programa, Demanda Inducida, Caracterización de la población, Atención a poblaciones con enfoque diferencial, Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Documentación.
- Análisis de Indicadores: con la información suministrada por la institución de la vigencia 1 se Enero a 31 de Diciembre del año inmediatamente anterior.
- Auditoria de Historia Clínica: donde el referente del programa elige 5 aleatoriamente de la agenda del programa suministrada por quien reciba la visita, esta auditoria se realiza bajo un formato estandarizado que mide las variables propias desde la perspectiva y necesidad de cada programa en cuanto a: Identificación, antecedentes personales y familiares, examen físico, educación, pruebas específicas, evolución y remisiones.
- Observación proceso de atención: esta actividad es realizada por el referente del programa en medio una consulta programada por la institución para cada uno de los programas o estrategias este ejercicio se realiza partiendo siempre de contar con la autorización de la institución, el profesional y el paciente, si uno de estos tres actores no está de acuerdo no se realiza, para respetar la intimidad del acto médico, en esta ejercicio se pretende verificar que

lo documentado en las guías, protocolos o procesos estandarizados por la institución en realidad se estén implementando en lo cotidiano de las consultas y atenciones y realizar la retroalimentación posterior en caliente al profesional que la realiza.

- Para el año 2019 por decisión de la estrategia de convivencia social y salud mental este aparte no se realizó para el componente de ATI de Salud mental.
- Seguimiento al plan de mejoramiento del año anterior: como cada visita genera hallazgos positivos y oportunidades de mejora, se solicita a la institución que a partir de estos últimos genere un plan de mejoramiento acorde a sus políticas, prioridades y recursos, en una matriz 5WH1 en la que sustente Que, Cómo, Cuando, Donde y Quien realizara acorde con la oportunidad identificada desde la vista de ATI, con este insumo en la visita del año siguiente se verifica en realidad el cumplimiento de la misma.

Una vez recibida y verificada toda la información de la institución se continua con la consolidación de la información de cada uno los programas y/o estrategias que componen el equipo, es en este momento donde cada referente de programa o estrategia en reunión previamente agendada realiza la entrega en físico y e magnético de cada uno de los soportes de las actividades realizadas en la visita, además incluye la entrega del informe ejecutivo que hace parte de los entregables que se hacen llegar al gerente de la institución.

Para continuar con el análisis y socialización interna se convoca a reunión de equipo en la que cada referente de programa o estrategia socializa los aspectos positivos y oportunidades de mejora encontrados en su área lo que permite identificar situaciones y patrones transversales a los programas o hallazgos específicos que generan impacto positivo o negativo en la institución, que nos dan las herramientas para la reunión de cierre de visita de Asistencia técnica integral

Reunión de cierre de visita de Asistencia técnica integral en la que se socializan los hallazgos y el análisis realizado por el equipo de forma interdisciplinaria, lo cual queda consignado en el paquete documental que incluye actas, listas de chequeo, auditorias de Historia clínica informes ejecutivos y estructura para la creación del plan de mejoramiento.

La remisión del informe ejecutivo se realiza con la firma de la secretaria de Salud con el fin de dar un sello institucional y de autoridad sanitaria en el que se compromete a la EAPB o IPS a remitir el plan de mejoramiento que ellos plantean, para el posterior seguimiento por parte de la secretaria.

Envío de plan de mejoramiento trabajado por parte de la empresa visitada sobre el cual se planean las acciones de mejoras programadas en la matriz 5WH1 y debe ser remitido a la secretaria por medios formales 15 días hábiles posteriores a la entrega del paquete de ATI, que generalmente se realiza en la reunión de cierre.

Visitas de Seguimiento al plan de mejoramiento: estas se programan de manera independiente por el programa de acuerdo con las metas específica y las fechas en que la institución genero la acción de mejora para el programa.

## 10. Indicadores: (bienestar, producto)

### Indicadores de bienestar:

- ✓ Tasa de incidencia de sífilis congénita
- ✓ Razón de mortalidad materna
- ✓ Porcentaje de gestantes con 4 o más controles prenatales
- ✓ Porcentaje de parto institucionalizado.

## 11. Población objeto – momentos del ciclo de vida.

Las actividades desarrolladas dentro del componente están dirigidas a la población que se encuentra incluida dentro los siguientes grupos de edad.

- **Mujeres en edad fértil** desde los 10 a los 49 años
- **Niños** de 0 a 18 meses

## 12. Sectores priorizados (CADA UNA) (los sectores que requieren mayor atención del programa desde el entorno geográfico, o desde el institucional, etc)

- Teniendo en cuenta la division por comunas que utiliza la ciudad de Pereira, los sectores que requieren mayor atención del programa para la prevencion de la mortalidad perinatal y neonatal, mortalidad materna, sífilis gestacional y congénita: San Joaquín, El Oso, Centro, Villasantana y Consotá.
- Los sectores que se tienen priorizados para las intervenciones con las gestantes del municipio son:

LOCALIDAD o COMUNA	GESTANTES	BARRIOS
Aeropuerto	70	El plumón, nacederos, pueblito cafetero, villas de la Madrid, cañaveral 2, mirador de llano grande, gilberto Peláez, senderos de Unicentro y Unicentro

Centro	287	barrio san Jorge, Salazar Iodoño, centro, san Nicolás, santa catalina, portales bilbaína, bolívar y la libertad
Consota	65	Galicia, Galicia alta, colinas del triunfo, las colonias Galicia
Cuba	482	el dorado, Uribe 2, padre valencia, villa ligia, los héroes, san marcos, girasoles, terranova, naranjitos, ormaza, guayacanes, perla del sur, alta vista, Montelíbano y las mercedes
Del café	79	parque industrial, gradualito parque industrial, Málaga parque industrial
El poblado	114	el poblado I, Hamburgo, samaria I, villa verde, villa del prado, poblado II, la dulcera y samaria II
San Joaquín	108	portal san Joaquín, codelmar 4, cuba, cardal cuba, padre valencia
Universidad	63	Pinares, portal de los álamos, circunvalar, san José
villasantana	179	Monserate, Villavicencio, Tokio, él remanso, las margaritas, las brisas y guayabal y villa santana

### 13. Matriz actores involucrados (Internos y Externos)

Actor involucrado	Tipo de articulación
IPS primarias que brindan atención a las mujeres gestantes.	<p>Seguimiento caso a caso de los eventos notificados y acompañamiento en la evolución de los mismo</p> <p>Asistencia técnica para el cumplimiento de la normatividad alrededor de la ruta materno perinatal</p> <p>Unidad de Análisis de los eventos de interés en salud pública.</p>
IPS de atención de parto	<p>Asistencia técnica y Seguimiento a los indicadores de la ruta materno perinatal</p> <p>Unidad de Análisis de los eventos de interés en salud pública.</p>
EAPB	<p>Asistencia técnica integral a los indicadores de la ruta materno perinatal</p> <p>Seguimiento a los indicadores de la ruta materno perinatal</p> <p>Unidad de Análisis de los eventos de interés en salud</p>

	pública.
--	----------

#### **14. Identificación y programación de Actividades del Programa.**

No aplica.

#### **15. Guías y Protocolos del Programa (Externos Documentos Base)**

1.1 Guías

1.2 Protocolos

#### **16. Formatos exclusivos utilizados en el programa (internos y/o externos)**

- Para la realización de las visitas de campo para el evento de mortalidad perinatal neonatal, se utiliza el formato “Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública, Protocolo de vigilancia en salud pública mortalidad perinatal y neonatal tardía, Anexo 3 Entrevista familiar”. En este formato se indagan datos de información personal de identificación y conformación del núcleo familiar, así como el acceso, la calidad y cantidad de controles prenatales recibidos, prácticas y creencias culturales que puedan poner en riesgo el bienestar del feto, condiciones de salud preexistentes que puedan complicar la gestación, antecedentes ginecobstétricos, incluso se indaga historial de abuso sexual o violencia intrafamiliar.
- Morbilidad Materna Extrema para el seguimiento a las usuarias reportadas vinculadas se realiza diligenciamiento de la matriz Anexo 5 denominada Consolidación seguimiento a casos de morbilidad materna extrema.
- Mortalidad Materna se realiza visita epidemiológica de campo con el formato asignado por INS en su protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Formato 4. Entrevista Familiar y autopsia verbal, se diligencia formato de acta de reunión para la unidad de análisis, se digita la información de la unidad de análisis en la plataforma de SVEMMBW.
- Sífilis gestacional y congénita, se tiene asignada matriz donde se consigna todo el seguimiento de las usuarias reportadas para dicho evento desde datos básicos, diagnóstico, fechas de tratamiento, seguimientos serológicos, actividades pendientes, se realiza visitas a IPS para revisión de historias clínicas se hace formato acta de reunión estipulado por la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social.
- VIH gestantes se consigna la información en los formatos establecidos por INS denominado seguimiento clínico a la gestante con VIH y su hijo o hija expuesto al igual que se diligencia la matriz de cohorte gestantes menor expuesto VIH.

**Para la realización de las visitas de asistencia técnica integral, se utilizan el formato para Lista de chequeo IPS, este formato consta de 9 líneas de trabajo:**

1. Capacidad instalada y red: Aquí se realiza todo el inventario del recurso humano y físico.

2. Coberturas dt y pe e indicadores propios del programa: se analizan los indicadores de la ruta materno perinatal
3. Demanda inducida: se verifica las estrategias IEC que la institución realiza para las gestantes
4. Caracterización poblacional: Se solicita a la IPS las 10 primeras causas por las que consultan las gestantes al servicio de salud
5. Atención a poblaciones con enfoque diferencial: se solicita los datos de la población que tiene más factores de vulnerabilidad en el programa de gestantes.
6. Accesibilidad: se verifica si la institución y el consultorio se encuentra ubicado en un lugar de fácil acceso a toda la población
7. Oportunidad: Si la IPS cuentan con disponibilidad en asignación de citas médicas, de enfermería, odontológicas y de nutrición
8. Seguridad: se mide si la IPS, cuenta con las guías de práctica clínica y normatividad vigente, disponibles en los consultorios del programa, además socializada con el personal de salud, Se resuelven dudas a la usuaria y familia sobre los cambios físicos y fisiológicos normales en la gestación y además si Se promueve el control prenatal y curso de preparación de la maternidad y paternidad con participación de la pareja y/o familia.
9. Pertinencia: Las usuarias reciben orientación sobre la importancia del CPN, toma de paraclínicos, toma de micronutriente.

#### **Lista de chequeo EAPB:**

1. Capacidad instalada y red: La Institución cuenta a la fecha con red de prestadores de servicios suficientes y locales en los diferentes niveles de atención (psicología, ginecología, nutrición, odontología).
  2. Coberturas dt y pe e indicadores propios del programa: se analizan los indicadores de la ruta materno perinatal
  3. Demanda inducida: se verifica las estrategias IEC que la institución realiza para las gestantes
  4. Caracterización poblacional: Se solicita a la IPS las 10 primeras causas por las que consultan las gestantes al servicio de salud
  5. Atención a poblaciones con enfoque diferencial: se solicita los datos de la población que tiene más factores de vulnerabilidad en el programa de gestantes.
  6. Accesibilidad: Se Identifica barreras de acceso que limiten o impidan la asistencia a CPN (transporte, albergue, interpretes, etc.)
  7. Oportunidad: Oportunidad para la realización de ecografías y exámenes diagnósticos especializados.
  8. Seguridad: Cuenta con plan de capacitación en la Ruta Materno perinatal y además Cuenta con comité de vigilancia Epidemiológica
  9. Pertinencia: Cuenta con plan de auditorías externas a la atención en Ruta Materno Perinatal, que incluya adherencia a la norma técnica y además Garantiza la integralidad y oportunidad en la secuencia diagnóstica y de tratamiento a usuarios
- Formato de Auditoria de Historia Clínica: formato que se creó con base a la normatividad vigente, donde se auditan 5 historias clínicas de la ruta materno perinatal a cada una de las IPS del municipio.

- Formato de Informe ejecutivo: informe que se envía al gerente de la IPS 15 días hábiles después de la visita de asistencia técnica, donde se socializa los hallazgos encontrados y las oportunidades de mejora que deben implementar en la institución.

### 17. Relación de informes a presentar por programa

Para el presente componente se generan los siguientes informes:

- ASIS mensual
- Evaluación trimestral e informe cualitativo del componente
- Informes mensuales IPS
- Informes mensuales EAPB
- Informe ejecutivo
- Informes de gestión (Mensual, trimestral, semestral y anual)

### 18. Relación de comités a los cuales pertenece el programa

NOMBRE DEL ACTOR	INTERES	ACUERDOS
Secretaria de desarrollo social	Comité de diversidad sexual. Articulación de actividades de interés en salud sexual y reproductiva en población LGTBI	Intervenciones educativas y participación en jornadas de salud programadas e informadas con anterioridad. Apoyo en actividades masivas con usuarios habitantes de calle, población clave, población privada de la libertad, brindando educación en todo los temas del componente de salud sexual y reproductiva. Intervenciones educativas y participación en jornadas de salud programadas e informadas con anterioridad.
Desarrollo social	Comité equidad de genero	Estrategias en prevención de la violencia contra la mujer
Secretaria salud departamental	Comité salud sexual y reproductiva	Temas relacionados con SSR

## **19. Participación en las Políticas Públicas Municipales**

- **Política Publica de Salud Sexual y Reproductiva**

**Metas:**

- Visitas de vigilancia epidemiológica al 100% de mortalidad materna de acuerdo con los lineamientos del INS.
- Unidades de análisis al 100% de los casos de mortalidad materna y transmisión vertical de VIH, y hepatitis B.
- Visitas de vigilancia epidemiológica a los casos de mortalidad perinatal de acuerdo con los lineamientos del INS y hepatitis B
- Unidades de análisis a los casos de mortalidad perinatal de acuerdo con los lineamientos del INS.
- Seguimiento epidemiológico al 100% de casos notificados por SIVIGILA como sífilis gestacional y congénita.
- Realizar unidades de análisis al 100% casos sífilis congénita.
- Seguimiento epidemiológico al 100% de casos de gestantes con VIH y recién nacidos expuestos
- Visitas de asistencia técnica las IPS para verificar el cumplimiento de la normatividad frente a la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal.
- Seguimiento epidemiológico al 100% de casos de Hepatitis B, C y coinfección Delta, en población general notificados en SIVIGILA

- **Política de Infancia y Adolescencia**
- **Política de Juventud**

---

**Programa estrategia o línea de trabajo:  
Ruta Planificación familiar**

**Dirección operativa  
Salud Pública**

**Dimensión  
Salud Sexual y Reproductiva**

**Líder  
Paola Andrea Saldarriaga Arenas**

**Referente  
Xiomara Gutiérrez Rodríguez**

## Tabla de contenido

1. Introducción.....	20
2. Objetivo general .....	24
3. Objetivos específicos .....	25
4. Normograma y/o Normatividad Aplicable .....	25
5. Guías y Protocolos del Programa (Internos y Externos) .....	27
6. Componentes o Líneas de acción: .....	30
7. Estructura Organizacional .....	30
8. Recurso Humano .....	30
9. Descripción de actividades.....	30
10. Indicadores: (bienestar, producto) .....	30
11. Población objeto – momentos del ciclo de vida .....	31
12. Sectores priorizados: .....	31
13. Matriz actores involucrados (Internos y Externos):.....	32
14. Identificación y programación de Actividades del Programa. ....	32
15. Guías y Protocolos del Programa (Externos Documentos Base) .....	34
16. Formatos exclusivos utilizados en el programa (internos y/o externos).....	35
17. Relación de informes a presentar por programa .....	40
18. Relación de comités a los cuales pertenece el programa.....	40
19. Participación en las Políticas Públicas Municipales.....	40

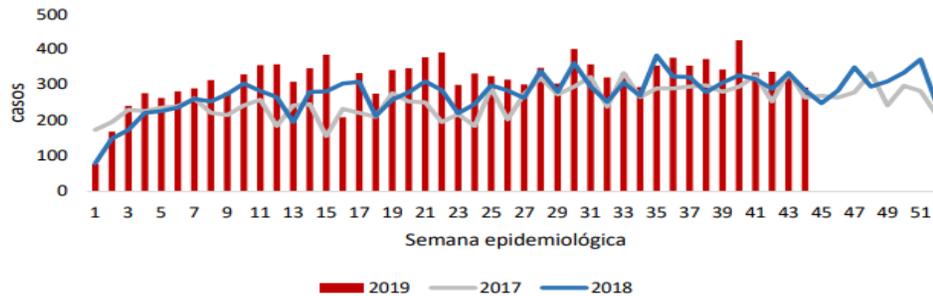
## **1. Introducción**

La dimensión de salud sexual y reproductiva realiza un Conjunto de acciones que cumplen con promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades. Permanente y articulado de los diferentes sectores e instituciones del Estado y de la sociedad civil, que permita a las personas, grupos y comunidades gozar del nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva SSR y ejercer los derechos sexuales y los derechos reproductivos a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

Desde la asistencia técnica buscamos el Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: involucra acciones para la apropiación del marco normativo, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población; así como la generación y desarrollo de mecanismos y herramientas tales como modelos de auditoria, listas de chequeo, capacitaciones a IPS y EAPB en cuanto a legislación y protocolos establecidos con el fin de garantizar oportunidad y cumplimiento brindado a los pacientes que hacen parte de la línea de planificación familiar un servicio íntegro y justo.

La notificación de casos de VIH muestra una tendencia creciente año tras año, tendencia que se ha mantenido en el año 2019. En 2018 ingresaron al sistema de vigilancia 14 474 casos y hasta periodo 11 de 2019 esta cifra es de 14 010, de acuerdo a la proyección de casos según el comportamiento histórico del evento, el 2019 superará ampliamente al número de casos presentados en 2018. Al comparar el mismo periodo de 2018, se evidencia un aumento del 16,4 % con una tasa de incidencia de 26,6 casos por 100.000 habitantes.

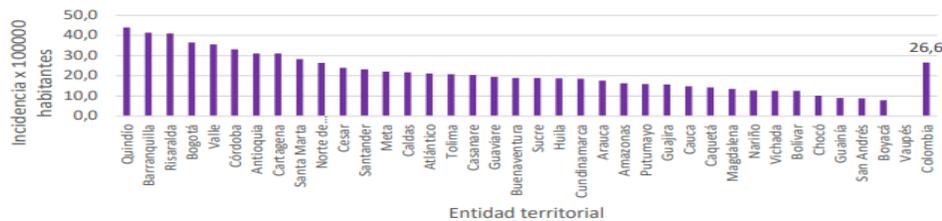
Figura 1 comportamiento de VIH por semana epidemiológica en Colombia periodo 11, 2019



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019

Respecto a las incidencias de VIH por departamento, se observa que el Quindío es el que tiene la mayor tasa de incidencia con 43.9 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Barranquilla y el departamento de Risaralda con 41,4 y 40.9 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Figura 2. Incidencia de VIH en Colombia por entidad territorial a periodo 11 de 2019 p



Fuente: Sivigila, 2014- 2019

Asimismo, la mayor parte del territorio colombiano presenta un aumento de la notificación comparado con los años anteriores, los departamentos que presentan una disminución significativa son Magdalena, Sucre, Bolívar, Casanare y Amazonas.

Igualmente, la mayor presentación de casos se da en población masculina con un 81,4 % (10 906 casos), se encuentran notificadas en el sistema 224 gestantes con VIH que corresponden a un 1.6 % y se han reportado 42 casos de transmisión materno-infantil. Respecto al mecanismo probable de transmisión, la vía sexual continúa siendo la de mayor presentación, tanto de contacto heterosexual como bisexual y homosexual, siendo estos dos grupos de gran importancia para los departamentos con gran concentración urbana.

Boletín Epidemiológico Semanal

Mapa 1. Comportamientos inusuales de notificación de casos de VIH en Colombia, Periodo 11 de 2019.

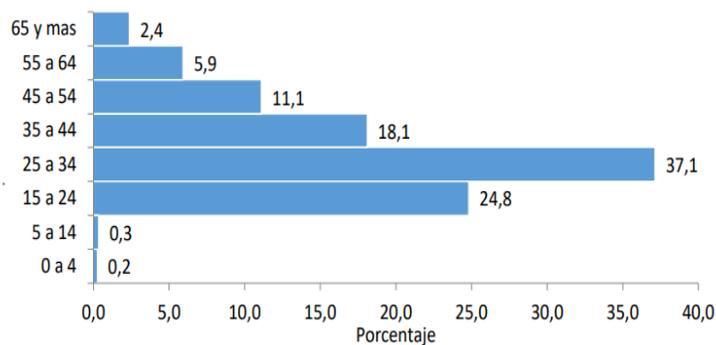


Fuente: Sivigila, 2014-2019

Respecto a los grupos de edad en donde se presenta la mayor notificación de casos, se encuentran los de 25 a 34 años con un 37.1 % y los de 15 a 24 años con un 24.8 % de la notificación.

Respecto a los grupos de edad en donde se presenta la mayor notificación de casos, se encuentran los de 25 a 34 años con un 37.1 % y los de 15 a 24 años con un 24.8 % de la notificación.

Figura 3. Distribución de casos de VIH por grupo etario, Colombia - periodo 11, 2019



Existen más de 20 tipos de ITS, entra las cuales la gonorrea, la clamidia, el virus del papiloma humano (VPH), la sífilis, el herpes genital, el sida y la hepatitis B y C, son las más comunes

Con la asesoría del doctor Camilo Enrique Rodríguez, médico especialista en ginecología y obstetricia, y jefe de la Unidad Obstétrica de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Para muchos, las infecciones de transmisión sexual (ITS) son lejanas a su realidad, pero hoy las probabilidades de contagio aumentan considerablemente, siendo la población entre los 15 y los 49 años la más vulnerable.

Cada día, un millón de personas se contagian con una ITS y se calcula que, al año, cerca de 357 millones de personas se vuelven portadoras de enfermedades como la clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5,6 millones) o tricomoniasis (143 millones).

Con estas cifras, la Organización Mundial de la Salud (OMS), muestra el preocupante panorama de las enfermedades de transmisión sexual, infecciones causadas por bacterias, parásitos, hongos y virus que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual. El contagio se da en ambos géneros; sin embargo, las mujeres en gestación tienen un riesgo más alto, pues la enfermedad puede afectar al bebé.

#### Datos y cifras

- Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.
- Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo
- Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

#### Tasas de natalidad

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

### **Contextos**

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

Algunas muchachas no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección.

### **20. Objetivo general**

- Garantizar el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción, libre de violencias, en un marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, etnia, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima del conflicto armado.
- Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando

reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas.

## **21. Objetivos específicos**

- Realizar promoción de diagnóstico temprano de VIH en poblaciones clave.
- Implementar la estrategia sexualidad con sentido en el 35% de las IE (50) del sector oficial
- Realizar mínimo 2 veces al año, visitas de asistencia técnica para el fortalecimiento de las acciones programáticas VIH para la población carcelaria y/o reintegrada, con frecuencia bimensual
- Realizar actividades educativas para fomentar la estrategia CAIVAS y CAVIF, como herramientas sociales de restablecimientos de derechos vulnerados por violencia sexual e intrafamiliar.

## **22. Normograma y/o Normatividad Aplicable**

### **Política nacional de salud sexual y reproductiva, febrero de – 2014**

Promoción de la planificación familiar mediante estrategias de IEC En este campo las acciones están dirigidas a que:

- Los hombres y las mujeres en edad fértil se apropien de sus deberes y derechos en cuanto a los servicios de planificación familiar en el contexto de la inducción de la demanda temprana de dichos servicios. Es de especial interés que en este tema se realicen acciones específicamente dirigidas a los y las adolescentes y a hombres y mujeres con factores de vulnerabilidad y que se centren en el autocuidado en términos de controlar el número de hijos/as y el espaciamiento entre ellos.
- Los hombres conozcan los métodos de planificación familiar específicamente diseñados para ellos y desarrollen actitudes y prácticas de autocuidado en este sentido. En este campo es prioritario trabajar sobre los mitos culturales en torno a la planificación familiar, detectados mediante encuestas de comportamiento, que impiden el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

Se fomente la doble protección entre hombres y mujeres en edad fértil, con especial énfasis en los adolescentes y en los hombres y mujeres con factores de vulnerabilidad.

- Se promueva, en la población masculina, la anticoncepción con métodos de barrera, entendida como una responsabilidad individual que no sólo se circunscribe a la mujer.
- Se promueva la participación del hombre en las decisiones relacionadas con la planificación familiar en el contexto del respeto por las decisiones que cada uno de los miembros de la pareja tome en este sentido.

### **Resolución 3280 de 2018**

Objetivo en planificación familiar:

- Brindar a las mujeres, hombres y sus parejas asesoría, información, y educación.
- Asegurar la provisión efectiva de los métodos anticonceptivos de elección de la mujer, el hombre o la pareja.
- Responder a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
- Contribuir a la reducción de la inequidad reproductiva, en situaciones especiales.
- Promover el bienestar y desarrollo social de la población, promoviendo la paternidad y maternidad intencionada y responsable.
- Cumplir con los criterios de calidad y seguridad clínica en la provisión de los métodos anticonceptivos.

### **Ley 1412 de 2010**

Por medio de 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 decenal de salud pública**

Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de

derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades.

### **23. Guías y Protocolos del Programa (Internos y Externos)**

Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos: guía de integración de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (MEC) y las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (SPR) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a las pautas nacionales de planificación familiar

**6 de junio de 2018** Autores: OMS

Esta Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS (de aquí en adelante: “guía de implementación de las directrices MEC y SPR”) es parte de una iniciativa global para extrapolar el asesoramiento a la práctica mediante los principios de la ciencia de la implementación. La implementación de las directrices MEC/SPR a través de un programa nacional es un proceso complejo y multidisciplinario que exige la participación de diversas partes interesadas. Además, la implementación puede y debe llevarse a cabo de forma sistemática y basada en evidencias. Este documento presenta un proceso estructurado que ayudará a los países a incorporar las directrices MEC y SPR más recientes, y sus actualizaciones, a las pautas nacionales de planificación familiar.

#### **Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad**

##### **Recomendaciones para un enfoque de salud pública 16 de octubre 2018**

**Autores:** OMS

De acuerdo con las investigaciones y las consultas realizadas durante las últimas décadas, la comunicación relacionada con la sexualidad es un problema que requiere atención urgente. Mientras que los usuarios desearían poder hablar de inquietudes relacionadas con la salud sexual con los prestadores de servicios de salud, a los trabajadores de la salud les falta el conocimiento y la capacitación necesarios para sentirse cómodos a la hora de abordar este tipo de temas

Debido a que este es un campo poco investigado, las recomendaciones en este documento guía brindan sugerencias a los formuladores de políticas de salud y a los responsables de la toma de decisiones en instituciones de capacitación profesional de la salud. Estas sugerencias se relacionan con los fundamentos del uso de las habilidades de asesoramiento para abordar los problemas de salud sexual en el entorno de la atención primaria de la salud por parte de los prestadores de servicios de salud.

**Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos  
Tercera edición 9 de enero 2018**

**Autores:** OMS

Este documento es parte del proceso para mejorar la calidad de la atención en la planificación familiar. En términos específicos, se trata de uno de dos pilares basados en la evidencia (documentos orientativos) que forman parte de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para elaborar e implementar guías de planificación familiar destinadas a programas de alcance nacional. El primer pilar, los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME, ya en su quinta edición), ofrece información y orientación exhaustivas sobre la seguridad de diversos métodos anticonceptivos para el uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas el segundo pilar. Proporciona orientación sobre cómo usar los métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz una vez que se los considera adecuados desde el punto de vista médico. En el caso de las recomendaciones emitidas en las RPS, las consideraciones de seguridad incluyen las barreras frecuentes que impiden el uso seguro, correcto y consistente de los métodos anticonceptivos y las ventajas de evitar embarazos no deseados o no planeados.

**Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos  
31 de agosto 2016**

**Autores:** OMS

Esta rueda incluye los criterios médicos de elegibilidad para comenzar a utilizar métodos anticonceptivos, según lo indicado en Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 5.ª edición (2015), una de las directrices de la OMS basada en evidencias. Orienta a los proveedores de planificación familiar para que recomienden métodos anticonceptivos seguros y eficaces a las mujeres que tienen condiciones médicas o características médicas relevantes.

La rueda incluye recomendaciones para comenzar a utilizar nueve tipos comunes de métodos anticonceptivos.

### **Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto 2014**

**Autores: OMS**

Diseñado para ser utilizado por planificadores y administradores de programas como herramienta para integrar PFPP en estrategias nacionales y subnacionales. El programa de PFPP no debe considerarse "vertical", sino una parte integral de la salud materno-infantil y de la planificación familiar. Para que las intervenciones de planificación familiar después del parto sean satisfactorias es necesario implementar programas holísticos y basados en la evidencia que refuercen y mejoren los sistemas de salud.

### **Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción**

#### **Orientación y recomendaciones**

**Autores: OMS**

El objetivo de este documento es proporcionar orientación a los formuladores de políticas, los directores, los proveedores de asistencia sanitaria y otros interesados directos del sector de la salud sobre algunas de las medidas prioritarias indispensables para garantizar que a la hora de proporcionar información y servicios de anticoncepción se tenga en cuenta de forma clara y sistemática la dimensión de los derechos humanos.

### **Guía para identificar y documentar mejores prácticas en los programas de planificación familia 2019**

**Autores:** Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud.

### **Planificación familiar: un manual mundial para proveedores**

#### **Orientación basada en la evidencia desarrollada gracias a la colaboración mundial – 2011**

**Autores:** Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs y Organización Mundial de la Salud.

Este nuevo manual sobre métodos de planificación familiar y temas conexos es el primero de su tipo. A través de un proceso organizado de colaboración, expertos de todo el mundo han

llegado a un consenso en torno a la orientación práctica que refleja la mejor evidencia científica disponible. La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue quien hizo el llamamiento para este proceso. Muchas organizaciones profesionales y de asistencia técnica importantes dieron su aval y adoptaron estas orientaciones.

#### **24. Componentes o Líneas de acción:**

Ruta de planificación y anticoncepción

#### **25. Estructura Organizacional**

#### **26. Recurso Humano**

Enfermera especialista en Auditoria en Salud

#### **27. Descripción de actividades**

##### **Ruta de anticoncepción familiar y anticoncepción:**

Desde la **Asistencia Técnica** buscamos el Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: involucra acciones para la apropiación del marco normativo, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población; así como la generación y desarrollo de mecanismos y herramientas tales como modelos de auditoria, listas de chequeo, capacitaciones a **IPS** y **EAPB** en cuanto a legislación y protocolos establecidos con el fin de garantizar oportunidad y cumplimiento brindado a los pacientes que hacen parte de la línea de planificación familiar un servicio íntegro y justo.

#### **28. Indicadores: (bienestar, producto)**

- PS con asistencia técnica en consulta preconcepcional, planificación y anticoncepción

- Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes (Embarazo a temprana edad entre 15 y 19 años)

**29. Población objeto – momentos del ciclo de vida**

Mujeres en edad fértil desde los 10 a los 49 años

**30. Sectores priorizados:**

<b>Comunas</b>	<b>Barrios</b>
El oso	Los sauces I
Villa santana	Villa santana
El oso	Los pinos
Perla del Otún	El paraíso
Consota	Dorado II
San Joaquín	Leningrado II
El poblado	Roció Bajo

### 31. Matriz actores involucrados (Internos y Externos):

#### MATRIZ DE ACTORES EXTERNOS

Actor involucrado	Tipo de articulación
<p><b>IPS</b> primarias que brindan atenciones a usuarias entre 10 a 49 años.</p>	<p>Acto administrativo donde socializo los lineamientos de la ruta de promoción y mantenimiento</p> <p>Asistencia técnica para el cumplimiento de la normatividad alrededor de la ruta de planificación familiar</p>
<p><b>EAPB</b></p>	<p>Seguimiento y socialización de instrumentos que se adoptó desde la secretaria de salud con criterios a evaluar la historia clínica sustentado en el apoyo normativo.</p> <p>Actualización y socialización de normatividad y criterios a tener en cuenta en la línea de planificación familiar.</p>

### 32. Identificación y programación de Actividades del Programa.

#### Estrategias del componente

- Políticas públicas sectoriales, transectoriales y con participación comunitaria que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, desde los enfoques de género y diferencial; afectando positivamente los determinantes sociales relacionados con las violencias de género y violencias sexuales, la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH Sida, la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes, y la garantía de la salud materna.

- Coordinación, transectorial y comunitaria a los procesos que permitan garantizar los derechos relacionados con la sexualidad, en el marco del ejercicio de la ciudadanía; así como para el desarrollo de políticas públicas que promuevan el diseño e implementación de estrategias de movilización social a nivel de instituciones públicas, privadas y comunitarias, dirigidas al ejercicio del derecho a la libre elección de la maternidad y a una maternidad segura con enfoque diferencial.
- Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.
- Fomento de espacios y mecanismos de participación y movilización social: incluye la disposición de información, educación y comunicación para la promoción de la equidad de género en los diferentes ámbitos y espacios de la vida cotidiana (laborales, educativos, institucionales, comunitarios), con enfoque de derechos, de género y diferencial, mediante la construcción de nuevas masculinidades y feminidades; fomenta la transformación de creencias, imaginarios y normatividades culturales que legitiman las violencias de género y limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con equidad e igualdad de género.
- Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: involucra acciones para la apropiación del marco normativo para el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población; así como la generación y desarrollo de mecanismos sectoriales y transectoriales para garantizar el acceso a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los derechos a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos, luchando contra la impunidad y posicionando estas violaciones como un intolerable social e institucional. Desarrollo e implementación de medidas ágiles,

oportunas y especializadas de protección para garantizar una vida libre de violencias y discriminación.

- Empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos, así como en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión, para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y los recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos.
- Fortalecimiento del compromiso social de los medios de comunicación para la promoción del respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad entre hombres y mujeres, la equidad de género, a través de un lenguaje incluyente, no sexista, que cuestione las creencias y estereotipos que legitiman la discriminación, el estigma, las violencias de género y las violencias sexuales.
- Consolidación de la política de educación sexual, que involucre a toda la comunidad educativa (niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres, madres, cuidadores, profesorado y demás personas que se relacionan con las instituciones educativas), que incluya la expansión de cobertura y calidad del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, articulado con los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, para el ejercicio de derechos en torno al desarrollo de una sexualidad en condiciones de igualdad, libertad y autonomía, sin ninguna discriminación y libre de violencias. Fomento de políticas, planes, programas y proyectos que garanticen el derecho a la educación, la recreación y la cultura, y al trabajo digno con igualdad de oportunidades y entornos equitativos que permitan la autonomía económica y condiciones de vida digna, especialmente para las mujeres, jóvenes, población Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual e Intersexual LGBTI, población rural y víctimas del conflicto armado.

### **33. Guías y Protocolos del Programa (Externos Documentos Base)**

No aplica

### **34. Formatos exclusivos utilizados en el programa (internos y/o externos)**

**Listas de chequeo IPS:** instrumento visita de asistencia técnica integrada actividades y estrategias detección temprana - protección específica - eventos de interés en salud pública que solicita la siguiente información:

- Días y horario de atención de enfermería
- Días y horario de atención del medico
- Nombre del coordinador
- Perfil o profesión de base del coordinador
- Correo coordinador
- Teléfono coordinador
- Tiempo en el programa del coordinador
- Fecha de la visita

#### **1. Capacidad instalada y red (inventario – recurso físico y humano)**

- Cuentan con médico para el programa
- Cuentan con enfermera para el programa
- Cuenta con un profesional de medicina o enfermería con capacitación y experiencia acumulada de dos años en los últimos cuatro años en inserción del DIU.
- Cuenta con consultorio dotado con los siguientes insumos requeridos para la prestación del servicio:
  - Camilla
  - Escalerilla de dos pasos.
  - Tensiómetro.
  - Fonendoscopio.
  - Equipo de órganos.
  - Papelería. (Documentos adicionales en la historia clínica)

#### **2. Coberturas e indicadores propios del programa:**

- Número de mujeres de 10 a 49 años afiliada
- Número de controles realizados en el periodo
- Número de ingresos en el mismo periodo
- Numero de usuarias con métodos definitivos
- Número de hombres de 10 a 49 años afiliada
- Número de controles realizados en el periodo (hombres)
- Número de ingresos en el mismo periodo (hombres)

- Número de usuarios con métodos definitivos (hombres)
- Número de usuarias que solicitaron métodos en el periodo
- Número de métodos entregados en el mismo periodo

### **3. Demanda inducida**

- Existe información para el público sobre lugar, horarios, costos y servicios de atención en anticoncepción.
- Los usuarios reciben orientación sobre la importancia de la planificación familiar
- Las usuarias ingresan al programa derivadas de la consulta medica

### **4. Atención poblaciones con enfoque diferencial:**

- Indígena
- Afrocolombiano
- En situación de desplazado
- En condición de discapacidad
- Privado de la libertad
- Habitante de calle
- Inmigrante

### **5. Accesibilidad:**

- La institución se encuentra ubicada en un lugar de fácil acceso a toda la población
- Cuentan con disponibilidad suficiente de horarios para consulta y colocación de métodos como implantes y DIU.

### **6. Oportunidad:**

- Los controles son de acuerdo a la periodicidad que dice la norma y de acuerdo al método elegido.
- Existe proceso de retroalimentación hacia las IPS (de la EAPB), de los usuarios que fueron remitidos y atendidos en otro nivel (valoración por especialistas, esterilización masculina y femenina)
- Tiene mecanismo para medir la oportunidad en la asignación de las citas
- Tiene mecanismos para medir la oportunidad en la entrega y reabastecimiento de los métodos.

## **7. Seguridad**

- Se realiza seguimiento para verificar la comprensión por parte del usuario de las indicaciones impartidas.
- El centro de atención promueve y realiza el control de planificación familiar con la participación de la pareja para el proceso de adherencia del método anticonceptivo.
- Se dispone de consulta prioritaria en SSR para anticoncepción de emergencia
- Existen Protocolos y guías de manejo sobre la norma técnica en planificación familiar, disponible en los consultorios del Programa y socializada con el personal del programa.
- Informa sobre los métodos disponibles (sin exclusión alguna), sus mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno de ellos.
- Informan a las usuarias frecuencia de los controles, complicaciones o que hacer cuando se requiera cambio del método temporal.
- El sitio donde se realizan las acciones propias del programa cumple con las normas de bioseguridad.
- El personal de salud cumple con las normas de bioseguridad. (\*3
- OBSERVACION DEL PROCESO DE ATENCIÓN.

## **8. Pertinencia:**

- Los métodos son formulados de acuerdo a la clasificación de los riesgos que tiene cada usuario, teniendo en cuenta los factores de elegibilidad.
- Se asume una actitud positiva, amable y de resolución de dudas frente al usuario.
- AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA

**Listas de chequeo EAPB:** instrumento visita de asistencia técnica integrada actividades y estrategias detección temprana - protección específica - eventos de interés en salud pública que solicita la siguiente información:

- Nombre del coordinador
- Perfil o profesión de base del coordinador
- Correo coordinador
- Teléfono coordinador
- Tiempo en el programa del coordinador
- Fecha de la visita
- Población distribuida según los grupos poblacionales de interés de la ruta

### **1. Capacidad instalada y red:**

- La Institución cuenta a la fecha con red de prestadores de servicios suficientes en los diferentes niveles de atención.
- Cuenta con red de prestación de servicios para la atención en planificación familiar y anticoncepción.

### **2. Coberturas detección temprana y protección específica e indicadores propios de la ruta:**

- Número de personas que conocen métodos anticonceptivos
- Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años
- Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años
- Tasa de fecundidad en mujeres de 20 a 24 años
- Tasa general de fecundidad
- Número de personas con asesoría en anticoncepción
- Número de personas atendidas en los servicios de salud con suministro de anticonceptivos por tipo de método

### **3. Demanda inducida**

- Realiza actividades de Información y educación en salud que promueva la planificación familiar y el servicio que se presta.

#### **4. Atención a poblaciones con enfoque diferencial:**

Identifica sus afiliados como indígena

- Identifica sus afiliados como afrocolombiano
- Identifica sus afiliados en situación de desplazamiento
- Identifica sus afiliados en condición de discapacidad
- Identifica sus afiliados en situación de inmigrante
- Identifica sus afiliados gestantes
- Identifica sus afiliados privados de la libertad
- Identifica sus afiliados como habitante de calle

#### **5. Accesibilidad:**

- Las Instalaciones son de fácil acceso para la población
- La red contratada es de fácil acceso para la población

#### **6. Oportunidad**

- Tiene mecanismos para medición de la oportunidad para la realización de los procedimientos (Cirugías definitivas, implantes subdérmicos e inserción de DIU)
- Autoriza las ordenes de sus afiliados en un tiempo no mayor 5 días
- Garantiza el suministro de métodos hormonales de planificación familiar a sus afiliados
- Garantiza el recuento espermático a los hombres que se hacen Vasectomía tres meses después del procedimiento y además cuenta con el seguimiento

#### **7. Seguridad:**

- Existe proceso de retroalimentación hacia las IPS, de los usuarios que fueron remitidos y atendidos en otro nivel (valoración por especialistas, esterilización masculina y femenina)

#### **8. Pertinencia**

- Cuenta con plan de auditorías externas a la atención en el programa planificación familiar hombres y mujeres que incluya adherencia a la norma técnica.

### **35. Relación de informes a presentar por programa**

- ASIS mensual
- Evaluación trimestral e informe cualitativo del componente

### **36. Relación de comités a los cuales pertenece el programa**

- Comité de Salud Sexual y Reproductiva

### **37. Participación en las Políticas Públicas Municipales**

- Política Publica de Salud Sexual y Reproductiva
- Política de Infancia y Adolescencia
- Política de Juventud

---

# **Programa estrategia o línea de trabajo: Cáncer de mama y cuello uterino**

**Dirección operativa  
Salud Pública**

**Dimensión  
Salud Sexual y Reproductiva**

**Líder  
Paola Andrea Saldarriaga Arenas**

**Referentes  
Ángela María Ramírez Trejos  
Xiomara Gutiérrez**

## Tabla de contenido

1. Introducción .....	43
2. <b>Objetivo general (Descripción propósito esencial que tiene el programa o línea de trabajo, en concordancia con el Plan Decenal de Salud)</b> .....	45
3. Objetivos específicos .....	45
4. Normograma y/o Normatividad Aplicable .....	46
5. Guías y Protocolos del Programa (Internos y Externos) Guía de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama....	47
6. Componentes o Líneas de acción.....	47
7. Estructura organizacional (que se ha definido por dimensión) .....	47
8. Recurso Humano: Dos enfermeras especialistas en auditoria en salud.....	47
9. Descripción de actividades .....	47
10. Indicadores: (bienestar, producto).....	48
11. Población objeto – momentos del ciclo de vida.....	48
12. Sectores priorizados .....	48
13. Matriz actores involucrados (Internos y Externos).....	48
14. Identificación y programación de Actividades del Programa. ....	50
15. Guías y Protocolos del Programa (Externos Documentos Base) .....	50
16. Formatos exclusivos utilizados en el programa (internos y/o externos):.....	51
17. Relación de informes a presentar por programa .....	57
18. Relación de comités a los cuales pertenece el programa .....	57
19. Participación en las Políticas Públicas Municipales .....	57

### **38. Introducción**

El cáncer de Seno es el cáncer más diagnosticado en países desarrollados y no desarrollados y actualmente es el cáncer más común en Colombia, en países de medianos ingresos como el nuestro se espera que la carga de esta enfermedad continúe en aumento hasta 2030. Por otra parte, el cáncer de cérvix ocupa un lugar igualmente relevante en las patologías neoplásicas en Colombia, ubicándose en el segundo lugar entre mujeres y en el tercero en toda la población. El cáncer de cérvix es un cáncer priorizado a nivel mundial dado que continuará su incremento durante las próximas décadas.

La prevalencia del cáncer de seno varía con respecto a la capacidad de cada país: primero por las acciones ejecutadas por cada región para su oportuna detección y tratamiento y segundo en razón de su perfil racial étnico, cultural y social en Estados Unidos la incidencia de este cáncer es de 124,9 por 100.000 habitantes, en contraste con países del este africano donde se reportan incidencias de 19,4 por 100.000 habitantes (9). El cáncer de seno aporta costos elevados al sistema de salud y carga de enfermedad por causa del incremento constante en el número de casos y el surgimiento de nuevos tratamientos. Para el año 2015 la prevalencia de cáncer en Colombia tuvo un total de 31.340 casos estimados contra un total de casos observados de 36.589 casos.

#### **Cáncer de cuello uterino**

La carga de la enfermedad por el cáncer de cuello uterino es una de las que más aporta en países en desarrollo, esto debido a que este cáncer se encuentra entre los 4 cánceres más comunes de la población global, lo que supone definición de estrategias en salud pública en infraestructura y entrenamiento para su detección temprana. Según IARC (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer) el cáncer de cuello uterino para 2012 mostró un total mundial de casos nuevos de 527.624 afectadas, para una incidencia ajustada de 14 afectadas por 100.000 habitantes y una mortalidad absoluta de 265.672, para una mortalidad ajustada de 6,8 por 100.000 mujeres. Es de observar que el 17 % del total de afectadas por esta patología corresponde a países con índice de desarrollo humano alto como Colombia.

Se espera que para el año 2030 el cáncer de cérvix aumente en países de medio alto ingreso, sin embargo, a pesar de la clasificación de ingreso como media alta, se espera que la mortalidad aumente más en este grupo que en todos los grupos de ingreso aportando el 60 % de la mortalidad mundial por esta neoplasia.

El total de casos de cáncer de cérvix en Colombia para 2012 según estimaciones de IARC era de 4.661 casos para una incidencia ajustada de 18,7 afectadas por 100.000 habitantes (2), en datos de 2015 de la resolución 247 (15) el total de casos nuevos de cáncer de cérvix invasivo fue de 1.556 para una incidencia de 6,4 por 100.000 mujeres (6). Adicionalmente en Colombia el riesgo de esta patología en poblaciones con diagnóstico de SIDA está por encima del de otros países.

La incidencia de estas dos patologías ha incrementado en países occidentales las causas de este hecho se atribuyen a un aumento en el uso de estrategias de detección temprana. Sin embargo, existen otras causas atribuibles al incremento en la incidencia del cáncer de seno como el sedentarismo, la obesidad, el uso de anticonceptivos durante la menopausia, el no tener hijos y el no amamantar. El cáncer de cérvix continúa en aumento como otras patologías neoplásicas. La infección por el virus del papiloma humano es responsable de este comportamiento asociado a la falta de estrategias para educar a la población; sin embargo, actualmente el gobierno nacional cuenta con un plan de inmunización de mujeres en edad escolar el cual tendrá efectos significativos en el futuro.

Una reciente evaluación de la organización y gestión de la red de servicios para la atención del cáncer en Colombia realizada por el MPS y el INC, mostró los siguientes problemas prioritarios (Ruiz IC y cols, comunicación verbal):

- Concentración de la oferta de servicios oncológicos en cinco grandes ciudades: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín.
- Falta de recurso humano especializado y subespecialidad en oncología en mastología, cabeza y cuello, tórax, neurocirugía, cirugía plástica reconstructiva, gastroenterología, hematología.
- Subdesarrollo de servicios de cuidado paliativo y de apoyo a familias y cuidadores.
- Fragmentación de la prestación de servicios sin articulación entre los servicios preventivos y los resolutivos.
- Limitada capacidad (técnica y operativa) para la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación en servicios que representan un alto riesgo para los usuarios.
- Deficiente sistema de regulación, vigilancia y control de la oferta de servicios, uso de medicamentos oncológicos y calidad de la atención.
- Difícil control de costos de la atención por la fragmentación, modalidades de contratación y pago, negociación de tarifas, y suministro de medicamentos.

- No se cuenta con organizaciones diferenciales dirigidas a los pacientes de otras regiones que agregan desplazamientos, estadías y otros que afectan la continuidad y resultados del tratamiento.
- Inexistencia de rutas críticas de atención integradas.
- Deficiente o casi nulo monitoreo de los contratos por capitación para la atención al paciente con diagnóstico de cáncer.

Desde la asistencia técnica se busca garantizar la atención de personas con cáncer o con lesiones preneoplásicas ya que tiene una serie de condiciones y requerimientos en las que cabe resaltar en primer lugar la oportunidad tanto en la confirmación (o descarte) de diagnósticos, así como en el inicio de los tratamientos. El fundamento detrás de esta condición de prestación del servicio está dado por las características del crecimiento de las células tumorales y por la enorme carga emocional que implica tener una lesión precancerosa o cancerosa. De otro lado, el tratamiento de enfermos con cáncer exige un abordaje multidisciplinario con una toma de decisiones concertada y una secuencia entre los distintos tipos de tratamientos que además de oportuna debe ser continua e idónea. Finalmente, otra característica importante a considerar en la atención médica del cáncer son los altos estándares de especialización y calificación del recurso humano involucrado, así como el alto nivel de desarrollo tecnológico que se requiere.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:** A través del Sistema de Vigilancia epidemiológica con corte a la semana del 30 de septiembre de 2020, se han notificado 115 casos nuevos de cáncer de mama y 33 muertes; para cáncer de cérvix se han notificado 63 casos y 18 casos de mortalidad en el municipio de Pereira. Al año se presentan 2 millones de casos nuevos de cáncer de mama alrededor del mundo y 8600 casos nuevos en Colombia. Es por ello que desde el Gobierno de la Ciudad se continuará trabajando para reducir los índices de morbimortalidad en articulación con las IPS y EAPB de la Capital del Eje.

2. **Objetivo general (Descripción propósito esencial que tiene el programa o línea de trabajo, en concordancia con el Plan Decenal de Salud)**
3. **Objetivos específicos**
  - Realizar visitas a las IPS para verificar normatividad frente a la operación del programa de cáncer de mama y cérvix.
  - Realizar seguimiento epidemiológico al 100% de casos notificados por SIVIGILA con dx de cáncer de mama y cérvix, y gestionar la notificación de los casos detectados por BAI (búsqueda activa institucional).

- Realizar unidades de análisis al 100% de los casos de morbi - mortalidad por cáncer de mama y cérvix, con frecuencia trimestral.
- Realizar jornadas de prevención en Cáncer de mama y cérvix a nivel institucional y empresarial.

#### **4. Normograma y/o Normatividad Aplicable**

- Plan decenal de salud pública 2012-2021
- Decreto número 3518 de 2006 (Sistema de vigilancia en Salud Publica)
- Resolución 1536 de 2015
- Resolución 3280 de 2018
- Resolución 276 de 2019 por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018 en su artículo 4.
- Plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021
- Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino.
- Norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno
- Guía de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama.
- Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino.
- Resolución 4505 de 2013
- Resolución 1383 de 2013
- Convenio N° 139 de 1974, sobre cáncer profesional, exige a las partes determinar periódicamente las sustancias y agentes cancerígenos a los que la exposición en el trabajo estará prohibida, o sujeta a autorización o control.
- Declaración del Milenio. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea general, A/RES/55/2, 13 de septiembre de 2000.

Instrumentos internacionales no vinculantes

- Resolución WHA53.17 de 2000 de la Asamblea Mundial de la Salud: Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
- Resolución WHA58.22 de 2005 de la Asamblea Mundial de la Salud: Prevención y control del cáncer: Insta a los Estados Miembros a que, en la planificación de sus actividades de control.
- Resolución CD48.R10 de 2008 de la OPS: Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Prevención y el Control de Cáncer Cervicouterino.
- Ley 1384 de 2010, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

**5. Guías y Protocolos del Programa (Internos y Externos) Guía de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama.**

- Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino.
- Protocolo de vigilancia en salud pública cáncer de mama y cuello uterino.

**6. Componentes o Líneas de acción**

El componente de ca de mama y cérvix está ubicado en la línea de acción de Enfermedades crónicas no transmisibles de la SSPYSS: Participa mediante la realización de acciones comunitarias de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública en el marco del proyecto mejoramiento de la salud sexual y reproductiva del Municipio de Pereira

**7. Estructura organizacional (que se ha definido por dimensión)**

**8. Recurso Humano: Dos enfermeras especialistas en auditoria en salud.**

**9. Descripción de actividades**

**CANCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO:**

- Vigilancia epidemiológica a la notificación de siviigila al componente de cáncer de mama y cérvix.
- Visitas de asistencia técnica a ips particulares que realizan tamización de cáncer de cérvix.

- Visitas de asistencia técnica a ips públicas y privadas al programa de cáncer de mama y cérvix.
- Realizar seguimiento a la ruta de atención de ambos componentes.
- Realizar unidades de análisis de casos de mortalidad por cáncer de mama y cérvix.
- Realizar jornadas de prevención en cáncer de mama a nivel institucional.

### **10. Indicadores: (bienestar, producto)**

- Tasa de incidencia de sífilis congénita
- Tasa de mortalidad por cáncer de cérvix
- Tasa de mortalidad por cáncer de mama
- Razón de mortalidad materna
- Tasa de mortalidad por VIH-SIDA
- Tasa de mortalidad neonatal (desde la semana 22 de gestación hasta el día 7 de nacido).

### **11. Población objeto – momentos del ciclo de vida**

**CA DE CERVIX:** Mujeres en edad fértil desde los 25 a los 69 años

**CA DE MAMA:** Mujeres de 20 a 69 años.

### **12. Sectores priorizados**

Se identificó que en las siguientes comunas se concentran la mayor cantidad de casos notificados a la fecha en cuanto a cáncer de mama y cérvix: COMUNA CUBA, COMUNA DEL CAFÉ, COMUNA VILLA SANTANA. Por lo cual requieren de mayor atención e intervención por las IPS y EAPB del municipio para encaminar todas las estrategias de promoción y prevención en componentes.

### **13. Matriz actores involucrados (Internos y Externos)**

#### **MATRIZ DE ACTORES EXTERNOS**

<b>Actor involucrado</b>	<b>Tipo de articulación</b>
<b>EAPB del municipio de Pereira</b>	<p>Seguimiento caso a caso de los eventos de ca de mama y cérvix notificados a través de siviliga, incluyendo el seguimiento a indicadores de diagnóstico e inicio de tratamiento.</p> <p>Asistencia técnica para el cumplimiento de la normatividad vigente en relación con la detección temprana de ca de mama y cérvix.</p> <p>Análisis colectivos a los casos de mortalidad notificados a través de RUAF.</p>
<b>IPS Oncológicas</b>	<p>Seguimiento a la prestación de servicios integrales a las pacientes diagnosticadas y seguimiento al tratamiento de las mismas.</p>
<b>IPS públicas, privadas y particulares de tamizaje de ca cérvix</b>	<p>Asistencia técnica al programa de detección temprana de cáncer de cérvix.</p>

## **14. Identificación y programación de Actividades del Programa.**

De acuerdo con la línea operativa del plan decenal de salud pública.

### **EL COMPONENTE DE CANCER DE MAMA Y CERVIX HACEN PARTE DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES**

#### **OBJETIVOS:**

- a) Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que eleve como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las Enfermedades No Transmisibles ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa, a partir de programas socio-sanitarios, para combatir la pobreza y fortalecer el desarrollo socioeconómico.
- b) Favorecer de manera progresiva y sostenida la reducción a la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de vida.
- c) Generar condiciones y fortalecer la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las Enfermedades No Transmisibles ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, reduciendo brechas en la morbilidad, mortalidad, discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables.
- d) Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, el monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública, en coherencia con el marco global y regional para ENT, incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y los Determinantes Sociales de la Salud relacionados.
- e) Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las ENT, incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva sus Determinantes Sociales de la Salud.

## **15. Guías y Protocolos del Programa (Externos Documentos Base)**

### **15.1. Guías:**

- Guía de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama.

- Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino.

#### **15.2. Protocolos:**

- protocolo de vigilancia en salud pública cáncer de mama y cuello uterino.

#### **16. Formatos exclusivos utilizados en el programa (internos y/o externos):**

##### **LISTA DE CHEQUEO IPS PARTICULARES TAMIZAJE CA DE CERVIX**

#### **1. CAPACIDAD INSTALADA Y RED (INVENTARIO RECURSO FISICO Y HUMANO)**

- Cuenta con Medico, especialista, enfermera, bacteriólogo (a) debidamente certificado como lo indica la norma para la toma de citología.
- Cuenta con contratos vigentes con administradoras de planes de beneficios (EAPB) para la toma de citología cervicouterina
- Se dispone en el consultorio de equipos médicos, y elementos necesarios para la prestación del servicio tales como:
  - Camilla ginecológica
  - Lámpara cuello de cisne
  - Kit desechable para toma de citología
  - Cito spray o inmersión (alcohol isopropilico al 96%)
  - Pinza para limpieza previa en caso de ser necesario
  - Equipo estéril para retiro de DIU (si aplica)
  - Existe lavamanos, unidad sanitaria en buenas condiciones
- El consultorio donde se realizan las acciones propias del programa es adecuado en iluminación, ventilación, redes eléctricas.

#### **2. COBERTURAS DT Y PE Y INDICADORES PROPIOS DEL PROGRAMA**

- No. de Citologías Cervico- Uterinas realizadas.
- Cobertura de tamizaje de citologías cervico uterina (\*8)
- % de calidad muestras no satisfactorias
- Proporción de anormalidad en citologías
- detección temprana de anormalidad en citologías
- detección tardía de anormalidad en citologías
- Proporción de citologías anormales no entregadas
- No. de Citologías en Menores de 20 años
- No. de Citologías entre los 21 y 69 años.

- No. de casos con AGUS
- No. de casos con LIEAG
- No. de casos con Adenocarcinoma

### **3. ATENCION A POBLACIONES VULNERABLES**

- indígenas
- afrocolombianos
- en condición de discapacidad
- en situación de desplazamiento
- migrantes

### **4. SEGURIDAD**

- Existencia y diligenciamiento de todos los formatos establecidos por la norma.
- Existen Protocolos y guías de manejo sobre la norma técnica para la detección temprana de cáncer de cuello uterino y guía lesiones pre neoplásicas y cáncer de mama disponibles en los consultorios del Programa.
- Existe adherencia por parte del personal de salud a las guías y protocolo (¿cómo se evalúa?)
- Existe cronograma para el mantenimiento de equipos y dispositivos médicos
- Se tienen definidos los procesos para evaluar la satisfacción del usuario.
- Se tiene definido un sistema de seguimiento a la calidad del dato.
- El sitio donde se realizan las acciones propias del programa cumple con las normas de bioseguridad
- El personal de salud cumple las normas de bioseguridad
- Se brinda orientación adecuada sobre signos de alarma.
- Toma de la muestra utilizando espátula de madera o plástico para el exocérvix y cepillo para el endocérvix
- Utilización de espejo sin lubricante.
- Exposición adecuada del cérvix
- Limpieza de exceso de flujo con gasa.
- Extendido de la muestra adecuada en forma delgada.
- Fijación de la muestra con cito-spray, fijador comercial o alcohol al 96%.
- Información adecuada a la usuaria sobre la entrega del resultado.

### **5. PERTINENCIA**

- % de calidad (satisfactorias, inadecuadas, establezca los rangos máximos y mínimos de calidad)
- Controles citologías negativas para neoplasia (verifique si le realizan el control de calidad exigido por la norma 10%)
- Control externo (Verifique si le realizan auditorías externas de calidad a las placas).

#### **LISTAS DE CHEQUEO IPS PUBLICAS Y PRIVADAS:**

Instrumento visita de asistencia técnica integrada actividades y estrategias detección temprana - protección específica - eventos de interés en salud pública que solicita la siguiente información:

- Días y horario de atención de enfermería
- Días y horario de atención del medico
- Nombre del coordinador
- Perfil o profesión de base del coordinador
- Correo coordinador
- Teléfono coordinador
- Tiempo en el programa del coordinador
- Fecha de la visita

#### **9. Capacidad instalada y red (inventario – recurso físico y humano)**

- Se dispone en el consultorio de equipos médicos, y elementos necesarios para la prestación del servicio tales como:
  - Camilla ginecológica
  - Lámpara cuello de cisne
  - Kit desechable para toma de citología
  - Cito spray
  - Pinza para limpieza previa en caso de ser necesario
  - Equipo estéril para retiro de DIU
  - Existe lavamanos, unidad sanitaria en buenas condiciones
- El consultorio donde se realizan las acciones propias del programa es adecuado en iluminación, ventilación, redes eléctricas.

#### **10. Coberturas e indicadores propios del programa:**

- Número de mujeres mayores de 50 años
- Número de mujeres de 25 a 69 años
- Número de citologías Cérvico- Uterinas realizadas.
- Total, de citologías anormales
- No. de casos con ASCUS O ACSI

- No. de casos con LIEBG
- No. de casos con LIEAG
- No. de casos con AGUS (Adenocarcinomas)

#### **11. Demanda inducida**

- Promociona la SSR mediante estrategias de IEC, cuales
- Existe proceso estandarizado de canalización y captación de personas que requieren o solicitan toma de citología, examen clínico de mama, y/o atención desde otros servicios (revisar formatos recibidos)

#### **12. Atención poblaciones con enfoque diferencial:**

Indígena  
Afrocolombiano  
En situación de desplazado  
En condición de discapacidad  
Privado de la libertad  
Habitante de calle  
Inmigrante

#### **13. Accesibilidad:**

- Las usuarias ingresan al programa a libre demanda
- Se realiza seguimiento a tratamiento completo en caso de cáncer de Mama
- Existe disponibilidad de prueba de ADN - VPH para todas las mujeres entre 30 y 65 años.

#### **14. Oportunidad:**

- La asignación de las citas de medicina general (3) días hábiles
- La asignación de las citas para toma de citología (3) días hábiles

#### **15. Seguridad**

**16.** Se realiza seguimiento para verificar la comprensión por parte de la usuaria de la información suministrada.

- La institución posee mecanismos para evaluar la adherencia de las usuarias al programa
- Existen Protocolos y guías de manejo sobre la norma técnica para la detección temprana de cáncer de cuello uterino y guía lesiones pre neoplásicas y cáncer de mama disponibles en los consultorios del Programa.
- Evalúa la adherencia por parte del personal de salud a las guías y protocolos, como se evalúa.
- Evalúa trimestralmente el cumplimiento de las metas estipuladas para la prevención de cáncer de cérvix en el Plan Operativo Anual.

- Recibe retroalimentación por parte de la EAPB de los usuarios remitidos a otro nivel con citologías alteradas.
- El sitio donde se realizan las acciones propias del programa cumple con de las normas de bioseguridad
- El personal de salud cumple las normas de bioseguridad
- Se brinda orientación adecuada sobre signos de alarma.
- Toma de la muestra utilizando espátula de madera o plástico para el ex cérvix y cepillo para el endocérnix
- Utilización de especulo sin lubricante.
- Exposición adecuada del cérvix
- Limpieza de exceso de flujo con gasa.
- Extendido de la muestra adecuada en forma delgada.
- Información adecuada a la usuaria sobre la entrega del resultado.

## OBSERVACION DEL PROCESO DE ATENCIÓN

### 17. Pertinencia:

- Cumple los criterios de ingreso de las usuarias al programa detección temprana de cáncer de cérvix:
- Cumple los criterios de ingreso de las usuarias al programa detección temprana de cáncer de mama.
- Se garantiza la realización de mamografía en mujeres mayores de 50 años cada 2 años
- Existe procedimiento efectivo de controles de calidad (interno o externo) según caso.
- Auditoría interna del procedimiento de toma de citología

**Listas de chequeo EAPB:** instrumento visita de asistencia técnica integrada actividades y estrategias detección temprana - protección específica - eventos de interés en salud pública que solicita la siguiente información:

- Nombre del coordinador
- Perfil o profesión de base del coordinador
- Correo coordinador
- Teléfono coordinador
- Tiempo en el programa del coordinador
- Fecha de la visita
- Población distribuida según los grupos poblacionales de interés de la ruta

### 9. Capacidad instalada y red:

- La Institución cuenta a la fecha con red de prestadores de servicios suficientes en los diferentes niveles de atención.
- Cuenta con red prestadora para la realización de pruebas de ADN -VPH para las usuarias de 30 a 65 años
- Cuenta con red de prestación de servicios para el Diagnóstico de cáncer de mama y cérvix para las usuarias afiliadas

**10. Coberturas detección temprana y protección específica e indicadores propios de la ruta:**

- Número de mujeres de 25 a 69 años
- Número de citologías Cérvico- Uterinas realizadas.
- No. De mujeres de 30 a 65 años con prueba de ADN – VPH
- No. De mujeres de 30 a 65 años
- Número de citologías insatisfactorias
- Total, de citologías anormales
- No. de casos con ASCUS O ACSI
- No. de casos con LIEBG
- No. de casos con LIEAG
- No. de casos con AGUS (Adenocarcinomas)

**11. Demanda inducida:**

Realiza actividades de Información y educación en salud que promueva el diagnóstico precoz

**12. Atención a poblaciones con enfoque diferencial:**

- Identifica sus afiliados como indígena
- Identifica sus afiliados como afrocolombiano
- Identifica sus afiliados en situación de desplazamiento
- Identifica sus afiliados en condición de discapacidad
- Identifica sus afiliados en situación de inmigrante
- Identifica sus afiliados gestantes
- Identifica sus afiliados privados de la libertad
- Identifica sus afiliados como habitante de calle

**13. Accesibilidad:**

- Las Instalaciones son de fácil acceso para la población

- La red contratada es de fácil acceso para la población

#### **14. Oportunidad**

- Oportunidad para la realización de los procedimientos (colposcopias - biopsias, bacaf).
- Oportunidad en la instauración del tratamiento de cáncer de mama
- Oportunidad en la instauración del tratamiento de cáncer de Cérvix (30 días)
- Las autorizaciones de servicios superiores están ajustadas a la condición de la usuaria.
- Existe proceso de retroalimentación hacia las IPS, de los usuarios que fueron remitidos y atendidos en otro nivel con citologías y/o mamografías alteradas.

#### **15. Seguridad:**

- Cuenta con plan de capacitación en cáncer de mama y cérvix
- Se hace seguimiento al usuario remitido a tercer nivel de atención para la atención por cáncer de cérvix o mama.
- Cuenta con un sistema de monitoreo y gestión de los eventos adversos ocurridos dentro de las instalaciones (caídas, accidentes etc.)
- Cuenta con comité de vigilancia Epidemiológica

#### **16. Pertinencia**

- Cuenta con plan de auditorías externas a la atención en el programa detección de las alteraciones del cuello del útero y mama, que incluya adherencia a la norma técnica.
- Realiza auditoria enfocada a evaluar la pertinencia de procedimientos autorizados de acuerdo a la red prestadora
- Garantiza la integralidad y oportunidad en la secuencia diagnostica y de tratamiento a usuarios

#### **17. Relación de informes a presentar por programa**

- ASIS mensual
- Evaluación trimestral e informe cualitativo del componente de ca de mama y cervix

#### **18. Relación de comités a los cuales pertenece el programa**

- Comité de Salud Sexual y Reproductiva

#### **19. Participación en las Políticas Públicas Municipales**

##### **Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva:**

- Mantener por debajo de 20 por 100.000 mujeres la tasa de mortalidad por cáncer de mama
- Mantener por debajo de 14,4 por 100.000 mujeres la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix

---

**Programa estrategia o línea de trabajo:  
ITS: VIH y Hepatitis**

**Dirección operativa  
Salud Pública**

**Dimensión  
Salud Sexual y Reproductiva**

**Líder  
Paola Andrea Saldarriaga Arenas**

**Referentes  
Vanessa Muñoz Corrales  
María Angélica Ramírez Ospina**

## Tabla de contenido

2. Introducción.....	60
3. Objetivo General.....	61
4. Objetivos específicos.....	61
5. Normograma y/o Normatividad Aplicable.....	62
6. Guías y Protocolos del Programa (Internos y Externos).....	66
7. Componentes o Líneas de acción.....	67
8. Estructura organizacional.....	67
9. Recurso Humano.....	67
10. Descripción de actividades.....	67
11. Indicadores: (bienestar, producto).....	69
12. Población objeto – momentos del ciclo de vida.....	69
13. Sectores priorizados.....	69
14. Matriz actores involucrados (Internos y Externos).....	69
15. Identificación y programación de Actividades del Programa.....	71
16. Guías y Protocolos del Programa (Externos Documentos Base) No aplica.....	71
17. Formatos exclusivos utilizados en el programa (internos y/o externos).....	71
18. Relación de informes a presentar por programa.....	75
19. Relación de comités a los cuales pertenece el programa.....	75
20. Participación en las Políticas Públicas Municipales.....	75

## 1. Introducción

El VIH/SIDA es un evento de especial interés en salud pública no solo por la afectación que genera en las personas sino también por su impacto en términos sociales, económicos y culturales. A pesar de ser una condición prevenible y tratable gracias al avance de los tratamientos antirretrovirales, existe un número significativo de personas que adquieren el virus y mueren por causas asociadas; al punto que, en la ciudad de Pereira, para el año 2017, constituyeron la segunda causa de mortalidad en el grupo poblacional de 15 a 44 años, precisamente en el rango de edad en el que los seres humanos concentran su mayor capacidad productiva.

Acabar con la epidemia de SIDA es más que un compromiso histórico con los 39 millones de personas que han muerto a causa de esta enfermedad. También representa una oportunidad de gran trascendencia con sentar las bases de un mundo más sano, justo y equitativo para las generaciones futuras, impulsará esfuerzos más amplios en materia de salud y desarrollo, y demostrará lo que se puede conseguir a través de la solidaridad mundial con las medidas empíricas y la colaboración multisectorial.

A nivel Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, comprometido con la salud pública de los colombianos, continúa con los esfuerzos para alcanzar el diagnóstico de todas las personas que viven con VIH en el país.

Este compromiso se enmarca en la meta universal planteada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) de lograr al año 2020 las metas 90/90/90: diagnosticar por lo menos el 90% de las personas que viven con VIH, ofrecer tratamiento antirretroviral por lo menos al 90% de los diagnosticados, y alcanzar la indetectabilidad del virus por lo menos en el 90% de las personas tratadas.

De un estimado de 150.116 personas que vivían con VIH en el país en el año 2016, se han diagnosticado 108.648 (72%), en esfuerzos conjuntos realizados por las entidades territoriales, las aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y el Proyecto VIH del Fondo Mundial contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Así, para el año 2017 se reportaron 12.778 nuevos casos, de los cuales la mayoría fueron notificados antes de tener síntomas. Por cada seis casos de personas con VIH apenas se informó una persona con síntomas de SIDA. En cuanto a la distribución por sexo, 10.228 (80%) fueron hombres y 2.550 (20%) mujeres; en el 99% de los casos hubo transmisión sexual.

Sin embargo; del número total de pacientes diagnosticados, una tercera parte no ha llegado a los servicios de salud o ha abandonado los programas, lo que genera una importante mortalidad por la enfermedad y otras infecciones asociadas, tales como la tuberculosis, al no recibir las atenciones que requieren o acudir a ellas cuando ya se encuentran en estadios tardíos.

Cuando se alcance este triple objetivo, al menos el 73% de las personas que viven con el VIH en todo el mundo tendrá supresión viral; un número de dos a tres veces mayor que las estimaciones actuales. La modelización sugiere que lograr estos objetivos antes de 2020 permitirá a la comunidad mundial acabar con la epidemia de SIDA en 2030, lo que a su vez generará grandes beneficios económicos y sanitarios.

Como hemos podido comprobar empíricamente en repetidas ocasiones y en distintos lugares del mundo, las estrategias coercitivas alejan a las personas de los servicios que tanto necesitan. El tratamiento del VIH es una herramienta fundamental para acabar con la epidemia de SIDA, pero no es la única. A la vez que se toman medidas para incrementar los efectos preventivos del tratamiento del VIH, se requieren también esfuerzos urgentes para poner en marcha otras estrategias de prevención esenciales, entre las que se incluyen la eliminación de la transmisión materno infantil, las campañas de preservativos, la profilaxis antirretrovírica antes de la exposición, la circuncisión masculina voluntaria y bajo supervisión médica en los países prioritarios, los servicios de reducción de daños para personas que se inyectan droga y los programas de prevención centrados en otras poblaciones clave.

Con el fin de poner en marcha una respuesta completa para acabar con la epidemia, será necesario un esfuerzo conjunto a la hora de eliminar el estigma, la discriminación y la exclusión social.

## **2. Objetivo General**

### **3. Objetivos específicos**

- Realizar unidades de análisis colectivo para el componente de VIH.
- Realizar visitas de asistencia técnica a las IPS para verificar la atención integral en VIH.
- Realizar visitas de asistencia técnica, seguimiento y acompañamiento en las EPS frente a la implementación del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS VIH/SIDA, incluyendo acciones colaborativas con tuberculosis.
- Realizar visitas de asistencia técnica para el fortalecimiento de las acciones programáticas VIH para la población carcelaria y/o reintegrada.
- Realizar seguimiento al 100% de los usuarios no adherentes al tratamiento de VIH, reportado por las IPS y EPS (90/90/90).
- Visitas de vigilancia epidemiológica a los casos de hepatitis B de acuerdo a los lineamientos del INS.

- Seguimiento epidemiológico al 100% de casos de hepatitis B, C y coinfección delta, en población general notificados en SIVIGILA.

#### **4. Normograma y/o Normatividad Aplicable**

- **Decreto 1543 de 1997:** *“Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)”*; en cuanto a diagnóstico, consejería para la prueba, obligación de la atención, el derecho al consentimiento informado, la confidencialidad y el deber de no infectar.
- **Ley 972 de 2005:** *“Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida”*. Esta ley declaró como interés y prioridad para el país la atención integral como lucha contra el VIH/Sida y especifico la garantía como parte del SGSSS el suministro de medicamentos, reactivos y dispositivos para el diagnóstico y tratamiento de la infección. Igualmente estableció el día primero de diciembre de cada año como Día Nacional de Respuesta al VIH/Sida en Colombia.
- **Circular 0063 de 2006:** *“Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH”*.
- **Resolución 3442 de 2006:** *“Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/Sida y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica”*. Incluye las acciones para el desarrollo de programas, planes y proyectos necesarios para dar respuesta a la epidemia de VIH/Sida por parte de todos los actores del SGSSS, según los recursos y competencias establecidos por la ley.
- **Ley 1438 de 2011:** *“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*. Instauro la obligación de formular un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social, intersectorial y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud.
- **Ley 1482 de 2011:** *“Por medio de la cual se modifica el Código Penal y se establecen otras disposiciones”*. Otorgo garantías para la protección de los derechos de las personas o grupos que son vulnerados a través de actos de racismo o discriminación, herramienta que ha sido usada por las personas que viven con VIH para defender sus derechos.

- **Resolución 4725 de 2011:** *“Por la cual se define la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar a la Cuenta de Alto Costo, relacionada con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)”.*
- **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:** Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas.
- **Resolución 0437 de 2014:** *“Por la cual se establece la practica obligatoria de pruebas de anticuerpos contra el Virus Linfotrópico de Células T Humanas I/II (HTLV I/II) y la detección de anticuerpos contra el Antígeno Core del Virus de la Hepatitis B (Anti HBc)”.*
- **Circular Externa 0007 de 2015:** *“Actualización de los lineamientos para el manejo programático de tuberculosis y lepra en Colombia”.* Adopta las directrices técnicas para la implementación de las acciones colaborativas TB-VIH.
- **Resolución 5592 de 2015:** *“Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la unidad de Pago por Capitalización - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones”.* Incluye todo lo requerido para la atención integral del VIH/Sida y otras ITS.
- **Decreto 780 de 2016:**
  - **Artículo 2.8.1.2.7. Atención Integral De La Salud.** La atención integral a las personas asintomáticas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de acuerdo con el criterio del equipo de salud y con sujeción a las normas técnico administrativas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, podrá ser de carácter ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario y tendrá su acción en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación. Esta incluirá los medicamentos requeridos para controlar la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces, para mejorar la calidad de vida de la persona infectada.

**Parágrafo.** La familia y el grupo social de referencia, participará activamente en el mantenimiento de la salud de las personas asintomáticas infectadas por el Virus de

Inmunodeficiencia Humana (VIH), en la recuperación de personas enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como en el proceso del bien morir de las personas en estado terminal.

- **Artículo 2.8.1.2.8. Actualización de las personas del equipo de salud.** Las entidades de carácter público y privado que presten servicios de salud deben promover y ejecutar acciones de información, capacitación y educación continuada sobre ETS, VIH y SIDA al personal, con el fin de mantenerlos actualizados en conocimientos acordes con los avances científicos y tecnológicos al respecto, con la obligación de hacer aplicación, seguimiento y evaluación de las mismas.
- **Artículo 2.8.1.3.2. Prevención.** La prevención en su más amplia acepción deberá garantizar:
  - a) Procesos de educación e información;
  - b) Servicios sociales y de salud;
  - c) Un ambiente de apoyo y tolerancia social basado en el respeto a los derechos humanos.
- **Artículo 2.8.1.3.3. Intersectorialidad en promoción y prevención.** La promoción y la prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) serán impulsadas por todos los sectores y organismos nacionales, y por las entidades de carácter privado que presten protección integral en salud.
- **Artículo 2.8.1.3.4. Protocolos de atención integral en VIH/SIDA.** El Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta los principios científicos universalmente aceptados, expedirá las normas para la promoción, la prevención y asistencia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- **Artículo 2.8.1.3.5. Educación para la salud sexual y reproductiva.** El Ministerio de Educación Nacional a través de los proyectos de educación sexual, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, promoverá una sexualidad responsable, sana y ética en la niñez y la juventud. La educación sexual en las instituciones educativas se hará con la participación de toda la comunidad educativa haciendo énfasis en la promoción de actitudes y comportamientos responsables que permitan el desarrollo de la autonomía, la autoestima, los valores de convivencia y la preservación de la salud sexual; factores que contribuyen a la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- **Artículo 2.8.1.3.6. Difusión de mensajes.** El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, la Autoridad Nacional de Televisión, y Señal Radio Colombia adoptarán los

mecanismos necesarios para que a través de los medios masivos de comunicación se emitan mensajes de promoción focalizados a poblaciones, específicas de la comunidad, tendientes a la prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), los cuales podrán incluir el uso del condón, la educación en valores y la no discriminación hacia las personas que viven con el VIH y SIDA.

- **Artículo 2.8.1.3.7. Participación de la ONG.** El Ministerio de Salud y Protección Social, o la autoridad delegada, apoyará y coordinará la planeación y ejecución de acciones de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) tendientes a la formación de líderes en grupos poblacionales específicos para la promoción y la prevención sobre los diferentes aspectos de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- **Artículo 2.8.1.3.8. Obligaciones de las EPS.** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) estarán en la obligación de realizar acciones de promoción, prevención y asistencia, de conformidad con el artículo 179 de la Ley 100 de 1993.
- **Artículo 2.8.1.5.1. Deberes de la comunidad.** Todas las personas de la comunidad tienen el deber de velar por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria a fin de evitar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), poniendo en práctica las medidas de autocuidado y prevención.
- **Artículo 2.8.1.5.2. Deberes de las IPS y personas del equipo de salud.** Las personas y entidades de carácter público y privado que promuevan o presten servicios de salud, están obligadas a dar atención integral a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y a los enfermos de SIDA, o de alto riesgo, de acuerdo con los niveles de atención grados de complejidad que les corresponda, en condiciones de respeto por su dignidad, sin discriminarlas y con sujeción a lo dispuesto en el presente Título, y en las normas técnico administrativas y de vigilancia epidemiológica expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- **Resolución 1692 de 2017:** “Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos para la hepatitis C crónica y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con dicha patología y se dictan otras disposiciones”.
- **Resolución 5246 de 2017:** “Por la cual se inicia una actuación administrativa para el estudio de la declaratoria de existencias de razones de interés público del acceso a los antivirales de acción directa para el tratamiento de la Hepatitis C”

- **Circular Externa 0013 de 2019:** “Acciones de gestión en salud pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB/VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y hepatitis C”.
- **Resolución 1314 de 2020:** “Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C”.

En cuanto a la normatividad local se encuentran dos Decretos expedidos por el Concejo del municipio de Pereira, en torno a las acciones en el marco de la Salud Sexual y Reproductiva y mas en específico, existe un decreto el cual propone una ruta de trabajo para el logro de los objetivos de ONUSIDA con respecto a la erradicación de la epidemia de SIDA. Ellos aquí referenciados:

**Acuerdo 59 de 2011:** “*por el cual se adopta la Política De Salud Sexual Y Reproductiva del Municipio De Pereira*”, tiene como objetivo general mejorar la salud sexual y reproductiva de la población Pereirana para el 2021. Y sus objetivos específicos son:

- Mejorar la calidad de la prestación de los servicios de promoción de la salud sexual y reproductiva, prevención y atención de la enfermedad.
- Fomentar las prácticas de autocuidado y adecuados criterios de evaluación del riesgo en salud sexual y reproductiva en la población Pereirana.
- Elevar la demanda de servicios en salud sexual y reproductiva.
- Avanzar en la superación de las barreras culturales que impiden el goce efectivo de la salud sexual y reproductiva.

Adicionalmente, el artículo séptimo del acuerdo expresa que la política pública de salud sexual y reproductiva se desarrollaría a través de la formulación, implementación, evaluación, monitoreo, seguimiento y mejoramiento de planes, programas, proyectos y estrategias del nivel municipal, teniendo como una de las líneas estratégicas la de VIH/Infecciones de transmisión sexual.

- **Acuerdo 041 de 2017:** se construyó con base en los Objetivos 90/90/90, como una necesidad de dar lineamiento para la construcción del Plan Local de Respuesta al VIH/SIDA del municipio de Pereira, contribuyendo a la materialización de este propósito definiendo y clarificando lineamientos para su formulación e implementación.

## **5. Guías y Protocolos del Programa (Internos y Externos)**

- Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o mas) y adultos, publicada en el año 2014.
- Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B crónica, publicada en el año 2016.
- Protocolo de vigilancia en salud pública Hepatitis B, C y coinfección/superinfección Hepatitis B-Delta código: 340, publicado en el año 2017.
- Guía de práctica clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C, publicada en el año 2018.
- Protocolo de vigilancia en salud pública VIH/Sida código: 850, publicado en el año 2018.

## **6. Componentes o Líneas de acción**

Los componentes de VIH y hepatitis hacen parte de la dimensión de Salud Sexual y Reproductiva, la cual se encuentra a su vez inmersa en la Dirección Operativa de Salud Pública de la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social, cuyo objetivo es desarrollar acciones tendientes al mejoramiento de la calidad de vida y cuidado de la salud, en el entorno de los individuos, las familiar y las comunidades del municipio de Pereira mediante procesos orientados al reconocimiento y modificación de los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto, reducir la vulnerabilidad, mejorar la capacidad de respuesta y las condiciones del medio ambiente, en un contexto de construcción colectiva de una cultura de la salud y de control social.

## **7. Estructura organizacional**

### **8. Recurso Humano**

El responsable de desarrollar las actividades en la línea de ITS: VIH y hepatitis, corresponde a dos profesionales en enfermería.

### **9. Descripción de actividades**

#### **VIH:**

- Programación, planeación, consolidación y seguimiento de visitas de asistencia técnica en el componente de VIH/SIDA en las EAPB e IPS de atención integral del municipio.
- Apoyar el seguimiento a las acciones colaborativas TB-VIH en las IPS de atención integral en cuanto al abordaje de la información para la gestión programática y el seguimiento a pacientes, tamizaje e inicio de quimioprofilaxis para tuberculosis latente; además, articular las acciones intersectoriales para la atención de pacientes en coinfección TB-VIH.

- Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica en VIH/SIDA como revisión de historias clínicas, análisis de cada caso de muerte reportada, seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los análisis de casos, apoyo en el proceso de notificación institucional de casos nuevos de VIH/SIDA y mortalidad por SIDA.
- Seguimiento a los pacientes identificados en la red de prestación de servicios visitada, que presenten dificultades en la adherencia a las recomendaciones terapéuticas dadas por el personal de salud, además a los usuarios extranjeros, los reportados sin afiliación y demás que requieran un seguimiento especial.
- Apoyar con los programas de sistemas de información y vigilancia epidemiológica en cuanto a la verificación de la calidad de datos y solicitud/realización de ajustes requeridos en los aplicativos Sivigila y RUAF.
- Apoyar en las acciones inmersas en el Acuerdo 041 de 2017, realizando la convocatoria y liderazgo de los encuentros correspondientes, realización de informes y matrices de seguimiento necesarias para dar cumplimiento a las actividades propuestas en dicho Acuerdo.
- Contribuir con la realización, difusión y seguimiento de una estrategia IEC para VIH, liderada desde la dimensión de Salud Sexual y Reproductiva y el equipo de comunicaciones de la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social.

### **Hepatitis B y C:**

- Contribuir al desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica en mortalidad perinatal, hepatitis B, C con visita de campo, revisión de historia clínica, análisis de caso, apoyo en la presentación de los comités municipal y departamental, apoyar la sistematización de la información, y demás soportes que se requieran realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los análisis de caso.
- Realizar acciones transversales con frecuencia mensuales con los programas sistemas de información y vigilancia epidemiológica a fin de verificar calidad de datos y efectuar ajustes requeridos en los aplicativos SIVIGILA y RUAF en los casos de mortalidad perinatal y hepatitis B y C.
- Apoyar el proceso de notificación institucional de casos nuevos de mortalidad perinatal y hepatitis B y C con frecuencia mensual, producto de búsqueda activa institucional y búsqueda por RUAF.

### 10. Indicadores: (bienestar, producto)

Tasa de mortalidad por VIH/SIDA: reducir a 14,1 x 100.000 habitantes.

### 11. Población objeto – momentos del ciclo de vida

Las actividades desarrolladas dentro del programa o línea estratégica, van dirigidas a la población que se encuentre incluida en los siguientes ciclos de vida:

- Primera infancia: desde los 0 días de nacido hasta los 6 años de vida
- Infancia: de 7 a 12 años de vida
- Adolescencia: de 13 a 17 años de vida
- Juventud: de 18 a 28 años de vida
- Adulto joven: de 29 a 45 años de vida
- Adulto mayor: de 46 y más años de vida

### 12. Sectores priorizados

Los sectores/comunas del municipio que requieren mayor atención para el evento relacionado con Hepatitis B y C corresponden a la comuna Villavicencio, Ferrocarril y Villasantana; para el evento de VIH/SIDA dicha georreferenciación no es posible realizarla, ya que la información notificada por las UPGD al sistema de vigilancia epidemiológica no es lo suficientemente completa, impidiendo así llevar a cabo dicho ejercicio.

### 13. Matriz actores involucrados (Internos y Externos)

Actor interno involucrado	Tipo de articulación
Programa TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo en el seguimiento de las acciones colaborativas TB-VIH en las IPS de atención integral, como el seguimiento a usuarios con TB activa y TB latente.</li> <li>• Revisión de historias clínicas, mediante la cual se verifica la realización de tamizaje de TB activa en la PVVIH y suministro y seguimiento al tratamiento quimio profiláctico de los usuarios con TB latente.</li> <li>• Participación en las unidades de análisis de los casos notificados por mortalidad por coinfección TB-VIH programadas desde el programa de TB, donde se analizan los usuarios menores de 49 años de edad con dicha coinfección.</li> </ul>

Actor externo involucrado	Tipo de articulación
EAPB del municipio de Pereira	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia técnica al componente de VIH/SIDA de las EAPB habilitadas en el municipio, mediante la cual se verifica el cumplimiento de las responsabilidades establecidas en la Guía de Práctica Clínica para la adecuada atención de la población en riesgo de adquirir VIH/SIDA y la PVVIH.</li> <li>• Brindar apoyo en la ejecución de gestiones de riesgo, promoción de la salud y gestión de salud pública en el componente de VIH/SIDA.</li> <li>• Establecer y fortalecer los mecanismos de actividades colaborativas TB-VIH.</li> <li>• Análisis colectivo de los casos de mortalidad por VIH/SIDA y coinfección TB-VIH mayor de 50 años, notificados en Sivigila y RUAF.</li> <li>• Análisis individual de los casos de mortalidad por Hepatitis notificados en RUAF.</li> </ul>
IPS de atención integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia técnica para la verificación del cumplimiento de los lineamientos COVID-19 dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la mitigación de la infección por COVID-19, con relación a la atención de la PVVIH.</li> <li>• Contribuir al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de la PVVIH, fomentando el cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica, evitando así un incremento en la tasa de mortalidad por VIH/SIDA en el municipio; mediante el seguimiento a la prestación de servicios integrales a la PVVIH.</li> <li>• establecer y fortalecer los mecanismos de actividades colaborativas TB-VIH.</li> <li>• Análisis colectivo de los casos de mortalidad por VIH/SIDA</li> </ul>

	y coinfección TB-VIH mayor de 50 años, notificados en Sivigila y RUAFA.
--	---

#### **14. Identificación y programación de Actividades del Programa.**

La línea estrategia ITS: VIH y hepatitis, se encuentra inmersa en la Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos que hacen parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual tiene como objetivo promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas.

#### **15. Guías y Protocolos del Programa (Externos Documentos Base) No aplica**

##### **15.1 Guías**

##### **15.2 Protocolos**

#### **16. Formatos exclusivos utilizados en el programa (internos y/o externos)**

##### **LISTA DE CHEQUEO VIH EAPB:**

##### **1. Administrativos:**

- Cuenta con base de datos de usuarios identificados con VIH/SIDA
- Aplica el algoritmo diagnóstico propuesto por el INS
- Se realiza seguimiento a los resultados positivos de VIH/SIDA
- Cuenta con una red de prestadores en la ciudad para garantizar la atención de los casos de la PVVIH
- Se garantiza la referencia e ingreso de los casos de la PVVIH a programas de atención integral
- Se realiza seguimiento y/o auditoria a la calidad de la atención en las instituciones de salud
- Participa en los comités de salud sexual y reproductiva y/o unidades de análisis de casos
- Participa en las unidades de análisis de mortalidad convocados por la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira
- Realiza acciones de gestión del riesgo con la población diagnosticada
- Evalúa trimestralmente el cumplimiento de las metas estipuladas para VIH/SIDA en el Plan Operativo Anual (meta 90/90/90)

## **2. Atención integral del paciente con VIH/SIDA:**

- Se realiza actividades de prevención de la infección por el VIH (información educativa, mercadeo social de condones)
- Se garantiza la evaluación inicial y los controles por todas las especialidades que conforman el grupo multidisciplinario, con el fin de favorecer la atención integral del paciente con VIH/SIDA
- Se realiza seguimiento del tiempo entre el diagnóstico de VIH y el primer contacto con los servicios de atención para el VIH
- Se garantizan los paraclínicos de ingreso a programa en las instituciones con las que se tiene contratado el servicio (CD4 y CD8, carga viral, toxoplasma gondii, creatinina, cuadro hemático, perfil lipídico, PPD, anticuerpos contra Hepatitis A, B y C, evaluación del riesgo cardiovascular, pruebas treponemicas y no treponemicas para sífilis, tamización para VPH, citología vaginal)
- Se garantiza a los casos de PVVIH el acceso a la valoración inicial y los controles requeridos por medico experto, enfermería, trabajo social, psicología, odontología y nutrición
- Se garantiza el suministro de medicamentos antiretrovirales para todo caso de PVVIH
- Se garantiza el suministro de suplementos nutricionales cuando es requerido en la PVVIH
- Se garantiza el suministro de formula láctea para los lactantes de madre con VIH
- Se realiza seguimiento al cumplimiento en los controles virológicos de los pacientes (carga viral cada 6 meses o ante sospecha de falla terapéutica)
- Se garantiza acceso a pruebas de resistencia ante la falla del esquema terapéutico (carga viral mayor a 1.000 copias/ml y recibiendo TAR)
- Se garantiza el acceso a los casos de PVVIH que requieren medicamentos profilácticos adicionales al TAR (neumonía, toxoplasma, tuberculosis)
- Se garantiza el acceso a las recomendaciones de inmunización a los casos de PVVIH
- Se realiza seguimiento de la adherencia al tratamiento antiretroviral y se intervienen de forma individualizada
- Cuentan con guías de práctica clínica (GPC) colombianas, protocolos y normas actualizadas

## **3. Atención del paciente coinfectado TB-VIH:**

- Dispone de contratación directa o indirecta de métodos diagnósticos para identificar TB en PVVIH (Bk, cultivos, pruebas moleculares, PPD)
- Se realiza seguimiento a la toma de PPD anual a la PVVIH para identificar infección latente por TB
- Se tiene disponibilidad de Isoniacida para TB latente
- Tiene disponible material de comunicación en TB, VIH o TB-VIH

## **4. Indicadores estrategia 90/90/90:**

- Porcentaje estimado de adultos (15 años o más) que viven con VIH y que reciben terapia antirretrovírica
- Porcentaje estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH y que reciben terapia antirretrovírica
- Porcentaje estimado de casos de tuberculosis incidente VIH que recibieron tratamiento tanto para la tuberculosis como para el VIH
- Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con VIH que recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión materno-infantil
- Uso de preservativo

## **LISTA DE CHEQUEO VIH-COVID19:**

### **1. Administrativos:**

- Cuenta con base de datos actualizada de los usuarios identificados con VIH/SIDA
- Existe proceso de referencia, contrareferencia y seguimiento a los usuarios con VIH/SIDA en caso de identificar pacientes sintomáticos sospechosos de COVID-19

### **2. Atención integral del paciente con VIH/SIDA:**

#### **2.1 Acciones de promoción:**

- Se realizan actividades de información, educación y prevención de la infección por el COVID-19 a través de diferentes mecanismos: llamadas telefónicas, video clips, mensajes de texto, entre otras, ¿Cuáles?
- Se realiza identificación de las necesidades en salud sexual de los pacientes, incluyendo la entrega periódica de preservativos a través de diferentes mecanismos al presencial (envío al domicilio, autorización para reclamación por familiar o persona autorizada)
- Se realizan actividades para identificar tempranamente casos diferenciales entre COVID-19 y Tuberculosis
- Han implementado mecanismos de atención diferentes al presencial, en especial para personas mayores de 50 años y con otras comorbilidades (defina en cada especialidad el mecanismo de atención. Ejemplo: enfermería, médico experto, nutrición, etc.)
- Se han evaluado las necesidades de apoyo psicosocial, con base en los cambios sociales, económicos, físicos, etc., que ha generado la pandemia de COVID-19, en especial para la PVVIH
- Se han tomado medidas para la realización de pruebas de laboratorio diagnósticas o de control, con base en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, para PVVIH

- Se han actualizado los esquemas de inmunización a los casos de PVVIH
- Para la formulación de medicamentos han contemplado las recomendaciones de la OMS: en personas con condiciones clínicas estables puede darse de manera trimestral, especialmente en personas con cargas virales menores a 1.000 copias y linfocitos CD4 mayores a 500. Enviado de manera domiciliaria por el operador logístico de la EAPB o por la IPS directamente, según el acuerdo de voluntades entre la EAPB-IPS
- Se identifican las causas probables que afecten el cumplimiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral y se intervienen de forma individualizada
- Se identifican los comportamientos de riesgo del individuo, su conocimiento sobre prácticas de sexo seguro y su compromiso para utilizarlas, al igual que con sus parejas
- Se brinda asesoría en anticoncepción y se evalúan las expectativas de paternidad o maternidad, con el propósito de brindar una buena orientación

## **2.2 Atención del paciente coinfectado TB-VIH:**

- La IPS se encuentra articulada con su EAPB e IPS para la atención y el seguimiento efectivo de los usuarios que padecen coinfección TB-VIH, que garantice su adherencia a ambos tratamientos
- Se proporciona terapia preventiva con trimetropin - sulfametoxazol a pacientes coinfectados TB-VIH durante el tratamiento de la tuberculosis
- Tiene disponible material de comunicación en TB, VIH o TB-VIH

## **3. Bioseguridad:**

- Se aplica la higiene de manos, teniendo en cuenta los cinco momentos de la higiene de manos de la OMS, y las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social frente al retiro de EPP
- Han desarrollado controles sanitarios en los baños, verificando el cumplimiento de las condiciones de los elementos para el lavado de manos (jabón líquido, toallas desechables)
- Han realizado entrenamiento al personal de salud en el uso adecuado de EPP (guantes, tapabocas, caretas o monogafas, bata de manga larga y mascarilla de alta eficiencia en casos sospechosos), según manual de bioseguridad para Prestadores de Servicios de Salud que brinden atención en salud ante la eventual introducción del nuevo coronavirus (nCoV-2019) a Colombia
- Revisión y actualización de los protocolos/procedimientos de limpieza y desinfección de dispositivos y equipo biomédicos
- Cuentan con mecanismos para indagar a las personas al ingreso y asignación de cita a sus instalaciones, sobre la presencia de síntomas respiratorios, así como proveer y asegurar el uso de máscaras quirúrgicas convencionales y la aplicación de solución a base de alcohol para higienización de manos, en aquellos sintomáticos

- Después de la atención al paciente, hace desechos y eliminación de los EPP (ver anexo del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el uso de elementos de protección personal)
- Limpian y desinfectan rutinariamente las superficies con las que el paciente está en contacto
- Limitan el número de trabajadores de la salud y familiares para la asistencia a citas

### **17. Relación de informes a presentar por programa**

Con una periodicidad mensual se deben presentar los siguientes informes desde el componente de VIH/SIDA y Hepatitis B y C:

- ASIS
- Avances de la evaluación trimestral, el cual incluye las matrices PST, POT y PAM
- Informe cualitativo

### **18. Relación de comités a los cuales pertenece el programa**

- Comité de Salud Sexual y Reproductiva
- Comité Acuerdo 041 de 2017

### **19. Participación en las Políticas Públicas Municipales**

- Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva
- Acuerdo 041 de 2017: establecer la formulación e implementación del Plan Local de Respuesta al VIH/SIDA, con miras al cumplimiento y sostenibilidad de las metas 90/90/90, la reducción de la coinfección por TB-VIH y la superación del estigma y la discriminación.

---

**Programa estrategia o línea de trabajo:  
Ruta Población Clave**

**Dirección operativa  
Salud Pública**

**Dimensión  
Salud Sexual y Reproductiva**

**Líder**

**Paola Andrea Saldarriaga Arenas**

**Referente**

**Erika Jazmín Nieto Moreno**

## **1. Introducción**

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, se concibió como idea, para desarrollar una de las dimensiones prioritarias definida en el Plan Decenal de Salud Pública, por ello tiene como vocación concreta y la preocupación constante del Ministerio de Salud y Protección Social de velar por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y su entendimiento como medio para que el bienestar físico mental y social sea posible, para los pueblos, grupos y comunidades de este vasto país, sin ningún distingo propiciado en la diferencia o las condiciones de vulnerabilidad en que puedan encontrarse inmersos y donde el enfoque de derechos, género y diferencial sea realmente materializado, a través de la prestación de servicios de calidad, humanizados, dignos y solidarios. Este ha sido el propósito que ha inspirado de manera esencial todos los momentos de construcción de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos que hoy se presenta a Colombia, en la cual la combinación del conocimiento surgido de la revisión de fuentes secundarias, con la información primaria, recabada de diferentes agentes sectoriales e intersectoriales nacionales y territoriales, las organizaciones de la sociedad civil y los expertos temáticos, marcaron los derroteros y proporcionaron el soporte a todas y cada una de las apuestas que se plasmaron en la presente Política, las cuales pretenden darle un nuevo sentido y resignificar la vivencia de la sexualidad como condición esencialmente humana y su pleno disfrute, desde una visión ampliada que incluye lo relacional-comunicacional, erótico, afectivo y reproductivo, donde se entienda el cuerpo como el espacio para el desarrollo político y social en el ejercicio de la ciudadanía. Se espera entonces que esta Política dirija el salto cualitativo, que desde su formulación pretende, en la manera como se aborda la sexualidad y la reproducción en el sector salud, e incida de manera decidida en la acción intersectorial como pilar fundamental para la efectividad de los modelos de Atención Primaria en Salud; también se tiene la confianza en que la Política pueda motivar profundamente al recurso humano encargado de su implementación, para que cada día incremente aún más su conocido compromiso con la defensa y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos para todas y todos.

A nivel internacional existe consenso sobre las rápidas transformaciones en el abordaje de la vivencia de la sexualidad y la reproducción, así como de los avances en algunos indicadores relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en Colombia, lo cual ha significado reducción de la fecundidad general, control en la expansión de algunas infecciones de transmisión sexual, el fortalecimiento de la capacidad para ejercer la autonomía sobre el uso de anticonceptivos modernos, la apertura de servicios especiales para adolescentes o para la atención de eventos

como las violencias sexuales y la atención integral del VIH, entre otros. Estos avances también han implicado la apropiación e incorporación efectiva, en ciertos ámbitos, del enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos, proceso que ha develado condiciones que estuvieron ocultas socialmente como las violencias basadas en género, las distintas formas de discriminación ligadas a la orientación sexual

La actualización de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) se estructura a partir de los postulados que el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 - 2021 propone, al definir la sexualidad como una dimensión prioritaria para las acciones en salud pública, dado su reconocimiento como una condición esencialmente humana que compromete al individuo a lo largo de todos los momentos del ciclo vital, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos.

Otras formas de conculcación de derechos ocurren en grupos poblacionales que se encuentran inmersos en las condiciones de vulnerabilidad dadas para las personas como habitantes de calle, personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas (comunidades LGBTI) o en situación de trabajo sexual,

Estos grupos por diversos factores encuentran limitación grave para el disfrute de la sexualidad o la reproducción de manera plena, satisfactoria, informada, libre y responsable; estas condiciones inducen el señalamiento sobre la necesidad permanente de aplicación del enfoque diferencial en todos los procesos de atención a la salud sexual y la salud reproductiva que permitan la consideración de sus necesidades específicas.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado se desarrollarán todos los procesos necesarios en el sector de la salud, para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos durante los próximos años, con lo cual buscará que todas y todos los habitantes del territorio nacional en Colombia, disfruten de una vida sexual y una vida reproductiva, digna, libre, igualitaria y autónoma

## **2. Objetivos específicos**

- Realizar actividades de capacitación Prevención de la violencia sexual, a comunidades vulnerables.
- Realizar encuentros de asesoría a instituciones educativas para la implementación del proyecto educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía con

especial énfasis en derechos sexuales y reproductivos orientados a equidad de género y diversidad sexual.

- Realizar encuentros periódicos con el equipo de trabajo, capacitaciones, inducciones, reinducciones y asistir a las reuniones requeridas por la SSPYSS para garantizar el cumplimiento de los planes, programas y políticas, Respuestas a solicitudes
- Realizar Jornadas Integrales de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva
- Realizar actividades educativas con población clave
- Realizar educación en salud y actividades de movilización social en grupos como trabajadoras sexuales, comunidad LGTB, entre otros.
- Realizar acciones de demanda inducida para realización de la prueba voluntaria de VIH en zonas intervenidas por la estrategia de atención primaria en salud APS.

### 3. Normograma y/o Normatividad Aplicable:

**Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y Hepatitis B y C, Colombia 2018 – 2021:** Plan para la aceleración de los mecanismos de mitigación del riesgo de exposición, la detección temprana y la atención integral de las personas en el reconocimiento de sus individualidades y de las condiciones diferenciales que permiten la conformación de los grupos prioritarios para focalizarla respuesta.

- **Resolución 2338 de 2013:** Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS.

### 4. Guías y Protocolos del Programa (Internos y Externos)

- En el 2013 la Resolución 2338

### 5. Componentes o Líneas de acción

- El componente de población clave está ubicado en la línea de acción de demanda inducida para realización de la prueba voluntaria de VIH en zonas intervenidas por la estrategia de atención primaria en salud APS.

**6. Recurso Humano:** Enfermera Profesional

**7. Descripción de actividades**

**ITS –VIH:** Realizar promoción de diagnóstico temprano de VIH en poblaciones clave, vulnerables población general

**Población Clave:** Realizar actividades de educación en salud y movilización social en grupos como trabajadoras sexuales, comunidad LGTB, habitantes de calles, entre otros.

**8. Indicadores: (bienestar, producto)**

- Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes ( Embarazo a temprana edad entre 15 y 19 años)
- Tasa de incidencia de sífilis congénita
- Tasa de mortalidad por cáncer de cérvix
- tasa de mortalidad por cáncer de mama
- Razón de mortalidad materna
- Tasa de mortalidad por VIH-SIDA
- Tasa de mortalidad neonatal (desde la semana 22 de gestación hasta el día 7 de nacido).

**9. Población objeto**

El ciclo de vida es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una

generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en períodos vitales.

- **Población clave**
- Trabajadoras sexuales, comunidad LGTB, habitantes de calles, entre otros.

#### 10. Sectores priorizados

12	FERROCARRIL	11206	011206 LA LIBERTADA
15	EL OSO	011509	PLAZA DE BOLIVAR

#### 11. Matriz actores involucrados (Internos y Externos)

ACTOR INVOLUCRADO	TIPO DE ARTICULACIÓN
<b>SALUD MENTAL</b>	Apoyo en la entrega de los preservativos a población clave, (consumidoras de SPA), con el fin de Promover la educación en estilos de vida saludable, y garantizar la promoción y prevención en las ITS, así reduciendo el daño en población inyectora de droga.
<b>ENTERRITORIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindan el apoyo a la respuesta nacional al VIH, en poblaciones claves a través de un modelo comunitario, mediante la entrega de paquetes de prevención y realización de pruebas rápidas de VIH.</li> <li>• Asimismo ejecutan la confirmación del diagnóstico, canalización y seguimiento a tratamiento.</li> <li>• También se efectúa el monitoreo y evaluación de indicadores de efectividad, calidad del dato de las actividades registradas en SISCO.</li> </ul>

## **12. Identificación y programación de Actividades del Programa.**

Por lo tanto, El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 debe desde esta perspectiva garantizar un conjunto de estrategias y acciones en salud incluyentes, que acogen, reconocen, respetan y protegen la diversidad. Debe explicitar las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc. para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población, en el entendido, como ya se mencionó de la salud como derecho fundamental en permanente interdependencia con los demás.

## **13. Guías y Protocolos del Programa (Externos Documentos Base) No aplica**

13.1 Guías

13.2 Protocolos

## **14. Formatos exclusivos utilizados en el programa (internos y/o externos)**

- Formato de actividades de promoción y prevención (entrega de preservativos)
- Formato de registro individual de pruebas rápidas y entrega de resultados ( toma de pruebas rápidas VIH).

## **15. Relación de informes a presentar por programa**

- ASIS mensual
- Evaluación trimestral e informe cualitativo del componente

## **16. Relación de comités a los cuales pertenece el programa**

- Comité de Diversidad Sexual

## **17. Participación en las Políticas Públicas Municipales**

- **Prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA:** mantener la prevalencia general por debajo del 0.5%; reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos.
- La incidencia del VIH/SIDA ha aumentado en grupos de población distintos a los tradicionalmente considerados como de riesgo o vulnerabilidad, particularmente jóvenes y mujeres, además de homosexuales y hombres que

tienen sexo con otros hombres. Entre 1986 y 2000, la proporción de infectados pasó de 47 a 7 hombres por mujer. Esto revela la necesidad de desarrollar estrategias de prevención de la enfermedad, que incluyan no solamente la divulgación de información sobre los medios de transmisión de la enfermedad, sino que apunten a la modificación de los factores de riesgo o vulnerabilidad y que estimulen el uso del condón como el método de protección más eficaz contra las ITS y el VIH.

- Igualmente, la prevención de ITS y VIH exige la continuidad y calidad de los controles prenatales y el acceso a las pruebas de diagnóstico de personas distintas a las tradicionalmente consideradas en riesgo de adquirir alguna de estas enfermedades, incluyendo a las mujeres embarazadas.