

BED Boletín Epidemiológico Distrital

Secretaría Distrital de Salud

Santa Fe de Bogotá, D. C.

ISSN 0123-8590

26 de marzo al 17 de junio de 2000

Volumen 5, números 4, 5 y 6

Semanas 13 a 24

Salud sexual y reproductiva en Bogotá, D. C.: 1990-2000¹

Por Ricardo Rojas Higuera, médico, gerente social; María Patricia González Cuéllar, enfermera salubrista, epidemióloga, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

*Te has interpuesto para darme el paso
Sólo te has hecho peso para clavar un eje
Sólo te has hecho muro para abrirme una puerta
No has cerrado lo abierto eres su entrada
Sólo me envuelves para que florezca
Sólo me aíslas para que navegue
Me abrigas para ir a la intemperie
Preparas mi alimento que quemará el trabajo
Sólo por que me quieres no soy tan sólo un sueño
Te apoderas de mí para que pertenezca
Te das a mí para que no saquee
Entro en tu carne sin salir de nada
Empapado de ti me irrigas no me fundes
Sólo copiada en tus ojos se lee mi vida.*

Tomás Segovia
SENTENCIAS AMOROSAS 3

¹ La implementación de la política de salud sexual y reproductiva en el Distrito Capital, así como sus logros, es fruto de los esfuerzos de personas y profesionales comprometidos con alcanzar una sexualidad autónoma, placentera, responsable y saludable para los bogotanos. Como es imposible mencionar en este espacio a todas y cada una de las instituciones que se han vinculado, desde diferentes perspectivas, al impulso de las propuestas de trabajo lideradas desde la Secretaría Distrital de Salud, esta entidad felicita a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a los sectores de bienestar social, educación, recreación y participación social, a las entidades educativas y de investigación, así como a las instituciones que forman parte del sector salud, por su compromiso y disposición a continuar en este gran esfuerzo, en beneficio de la comunidad.



Foto: Ian Flórez

PRESENTACIÓN

Cuando se habla de salud sexual y reproductiva, se habla de calidad de vida, de la condición humana. La atención y el buen trato a los fetos, a los recién nacidos, a los niños, a las mujeres, los adolescentes y los hombres, son parte de procesos de la vida en torno a los cuales giran las acciones de una sociedad para proteger la salud sexual y procreativa de su población.

El plan de acción en salud sexual y reproductiva del Distrito Capital busca fomentar, a través de servicios de promoción, fomento de la salud, prevención y recuperación de

CONTENIDO

Presentación	1
Promoción y prevención en salud sexual y reproductiva	2
Regulación de la fecundidad	3
Salud materna y perinatal	7
Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y sida	14
Conclusiones	28
Resumen boletín informativo semanal de salud pública Periodos epidemiológicos 4, 5 y 6	29
IX reunión del Programa subregional andino de control de deficiencias de micronutrientes: "Micronutrientes y calidad de vida"	32
Presentación del Plan de alimentación y nutrición de Bogotá, D. C.	33
Reporte semanal cuarto, quinto y sexto periodos epidemiológicos	34 / 35 / 36

BED Boletín Epidemiológico Distrital

Secretario Distrital de Salud

Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretario

Delio Castañeda Zapata

Directora de salud pública

Ana María Peñuela Poveda

Área de acciones en salud pública

Stella Vargas Higuera

Área de vigilancia en salud pública

Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Área de análisis y políticas de salud pública

Consuelo Peña Aponte

Comité editorial

Ana María Peñuela Poveda

Elkin Osorio Saldarriaga

María del Pilar Duarte

Gladys Espinosa García

Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Luz Adriana Zuluaga Salazar

María Patricia González Cuéllar

Coordinación

María Patricia González Cuéllar

Coordinación editorial

Oficina de comunicaciones en salud

Edición

Cerec

que sólo actúa en la preparación editorial
y en la producción del Boletín

Secretaría Distrital de Salud

Dirección de salud pública

Área de vigilancia en salud pública

Calle 13 n° 32 -69, cuarto piso

Teléfono

364 90 90

Extensiones

9629 y 9673

Fax

375 10 73

Bogotá-Colombia

daños, la garantía en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres; así mismo, pretende, por medio de *acciones específicas* o *componentes* constituidos por la información y atención en regulación de la fecundidad, la prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida –sida–, de la violencia sexual y de las condiciones que demanden atención en salud sexual y reproductiva durante todas las etapas de la vida de mujeres y hombres en Bogotá, el desarrollo de una sexualidad sana, responsable y

autónoma. La prevención y control de los cánceres del aparato reproductivo y mama han sido integrados al programa de enfermedades crónicas y degenerativas.

El plan de acción en salud sexual y reproductiva promueve, en todas las entidades de salud del Distrito Capital, los servicios de salud sexual y reproductiva, mediante la aplicación de la normatividad que regula el sistema general de seguridad social en salud –SGSSS–, en cuanto a organización y gestión institucional, ampliación de la cobertura de afiliación del mayor volumen de población, promoción de la salud y prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, a fin de garantizar el disfrute de los derechos de salud, los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva.

Dentro del plan se definieron como *principios* orientadores la igualdad, la equidad, la universalidad y la autonomía; como *enfoques* para las intervenciones las categorías de género, integralidad, ciclo vital y derechos sexuales y reproductivos; como *estrategias* de trabajo la participación social, la concertación, la intersectorialidad, la información, educación y comunicación, la interdisciplinariedad, el mejoramiento de la calidad de atención y la vigilancia en salud.

La población objeto del plan, o *grupos prioritarios*, son las personas con alto índice de necesidades básicas insatisfechas –NBI–, mujeres gestantes y sus familias, adolescentes, mujeres y hombres en edad fértil, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres y hombres vinculados a la prostitución y la población carcelaria.

En este número del *Boletín Epidemiológico Distrital* se presentan, a partir de diferentes fuentes, los logros, avances y dificultades identificadas en el desarrollo de los *lineamientos generales de salud sexual y reproductiva* en los últimos tres años, las cuales reflejan, de manera directa, la participación del sector salud, e indirecta y con intensidades diferentes, la de otros sectores como el educativo, el de bienestar social, los medios de comunicación, las organizaciones sociales y no gubernamentales, y los investigadores y expertos. Estos lineamientos se establecieron para el Distrito Capital en agosto de 1998, de manera concertada entre todos los actores mencionados.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La implementación de los lineamientos en salud sexual y reproductiva dentro del SGSSS, se garantiza mediante los planes de beneficio definidos por la ley 100 y sus decretos reglamentarios, entre los que se encuentran el plan obligatorio de



salud –POS–, orientado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y a la protección específica individual, que es responsabilidad de la entidad aseguradora; y el plan de atención básica –PAB–, que posibilita la información, educación y comunicación, entre otros aspectos, se dirige a grupos específicos, mediante criterios de focalización, sin importar el régimen de afiliación de las personas, es gratuito y administrado por el ente territorial y permite dar cuenta de la gestión de la salud pública en la ciudad.

Además, a través de inversiones hechas por el ente territorial, convenios con organizaciones nacionales e internacionales y la participación del sector privado y de la comunidad científica, también se diseñan e impulsan diversas estrategias de investigación, atención, prevención y promoción en salud sexual y reproductiva, que complementan los alcances de los planes de beneficios del SGSSS.

De acuerdo con la resolución 3997 de 1996 del Ministerio de Salud, los procedimientos y acciones de carácter obligatorio para la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva en el POS son, entre otros, los siguientes:

- ◆ Información sobre deberes y derechos dentro del SGSSS.
- ◆ Inducción a la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva, de mujeres y hombres.
- ◆ Consejería y asesoría individual y de pareja en necesidades específicas en salud sexual y reproductiva.
- ◆ Orientación en casos de maltrato, violencia y abuso sexual.
- ◆ Realización de pruebas de tamizaje relacionadas con la salud sexual y reproductiva, incluidas en las actividades de promoción y prevención.
- ◆ Promoción del comportamiento sexual responsable, basado en el conocimiento, el respeto y la comunicación entre hombres y mujeres.
- ◆ Vinculación del hombre en las decisiones sobre las prácticas sexuales y procreativas.
- ◆ Orientación y canalización de grupos prioritarios y de las personas con necesidades específicas en salud sexual y reproductiva, para su afiliación al SGSSS.
- ◆ Concertación, especialmente con sectores como bienestar social, educación, medios de comunicación, justicia, ONG y organizaciones sociales.
- ◆ Concertación para que los establecimientos educativos incluyan, en los planes de estudio, efectiva y adecuadamente, contenidos acordes a las normas del Ministerio de Educación y previstos en la ley 115 de 1994, de educación sexual.
- ◆ Concertación con los medios de comunicación para que incluyan en sus programas de opinión temas relacionados con salud sexual y reproductiva y den espacios a los profesionales de salud para impartir la información correcta sobre estos aspectos.
- ◆ Formación de valores de libertad, responsabilidad y seguridad acerca del ejercicio de la sexualidad.
- ◆ Fomento de la comunicación, satisfacción, goce y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- ◆ Apoyo a la formación de los comités intersectoriales de atención integral al adolescente.
- ◆ Apoyo a las casas del adolescente o sitios de encuentro para que los jóvenes puedan realizar actividades lúdicas, culturales y productivas.
- ◆ Apoyo a los programas de prevención y atención frente al uso y dependencia de sustancias psicoactivas.
- ◆ Apoyo a la conformación de redes sociales de prevención de la violencia sexual o intrafamiliar.
- ◆ Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de los eventos prioritarios en salud sexual y reproductiva.

La resolución 4288 del Ministerio de Salud y los lineamientos generales del PAB de la Secretaría Distrital de Salud –SDS– de 1998, 1999, 2000 y 2001, establecen de la siguiente manera las intervenciones y estrategias comunes en salud sexual y reproductiva:

- ◆ Utilización de medios de comunicación masiva para promover los derechos de salud y los derechos sexuales y reproductivos e informar a la población sobre eventos que se consideran prioritarios para la salud sexual y reproductiva.

REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Al hablar de regulación de la fecundidad nos referimos al propósito de posibilitar a las personas y parejas decidir, en forma libre y responsable, si desean o no una gestación.

Este propósito está garantizado por la información, educación y asesoría, los diversos métodos seguros y eficaces, y la información y orientación a las parejas infértiles, a las que han tenido frutos con anomalías congénitas, y por la consejería y atención a las mujeres que presentan abortos a repetición.



La regulación de la fecundidad no es una decisión exclusiva de las mujeres; en los hombres, la adherencia a métodos anticonceptivos contribuye a que puedan brindar a las familias mejores condiciones de vida, mayor oportunidad para el cuidado, la lactancia y la crianza, el empoderarse de las decisiones sexuales y procreativas, y lleva a que participen y protejan a su pareja de enfermedades de transmisión sexual, cánceres del aparato reproductor, embarazos no planeados y abortos inducidos.

Adoptar o no un determinado método anticonceptivo implica una decisión libre, autónoma, independiente e informada acerca del o de los métodos que más se adaptan al proyecto de vida individual y lleva a la procreación deseada, a la disminución de embarazos de alto riesgo y, por ende, de la mortalidad materna.

Situación actual

Uso de métodos de regulación de la fecundidad

La regulación de la fecundidad se refleja, entre otros, en la evolución de la dinámica poblacional; en efecto, hasta 1995, en Bogotá hubo una tendencia constante al descenso en la fecundidad, aunque en los últimos años se observa un estancamiento en 2,4 hijos por mujer (Profamilia, 2000: 43), tasa superior en el último quinquenio a las de Cali y Medellín, que en periodos anteriores presentaban tasas mayores a las de la capital. Esta tasa evidencia fallas en el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, pues no se logra satisfacer la fecundidad deseada que, según la *Encuesta nacional de demografía y salud-2000*, fue de 1,9 hijos para las mujeres del Distrito Capital.

El fenómeno anterior se corrobora en la investigación de Prada y colaboradores (1998), en la que se halló que en 1990 en Bogotá ocurrieron aproximadamente 44.286 abortos inducidos y 36.723 en 1995, lo cual quiere decir que en 1990 la razón de abortos inducidos fue de cuatro por cada diez nacidos vivos, mientras que en 1995 fue de tres por cada diez nacidos vivos, con una tasa anual de abortos por cada cien mujeres entre 15 y 49 años de 3,29 para 1990 y de 2,31 para 1995.

Según esa misma investigación, en 1990 de 200.545 embarazos, 50% de los nacidos vivos fueron nacimientos deseados, 25% no deseados y 25% terminó en aborto inducido. En 1995 hubo 215.239 embarazos, de los cuales 49% de los nacidos vivos fueron nacimientos deseados, 32% no deseados y 19% terminó en aborto inducido.

El comportamiento del aborto es un fenómeno común en los países de América latina y el Caribe, donde cada año

mueren seis mil mujeres que lo usan como método anticonceptivo, debido a complicaciones de esta práctica, que se realiza en condiciones inseguras (Fondo de Población de Naciones Unidas, 1997). Se calcula que el aborto inducido, en forma clandestina y condiciones inseguras, es la causa de una de cada tres muertes maternas en la región y de aproximadamente 800 mil hospitalizaciones por año (Susheela y Sedgh, 1997). De veinticinco países de la región, Colombia, Chile, El Salvador, Honduras y República Dominicana tienen prohibida la práctica del aborto, sin excepción alguna.

En cuanto al uso de métodos de regulación de la fecundidad (Profamilia, 2000: 58), Bogotá presenta, por regiones, el porcentaje más alto en el país (80,7%), siendo el uso de métodos modernos de 69%. En orden de importancia, los métodos más usados son: esterilización femenina, dispositivo intrauterino –DIU– y condón. Por su parte, el uso de métodos tradicionales es de 11,5%, sumados el método de amenorrea por lactancia –LAM–, ritmo y retiro. Cabe resaltar que como respuesta a las diferentes campañas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual el uso del condón está aumentando, y que su uso es mayor cuanto mayor sea el nivel educativo (véase la tabla 1).

En la población bogotana es tanto el interés por acceder a métodos anticonceptivos, que durante 2000 en treinta y dos instituciones entre administradoras del régimen subsidiado –ARS–, empresas promotoras de salud –EPS– y empresas sociales del estado –ESE– se atendieron 15.275 personas, de las cuales 17,8% (n = 2.731) optaron por la esterilización femenina (no se reportaron vasectomías) y 82,1% (n = 12.544) solicitaron un método temporal; 44,6% (n = 5.597) de estas personas requirieron condones.

Según el estudio de Profamilia citado, la mediana del intervalo entre nacimientos, en meses, es de 41,2 para Bogotá y de 36,8 para el país, siendo la más alta comparada con otras regiones; la edad mediana al primer nacimiento es de 22,8 años, mientras que para el país es de 22,1 años, correspondiendo a la región con la mayor edad al primer nacimiento (Profamilia, 2000: 46–47).

Adolescentes y regulación de la fecundidad

En Bogotá, la edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 20 a 49 años es de 22,1 años, mientras que para el país es de 22,8; 16,7% de las adolescentes entre los 15 y 19 años ya son madres o están gestando su primer hijo, lo que se refleja en 22.846 nacimientos de mujeres entre los 15 y 19 años en 1999 (Secretaría Distrital de Salud-Dirección de salud pública, 1999); para el resto del país, esta cifra asciende a 19,1% (Profamilia, 2000: 49).

Tabla 1 Distribución porcentual de las mujeres en unión por método usado actualmente, según región, nivel educativo e indicadores de estatus. Colombia, 2000.

Característica	Cualquier método	Métodos modernos										Tradicionales y folclóricos				No usa actualmente	Número de mujeres
		Total métodos modernos	Píldora	Dispositivo intrauterino	Inyección	Vaginales	Condón	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Norplant	Amenorrea por lactancia	Total tradicionales	Ritmo	Retiro	Métodos folclóricos		
Región																	
Atlántica	70,8	59,3	12,8	4,8	4,0	0,5	3,9	31,1	0,1	0,0	2,1	10,9	5,6	5,3	0,6	29,2	1.405
Oriental	82,5	66,6	10,2	14,6	4,1	1,1	7,0	28,6	0,5	0,3	0,2	15,0	6,2	8,8	0,9	17,5	1.165
Central	76,7	63,0	16,4	10,8	3,4	0,7	6,4	23,4	1,6	0,2	0,2	13,2	6,3	7,0	0,5	23,3	1.507
Pacífica	76,2	64,7	9,2	14,5	5,1	0,5	4,2	29,1	1,5	0,0	0,6	10,6	5,1	5,5	0,9	23,8	985
Bogotá D.C.	80,7	69,0	7,3	22,0	3,7	1,2	10,0	22,9	1,2	0,4	0,3	11,2	6,8	4,4	0,5	19,3	872
Nivel educativo																	
Sin educación	72,7	55,5	8,0	2,6	2,0	0,5	2,1	39,3	0,0	0,0	1,0	15,7	3,6	12,1	1,5	27,3	260
Primaria	77,0	62,1	12,7	9,7	2,8	0,5	4,5	30,3	0,5	0,0	1,1	14,1	5,6	8,4	0,9	23,0	2.354
Secundaria	77,7	66,7	12,6	14,5	5,6	1,0	6,8	24,1	1,5	0,2	0,4	10,5	5,6	4,9	0,5	22,3	2.657
Universitaria	75,4	63,5	7,2	17,5	3,1	0,9	10,3	22,7	0,9	0,3	0,5	11,8	9,5	2,3	0,2	24,6	664
Total	76,9	64,0	11,8	12,4	4,0	0,8	6,1	27,1	1,0	0,2	0,7	12,3	6,0	6,3	0,7	23,1	5.935

Nota: Los porcentajes no necesariamente suman los subtotales 100 por ciento debido a redondeo.

Fuente: tomado de Profamilia, 2000: 58.

La demanda de servicios de regulación de la fecundidad por parte de las adolescentes alcanzó solamente 20% de las usuarias en el primer nivel de atención, y 8% en el segundo y tercer nivel (Profamilia, 2000: 8). De los adolescentes, 27,4% ha usado alguna vez un método anticonceptivo moderno y 21,7% un método folclórico y tradicional (Profamilia, 2000: 49). Según los registros de egreso hospitalario de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, entre 1993 y 1998 las cinco primeras causas en el grupo de 15 a 19 años en la ciudad estaban relacionadas con el embarazo y los factores asociados a él.

En su estudio diagnóstico y exploratorio, Mejía y colaboradores (2000: 130) hallaron que el significado y actitud hacia el riesgo sexual explican el bajo uso de métodos para la regulación de la fecundidad. Las barreras para su uso son múltiples, en categorías asociadas al placer y a la dinámica sexual, así como a ideas erróneas sobre la calidad de los mismos. La población participante en el estudio presentó una pobre correspondencia entre el conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso, aunque sí hay una predisposición positiva hacia la negociación, uso y efectividad, en especial del condón.

Según Mendieta y colaboradores (1998), el análisis de esta situación se debe a las actitudes de los y las adolescentes ante los métodos anticonceptivos; el autor recomienda “que más allá de los objetivos específicos que se persigan en los diferentes programas de atención para adolescentes o de

educación sexual, los educadores y educadoras deberían ser capaces de promover la posibilidad de construir múltiples formas de relacionarse entre los sexos, así se podría aliviar el peso del deber ser, emprender un mutuo conocimiento y construir relaciones basadas en la búsqueda de su plena realización”.

Es necesario entender que, según este estudio, “el proyecto de vida de los y las adolescentes no es simplemente un plan, por la sencilla razón de que no se trata de planear, disponer o proyectar lo que se va a hacer. Se trata más bien de proyectarse a sí mismo... en otros términos, más que de vivir proyectando se trata de vivir como proyecto. El proyecto es pues una anticipación, a sí mismo el proyecto no es por así decirlo “hacer cualquier cosa mientras uno se haga a sí mismo”, porque uno no se hace a sí mismo haciendo cualquier cosa, sino justamente la que hay que hacer para los adolescentes y para sus padres, la novedad de la crisis de identidad debe traer consigo niveles de incertidumbre e inestabilidad que ninguno de ellos podría haber previsto”.

Servicios de regulación de la fecundidad

De acuerdo con los hallazgos de la SDS (1998), en los servicios de regulación de la fecundidad de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud la consulta de regulación de la fecundidad se ofrece en 41% de las instituciones de lunes a viernes; sólo 34% lo hace ocho horas diarias, 25% debe diferir la consulta para otro día y sólo 19% de las instituciones cuenta con consultorio exclusivo para el servicio de regulación de la fecundidad.



En el mismo estudio se halló que el servicio de orientación o asesoría se ofrecía en 11% de las instituciones, 20% lo prestaba algunos días, 3% no contaba con el, y sólo 21% contaba con personal dedicado exclusivamente al mismo; 97% de los servicios de regulación de la fecundidad llevaba algún tipo de registro, pero no había homogeneidad en las definiciones y la información reportada. Por último, fueron pocos los funcionarios que reportaron haber recibido entrenamiento en los distintos métodos de planificación familiar.

Ahora bien, al analizar la cobertura de las acciones de promoción y prevención del POS relacionadas con los servicios de regulación de la fecundidad (Herrera et al., 1998) se halló que en la población adolescente, tan sólo 16% (620.758/3.879.742) recibió consejería en métodos de regulación de la fecundidad y 2% (77.594/3.879.742) recibió control de métodos de regulación de la fecundidad; por su parte, 23% de los adultos afiliados al SGSSS (266.962/1.160.707), recibió consejería en métodos de regulación de la fecundidad. En el Distrito Capital, la inversión aproximada en estos procesos fue de 6.200 millones de pesos.

Principales intervenciones en regulación de la fecundidad

Además de las intervenciones en regulación de la fecundidad definidas en el POS y en el PAB por la ley 100 y sus decretos, resoluciones y acuerdos reglamentarios, la SDS ha implementado:

- ◆ La estrategia intersectorial para la promoción, uso y adherencia a métodos de regulación de la fecundidad, con la participación del Departamento Administrativo de Bienestar Social –DABS–, la Unidad Coordinadora de Prevención Integral –UCPI–, la asesoría social de la alcaldía mayor, el Instituto Distrital de Recreación y Deporte –IDRD–, la Secretaría de Educación del Distrito –SED– y la Secretaría de Gobierno.
- ◆ El convenio entre la Secretaría y AVSC International, que tiene por objetivo desarrollar un proyecto de cooperación en salud sexual y reproductiva a través de servicios de promoción y fomento de la salud y prevención y recuperación de daños, que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, buscando el desarrollo de una sexualidad plena, responsable y segura, así como la información y atención en regulación de la fecundidad, la prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el sida, los cánceres del aparato reproductivo y mama, la prevención y atención de la violencia sexual y de las condiciones que demanden atención

de salud sexual y reproductiva, en los hospitales de primero, segundo y tercer nivel de atención.

- ◆ El fortalecimiento del sistema de información en regulación de la fecundidad, mediante la implementación del registro de suministro de métodos anticonceptivos temporales y definitivos y la sistematización del certificado de nacido vivo.
- ◆ La capacitación y entrenamiento de cincuenta y ocho funcionarios del sector salud y de 298 del DABS, la SED, el IDRD, la UCPI y la Secretaría de Gobierno, así como la asesoría de los servicios de regulación de la fecundidad de la red adscrita a la SDS.
- ◆ El desarrollo de investigaciones relacionadas con el tema².
- ◆ La implementación del sistema de vigilancia en salud sexual y reproductiva y, específicamente, del módulo de información de regulación de la fecundidad, a través del cual entre 1998 y 2000 se registraron 65.699 mujeres usuarias de anticoncepción temporal y 1.606 de anticoncepción definitiva. Durante el mismo periodo, se registraron 16.119 hombres usuarios de condón y quince de vasectomía. En adolescentes se captaron 3.005 usuarios.

Prioridades 2001-2004

Las prioridades definidas para el periodo 2001-2004 se relacionan con el cumplimiento de las siguientes metas y estrategias:

- ◆ Reducir 30 % las gestaciones no planeadas a través del fortalecimiento del proyecto de educación sexual y del fomento del uso de métodos de regulación de la fecundidad.
- ◆ Comprometer a todos los actores del SGSSS en el fortalecimiento de los servicios de regulación de la fecundidad dirigidos a hombres y mujeres, con énfasis en la población adolescente, incluyendo, además de la infraestructura y el recurso humano, el sistema de información y registro y la divulgación y aplicación de las normas técnico-administrativas establecidas por el Ministerio de Salud.

2 Secretaría Distrital de Salud-Profamilia. "Diagnóstico de la situación de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva y de regulación de la fecundidad en las instituciones adscritas a la SDS". Bogotá. 1998; Néstor J. Mendieta. "Anticoncepción, sexualidad y vida, la historia convertida en cuerpos adolescentes". Secretaría Distrital de Salud-Asociación Salud con Prevención. Bogotá. 1998; Elena Prada Salas et al. "Factores condicionantes y estrategias de intervención para la prevención del embarazo no deseado y el aborto inducido en Santa Fe de Bogotá, Distrito Capital". Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. 1998.



- ♦ Apoyar al sector educativo en el fortalecimiento de los proyectos de educación sexual de acuerdo con lo establecido en la ley de educación sexual.
- ♦ Monitorear, con la periodicidad establecida, la gestión en

regulación de la fecundidad mediante los indicadores de cumplimiento, proceso y centinelas establecidos por el Ministerio de Salud en la resolución 3384 de 2000, por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 de 2000 (véase la tabla 2).

Tabla 2 Indicadores de regulación de la fecundidad

Código	Nombre	Régimen contributivo %	Régimen subsidiado %
IC-05-01	Cumplimiento en la consulta de planificación familiar de primera vez	80	80
IC-05-02	Cumplimiento en la consulta de control de planificación familiar	50	80
IC-05-03	Cumplimiento en la realización de esterilización masculina y femenina	80	80
**	Nacimientos en mujeres de 10 a 14 años		

** Se considerará indicador centinela de calidad, no incluido en la resolución 3384, pero de obligatorio seguimiento por parte de la dirección de salud pública de la SDS. El análisis se hará por aseguradora.

SALUD MATERNA Y PERINATAL

Introducción

La gestación ha sido observada por la humanidad como un momento del ciclo vital en que la mujer y el hombre cumplen con importantes funciones en lo biológico, lo psicológico y lo social; en la sociedad cumple un papel preponderante no sólo por su efecto en la preservación de la especie y en la forma de organizarse las sociedades, sino también en la definición de las relaciones de género, de la vinculación afectiva, de lazos familiares y de patrones de crianza.

Si se tiene en cuenta que la gestación y la crianza demandan especiales habilidades, adquiridas e innatas, tanto de la mujer como del compañero, hay consenso en que el inicio de estos procesos naturales debe suceder preferiblemente cuando los progenitores han alcanzado unas mínimas bases biológicas, psicológicas y sociales.

Aunque no existe el momento ideal, se considera que el periodo del ciclo vital correspondiente a la edad adulta es la época en la que están dadas las condiciones de preparación fisiológica, de madurez psicoemocional y de apoyo social para que la gestación y la crianza se den en un ambiente seguro y saludable.

Dadas las circunstancias especiales que vive nuestra sociedad, no siempre se hallan las mejores condiciones para que cada nacimiento se dé en el ambiente más favorable, por lo que permanecen prácticas de aborto inducido y reinciden embarazos no planeados y no deseados.

El objetivo de las intervenciones en salud materna y perinatal es brindar condiciones óptimas para el desarrollo y la calidad de vida, así como reducir la morbilidad y mortalidad

materna y perinatal, que se consideran indicadores trazadores del desarrollo social y económico de un país.

Ahora bien, al analizar la cobertura de las actividades de promoción y prevención del POS relacionadas con los servicios materno-perinatales, Herrera et al. (1998) hallaron que en la población de gestantes, 90% (119.700/133.000) recibió control, cifra similar a la de la ENDS-2000 (Profamilia, 2000: 108) en la que se encontró que 95,5% de las gestantes recibió atención prenatal; según Herrera et al., 95% de estas (107.397/113.050) recibió atención institucional del parto (97,2% según la ENDS-2000 (Profamilia, 2000: 114) en la que, además, se halló que 97,7% de los partos fue asistido por médico (Ibidem: 114)); en cuanto a la cesárea, según Herrera et al., 15% (19.950/133.000) de las gestantes recibió dicho procedimiento; este último dato se diferencia de la ENDS-2000 (Ibidem: 118) en la cual se encontró que 28% de nacimientos fue por cesárea. En el Distrito Capital, la inversión aproximada en la atención del parto, cesárea y control prenatal, fue de 29 mil millones de pesos.

Situación actual de la salud materna y perinatal

Mortalidad materna

La mortalidad materna es uno de los eventos más sensibles en el monitoreo de la respuesta social y de los sistemas de salud a las necesidades de la población. En ella inciden múltiples factores como la carencia de oportunidades, las iniquidades económicas, educativas, legales y familiares de la mujer dentro de un componente asistencial de acceso, oportunidad y calidad de servicios de salud.

Se considera mortalidad materna a la defunción de una mujer durante la gestación, el parto o los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de su localización anatómico-fisiológica, relacionada o agravada



por el proceso del embarazo mismo, del parto, el puerperio o su atención (CIE-10, O00-O94). Además, la muerte materna puede ser tardía cuando la defunción ocurre entre cuarenta y dos y 365 días después de la terminación de la gestación (CIE-10, O96), o relacionada con la gestación cuando ocurre durante o hasta los cuarenta y dos días de terminada esta sin causa especificada (CIE-10, O95) (Secretaría Distrital de Salud, 1998: 3).

La serie de mortalidad materna entre 1990 y 1996 se ajustó por subregistro y codificación, aplicando un factor de ajuste del 1.2001 (proveniente de 1.141 por mala codificación y 1.0526 por subregistro general de defunciones); por su parte, en la que corresponde a 1997-1999 el factor de corrección sólo fue de 1.0526, ya que durante esos años se realizó un proceso de auditoría de todos los certificados de defunción de las muertes de mujeres en edad fértil, lo cual minimizó la posibilidad de errores de codificación.

En los últimos diez años, la mortalidad materna en la capital descendió de 152,55 en 1990 a 68 por 100 mil nacidos vivos en 1999, cumpliendo con el compromiso mundial de reducirla en 50% a 2000 (véase el gráfico 1).

Los resultados que se presentan a continuación son fruto del análisis de las defunciones ocurridas en mujeres en edad fértil y relacionadas con la gestación, el parto o el puerperio inmediato entre 1990 y 1999.

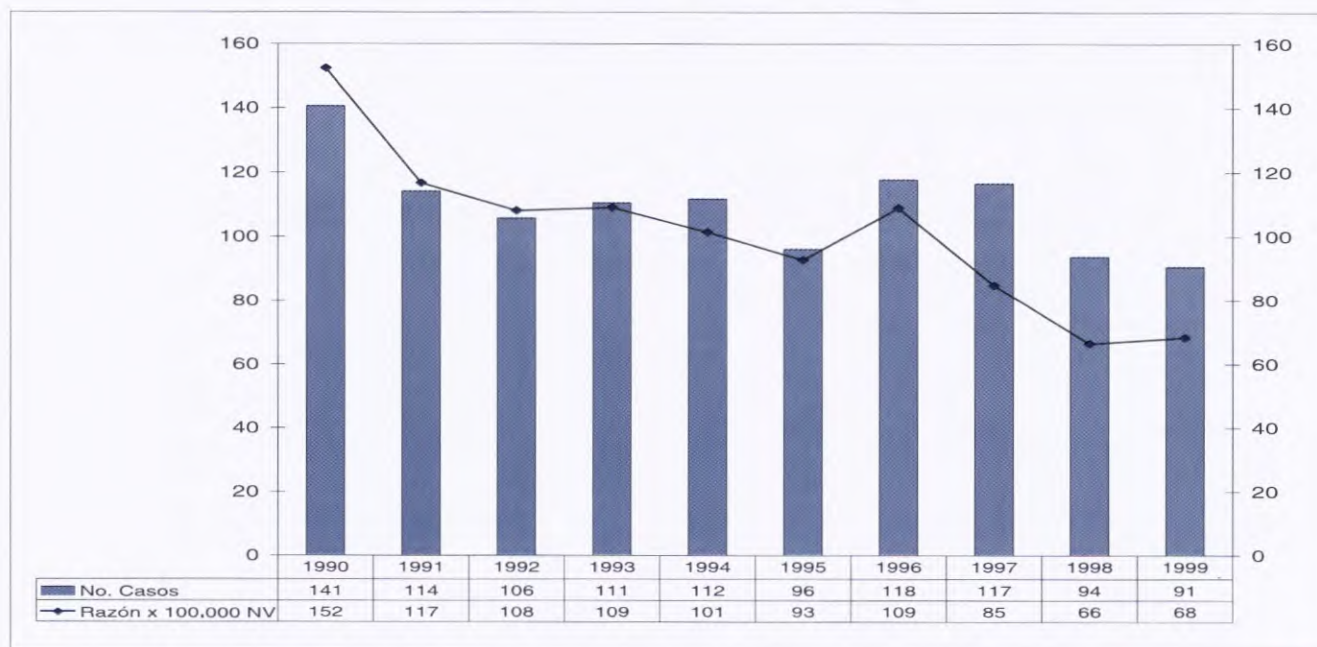
Según *grupos de edad*, en Bogotá la proporción más alta de mortalidad materna fue en el grupo de 30 a 34 años (25%), seguida por el de 35 a 39 años; los dos grupos extremos, el de 10 a 14 años y el de 45 a 49, tuvieron cada uno una muerte, para una proporción de 1% respectivamente, resultado diferente del estudio de Peñuela et al. (1998: 55), que encontró que el grupo de edad más afectado por la mortalidad materna fue el de 20 a 24 años.

El certificado de defunción aún es deficiente en el diligenciamiento de la variable *nivel educativo*, encontrándose 34% sin información. La secundaria incompleta, 17%, y la primaria completa, 16%, son características importantes de este evento, seguidas por la secundaria completa, 12%.

Según el *estado civil*, la mayor proporción de madres que murieron (36%) permanecía en unión libre; 32% estaban casadas; y 14% eran solteras. Sigue siendo importante la variable sin información, que constituye el 17%, por deficiencias en el diligenciamiento de los certificados de defunción.

Según *régimen de afiliación*, 35% de las mortalidad materna de la ciudad pertenecía al régimen contributivo, 28% al subsidiado y 20% al vinculado; del 18% restante no se informa esta variable.

Gráfico 1 Mortalidad materna. Razón ajustada en Bogotá, D. C., 1990-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.



En 1998, la principal *causa* de mortalidad materna en el mundo eran las hemorragias (25%), seguida de las causas indirectas (20%), las infecciones (15%), el aborto en condiciones de riesgo (16%), la eclampsia (12%), el parto obstruido (8%) y otras causas (8%) (Grupo Interagencial para la Maternidad sin Riesgo, 1998). En Colombia, en 1994 la principal causa era la toxemia (38%), seguida del aborto en condiciones de riesgo (16%), las hemorragias (15%), las complicaciones del trabajo de parto (15%), las complicaciones en el puerperio (10%) y otras complicaciones (6%) (Family Care International, 1998).

En Bogotá, el principal componente de la mortalidad materna durante 1999 fueron los trastornos hipertensivos (40%), seguidos de las causas indirectas (16%), las complicaciones del trabajo de parto y parto (13%), otras causas (7%); y de las hemorragias, el aborto, las complicaciones relacionadas con el puerperio y las infecciones, cada una responsable de 6% de las muertes. Dichos datos se corroboran en el estudio de Peñuela et al., en el que se halló que 85,87% de la mortalidad materna se debió a causas obstétricas directas, siendo la principal el trastorno hipertensivo del embarazo; tres cuartas partes de las mujeres fallecieron en el puerperio, hallándose la hemorragia como mayor riesgo de muerte. El 97% de los partos de las fallecidas fue atendido en un organismo de salud y tres cuartas partes de estos fueron atendidos por ginecoobstetras (Peñuela et al., 1998: 87).

Dentro de los antecedentes obstétricos, el mismo estudio halló que 56% de las fallecidas había tenido entre uno y tres embarazos, más de las dos terceras partes no tenían antecedentes de aborto y en la mitad de las mujeres éste era su primer embarazo. El 62,29% no utilizaba métodos anticonceptivos, 25% de las mujeres no asistió a control prenatal y 54% de los controles se realizó en los hospitales de primer nivel.

Según el análisis multivariado de Peñuela et al., tener cuarenta años o más es el principal factor de riesgo asociado con la mortalidad materna. Le siguen en importancia los factores relacionados con la atención del parto como son la hemorragia en el puerperio y el uso de fórceps, no asistir a control prenatal y la hipertensión inducida por el embarazo.

La conclusión de los investigadores es que entre 65,5% y 88,5% de la mortalidad materna en Bogotá es evitable.

Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal es otro evento trazador de la calidad de vida que un país le brinda a sus ciudadanos y es un indicador sensible, a corto plazo, de las estrategias desarrolladas para mejorar la calidad de la atención durante la gestación y

el parto. La mortalidad perinatal agrupa la mortalidad fetal tardía, es decir, aquella que ocurre después de la vigesimosexta semana de gestación; y la mortalidad neonatal temprana, es decir, la que sucede dentro de los primeros siete días después del nacimiento.

Según la ENDS-2000 (Profamilia, 2000: 102), durante 2000 las tasas de mortalidad perinatal por mil nacidos vivos, por regiones, fueron de 17 en la región central, 21 en la Atlántica, 23 en Bogotá, 27 en la región Oriental y 33 en la Pacífica.

Los resultados que se presentan a continuación corresponden al análisis de las variables consignadas en el certificado de defunción y en el de nacido vivo de 1999, de las bases de datos de la dirección de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

En 1999, la tasa de mortalidad perinatal fue de 14,23 por 1.000 nacidos vivos; correspondiendo a la mortalidad fetal tardía 39,5%; y a la mortalidad neonatal temprana 60,4%. En los últimos diez años, la tendencia muestra proporciones similares entre los dos componentes, con un incremento de la mortalidad perinatal en 1995. A partir de 1997 permanece estable (véase el gráfico 2).

Según *sitio de defunción*, 94,3% de las muertes perinatales acaecidas en 1999 en Bogotá lo fue en una institución de salud, con una tasa de 8,49 por 1.000 nacidos vivos; en la casa o domicilio ocurrió 36,1%, tasa de 108,31; y en el lugar de trabajo 0,92%, con una tasa de 83,33; esta variable no se diligenció en el 1,17% restante.

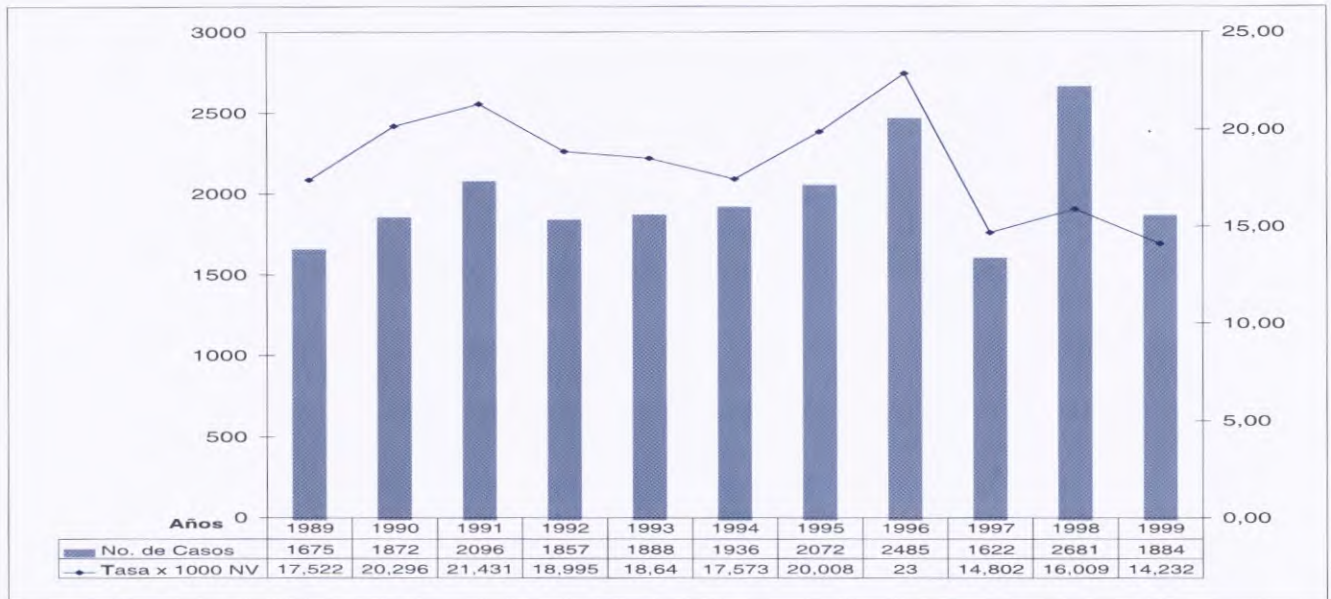
En cuanto a la mortalidad perinatal según características maternas y del proceso procreativo, al estratificar el análisis según las variables socioeconómicas de la madre dadas por el certificado de defunción, es posible afirmar que este evento es inversamente proporcional al nivel educativo, ya que en 1999 la mayor tasa de mortalidad perinatal se encuentra entre los hijos de las mujeres analfabetas, 20,6 por 1.000 nacidos vivos; según el estado civil, la mayor tasa de mortalidad perinatal se observa entre los hijos de las mujeres separadas o divorciadas, con una tasa de 19,8 por 1.000 nacidos vivos; según régimen de afiliación, la mayor tasa de mortalidad perinatal, 19,93 por 1.000 nacidos vivos, correspondió al régimen subsidiado, seguida por el régimen vinculado y el contributivo con tasas similares de 12,43 y 12,52 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

La tasa de mortalidad perinatal es mayor en los hijos de mujeres en *edades extremas*, es decir, mayores de 40 y menores de 15 años. Para la mortalidad fetal tardía es mayor la proporción en las mujeres de edad más avanzada; y en la mortalidad neonatal temprana la proporción mayor se da entre los hijos de mujeres más jóvenes.



Gráfico 2

Mortalidad perinatal. Bogotá, D. C., 1989-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

El análisis teniendo en cuenta el proceso procreativo muestra que, respecto al *tiempo de gestación*, la tasa de mortalidad neonatal temprana es mayor para la edad gestacional comprendida entre las semanas veinte a veintisiete, con una tasa de 555,1 por 1.000 nacidos vivos; en cuanto a bajo peso al nacer, información proveniente de otro estudio (Instituto Nacional de Salud-Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 1998) señala que, en sus embarazos anteriores, 88% de las mujeres tuvo parto con menos de treinta y siete semanas de gestación y niños con bajo peso al nacer. Uno de cada cinco niños nació a pretérmino y aproximadamente la mitad de los lactantes pesaba menos de 3.000 gramos.

Ese estudio también halló que el periodo intergenésico de una tercera parte de las gestantes había sido de menos de un año y que se presentó un alto porcentaje de antecedentes de abortos.

En relación con la *clase de embarazo*, la tasa de mortalidad perinatal es mayor en las gestaciones múltiples, con 37,9 por 1.000 nacidos vivos; por su parte, la tasa de mortalidad perinatal es mayor para el parto por cesárea, seguida del parto espontáneo.

En cuanto al *número total de hijos* (vivos y muertos, incluyendo el presente), no se observan grandes diferencias entre las proporciones de la mortalidad fetal tardía y la mortalidad neonatal temprana con respecto al número total de hijos que la madre ha tenido; la mayor proporción se observa en hijos de madres que han tenido un hijo, con 35,4% y 32,6% respectivamente para mortalidad fetal tardía y mortalidad

neonatal temprana; siguen las mujeres con tres y más hijos, con un peso de 34,7% y 30,7%, respectivamente. La tasa de mortalidad perinatal más elevada se encuentra en hijos de madres con un hijo, 5,0 por 1.000 nacidos vivos, siendo similar la tasa de madres con tres y más hijos, que es de 4,7 por 1.000 nacidos vivos.

En relación con el número de *hijos nacidos muertos*, la mayor proporción de casos de mortalidad fetal tardía se encuentra en hijos de madres con un hijo nacido muerto (86,3%), seguida de las mujeres que han tenido dos hijos nacidos muertos, con 6,6%. Este orden se conserva al analizar la mortalidad neonatal temprana, 7,7% y 2% respectivamente para las categorías de la variable analizadas anteriormente. La mayor tasa de mortalidad perinatal, 5,7 por 1.000 nacidos vivos, se observa en madres con un hijo nacido muerto; la mayor tasa de mortalidad perinatal se observa en las madres con tres y más hijos vivos siendo la tasa de 12,4 por 1.000 nacidos vivos.

En cuanto al estado nutricional de las gestantes, el estudio realizado por el INS y la SDS (Ibídem: 82), señala que la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil y gestantes alcanzó 23% para el país, siendo el grupo más afectado el de 15 a 19 años. En Bogotá, la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil es de 6,7%; y la de anemia en gestantes alcanza 46%. El porcentaje de mujeres en edad fértil con depósitos deficientes de hierro fue de 42,7%, inferior al promedio nacional, el cual fue de 49%.

Este mismo estudio indica que en el primer trimestre del embarazo la anemia determinada por niveles de hemoglobina



fue de 14%, al finalizar el embarazo la prevalencia de anemia se incrementó a 44%, con graves problemas peri y posnatales, como bajo peso del recién nacido, convirtiéndose en un grave problema de salud pública.

En la misma investigación se encontró deficiencia en los depósitos de hierro, determinada por niveles de ferritina, así: en el segundo trimestre se observó en una tercera parte de la población estudiada y al finalizar el embarazo la deficiencia de hierro se incrementó a 86%. Esto concuerda con las respuestas de las madres cuando se les preguntó sobre el consumo de hierro durante el embarazo: 73% de ellas respondió que no le fue suministrado el suplemento por la institución a la cual asistieron al control prenatal.

En cuanto al comportamiento del peso materno durante la gestación, el estudio en mención halló que 28% de las madres tuvo bajo peso en el primer trimestre. También se encontró sobrepeso y obesidad. Al sumar los tres porcentajes se concluye que la malnutrición por déficit o por exceso sobrepasa la normalidad. En el segundo trimestre de gestación se conservó esta misma tendencia y en el tercero se incrementaron los porcentajes de bajo peso y obesidad.

El aumento de peso durante el embarazo en las dos terceras partes de la muestra se encuentra por debajo del patrón de referencia (11 kilogramos). Las mujeres adolescentes que participaron en el estudio y que llegaron al embarazo con bajo peso para su talla tuvieron un incremento menor de 11 kilogramos.

A continuación se presentan algunas características del perinato y la mortalidad perinatal. Por *sexo*, 53% de la mortalidad fetal tardía ocurre en niños y 45% en niñas; para la mortalidad neonatal temprana se observan proporciones similares: 57% y 42%, respectivamente. La tasa de la mortalidad perinatal en varones es de 16,2 por 1.000 nacidos vivos y en mujeres de 42,28 por 1.000 nacidos vivos.

El *peso al nacer* es considerado un predictor de la calidad de vida de la población infantil; la mayor proporción de casos de mortalidad fetal tardía se presentó en los nacidos con peso entre 1.500 y 2.499 gramos (37,61%), seguida de los de 2.500 a 2.999 gramos (18,7%). Para el caso de la mortalidad neonatal temprana, la mayor proporción de mortalidad, 25,6%, se encontró igualmente en los nacidos con peso entre 1.500 y 2.499 gramos, seguida de los nacidos con peso inferior a 1.000 gramos, con una proporción de 26%. Al analizar la mortalidad perinatal, la tasa más elevada se encontró en los nacidos con peso inferior a 1.000 gramos, 743 por 1.000 nacidos vivos, seguida de los nacidos con pesos entre 1.000 y 1.499 gramos, con una tasa de 306 por 1.000 nacidos vivos.

Por otro lado, la investigación del INS y la SDS (Ibídem: 134) halló que uno de cada cinco infantes nació antes de las treinta y siete semanas de embarazo. Los resultados del estudio para el peso al nacer en los niños nacidos a término fueron de 6,3% con bajo peso (<3.000 gramos); 31,2% con déficit de peso (2.500-2.999 gramos); y de 37,5% con peso menor de 3.000 gramos. Dichos valores son similares a los encontrados para Bogotá en el *Estudio nacional de peso al nacer* de 1990 (7,6%, 29,2% y 36,8%, respectivamente). De estos niños, 11% nació con menos de 2.500 gramos, ratificando los datos del estudio de bajo peso al nacer del Ministerio de Salud (Ibídem: 45).

Los factores asociados al peso al nacer menor de 3.000 gramos fueron el bajo peso materno durante el primer y tercer trimestre de gestación, que reportan una razón de disparidad de 1,88 y 2,40, respectivamente, y la edad materna menor de 20 o mayor a 35 años, en la que se encontró una razón de disparidad de 2,08.

Mortalidad infantil y mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal es el principal componente de la mortalidad infantil en Bogotá, con un peso porcentual de 63,2% en 1999; la tasa de mortalidad perinatal más alta se registró en la localidad de Tunjuelito, seguida de La Candelaria y Santafé. En Sumapaz no se registraron muertes perinatales por lugar de residencia. La menor tasa se presentó en la localidad de Teusaquillo (8,5 por 1.000 nacidos vivos), tasa que podría tomarse como meta a ser alcanzada por las otras localidades (véase el gráfico 3).

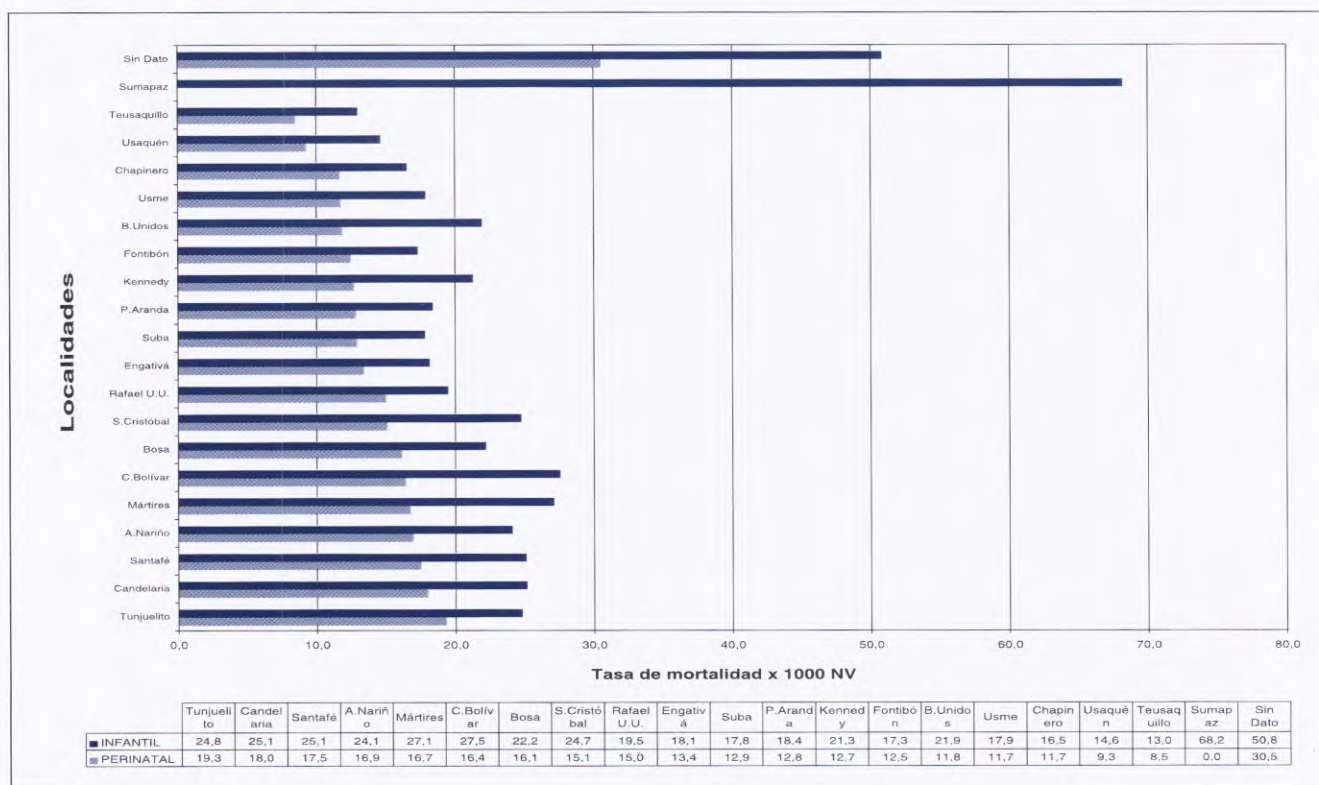
Lactancia materna

Otro de los factores protectores de la salud del recién nacido, utilizado como una estrategia más en la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal, es la lactancia materna exclusiva. En Bogotá, según información del sistema de vigilancia alimentaria y nutricional –Sisvan–, en 1999 la tasa efectiva de lactancia materna (niños que reciben leche materna independientemente de si es exclusiva o no), fue de 85% en los niños de un mes de edad, cifra que disminuye de manera notable durante los primeros cuatro a seis meses de vida, alcanzando una tasa efectiva de 50% a 30%, respectivamente.

Según la ENDS-2000 (Profamilia, 2000: 138) 95,7% de los menores de cinco años lactó alguna vez, 49,3% lo hizo dentro de la primera hora y 85,4% durante el primer día de vida. Este comportamiento puede deberse, entre otros factores, al reintegro de la madre a la vida laboral, al irrespeto del derecho de la hora de lactancia hasta los seis meses de edad del niño o la niña, a creencias o a la influencia de la publicidad sobre el uso de leches de fórmulas.

Gráfico 3

Relación entre mortalidad perinatal y mortalidad infantil por localidad. Bogotá, D. C., 1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Adolescencia y maternidad

En Bogotá, según certificado de nacido vivo, en 1998 y 1999 ocurrieron 598 y 650 nacimientos en mujeres entre 10 y 14 años de edad, y 24.219 y 22.846 en mujeres de 15 a 19 años, respectivamente.

En el gráfico 4 puede observarse la tasa de fecundidad de 1999 para la población de adolescentes entre 10 y 19 años, por localidad.

Según Mejía y colaboradores (2000: 131), los adolescentes consideran el embarazo como una situación menos problemática de lo que los adultos expresan, dado que es bastante probable que finalmente cuenten con el apoyo familiar, puedan continuar con sus planes de estudio y obtengan ganancias afectivas, compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad.

Además, según los investigadores, la sociedad adulta envía mensajes dobles, pues la fertilidad y la gestación son muy valoradas pero no deseadas en la adolescencia. Se expresa aversión e, incluso, se obstaculiza el uso de métodos de regulación de la fecundidad por parte de los jóvenes. De otra parte, se diluye la importancia de señalar aspectos como el riesgo para la salud de las madres y sus frutos, poniéndose el énfasis en lo económico.

Según Medina y García (1999: 98), “los programas sociales en general y de salud en particular, deben tener en cuenta el impacto del acceso a la educación secundaria superior, sobre la disminución de la unión marital temprana y la maternidad precoz. También, es necesario no sólo intensificar la difusión de la información sobre anticoncepción, sino promover a través de la educación familiar y formal, enfoques de desarrollo personal para motivar en los jóvenes la toma de decisiones constructivas en torno a la oportunidad de la maternidad”.

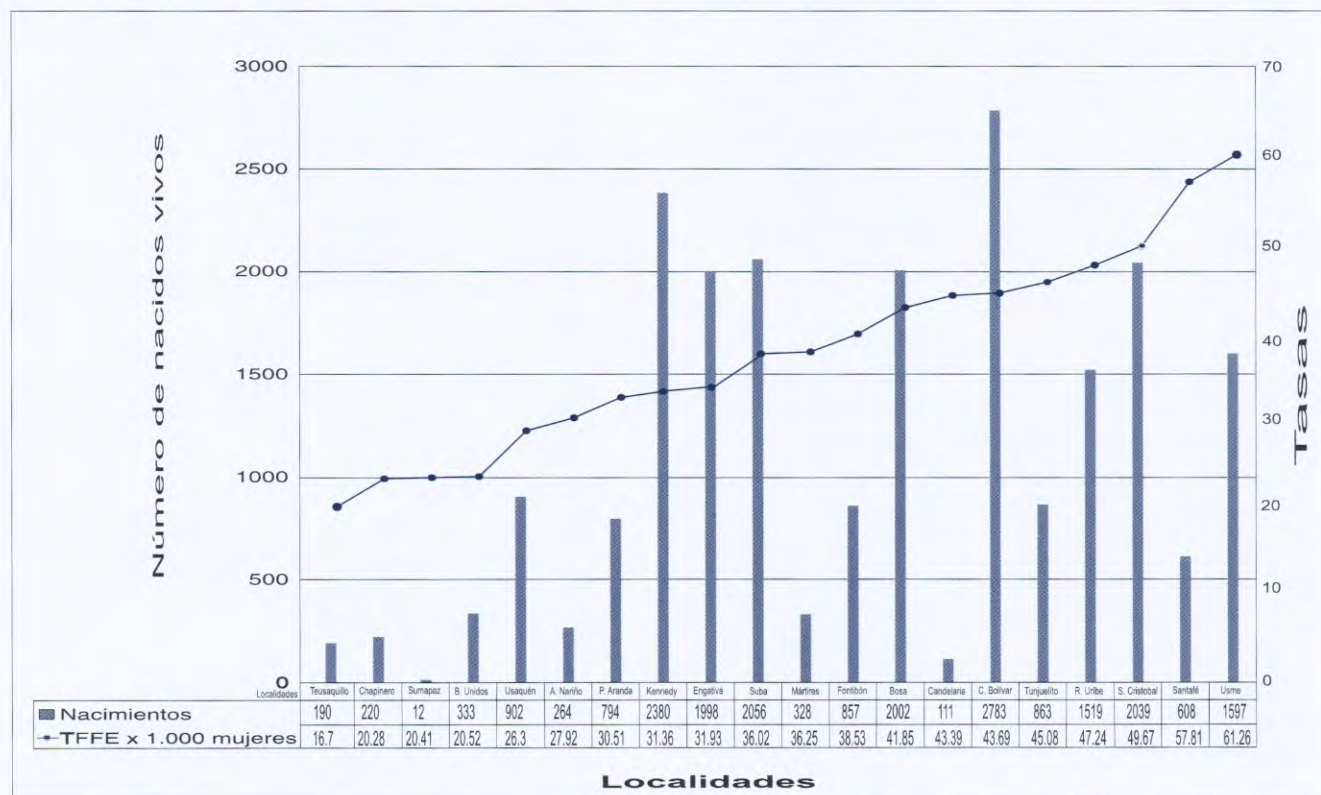
Principales intervenciones en salud materna y perinatal

Además de las intervenciones en salud materna y perinatal definidas en el POS y en el PAB por la ley 100 y sus decretos, resoluciones y acuerdos reglamentarios, la Secretaría Distrital de Salud ha enfatizado en las siguientes actividades:

- ◆ Atención integral de salud desde el inicio de la gestación.
- ◆ Inducción a la demanda para lograr la captación de la gestante y su familia por los servicios de salud desde el primer trimestre de embarazo.
- ◆ Información, educación y comunicación dirigida a introducir comportamientos de autocuidado de la salud, lo cual

Gráfico 4

Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años, por localidad. Bogotá, D. C., 1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

incluye la importancia de la vinculación del compañero y las personas que constituyen el apoyo psicosocial de la gestante, así como la vacunación antitetánica y de la rubéola antes de la gestación, la continuidad en los controles prenatales, el control del posparto y del recién nacido, los controles de crecimiento y desarrollo del menor y la aplicación adecuada y completa del esquema de vacunación.

- ◆ Información, educación y comunicación en alimentación y nutrición orientados a garantizar el consumo de los requerimientos maternos del embarazo y la lactancia.
- ◆ Suplementación con hierro y ácido fólico en población prioritaria para el Distrito Capital, de manera obligatoria a todas las mujeres gestantes y madres lactantes, nacidos a término con bajo peso y a todos los menores de doce años afiliados al sistema.
- ◆ Vinculación del compañero y la familia a los servicios de cuidado materno e infantil, a fin de propiciar condiciones psicosociales y afectivas estables a la gestante y garantizar su participación en la crianza de las/os hijas/os.
- ◆ Priorización de la atención de la adolescente y su familia durante los periodos de gestación, parto, posparto y el menor de un año.
- ◆ Información y divulgación a las mujeres y a la comunidad en general sobre las leyes y normas existentes para la protección a la maternidad y la lactancia.
- ◆ Constitución o fortalecimiento de redes para la promoción de la maternidad segura, con el fin de reducir la mortalidad materna y perinatal, mediante la concertación, participación y articulación de las diferentes instituciones de salud, de ONG y de las organizaciones comunitarias, a fin de facilitar la atención oportuna y adecuada durante la gestación, parto y puerperio y del recién nacido, por niveles de atención, propiciando la evaluación de las condiciones de bienestar y salud de la población materno-infantil e integrando a los grupos sociales de apoyo con los servicios de salud.
- ◆ Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal.
- ◆ Afiliación de la mujer gestante y su familia al SGSSS para la protección durante los periodos de gestación, parto, posparto y protección del menor de un año, en especial de aquellos que tienen mayor vulnerabilidad social y económica.
- ◆ Promoción de la regulación de la fecundidad, ya que ella lleva a gestaciones deseadas y planificadas; su éxito radica



en que todas las personas y parejas tengan hijos por elección, que a su vez es la mayor prevención de las complicaciones de la salud materna e infantil.

- ◆ Estrategia intersectorial para la atención integral a la adolescente gestante y lactante en las instituciones educativas, ya que una de las principales preocupaciones de la sociedad en general, y de los sectores educativo, de salud y social, es la tendencia al aumento del embarazo en las adolescentes del Distrito Capital.
- ◆ Impulso de la historia clínica perinatal base y del sistema informático perinatal en los treinta y un hospitales de los tres niveles de complejidad de la red adscrita, para el mejoramiento de la calidad de la atención, la estandarización de normas y procedimientos, la elaboración de protocolos de atención, la vigilancia en salud pública de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, el suministro periódico de información, la toma de decisiones políticas, de investigación y de acciones en salud pública, el seguimiento del aseguramiento, acceso y calidad de los servicios de salud, así como el soporte médico legal y contable de la prestación de servicios en la red pública y privada del Distrito Capital.
- ◆ Promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y de la participación de la pareja en las responsabilidades de crianza.
- ◆ Fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva, a través de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia –IAMI–, para lo que se han acreditado diecinueve instituciones como IAMI, de las cuales dieciocho hacen parte de la red pública en el Distrito Capital. En la actualidad, se encuentran en proceso de acreditación y reacreditación cincuenta y ocho instituciones de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud y ocho privadas.

Otros resultados de estas actividades son:

- ◆ Reducción de la mortalidad materna de una razón de 85 por 100 mil nacidos vivos en 1997 (117 casos) a una de 68 por 100 mil nacidos vivos en 1999 (91 casos).
- ◆ Reducción de la mortalidad perinatal de una tasa de 14,8 por 1.000 nacidos vivos en 1997 (1.622 casos) a 14,23 por 1.000 nacidos vivos en 1999 (1.884 casos).
- ◆ Captación de 50% de las gestantes en el primer trimestre de gestación.

Prioridades 2001-2004

Las prioridades definidas para el periodo 2001-2004 se refieren al cumplimiento de las siguientes metas y estrategias:

- ◆ Reducir la tasa de mortalidad perinatal de 16,44 por 1.000 nacidos vivos (2.229 casos en 2000) a 13,86 por 1.000 nacidos vivos en 2003.
- ◆ Disminuir la razón de mortalidad materna de 75,2 por 100 mil nacidos vivos en 2000 (102 casos) a 53,4 por 100 mil nacidos vivos en 2003.
- ◆ Garantizar que aseguradores y prestadores de servicios de salud fortalezcan la inducción a la demanda, para que las mujeres asistan a los servicios de salud desde el primer trimestre de gestación, incluyendo, además de la infraestructura y el recurso humano, el sistema de información y registro y la divulgación y aplicación de las normas técnico-administrativas maternas y perinatales establecidas por el Ministerio de Salud.
- ◆ Apoyar al sector educativo en el fortalecimiento de los proyectos de educación sexual de acuerdo con lo establecido en la ley de educación sexual del Ministerio de Educación, en especial en relación con la prevención de embarazos no planeados y la atención integral de la adolescente gestante.
- ◆ Monitorear, con la periodicidad establecida, la gestión en salud materna y perinatal mediante los indicadores de cumplimiento, proceso y centinelas establecidos por el Ministerio de Salud en la resolución 3384 de 2000, por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 del mismo año (véase la tabla 3).

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA

Introducción

Las estrategias que se aplican para el logro de este objetivo son similares a las descritas en los componentes anteriores, con mayor énfasis en la concertación, la intersectorialidad, en especial con el sector educativo y las ONG, la participación social y la información, educación y comunicación individual y dirigida a grupos de la comunidad, para hacerlos partícipes de la construcción y desarrollo de las acciones de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el sida y otras infecciones del tracto reproductivo.

Se enfatiza en la necesidad de *educar la sociedad frente al sida*, con el propósito de alcanzar una *conciencia colectiva*.

Tabla 3 Indicadores en salud materna-perinatal

Código	Nombre	Régimen contributivo %	Régimen subsidiado %
IC-01-03	Cumplimiento en la vacunación combinada contra tétanos y difteria, en gestantes.	95	95
IC-03-01	Cumplimiento en la atención del parto.	90	95
IC-03-02	Cumplimiento en la aplicación de triple viral a mujeres en el posparto.	90	95
IC-04-01	Cumplimiento en la realización de examen de TSH a recién nacido.	90	95
IC-04-02	Cumplimiento en la aplicación de vitamina K al recién nacido.	90	95
IC-04-03	Cumplimiento en la realización de consulta de control del recién nacido por medicina.	90	95
IC-08-01	Cumplimiento en la realización de consulta de primera vez por medicina general para la detección de alteraciones del embarazo.	85	90
IC-08-02	Cumplimiento en la consulta de control prenatal por medicina general.	85	90
IC-08-03	Cumplimiento en la consulta de control prenatal por enfermería.	85	90
	Cumplimiento en la consulta de control prenatal de primera vez durante el primer trimestre del embarazo (1).		
	Muerte perinatal (2).		
IE-25-01	Muerte materna (3).		
IE-08-01	Bajo peso al nacer (4).		

- (1) Este indicador no está incluido en la resolución 3384, pero forma parte del plan de gobierno 2001-2004, ya que se considera una prioridad para el Distrito Capital. La aseguradora garantizará un cumplimiento de 55%, 60% y 65% durante 2001, 2002 y 2003, respectivamente.
- (2) Este indicador no está incluido en la resolución 3384, pero forma parte del plan de gobierno 2001-2004, ya que se considera una prioridad para el Distrito Capital. Se analizará 30% de los casos ocurridos en la ciudad.
- (3) Se analizarán todas muertes maternas ocurridas en la ciudad.
- (4) Se agruparán los casos según peso y edad gestacional y se analizarán por aseguradora.

Teniendo en cuenta que las estrategias hasta ahora más exitosas para prevenir esta enfermedad han sido de orden educativo, se busca construir en las nuevas generaciones actitudes y comportamientos positivos que eviten la transmisión y promuevan la solidaridad hacia las personas que conviven con la infección.

Se reitera el derecho de toda persona a disfrutar de una comunicación plena y clara con el equipo de salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve y a que por sí misma, o por medio de sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o disminución de la capacidad, acepte o rechace estos procedimientos, dejando expresa constancia por escrito de su decisión.

Igualmente, se reivindica el pleno respaldo a los aspectos éticos relacionados con la equidad de la atención y el respeto a las diferencias, entre otros, hacia grupos especialmente vulnerables, tales como personas vinculadas a la prostitución, hombres que tienen sexo con otros hombres, consumidores de drogas psicoactivas, mujeres en edad fértil o gestantes y adolescentes, según lo establecido en el decreto 1543 de 1997 y en la guía para la atención integral del VIH y el sida incluida en la resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud

Se prioriza el monitoreo permanente de la epidemia que incluye la notificación semanal a través del sistema alerta acción –SAA– de todo caso confirmado de infección por VIH, el cual es definido como “un caso probable con dos pruebas presuntivas reactivas para anticuerpos contra el VIH y alguna de las siguientes pruebas confirmatorias positivas: inmuno-fluorescencia reactiva o Western Blot reactivo” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Dirección de salud pública: 1998: 3). El resultado positivo de una de las pruebas confirmatorias mencionadas es condición necesaria para notificarlo al sistema; con la misma periodicidad, se notifica al SAA el caso de sida considerado como “Caso confirmado de VIH, que cumple con los criterios de clasificación del CDC (1993) para adolescentes y adultos” (Ibídem: 3). La notificación de estos casos se integra al registro nacional de VIH y sida del Ministerio de Salud.

Situación actual

La distribución de la enfermedad es mundial; con base en la presentación de los casos se ha observado que la epidemia ha seguido patrones epidemiológicos diferentes. En la mayoría de los países, el sida se ha convertido en una causa importante de mortalidad entre los jóvenes, con una tasa de transmisión más rápida en zonas urbanas. Desde 1981, año en que se reconoció por primera vez esta enfermedad y se le dio nombre, la infección se ha expandido a todos los continentes y a diferentes grupos humanos.



Según Onusida, a diciembre de 2000 se habían infectado por el VIH 5,3 millones de personas, de las cuales eran adultos 4,7 millones, mujeres 2,2 millones y menores de 15 años 600 mil. El mismo año, en el mundo vivían con el VIH y el sida un total de 36,1 millones de personas, entre las que se encontraban 34,7 millones de adultos, 16,4 millones de mujeres y 1,4 millones de menores de 15 años. Las defunciones causadas por el sida en 2000 alcanzaron tres millones, entre ellas, 2,5 millones correspondían a adultos, 1,3 millones a mujeres y 500 mil a menores de 15 años. Las defunciones totales causadas por el sida suman 21,8 millones desde el comienzo de la epidemia, así: adultos 17,5 millones, mujeres 9 millones y menores de 15 años 4,3 millones.

Los problemas que plantea el VIH varían enormemente de un lugar a otro, dependiendo de la magnitud y rapidez de la propagación del virus y de la existencia de un gran número de personas infectadas que hayan empezado a enfermar o fallecer. Excepto en África subsahariana, en el resto del mundo hay más varones que mujeres infectados por el VIH y que fallecen a causa del sida. El comportamiento de los varones, influido a menudo por creencias culturales perjudiciales sobre la masculinidad, los convierte en personas propiciatorias de la epidemia. En total, se estima que durante 2000 se infectaron 2,5 millones de varones de 15 a 49 años de edad, lo que eleva a 18,2 millones el número de varones adultos que, a finales de ese año, vivían con el VIH o con sida. El comportamiento masculino también contribuye a la infección por el VIH en las mujeres, que a menudo tienen menos poder para determinar dónde, cuándo y cómo se llevan a cabo las relaciones sexuales.

Una estimación conservadora señala que a finales de 2000 había 700 mil adultos y niños con el VIH o con sida en Europa oriental y Asia central, en comparación con 420 mil un año antes. En Europa, las prácticas peligrosas de inyección de drogas intravenosas siguen siendo el principal factor impulsor.

Por primera vez, hay signos de que la incidencia del VIH (el número anual de nuevas infecciones) puede haberse estabilizado en África subsahariana. Se estima que en 2000 las nuevas infecciones totalizaron 3,8 millones, en contraposición con un total de 4,0 millones en 1999. Sin embargo, si las infecciones por VIH empiezan a aumentar en países que han tenido tasas relativamente bajas hasta ahora, como Nigeria, la incidencia regional podría comenzar a elevarse de nuevo. El ligero descenso de las nuevas infecciones en África es probablemente el resultado de dos factores. Por una parte, en muchos países la epidemia ha llegado tan lejos que ya ha afectado a una parte importante de la población sexualmente activa, dejando a un número cada vez menor de personas por contraer la infección. Al mismo tiempo, el éxito de los programas de prevención en algunos países de

África, especialmente Uganda, ha reducido las tasas nacionales de infección y ha contribuido al descenso regional.

En diciembre de 1998, la OMS y Onusida estimaban en 1,73 millones las personas que vivían con VIH y sida en Latinoamérica y el Caribe. Según el número acumulado de casos de infección en la región, la magnitud de la epidemia en Colombia es superada en la región solamente por Brasil y México. El primer caso de sida registrado en el país se diagnosticó en Cartagena de Indias en 1983, correspondiendo a una mujer vinculada a la prostitución. En el país, el comportamiento actual se caracteriza por el aumento de la transmisión heterosexual.

El sistema de notificación y vigilancia epidemiológica del VIH/sida fue implementado por el Ministerio de Salud en 1986, mediante el registro nacional de casos y/o muertes por VIH y sida; posteriormente, se incluyó también en la notificación semanal a través del SAA, sistemas que continúan siendo las principales fuentes de información para el monitoreo de la epidemia.

En Colombia se notifican tanto la infección por VIH como el caso de sida, lo cual es una fortaleza para el seguimiento de la epidemia, particularmente en relación con infecciones recientes. En los países donde existe acceso a la terapia antirretroviral de alta efectividad, la notificación de infecciones asintomáticas ha cobrado cada vez mayor importancia (Ministerio de Salud-Dirección general de promoción y prevención-Programa de prevención y control de las ETS y sida, 1999: 67).

La sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH y el sida del Distrito Capital, esto es, su capacidad para captar los cambios en el comportamiento del evento, referidos tanto al volumen, inventario de casos debidamente confirmados, como a sus características (por ejemplo, mecanismos y velocidad de transmisión), utilizando el modelo de Chapman y Saber, a través de la comparación del SAA y el registro nacional de casos de VIH y sida como sistemas alternos de información, permite hacer una estimación del total de casos y de la sensibilidad individual y conjunta de ambos sistemas, con un IC de 95%.

Así, la probabilidad de detección de casos de VIH y sida por los sistemas de información mencionados sigue siendo bastante baja, de tal forma que en 1998 se logró captar por el SAA y por el sistema nacional de vigilancia del VIH y sida, 653 casos de los 2.332 estimados por el modelo de Chapman y Seber, con un índice de confianza de 95%; es decir, que en 1998 el subregistro estimado para la ciudad fue de 70% (679/2.332) y en 1999 de 83% (808/4.654). Finalmente, el Ministerio de Salud, utilizando los modelos EPIMODEL y DEMPROJ, estima que el número real de personas viviendo con el VIH y sida en el país, es diez veces mayor al registrado, lo que en el Distrito Capital equivaldría a 71.140 infectados desde 1985 (véase la tabla 4).



Tabla 4 Sensibilidad del sistema de vigilancia del VIH y sida. Bogotá, D. C., 1998-1999

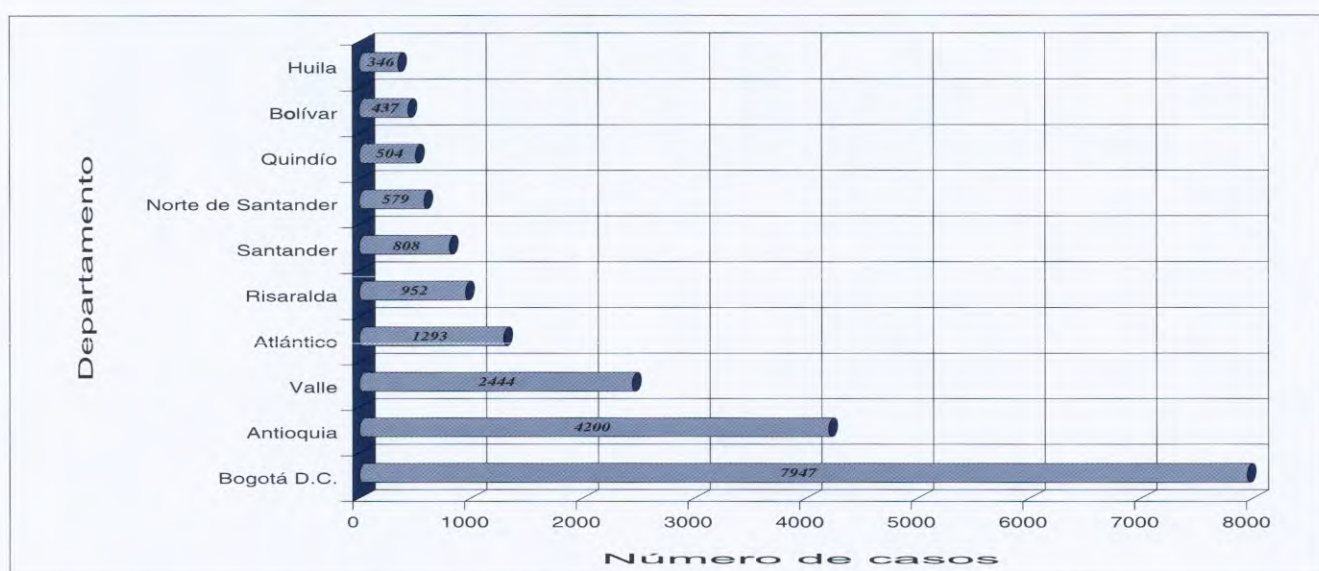
Año	Casos notificados por SAA	Casos notificados por registro nal.	Casos comunes a ambos sistemas	Total casos estimados por el modelo	% sensibilidad SAA	% sensibilidad registro nal.	% sensibilidad ambos
1998	195	499	41	2.332	8,4 (6,7–11,2)	21,4 (17,1–28,7)	28 (22,3–37,5)
1999	441	336	31	4.654	9,5 (7,2–13,8)	7,2 (5,5–10,5)	16 (12,2–23,3)

Modelo de Chapman y Saber con un IC 95%.

El Distrito Capital ocupa el primer lugar entre los diez entes territoriales que han registrado mayor número de casos; entre 1984 y 1999 se habían reportado un total 7.947

casos de infección por VIH y sida, esto es 37,7% (7.947/21.048) de los casos del país (véase el gráfico 5).

Gráfico 5 Casos acumulados de VIH y sida. Colombia, diez primeros departamentos, 1983-1999



Fuente: Programa ETS-sida Ministerio de Salud. Informe a diciembre de 1999.

En 1985, la tasa de incidencia (por 100 mil habitantes) para la ciudad fue de 0,07; en 1994, año en que el Ministerio de Salud realizó una jornada nacional de tamizaje, la incidencia alcanzó 18,41 casos por 100 mil habitantes, y en 1998 fue de 9,73 por 100 mil; ese año la tasa fue inferior a la de los departamentos de Atlántico (13,55) y Risaralda (12,67) (Ministerio de Salud-Dirección general de promoción y prevención-Programa de prevención y control de las ETS y sida, 1999: 86). En 1999, la tasa de incidencia fue de 12,5 por 100 mil habitantes (véase el gráfico 6).

De los 7.947 casos reportados entre 1985 y 1999, 3.982 (50,1%) correspondía a personas asintomáticas que vivían con el VIH, 3.252 (40,9%) a personas con sida y 713 (8,9%) no fueron clasificados (véase el gráfico 7).

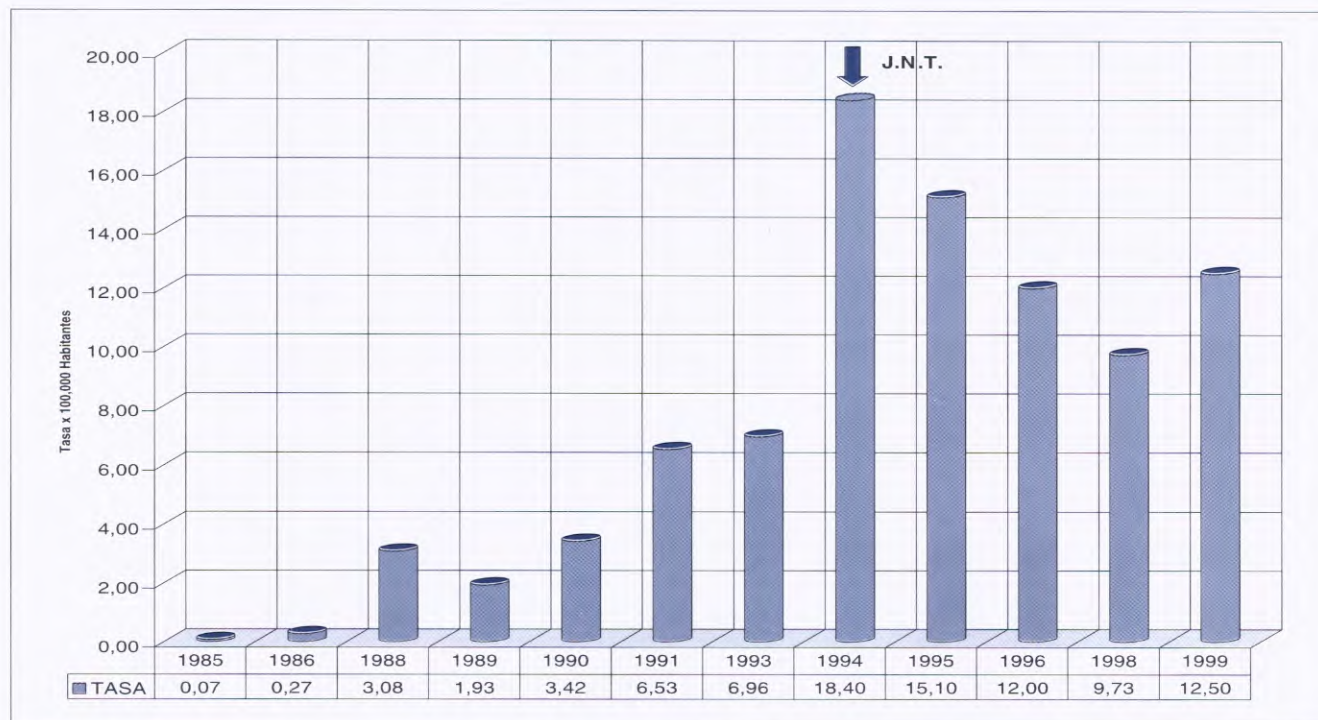
VIH y sida en población infantil

Entre 1991 y 1999 se registraron 107 casos en menores de un

año, de los cuales 52,34% (n = 56) eran asintomáticos al momento de captarlos, 25,23% (n = 27) sintomáticos de sida y 22,43% (n = 24) no fueron clasificados (véanse las tablas 5, 6 y 7).

Para el caso específico de la transmisión perinatal, a partir de marzo de 2000 se implementó el registro para el seguimiento del tamizaje de VIH en gestantes como componente del sistema de información del *Proyecto para la prevención del VIH perinatal en el Distrito Capital*, medida que si bien es aún incipiente pues no se ha logrado el compromiso de todas las EPS y ARS, prestó el servicio de asesoría y consejería en VIH a 923 gestantes, de las cuales 5% (n = 44) solicitó prueba de ELISA; de éstas, 11,3% (n = 5) fueron confirmadas para VIH, recibiendo tratamiento oportuno para evitar el VIH perinatal, hecho que prueba la importancia de continuar con esta estrategia.

Gráfico 6 Incidencia anual de infección por VIH y sida. Bogotá, D. C., 1985-1999



JNT: jornada nacional de tamizaje

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área vigilancia en salud pública.

Durante el mismo periodo, en el grupo de 1 a 4 años se capturaron treinta y dos casos de niños viviendo con el virus del VIH, veintidós en fase de sida y siete sin clasificar, para un total de sesenta y un casos, los cuales constituyen el 0,76% del total de casos registrados en todas las edades (véanse las tablas 5, 6 y 7 y el gráfico 7).

En el grupo de 5 a 9 años se reportó 0,33% de los casos ($n = 27$); 59,2% ($n = 16$) se captó como niños que vivían con el VIH; 22,2% ($n = 6$) en fase de sida y el 18,5% restante ($n = 5$) no fue clasificado (véanse las tablas 5, 6 y 7 y el gráfico 7).

VIH y sida en adolescentes

Entre 1990 y 1998, el grupo de 15 a 19 años aportó entre 2% y 2,5% de los casos de sida en el país, y entre 5% y 8% de casos de VIH para el mismo periodo, lo que evidencia el significativo aumento de infecciones recientes entre adolescentes y jóvenes (Ministerio de Salud-Dirección general de promoción y prevención-Programa de prevención y control de las ETS y sida, 1999: 73).

En Bogotá, la menor proporción de casos está representada en el grupo de 10 a 14 años, con 0,12% ($n = 9$) del total de casos, de los cuales 25% ($n = 3$) fueron captados como jóvenes que vivían con el virus; 50% ($n = 6$) se capturaron en fase de sida y el 25% restante ($n = 3$) no fueron clasificados. El grupo

de 15 a 19 años representa 2,6% ($n = 210$) del total de los casos, con 72,8% ($n = 153$) captados como jóvenes convivendo con el virus; 18% ($n = 38$) en fase de sida y 9% ($n = 19$) se hallaron sin clasificar (véanse las tablas 5, 6 y 7 y el gráfico 7).

En 1999, la relación hombre mujer en este grupo de edad fue de un caso en hombres por 1,14 casos en mujeres, hecho que amenaza no sólo con el incremento del VIH perinatal sino que, además, evidencia un aumento de la infección en población general.

Dada la alarma del aumento de casos en adolescentes, se revisó el comportamiento de este grupo de edad durante 1996, 1997 y 1998; se encontró que los casos de VIH se incrementan a partir de los 20 años y el pico más alto se encuentra entre los 30 y 34, situación que llama la atención hacia el diagnóstico temprano, el que se reflejaría en mejores posibilidades de sobrevivida, calidad de vida y prevención.

Según Mejía y colaboradores (2000: 132) la visión de los y las jóvenes frente al VIH y sida coexiste aún con la idea de ser una entidad propia de ciertos *grupos de riesgo*, por lo que el riesgo frente al VIH no hace parte de su agenda cotidiana y parece conservarse también una idea *fatalista* frente a la infección, valorándose el condón como medio eventual para la protección contra la infección, pero más útil como método anticonceptivo, pues para la protección contra el VIH y otras



enfermedades de transmisión sexual tiene más sentido el estilo de relaciones que se establecen. Según la investigadora, debe enfatizarse en fortalecer la educación y los proyectos de educación sexual y eliminar mensajes sensacionalistas, con el fin de favorecer un mayor entendimiento del riesgo, formas de prevenir la infección por VIH y conocimiento de la enfermedad.

VIH y sida en población económicamente activa

En el país, el mayor número de personas que vive con el VIH se encontraba entre los 20 y 34 años, quienes aportaron 75% de los casos en 1990, 60% en 1993 y 1996 y 56% en 1998; el mayor número de personas en fase sida está entre los 20 y 44 años, de los cuales el grupo de 20 a 34 años aportó 53% de los casos en 1990, 62% en 1993, 53% en 1996 y 50% en 1998 (Ministerio de Salud-Dirección general de promoción y prevención-Programa de prevención y control de las ETS y sida, 1999: 73).

El grupo de 20 a 24 años constituye 13,4% (n = 1.067) del total; para VIH, la proporción de casos fue de 67,2% (n = 717); para sida de 24,5% (n = 262) y sin clasificar, fue de 8,2% (n = 88) (véanse las tablas 5, 6 y 7 y el gráfico 7).

En el grupo de 25 a 29 años se reportaron 1.700 casos (21,39%); de estos, 55,23% (n = 939) lo constituyen los casos de VIH; 36,59% (n = 622) los casos de sida y 8,18% (n = 139) no fueron clasificados (véanse las tablas 5, 6 y 7 y el gráfico 7).

El grupo de 30 a 34 años de edad tiene la mayor propor-

ción de casos reportados, 1.780 (22,4%); a VIH correspondió 48,93% (n = 871); 42,86% (n = 763) para el reporte de casos con sida y 8,2% (n = 146) para los casos sin clasificar (véanse las tablas 5, 6 y 7 y el gráfico 7).

Se reportaron 1.165 (14,6%) casos en el grupo de 35 a 39 años; de éstos, 45,3% (n = 528) eran portadores de VIH; sintomáticos de sida 46% (n = 536) y sin clasificar 8,6%. (véanse las tablas 5, 6 y 7 y el gráfico 7).

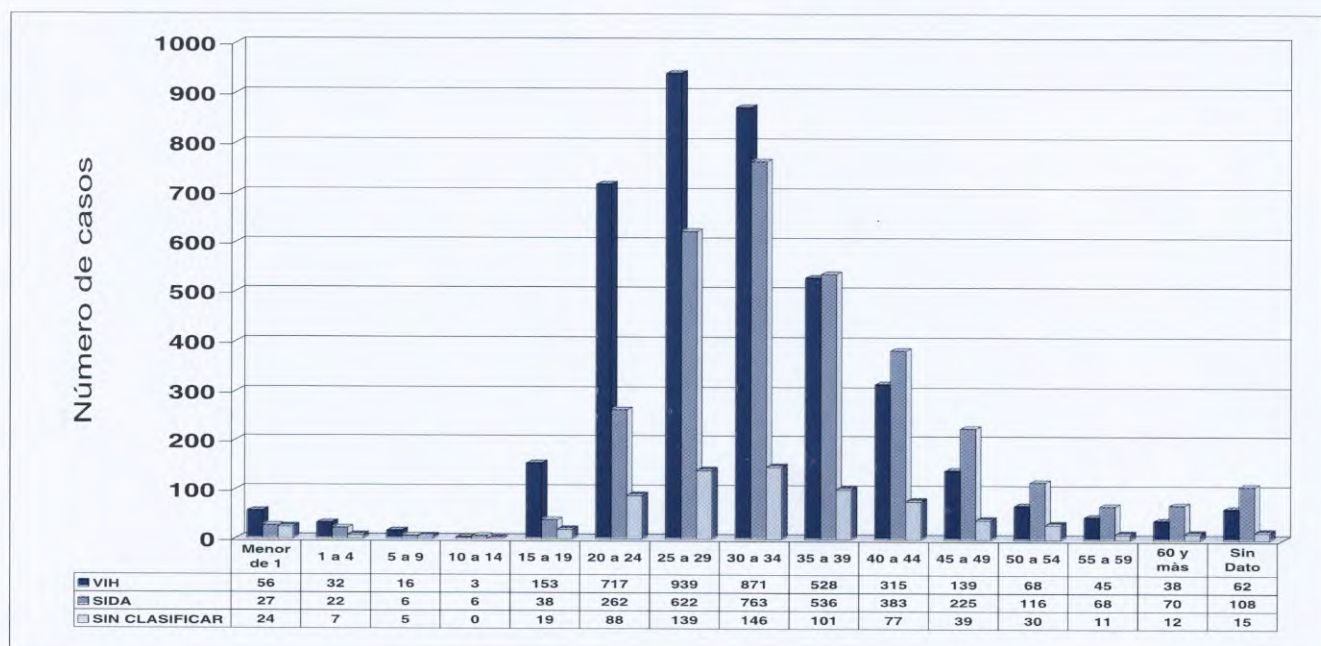
En el grupo de 40 a 44 años se registraron 775 casos, que constituyen 10% del acumulado de casos; de éstos, 40,6% (n = 315) se captaron como VIH; 49,4% (n = 383) como sida y sin clasificar 10% (n = 77).

Una menor proporción de casos se encuentra en el grupo de 45 a 59 años, con un total de 741 casos (9,32%), de los cuales 54% (n = 403) son de 45 a 49 años; 28,8% (n = 214) de 50 a 54 años y 17,7% (n = 124) de 55 a 59 años. En este grupo, 34% (n = 252) fueron casos de VIH; 55,2% (n = 409) de sida y 10,8% (n = 80) no fueron clasificados.

VIH y sida en adulto mayor

En el grupo de 60 y más años se captaron 120 casos (1,51% respecto al total), de los cuales 31,7% (n = 38) fueron casos de VIH; 58,33% de sida y 10% (n = 12) no fue clasificado (véanse las tablas 5, 6 y 7 y el gráfico 7).

Gráfico 7 Personas que vivían con VIH y sida. Bogotá. D.C., 1985-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área vigilancia en salud pública.



Tabla 5 Número de personas viviendo con VIH, por grupo etáreo y por año. Bogotá, D. C., 1985-1999*

EDAD	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	S.D.	TOTAL
Menor de 1	0	0	0	0	0	0	2	6	0	18	13	5	1	0	11	0	56
1 a 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	3	7	12	0	32
5 a 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	7	6	0	16
10 a 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3
15 a 19	0	1	3	4	3	6	1	12	0	26	40	12	12	13	17	3	153
20 a 24	1	1	13	31	23	22	39	76	17	94	91	67	48	69	95	30	717
25 a 29	0	0	6	37	19	30	44	103	15	143	157	100	59	88	124	14	939
30 a 34	0	0	6	28	10	17	34	84	17	129	116	73	89	104	143	21	871
35 a 39	0	0	0	10	2	9	18	31	6	97	67	57	61	58	100	12	528
40 a 44	1	0	0	5	4	4	10	24	4	49	36	26	28	53	63	8	315
45 a 49	0	0	0	2	1	1	3	9	2	18	20	15	13	13	39	3	139
50 a 54	0	0	0	0	1	0	2	6	1	8	10	5	9	13	11	2	68
55 a 59	0	0	0	0	2	1	3	4	0	7	7	1	4	5	11	0	45
60 y más	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	8	5	4	2	12	2	38
Sin Dato	0	0	0	0	2	4	4	3	1	9	7	10	9	5	7	1	62
TOTAL	2	2	28	117	67	94	162	358	63	601	579	383	341	438	651	96	3.982

Tabla 6 Número de personas viviendo con sida, por grupo etáreo y por año. Bogotá, D. C., 1984-1999*

EDAD	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	S.D.	TOTAL
Menor de 1	0	0	0	1	0	0	3	4	7	0	3	4	5	0	0	0	0	27
1 a 4	0	0	0	0	0	0	0	5	5	1	3	3	1	1	3	0	0	22
5 a 9	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	2	0	0	6
10 a 14	0	0	0	1	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6
15 a 19	0	0	0	1	1	2	2	2	4	0	8	5	4	5	3	0	1	38
20 a 24	0	3	2	4	8	14	14	31	36	20	42	20	25	27	10	3	3	262
25 a 29	1	0	5	9	12	20	41	82	96	23	95	70	73	48	25	17	5	622
30 a 34	0	0	5	12	19	15	50	97	86	34	136	87	97	64	45	5	11	763
35 a 39	1	0	3	11	5	20	41	52	66	17	82	62	64	50	24	31	7	536
40 a 44	0	2	0	6	4	9	32	44	47	18	49	41	40	42	17	22	10	383
45 a 49	0	1	0	4	5	8	20	28	26	11	27	19	22	20	18	7	9	225
50 a 54	0	0	0	2	1	6	7	14	11	4	16	13	12	15	6	5	4	116
55 a 59	0	0	0	2	2	3	8	10	5	2	10	5	6	5	3	4	3	68
60 y más	0	0	0	3	0	3	8	10	11	2	9	4	5	5	5	4	1	70
Sin Dato	0	0	0	0	1	1	3	1	0	1	1	3	5	10	5	75	2	108
TOTAL	2	6	15	56	58	101	231	384	400	134	481	338	359	292	166	173	56	3.252

Tabla 7 Número de personas no clasificadas, por grupo etáreo y por año. Bogotá, D. C., 1986-septiembre de 1999*

EDAD	1986	1988	1989	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	S.D.	TOTAL
Menor de 1	0	1	0	4	1	9	8	0	0	1	0	0	0	24
1 a 4	0	0	0	1	1	0	4	0	1	0	0	0	0	7
5 a 9	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	5
10 a 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19	0	0	0	1	2	11	3	0	1	1	0	0	0	19
20 a 24	0	0	0	4	4	52	22	0	3	1	1	1	0	88
25 a 29	0	0	0	3	3	89	40	1	1	1	1	0	0	139
30 a 34	3	0	1	2	1	102	33	1	2	0	0	0	1	146
35 a 39	0	0	0	3	3	55	33	3	0	3	1	0	0	101
40 a 44	0	0	0	3	1	53	18	0	0	1	0	0	1	77
45 a 49	0	0	0	2	2	24	10	0	1	0	0	0	0	39
50 a 54	0	0	0	0	1	17	11	0	0	0	1	0	0	30
55 a 59	0	0	0	2	0	6	1	1	0	0	0	0	1	11
60 y más	0	0	0	1	1	5	5	0	0	0	0	0	0	12
Sin Dato	0	0	0	2	0	1	7	0	2	0	1	0	2	15
TOTAL	3	1	1	30	20	426	195	6	11	8	5	1	6	713

* Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en Salud Pública.

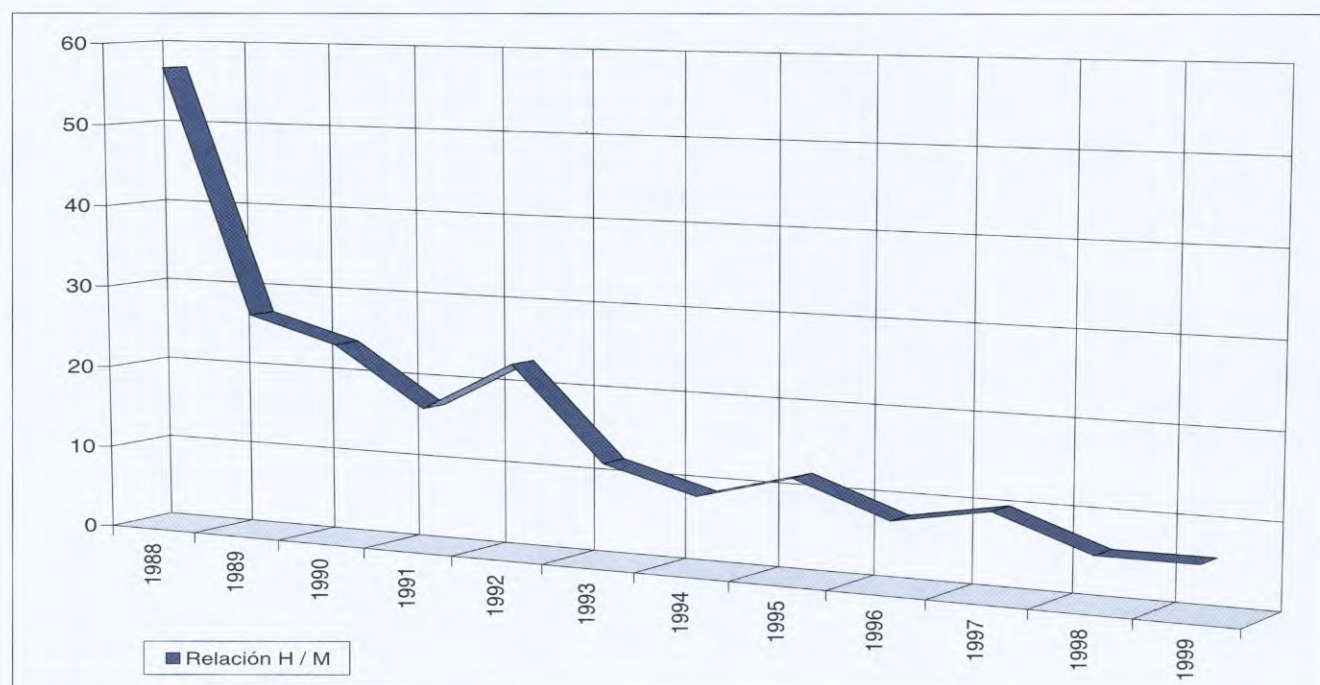
VIH/sida según sexo

Por sexo, 90,73% (n = 7.210) de los casos son hombres, 8,61% (n = 684) mujeres y en 0,67% (n = 53) no se consignó esta variable. En el país esta relación es de 14% (n = 2.410) para las mujeres y 86% (n=14.609) para los hombres (Ibidem: 69).

El 47,85% (n = 3.450) de los hombres fue captado como

personas que vivían con el virus y 42,34% (n = 3.053) en fase de sida. De las mujeres, 63,3% (n = 433) fueron registradas como personas que vivían con el virus y 26,9% (n = 184) se registraron como personas con sida. En el país, la relación hombre:mujer pasó de 17:1 en 1988 a 3,7:1 en 1998 (Ibidem: 71) y en Bogotá, de 57:1 en 1988 a 6:1 en 1999 (véanse el gráfico 8 y las tablas 8 y 9).

Gráfico 8 VIH y sida. Relación hombre/mujer por año. Bogotá, D. C., 1988-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Tabla 8 Mujeres en edad fértil con VIH y sida. Bogotá, D. C., 1985-1999

EDAD	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	S.D.	TOTAL
10 a 14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3
15 a 19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	6	2	5	5	8	0	34
20 a 24	1	0	1	0	2	2	7	6	8	21	10	14	10	18	15	0	115
25 a 29	0	0	0	1	1	5	2	5	12	16	15	16	11	16	14	2	116
30 a 34	0	0	1	2	2	0	3	5	11	32	11	9	13	16	18	3	126
35 a 39	0	0	1	0	1	3	3	3	2	17	11	12	12	8	12	0	85
40 a 44	0	0	0	0	0	1	2	5	3	7	5	6	3	7	7	2	48
45 a 49	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	6	0	6	10	1	27
TOTAL	1	0	3	3	6	11	19	26	37	101	59	65	54	77	84	8	554

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

VIH y sida según estado final de los casos

Según el estado final de los casos, 16,96% (n = 1.348) han muerto a lo largo de los quince años, 70,52% (n = 5.604) estaban vivos al momento de la notificación y de 12,52% (n = 995) se desconocía su estado final al ser notificados. Entre 1984 y 1987, la letalidad fue de 50% y más; en 1988 descendió

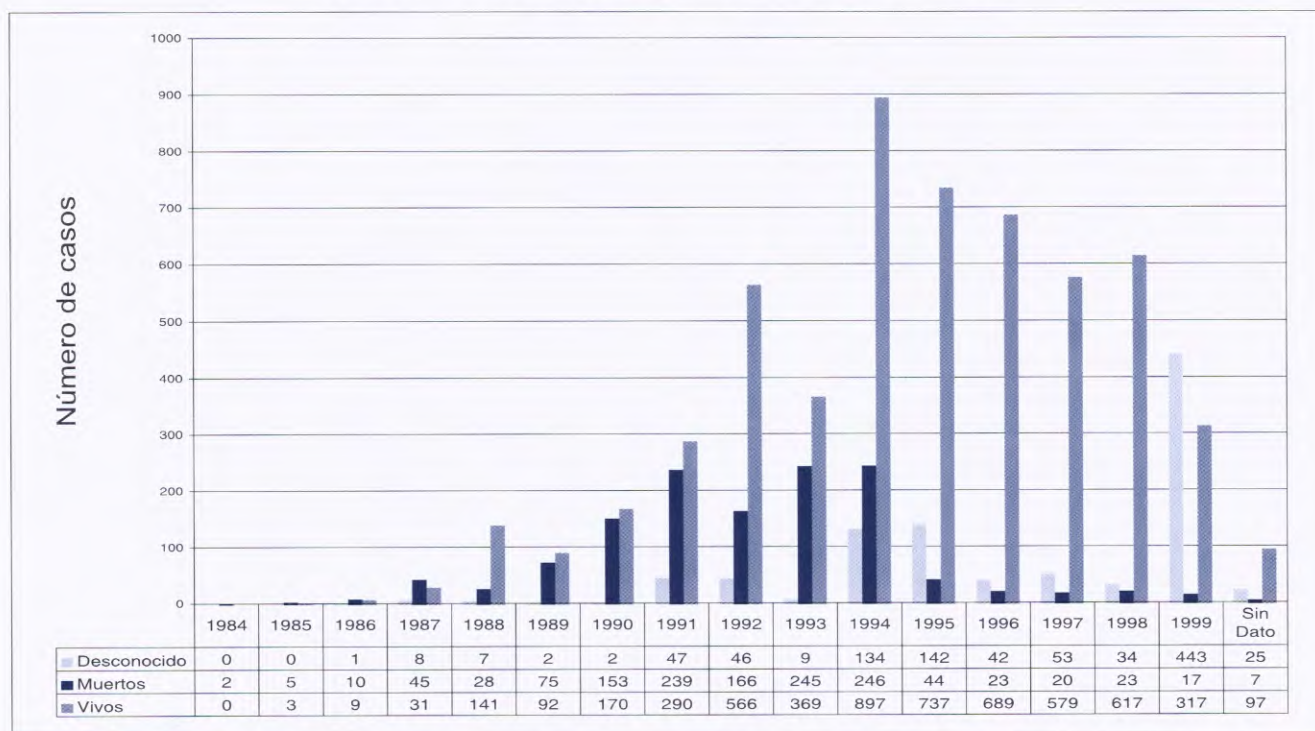
a 15,9%; entre 1989 y 1993 osciló entre 44,4% y 39,3%, con una marcada tendencia al descenso entre 1994 y 1999. Este comportamiento sugiere cambios importantes en el acceso a los servicios de salud e introducción de medicamentos antirretrovirales en el manejo de las personas que conviven con el VIH (véase el gráfico 9).

Tabla 9 Personas que vivían con VIH y sida según sexo, por año. Bogotá, D. C., 1984-1999

Año	PERSONAS QUE VIVÍAN CON VIH			PERSONAS CON SIDA			SIN CLASIFICAR			Total general
	Descon.	Femeni.	Masculino	Descon.	Femen.	Masculino	Descon.	Femen.	Masculino	
1984	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1985	0	0	2	0	1	5	0	0	0	8
1986	0	0	2	0	0	15	0	0	3	20
1987	0	0	28	0	3	53	0	0	0	84
1988	0	1	116	0	2	56	1	0	0	176
1989	0	4	63	0	2	99	0	0	1	169
1990	0	3	91	1	10	220	0	0	0	325
1991	1	12	149	0	15	369	3	5	22	576
1992	5	18	335	4	12	384	0	2	18	778
1993	0	4	59	2	4	128	4	41	381	623
1994	9	74	511	7	33	441	4	13	178	1.270
1995	5	49	525	1	22	315	0	0	6	923
1996	4	50	329	0	32	327	0	0	11	753
1997	0	39	302	0	20	272	0	0	8	641
1998	3	76	359	0	13	153	0	0	5	609
1999	8	97	553	0	4	114	0	1	0	777
Sin Dato	64	6	26	0	11	102	1	4	1	215
Subtotales	99	433	3.450	15	184	3.053	13	66	634	7.947
TOTALES	3.982			3.252			713			7.947

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Gráfico 9 Casos de VIH y sida según estado final. Bogotá, D. C., 1984-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Teniendo como fuente el certificado individual de defunción, en 1999 la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue la tercera causa de muerte en la población de 15 a 44 años, con una tasa de 0,84 por 100 mil habitantes; la tercera causa en hombres de ese mismo grupo de edad, con una tasa de 1,7 por 100 mil; y la décima causa en hombres de 45 a 59 años, con una tasa de 1,7 por 100 mil. Esto indica que las estrategias para reducir los comportamientos de riesgo en poblaciones vulnerables deben continuar fortaleciéndose.

VIH y sida según mecanismo probable de transmisión

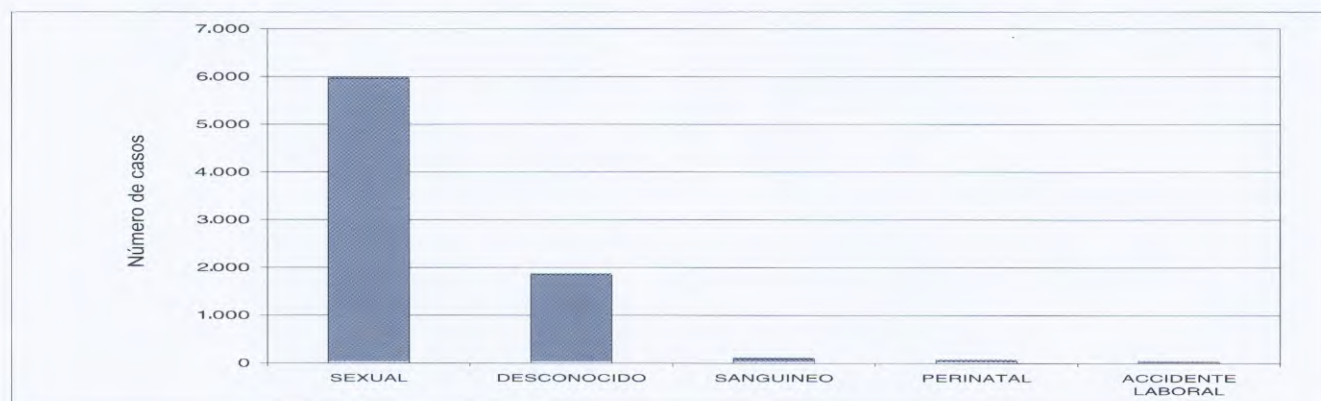
En el ámbito nacional, la vía probable de transmisión más frecuente para los casos reportados como VIH es la sexual, 79,6%, seguida por la vertical, 1,76% y la sanguínea 0,51%. De 18,1% de los casos no se tiene información de esta variable. En cuanto a los reportados como sida, siguiendo el mismo orden, fueron de 87,5%, 1,35% y 0,97%; sin información, 10,2%. En la transmisión sexual para los casos VIH, el comportamiento heterosexual es el más frecuente, 47%, seguido del homosexual 34,5% y del bisexual 18,5%; para los casos de sida el peso mayor está en el comportamiento hete-

rosexual, 41,6%, mientras que para el homosexual es de 37% y para el bisexual de 21% (Ibídem: 75-78).

En Bogotá, el mecanismo de transmisión predominante es el sexual, responsable de 75,02% de los casos ($n = 5.962$), seguido del sanguíneo, 1,09% ($n = 87$), el perinatal, con 0,59% ($n = 47$) y, por último, el accidente laboral, 0,06% ($n = 4$). De 23,24% de los casos ($n = 1.847$) se desconoce esta variable. Dentro de la transmisión sexual, la homosexual constituye la mayor proporción de casos, con 42,64%, seguida por la heterosexual con 36,46% y la bisexual con 20,9% (véanse los gráficos 10 y 11).

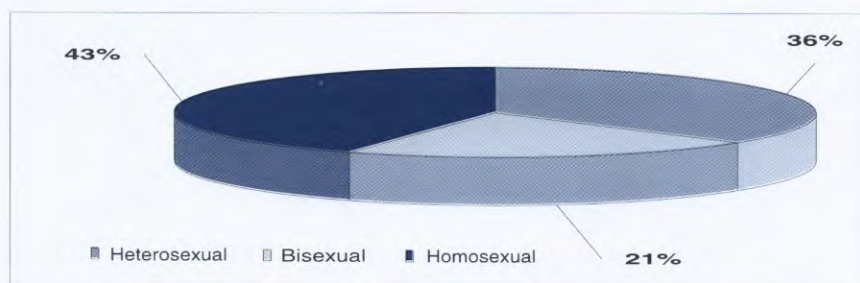
Según la ENDS-2000 (Profamilia, 2000: 156), entre las mujeres encuestadas en Bogotá el conocimiento sobre la existencia del VIH y sida es, prácticamente, universal (99,1%). Ahora bien, entre las mujeres con conocimiento del sida, de las formas para evitar el VIH y el sida, 10,2% menciona la abstinencia sexual, 64% el uso del condón, 34,6% la no promiscuidad, 21,4% las relaciones sexuales con un solo compañero, 2,3% el evitar sexo con prostitutas, 2,2% evitar sexo con homosexuales, 26,3% evitar transfusiones, 2,3% evitar besos, 25,4% otras formas, 8,3% no sabe qué hacer y 1,1% no sabe si puede evitarse.

Gráfico 10 Casos de VIH y sida según mecanismo de transmisión. Bogotá, D. C., 1984-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

Gráfico 11 Distribución porcentual de transmisión sexual de VIH y sida. Bogotá, D. C. 1984-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

VIH y sida según lugar y costos de atención

Según Onusida (diciembre de 2000), en Sudáfrica se prevé que la epidemia reducirá de 0,3 a 0,4% anual la tasa de crecimiento económico, lo que provocará que en 2010 el producto interno bruto (PIB) sea 17% inferior al que habría sido en ausencia del sida, con pérdidas de US\$22 mil millones para la economía nacional. Incluso en Botswana, el país con el PIB per cápita más alto de África gracias a su riqueza en diamantes, durante los próximos diez años el sida recortará 20% el presupuesto gubernamental, erosionará los progresos de desarrollo y dará lugar a una reducción de 13% en los ingresos de las familias más pobres.

A través de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, desde 1985 se han atendido 2.260 casos (28,44%); el Seguro Social ha atendido 2.554 casos (32,13%) y la red privada 3.123 (39,3%). En diez casos, no se diligenció esta variable.

Un acercamiento a la inversión que hubiera tenido que realizar la ciudad durante 1999 para atender los 2.332 casos estimados, incluyendo solamente el suministro de antirretrovirales para el tratamiento, genera un total aproximado de 50 mil millones de pesos, en el supuesto de un costo mensual, tan solo en estos medicamentos, de un millón ochocientos mil pesos, lo cual evidencia la necesidad de definir políticas nacionales de economía de escala para la atención integral de los infectados, lo mismo que el fortalecimiento del diagnóstico oportuno para el control de la epidemia y la reducción de costos adicionales.

Coinfección tuberculosis-VIH y sida

La bacteria de la tuberculosis –TBC–, *Mycobacterium tuberculosis*, es sumamente prevalente en la mayor parte del mundo en desarrollo; en el pasado, la mayor parte de las personas infectadas por la tuberculosis eran portadores sanos. Sólo entre 5% y 10% llegaba a desarrollar la TBC activa. Actualmente, como los portadores de la TBC que pasan a infectarse por el VIH van en aumento, son muchos más los que desarrollan la enfermedad, porque el virus está destruyendo su sistema inmunitario. Para esas personas doblemente infectadas, el riesgo de desarrollar una tuberculosis activa es entre treinta y cincuenta veces más alto que para las que sólo están infectadas por el microorganismo de la TBC, lo que significa mayor transmisión de la bacteria, mayor número de portadores de TBC y mayor presencia de la enfermedad en la población general.

La TBC es más difícil de diagnosticar en las personas que conviven con el VIH; sólo entre 35% y 50% de las personas infectadas seropositivas tiene TBC pulmonar detectable en el esputo. El resto de personas seropositivas desarrolla TBC diseminada, diagnosticable con procedimientos especiales. La en-

fermedad es más agresiva y mortal en las personas que conviven con el VIH y el tratamiento supervisado acortado cura a los pacientes, sean o no seropositivos (Onusida, 1997).

Si bien la asociación TBC-VIH no está muy bien documentada, es posible mencionar algunos estudios puntuales:

En el hospital San Juan de Dios del Distrito Capital, en 1995 el Instituto Nacional de Salud realizó un estudio a noventa y dos pacientes con infección por VIH o con sida. En 8% de ellos se aisló *M. tuberculosis* y en 8,7% *M. tuberculosis* (Ministerio de Salud-Dirección general de promoción y prevención-Programa de promoción y control de las ETS y sida, 1999: 88).

Entre julio de 1994 y febrero de 1995, el INS efectuó en Bogotá un estudio de prevalencia de tuberculosis e infectados con VIH en 272 sintomáticos respiratorios. Se encontró que veintiocho (10,3%) de estos tenían TBC y veinte (7,4%), fueron positivos para VIH. De los casos de sida o infección por VIH, 20% se asocia a TBC y 14,3% de los casos de tuberculosis están asociados al VIH (Ibídem: 88).

Estudios nacionales muestran que la frecuencia de infección por *Mycobacterium tuberculosis* en pacientes con VIH fluctúa entre 8 y 30%, teniendo la TBC extrapulmonar un porcentaje importante de estos casos. La frecuencia de coinfección en pacientes con síntomas respiratorios está alrededor de 20%.

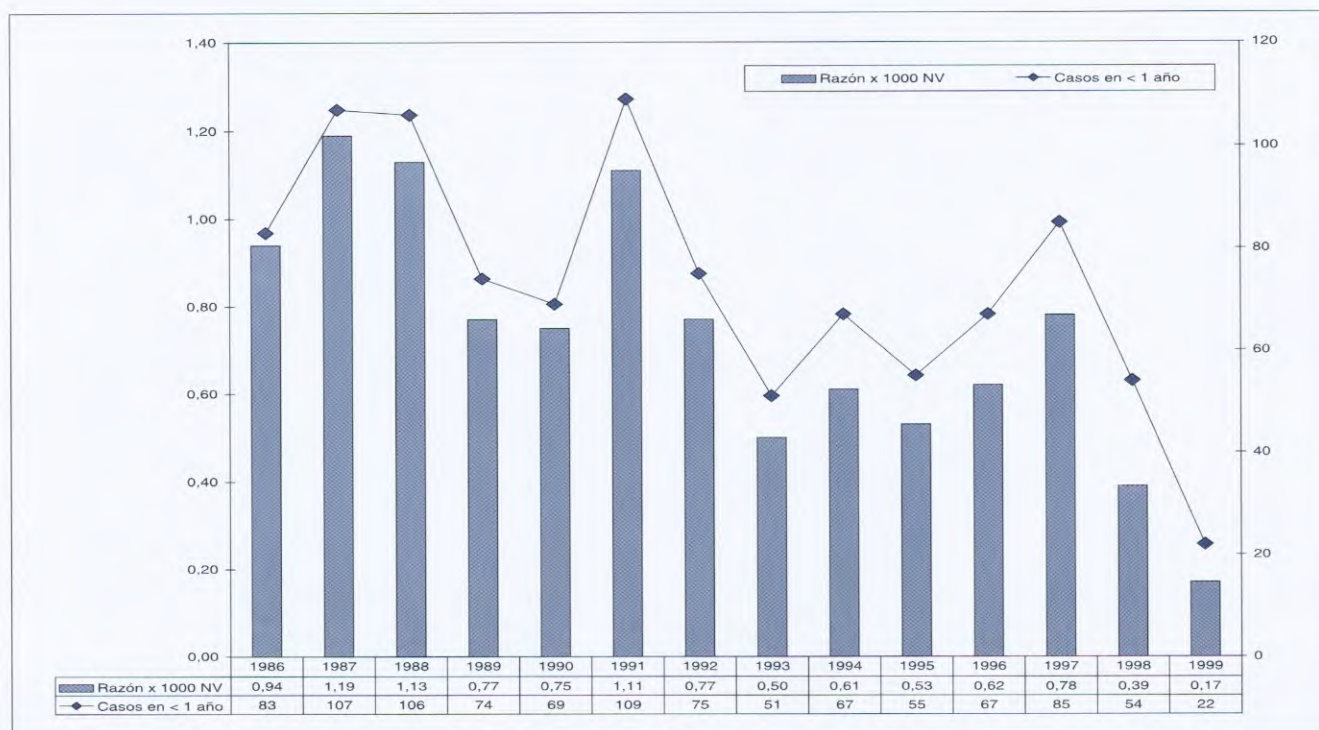
Sífilis congénita

La sífilis congénita fue declarada por el Ministerio de Salud evento objeto de eliminación a partir de 1996, razón por la que se incluye en el SAA con el propósito de hacer vigilancia epidemiológica intensificada, la cual implica búsqueda activa permanente de casos, información inmediata de todo caso confirmado y seguimiento hasta cierre del mismo una vez certificado el tratamiento adecuado y oportuno.

El comportamiento de esta patología en los menores de un año muestra un marcado descenso: en 1999, la razón registrada fue de 0,17 por 1.000 nacidos vivos; sin embargo, es importante señalar el subregistro, dada la baja cobertura en el tamizaje con pruebas no treponémicas a las gestantes (véase el gráfico 12).

Hepatitis B

En 1994, el Ministerio de Salud introdujo en el esquema nacional de vacunación para menores de cinco años la vacuna contra la hepatitis B, con la cual se esperaba impactar



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área vigilancia en salud pública.

el comportamiento de este evento, hasta prácticamente su eliminación en un periodo no inferior a cincuenta años, a no ser que se implementaran paralelamente intervenciones en vacunación en poblaciones de alto riesgo, lo que reduciría el tiempo de su eliminación.

El comportamiento observado por grupos de edad, teniendo como fuente principal la notificación a través del SIS12, parece no ser coherente con el programa de vacunación implementado, porque se incrementó la tasa a partir del año en que se inició este programa. Sin embargo, esta situación obedece, de una parte, a la mayor sensibilización del personal médico para realizar búsqueda activa del evento y, de otra, a que en el SIS12 los casos que se notifican tenían diagnóstico presuntivo. Llama la atención también el incremento de la tasa de incidencia en el grupo de 5 a 14 años. En los demás grupos de edad, el comportamiento es relativamente estable, aunque para el de 60 y más años se observa un pico en 1998 (véase el gráfico 13).

En 1999, de los 198 casos captados por el SAA, las localidades que notificaron mayor proporción fueron Chapinero (37,9%), Usaquén (11,1%), Los Mártires (9,6%) y Suba (8,6%). El mismo año se notificaron entre uno y nueve casos con un promedio de 3,8 casos semanales y de 15,2 por periodo epidemiológico. Se realizó intervención en 10,6% del

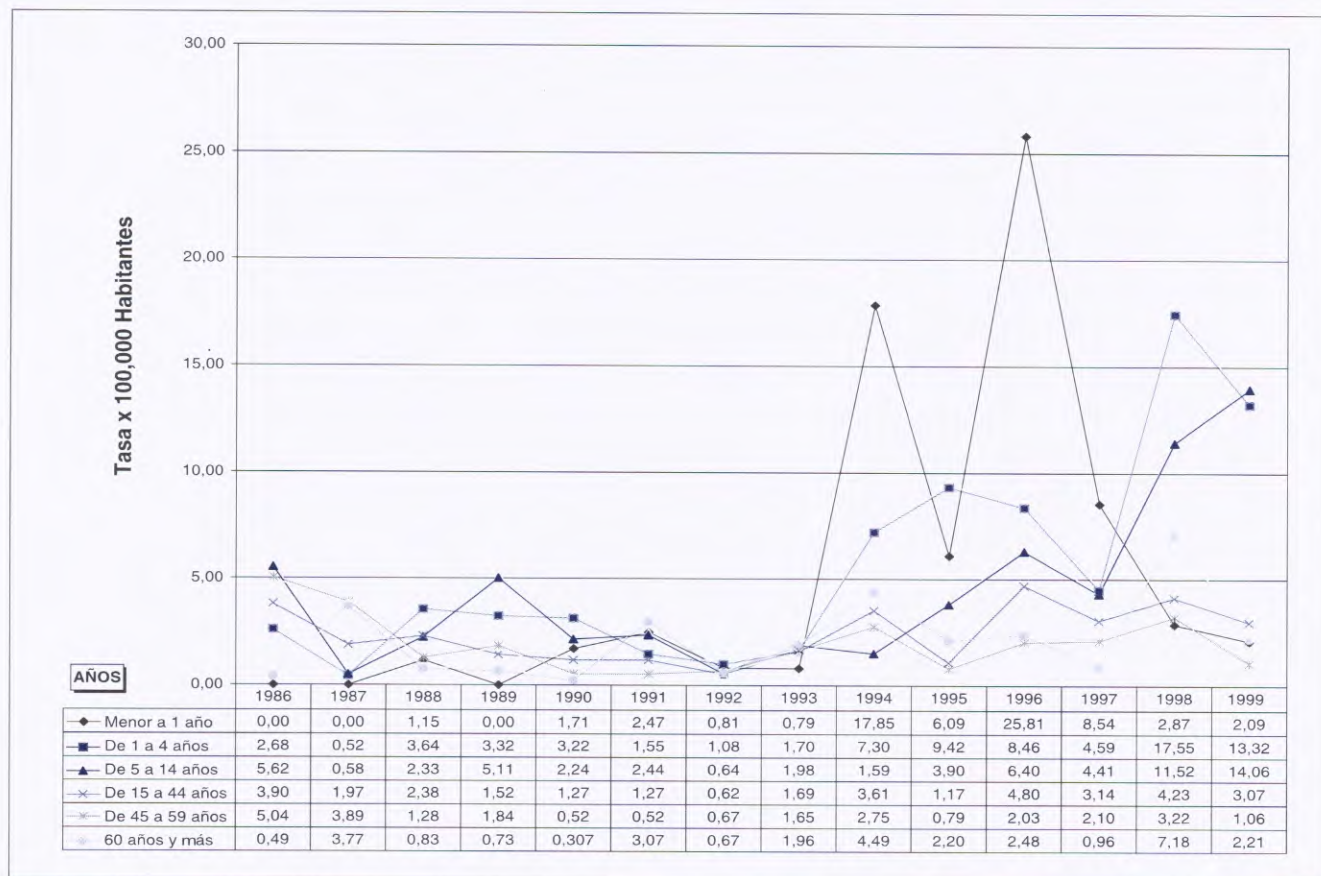
total de casos notificados para identificar y proteger contactos susceptibles. Del total de casos captados se confirmaron por laboratorio 82,8% (n = 164); 47,6% (n = 78) por positividad al antígeno de superficie y a anticuerpos tipo IgM contra el VHB; y 52,4% (n = 86) por positividad a antígeno de superficie; quedaron compatibles 16,7% y se descartó 0,5%.

Otras enfermedades de transmisión sexual

La reducción de factores de riesgo en poblaciones vulnerables a estas enfermedades, a través de la modificación de conductas sexuales de riesgo y el incremento en el uso del condón, son elementos claves en la prevención y control de estos eventos; no obstante, según la ENDS-2000 (Profamilia, 2000: 163), en Bogotá 50,5% de las mujeres encuestadas no tenía conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual; 4,1% no conocía los síntomas de estas; 15,1% conocía por lo menos un síntoma y 30,2% conocía dos o más, lo que muestra debilidad en el conocimiento de las mismas.

Por otra parte, según la misma fuente, 10,9% de las mujeres que tuvieron relaciones sexuales con su esposo o compañero usaron condón en la última relación sexual, aquellas que no conviven con el compañero lo usaron en un 27,7%, y 16,6% informó que lo usa con cualquier compañero, lo que implica que las mujeres con vida sexual activa están en alto

Gráfico 13 Incidencia anual de infección por hepatitis B. Bogotá, D. C., 1986-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

riesgo de infección por cualquier enfermedad de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

A partir de 1997, la observación del comportamiento epidemiológico de las enfermedades de transmisión sexual se ve limitada, debido a la transición entre el sistema de información del antes sistema nacional de salud y el sistema de información del SGSSS. La principal fuente de notificación pasó del SIS12 al RIA o registro individual de atención, que aún no funciona en todas las IPS del país; por tanto, la disminución en las tasas de incidencia obedece al subregistro de casos (véase el gráfico 14).

Con el propósito de lograr mayor impacto en el control de las enfermedades de transmisión sexual, de disminuir la automedicación y favorecer mayor acceso de las personas infectadas a tratamientos oportunos, el Ministerio de Salud ha establecido el manejo sindrómico de estas enfermedades, lo que se reflejará en una mayor notificación de casos presuntivos. Este método científico para el manejo de las enfermedades de transmisión sexual tiene como fundamento la identificación de grupos de síntomas y signos fácilmente reconocibles, y el tratamiento de los pacientes de manera

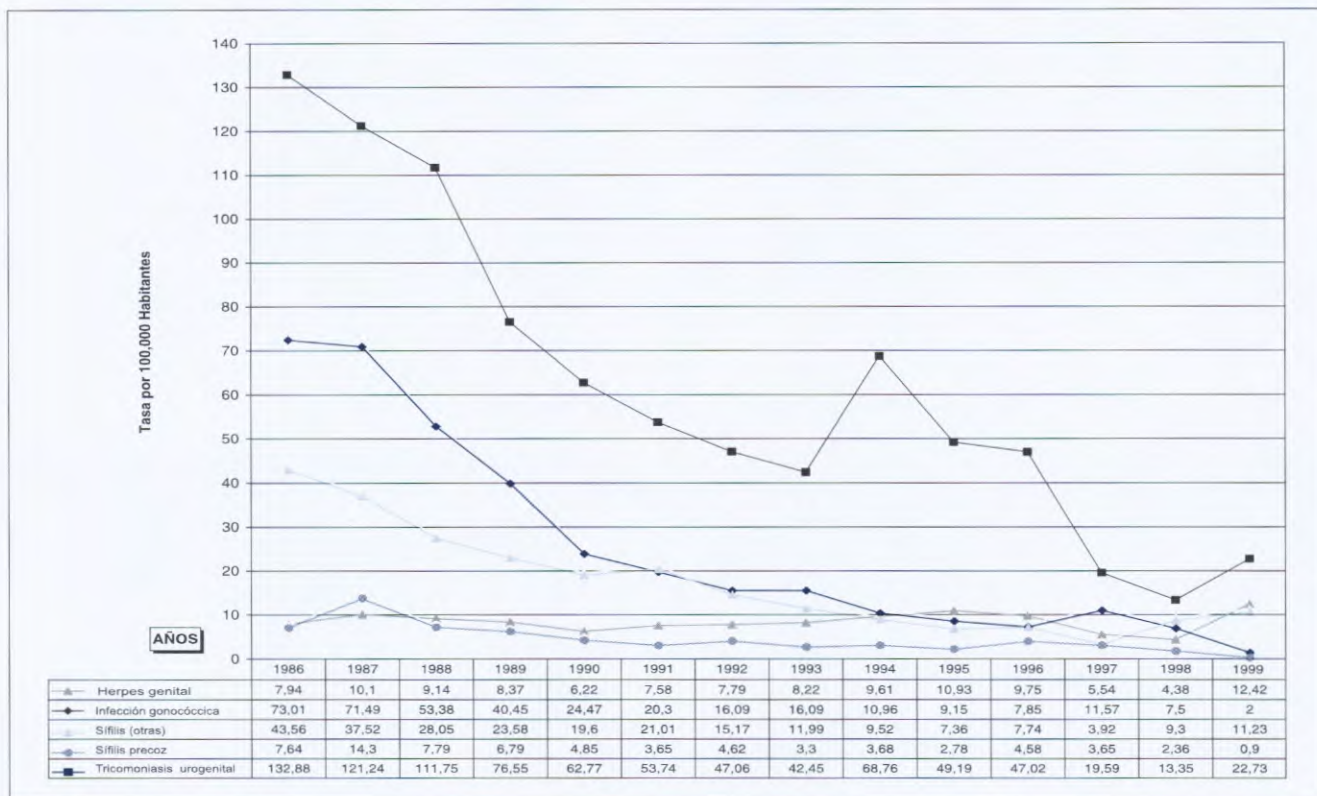
que se elimine la mayoría de organismos que causan cada síndrome (OPS/OMS, 1998: 2).

Principales intervenciones en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y el sida

Además de las intervenciones en prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y sida, definidas en el POS y en el PAB por la ley 100 y sus decretos, resoluciones y acuerdos reglamentarios, la Secretaría Distrital de Salud ha venido enfatizando en las siguientes actividades:

- ◆ Formación de conductas responsables y seguras, en la interpretación y conocimiento de los riesgos de cada una de las enfermedades de transmisión sexual, sus vías de transmisión, los signos y síntomas que alertan sobre la necesidad de la consulta médica en el menor tiempo, las consecuencias de no solicitar diagnóstico y tratamiento y los riesgos de tratamientos inapropiados o sin la debida continuidad.

Gráfico 14 Incidencia anual de infección por otras enfermedades de transmisión sexual. Bogotá, D. C., 1986-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública.

- ◆ Vigilancia epidemiológica de enfermedades de transmisión sexual y VIH y sida.
- ◆ Formulación de proyectos para el abordaje de las enfermedades de transmisión sexual en poblaciones con mayor vulnerabilidad social como los menores y adolescentes vinculados a la prostitución, indigentes, población carcelaria, mujeres y hombres adultos vinculados a la prostitución, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres gestantes.
- ◆ Sensibilización en homosexualidad y sida a educadores, trabajadores de la salud y funcionarios de otros sectores.
- ◆ Capacitación a profesionales de la salud en consejería antes y después de realizar pruebas diagnósticas de VIH y sida.
- ◆ Impulso del proyecto para la prevención de la transmisión vertical del VIH y el sida.
- ◆ Diseño de jornadas distritales de información, educación, promoción y prevención frente al VIH y al sida, como parte de la implementación del acuerdo 14 de 2000 del Concejo de Bogotá, que establece un jornada semestral,

para lo cual se ha llevado a cabo la coordinación pertinente con la Secretaría de Educación.

Prioridades 2001-2004

Las prioridades definidas para el periodo 2001-2004 se refieren al cumplimiento de las siguientes metas y estrategias:

- ◆ Mantener la sífilis congénita a una razón menor de 0,5 por 1.000 nacidos vivos en menores de un año (línea de base 0,38 por 1.000 nacidos vivos para 2000).
- ◆ Desarrollar una estrategia de comunicación para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual con énfasis en VIH y sida.
- ◆ Mantener el proyecto para la prevención del VIH perinatal.
- ◆ Garantizar que aseguradores y prestadores de servicios de salud fortalezcan la inducción a la demanda, para que los afiliados con factores de riesgo accedan a pruebas diagnósticas y al tratamiento integral y oportuno, incluyendo, además de la infraestructura y el recurso humano, el sistema de información y registro y la divulgación y aplicación de las normas técnico-administrativas establecidas por el Ministerio de Salud.

- ◆ Apoyar al sector educativo en el fortalecimiento de los proyectos de educación sexual de acuerdo con lo establecido en la ley de educación sexual del Ministerio de Educación, en especial en relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, así como el impulso a las jornadas distritales de información, educación, prevención y atención del VIH y sida.
- ◆ Fortalecer la vigilancia epidemiológica en grupos de riesgo e implementar el registro institucional de casos de sida.
- ◆ Impulsar en Bogotá el manejo sindrómico de las enfermedades de transmisión sexual.
- ◆ Fortalecer la consejería para las pruebas diagnósticas para VIH en las IPS que ofrecen este servicio.
- ◆ Monitorear, con la periodicidad establecida, la gestión en salud materna y perinatal mediante los indicadores de cumplimiento, proceso y centinelas establecidos por el Ministerio de Salud en la resolución 3384 de 2000, por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 del mismo año (véase la tabla 10).

Tabla 10 Indicadores de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual

Código	Nombre	Régimen contributivo %	Régimen subsidiado%
IC-01-01	Cumplimiento en la vacunación contra hepatitis B	90	95
IC-08-04	Cumplimiento en la detección temprana de sífilis congénita	85	90
	Cumplimiento en la detección temprana del VIH perinatal (1)		
	VIH y sida en menores de 5 años (2)		

(1) Este indicador no está incluido en la resolución 3384, pero forma parte del plan de gobierno 2001-2004, ya que se considera una prioridad para el Distrito Capital.

(2) Este indicador no está incluido en la resolución 3384, pero forma parte del plan de gobierno 2001-2004, ya que se considera una prioridad para el Distrito Capital. Se analizarán todos los casos por aseguradora.

CONCLUSIONES

El recorrido que se ha hecho en este *Boletín* permite identificar puntos fuertes y proyecciones de trabajo, así como las debilidades y nuevas prioridades, en la perspectiva de diseñar e implementar y, en algunos casos, continuar o fortalecer programas y proyectos en salud sexual y reproductiva.

Para ello se requiere continuar aunando esfuerzos, despertando el interés y fomentar el compromiso con la ciudad, para que la sexualidad y la procreación hagan un aporte positivo a la salud pública de los habitantes.

En nuestros espacios de trabajo se construyen lazos que nos identifican y herramientas útiles para cumplir nuestra misión. Sin embargo, es necesario analizar la forma en que se desarrollan el compromiso y la responsabilidad, determinar las fallas e implementar los correctivos necesarios que garanticen cambios significativos en los indicadores de enfermedad y muerte, de tal manera que la mirada de la sexualidad se ajuste y pueda hablarse del vínculo afectivo, de la procreación, del erotismo y de la equidad de género.

Debe llegarse a los espacios de atención, de educación, de prevención, de participación y de organización para que se haga de la sexualidad un conversatorio permanente, útil para la acción y para el empoderamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Family Care International. 1998. *Boletín*. N° 1.
- Fondo de Población de Naciones Unidas/UNFPA. 1997. "Estado de la población mundial. El derecho a elegir: derechos reproductivos y salud reproductiva".
- Grupo Interagencial para la Maternidad sin Riesgo. 1998. *Boletín Mortalidad Materna USA*.
- Herrera, Carlos et al. 1998. "Coberturas de las actividades de promoción y prevención del POS del Distrito Capital". Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, D. C.
- Instituto Nacional de Salud-Secretaría Distrital de Salud. 1998. "Estudio de anemia y estado nutricional de la gestante y el recién nacido, atendidos en los hospitales de I y II nivel. Bogotá 1997 y 1998". Bogotá, D. C.
- Medina, Margarita; Rodríguez, Jesús. 1999. "Historias reproductivas: maternidad, anticoncepción y aborto". Instituto Arthur Stanley Gillow. Bogotá, D. C.
- Mejía, Inés Elvira et al. 2000. "Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil". Universidad de los Andes-Programa La Casa. Bogotá, D. C.
- Mendieta, Néstor. 1998. "Anticoncepción, sexualidad y vida. La historia convertida en cuerpos adolescentes". Secretaría Distrital de Salud-Asociación Salud con Prevención. Bogotá, D. C.
- Ministerio de Salud-Dirección general de promoción y prevención-Programa de prevención y control de las ETS y sida. 1999. "Infección por VIH y sida en Colombia:

- aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo". Ministerio de Salud. Bogotá, D. C.
- Onusida. 1997. "La tuberculosis y el sida".
- Onusida. 2000. "La epidemia de sida: situación en diciembre de 2000".
- OPS/OMS. 1998. "Atención de ETS. Guía del instructor". Washington, D. C.
- Peñuela, Ana María et al. 1998. *Mortalidad materna y factores de riesgo. Estudio de casos y controles*. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, D. C.
- Prada, Elena et al. 1998. "Factores condicionantes y estrategias para la prevención del embarazo no deseado y el aborto inducido en Santa Fe de Bogotá, Distrito Capital". Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, D. C.
- Profamilia-Secretaría Distrital de Salud. 1998. "Diagnóstico de la situación de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva y de regulación de la fecundidad en las instituciones adscritas a la Secretaría Distrital de Salud". Bogotá, D. C.
- Profamilia. 2000. *Salud sexual y reproductiva. Resultados Encuesta nacional de demografía y salud 2000*. Profamilia. Bogotá, D. C.
- Secretaría Distrital de Salud-Dirección de salud pública. 1999. "Base de datos de certificado de nacido vivo". Bogotá, D. C.
- Secretaría Distrital de Salud-Dirección de salud pública-Área de vigilancia en salud pública. 1998. *Protocolos de vigilancia en salud pública*. "Mortalidad materna". Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, D. C.
- Secretaría Distrital de Salud-Dirección de salud pública-Área de vigilancia en salud pública. 1998. *Protocolos de vigilancia en salud pública*. "VIH-sida". Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, D. C.
- Susheela, Singh; Sedgh, Gilda. 1997. *Relación del aborto con las tendencias anticonceptivas y de fecundidad en el Brasil, Colombia y México*. Alan Guttmacher Institute.

Resumen Boletín informativo semanal de salud pública

Cuarto, quinto y sexto periodos epidemiológicos

HACIA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

1. Validación de metodologías analíticas

La validación es un proceso experimental efectuado mediante estudios de laboratorio que permiten evaluar la conveniencia o capacidad de un esquema analítico particular, el cual involucra el desarrollo de un protocolo que incluye la estimación de medidas de *precisión* y *exactitud* aplicables a cualquier método analítico, esté o no normalizado; siguiendo los lineamientos de la Organización Internacional de Estandarización -ISO-, que para el caso es lo establecido en la norma 5725, la cual usa los términos de exactitud y precisión para describir la bondad de un método de medida.

La exactitud se refiere a la cercanía entre la medida aritmética de un número de resultados de ensayo y el valor verdadero aceptado como referencia.

La precisión se relaciona con la proximidad entre resultados de ensayo que se efectúan repetitivamente y en forma independiente.

Un método estandarizado o validado se clasifica según sus características como *aceptado* cuando es evaluado

en la institución sin pruebas interlaboratorios; y *recomendado* cuando es evaluado en la institución y, además, participa en pruebas interlaboratorios.

En el Plan de acción 2000 del Laboratorio de Salud Pública de Bogotá, se han propuesto validar veinte metodologías analíticas que han sido implementadas con anterioridad en las áreas de bromatología, toxicología y vigilancia de enfermedades. Se dio inicio con la técnica utilizada para la detección de yodo en sal para consumo humano EIYS, el cual fue presentado en la primera y segunda ronda interlaboratorios para la detección de yodo en sal para consumo humano EIYS, programa efectuado por el Invima, en donde el método fue recomendado.

La validación de esta técnica se realizó por el método de electrodo específico, mediante la valoración de 48 muestras que conforman los seis lotes de ocho unidades cada uno, constituidos por blancos, patrones, muestras y adiciones. A los datos obtenidos se les hizo el tratamiento estadístico dando como resultado que el método utilizado cumple con los requisitos para ser considerado como estandarizado, a partir del cual se pueden calcular sus atributos como son: rango experimental de trabajo, precisión, exactitud, sensibilidad, recuperación y límite de detección entre otros. A partir de este modelo se efectuará la validación de las metodologías consideradas prioritarias por el Laboratorio de Salud Pública del Distrito Capital.

2. Compromiso con el aseguramiento de la calidad

En mayo se realizó una Unidad de Análisis sobre el proceso de aseguramiento de la calidad, cuyo objetivo fue afianzar los conceptos y principios relacionados con este proceso, a partir del debate técnico de la aplicabilidad de las normas de la familia ISO y las buenas prácticas del laboratorio.

Asistieron profesionales de la dirección de salud pública, dirección de desarrollo de servicios y del área de análisis y políticas, al igual que del Invima, el Instituto Nacional de Salud y el Icontec.

La presentación técnica estuvo centrada en buenas prácticas del laboratorio, entendida como un conjunto de reglas, procedimientos operativos y prácticas establecidas y promulgadas por organismos como la Oede, la AOAC y la FDA, que se consideran de obligatorio cumplimiento para asegurar la calidad e integridad de los datos producidos en determinados tipos de estudios e investigaciones. Se trataron conceptos generales sobre norma ISO 9000, certificación, acreditación y contenido general de la norma. Por último, se mostraron los avances en el desarrollo e implementación del aseguramiento de la calidad en el Laboratorio de Salud Pública del Distrito Capital.

Los participantes en grupos de trabajo analizaron los procedimientos más críticos establecidos desde calidad: sistema de calidad, equipos y materiales de referencia, trazabilidad de las mediciones, métodos de ensayo y validación, revisión de las solicitudes, ofertas y controles, compras y servicios, organización y administración, buenas prácticas de laboratorio y aseo; lo que permitió aclarar que implementar la guía ISO 25 equivale a implementar la norma ISO 9000, sólo que es específica para laboratorios. Además, se concluyó que es claro que el organismo que certifica el sistema de aseguramiento de calidad es el Icontec, pero que aún la Superintendencia de Industria y Comercio no ha delegado a ningún ente para la acreditación de laboratorios. También quedó en claro que es necesario profundizar más en lo relacionado con la validación de pruebas, pues existe mucha discrepancia conceptual entre las metodologías que deben usarse.

La unidad de análisis permitió, además:

- ♦ Sensibilizar a participantes en el proceso de aseguramiento de calidad.
- ♦ Comprometer a los profesionales frente al proceso y su alcance.
- ♦ Identificar por cada profesional las debilidades y fortalezas que tiene de cara al proceso.

ENFERMEDADES FEBRILES EXANTEMÁTICAS. NOTIFICACION POR EL SISTEMA ALERTA ACCION

Durante el sexto periodo epidemiológico, entre la comunidad y los medios de comunicación del Distrito Capital hubo gran expectativa por conocer la situación de las enfermedades febriles exantemáticas como el sarampión, la rubéola y la varicela, debido a la alarma que generó la muerte en la ciudad de Barranquilla de una adolescente de veintiún años, hija de un senador de la república, y cuyo deceso, según el parte médico, se debió a rubéola.

Si se revisa el comportamiento en la notificación de estas patologías que han ingresado al sistema alerta acción entre 1998 y hasta el quinto periodo epidemiológico de 2000, como casos sospechosos de sarampión, probables de rubéola y casos clínicos de varicela, se observa:

Sarampión

La notificación de casos sospechosos de esta patología en los cinco primeros periodos epidemiológicos de los tres años analizados muestra un pico similar en el cuarto periodo de cada año; la notificación más alta en 1998 fue en el undécimo periodo (treinta y cuatro casos sospechosos) y en 1999 en el duodécimo (veintiocho casos sospechosos) (véase el gráfico 1).

Rubéola

La notificación de casos probables de rubéola en los cinco primeros periodos de 1999 y de 2000 muestra un pico similar; mientras que en 1998 este pico se presentó en el periodo anterior. El quinto periodo epidemiológico muestra un número similar de casos en los tres años; se espera un pico igualmente alto en el séptimo periodo y otro entre los periodos undécimo y duodécimo (véase el gráfico 2).

Varicela

La notificación de casos clínicos de varicela en los tres años muestra un proceso ascendente a partir del segundo periodo epidemiológico de cada año, con un mayor número de casos ($n = 891$) en el décimo periodo de 1998. El quinto periodo epidemiológico de 1999 y de 2000 tuvieron un comportamiento similar (véase el gráfico 3). En las semanas 21, 22 y 23 del sexto periodo se han reportado 196, 163 y 199 casos, respectivamente.

Conclusión

El comportamiento de la notificación de las patologías analizadas durante los tres últimos años es similar. Si bien el número de casos de varicela es inferior en 1998, esto se debe a que fue el

Gráfico 1 Notificación de casos sospechosos de sarampión por periodo epidemiológico. Bogotá D. C., 1998-mayo 2000

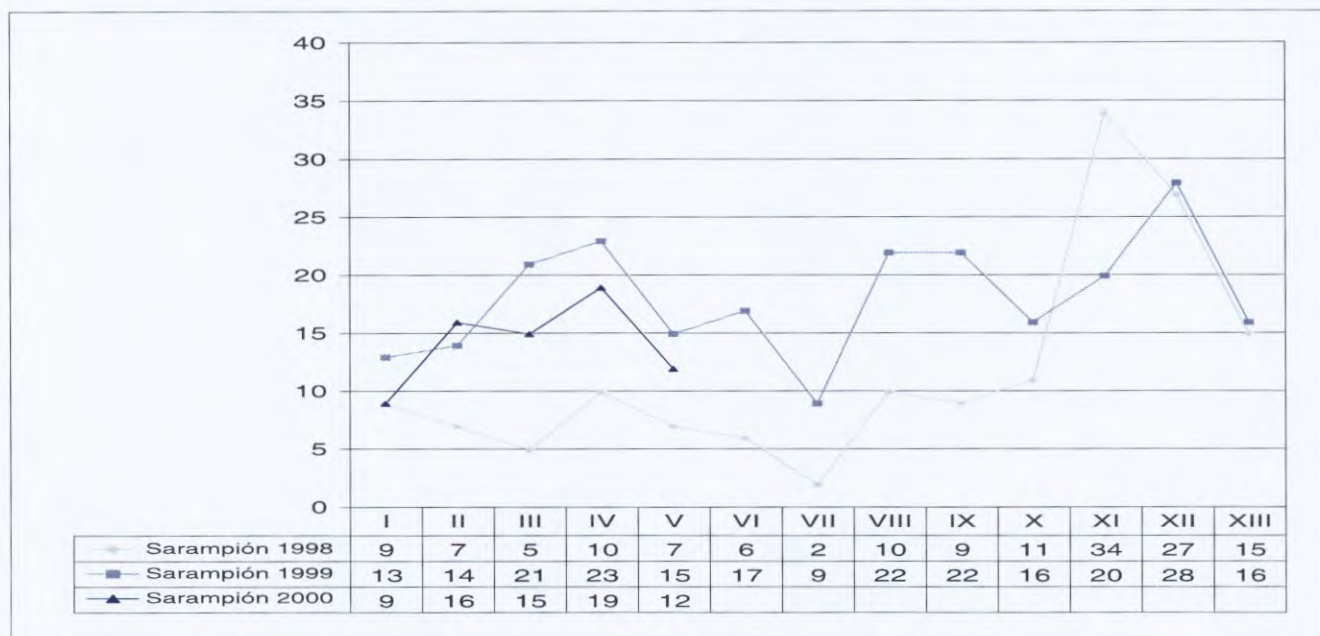
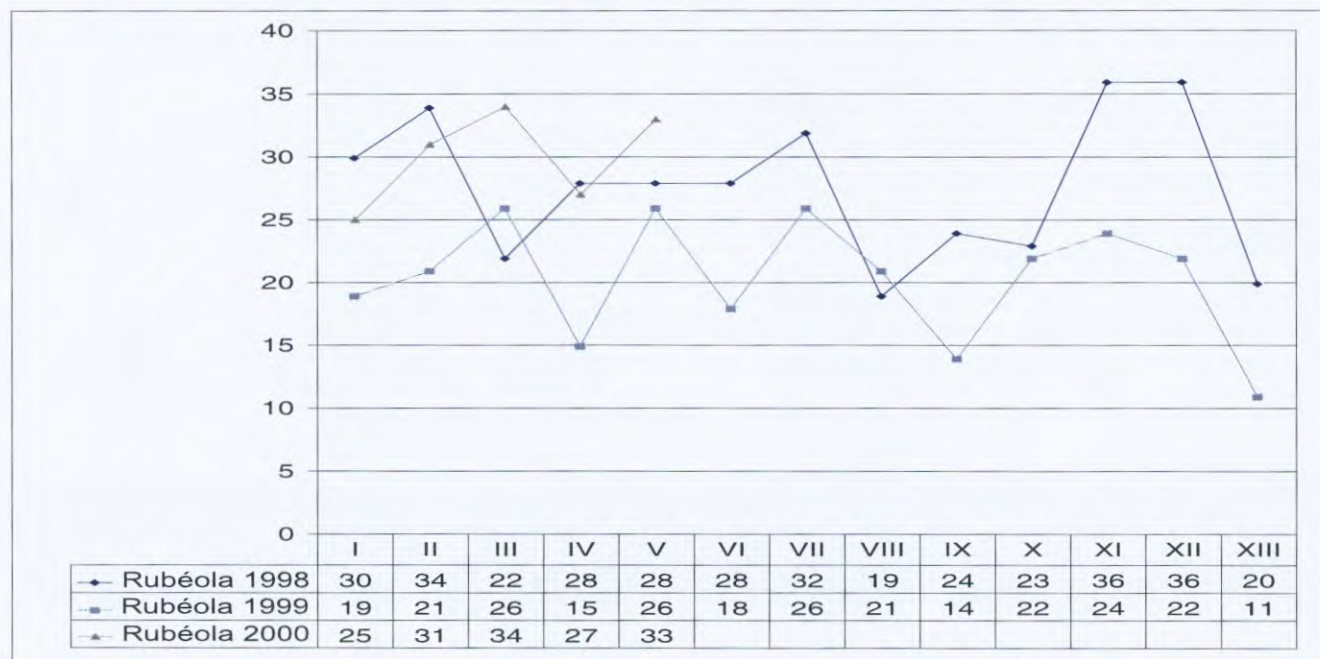


Gráfico 2 Notificación de casos sospechosos de rubéola por periodo epidemiológico. Bogotá D. C., 1998-mayo 2000



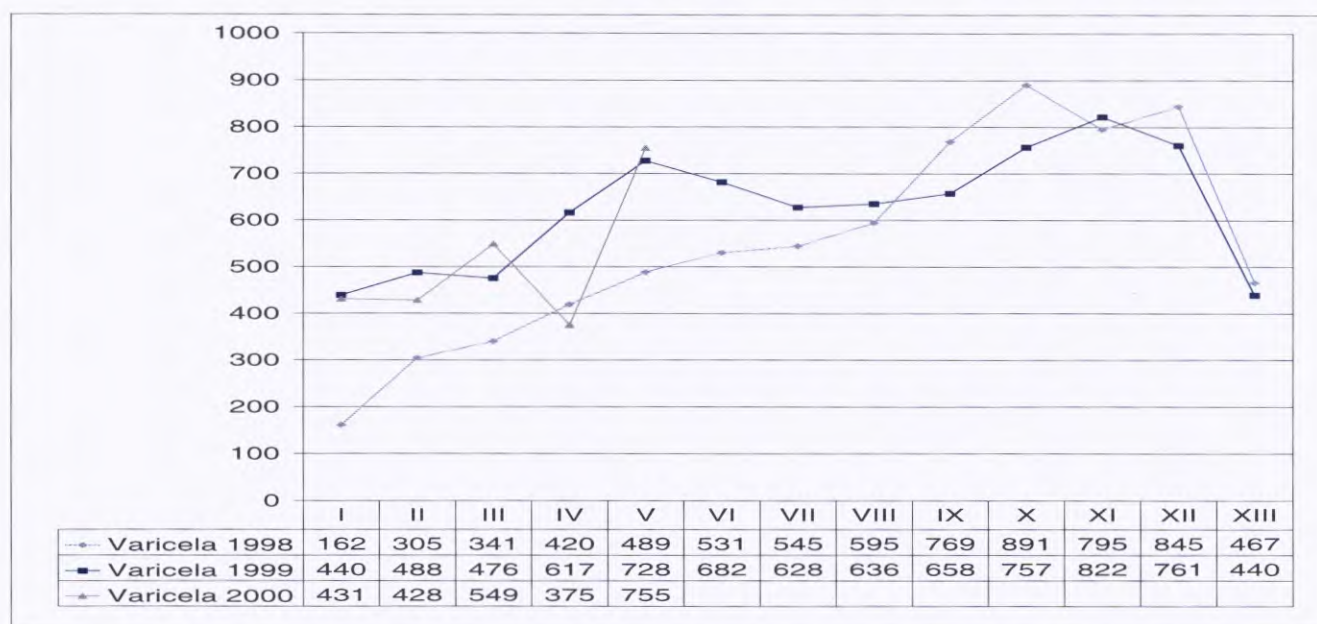
primer año en que se incluyó esta patología para ser notificada desde el sistema alerta acción; ese año sólo reportaron 482 unidades notificadoras, las cuales se incrementaron en 1999 a 601 y, en lo que va de 2000 a 639.

Sin embargo, es razonable la preocupación de la población y los medios de comunicación, pues entre abril y julio se incrementan los casos, presentándose en algunos de los afectados complicaciones que pueden llevar a la muerte.

La literatura¹ al respecto muestra que la letalidad para el sarampión en los países en desarrollo es de 3 a 5%; sin embargo, en Colombia no se han reportado muertes por esta causa desde 1993. La rubéola es una enfermedad importante porque puede producir anomalías en el feto; el síndrome de rubéola congénita (SRC) afecta hasta 90% de los recién nacidos de

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Decimosexta edición. Informe Oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. OPS. Pp. 407, 399, 484.

Gráfico 3 Notificación de casos sospechosos de varicela por periodo epidemiológico. Bogotá D. C., 1998-mayo 2000



madres que adquirieron la enfermedad en el primer trimestre del embarazo. En cuanto a la varicela, la tasa de letalidad global reportada en Estados Unidos es de 2 por 100 mil, pero en adultos aumenta a 30 por 100 mil. La causa más común de defunción en los adultos es la neumonía vírica primaria; y en los niños, las complicaciones sépticas y la encefalitis. En Bogotá, en los últimos tres años no se han reportado muertes cuya causa básica sea la varicela.

Recomendaciones

Dado que dentro del comportamiento normal de la notificación de enfermedades febriles exantemáticas en la presente época del año hay un incremento en el número de casos notificados, es importante:

1. La oferta permanente en todos los servicios de consulta externa de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (triple viral), la cual debe aplicarse al cumplir el primer año de vida, con un refuerzo a los diez años de edad y a las mujeres en el posparto o posaborto.
2. Los médicos y demás personal de salud, especialmente de los servicios de consulta externa y urgencias, deben ser sensibilizados sobre el diagnóstico correcto y las medidas de control de estas patologías.
3. Los lugares con población cautiva como colegios, universidades, batallones y cárceles deben ser igualmente sensibilizados en las medidas de control y aislamiento de los enfermos, en caso de brotes.

IX reunión del Programa subregional andino de control de deficiencias de micronutrientes: “Micronutrientes y calidad de vida”

Entre el 23 y 26 de abril de 2000, en Lima, Perú, se realizó la IX Reunión del programa subregional andino de control de deficiencias de micronutrientes: “Micronutrientes y calidad de vida”, con la asistencia de representantes de Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela y de la Unicef, la OPS, y la M. I. (The Micronutrient Initiative) de Canadá. La Secretaría de Salud de Bogotá participó con la presentación de los resultados obtenidos por el distrito a través del sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional –Sisvan–.

En el evento se realizó un recuento de la estrategia de prevención de enfermedades por deficiencia de micronutrientes.

Las conclusiones generales fueron:

HIERRO

Todos los países participantes cuentan con programas que incluyen la fortificación de harinas. En Colombia, la legislación no cubre a derivados como pastas.

El problema de la fortificación está relacionado con la sostenibilidad, debido principalmente a la apertura económica y a la importación de alimentos con niveles distintos de suplementación a los requeridos por cada país, o que no están fortificados, lo que implica que su costo será inferior al del producto nacional.

Bogotá fue invitada por su experiencia en la suplementación con hierro con cargo al plan obligatorio de salud –POS–; los otros países realizan esta estrategia a través de donaciones, lo que ha generado crisis actual puesto que las agencias internacionales que apoyaban estos programas se están retirando de Latinoamérica.

El esquema de suplementación que utiliza Bogotá está acorde con las recomendaciones internacionales. Dentro de la población a la que se propone ampliar la cobertura de esta intervención están las mujeres adolescentes.

Para la suplementación con hierro, se recomienda seguir utilizando el sulfato ferroso pero con cubierta entérica para disminuir sus efectos secundarios.

Yodo

Colombia está certificado como país que eliminó los problemas relacionados con deficiencia de yodo. Sin embargo, deben mantenerse los esfuerzos que hicieron posible este hecho para no perder esta certificación.

Para la evaluación por yodurias, siempre se había definido como adecuadas aquellas superiores a 200 ug/Lt; sin embargo, las últimas investigaciones han demostrado que yodurias superiores a 500 ug/Lt, también generan problemas. Por esta razón, se recomienda controlar límites superiores.

VITAMINA A

Colombia es uno de los países que no tiene ninguna estrategia en relación con la prevención de las deficiencias de vitamina A. El Ministerio de Salud trabajó un proyecto de decreto para fortificar el azúcar, pero ante la presión de los azucareros este no se aprobó.

Se presentó la experiencia de Venezuela en fortificación del aceite vegetal poliinsaturado, para ser utilizado en niños.

Presentación del Plan de alimentación y nutrición de Bogotá, D. C.

El 7 de junio de 2000, se llevó a cabo la presentación del Plan de alimentación y nutrición del Distrito Capital, el cual fue construido en un esfuerzo intersectorial público y privado, liderado por la Secretaría Distrital de Salud.

La apertura del evento fue realizada por el secretario Distrital de Salud, Luis Gonzalo Morales Sánchez. La presentación del proceso de construcción y de los avances del Plan estuvo a cargo de Ana María Peñuela, directora de salud pública, en representación del grupo coordinador intersectorial que elaboró el plan.

El inicio oficial del plan lo realizó el alcalde mayor, Enrique Peñalosa Londoño. Al evento asistieron los directores y representantes de las siguientes instituciones de internacionales, nacionales y distritales: FAO, Unicef, Organización Panamericana de la Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Secretaría de Educación Distrital, Departamento Administrativo de Bienestar Social, Departamento Administrativo del Medio Ambiente, Instituto Distrital de Recreación y Deporte, departamento de nutrición de la Universidad Nacional de Colombia, Universidad Javeriana, Red IBFAN y Fundación Nutrir; así mismo, personas de la asesoría

social de la Alcaldía Mayor de Bogotá, gerentes de hospitales, alcaldes locales, gerentes de ARS y de EPS, empresarios y representantes de grupos organizados de la comunidad.

Las líneas del Plan del Distrito Capital son:

- ◆ Promoción de la lactancia materna.
- ◆ Atención nutricional a grupos vulnerables con énfasis en la gestante y madre lactante.
- ◆ Programa de micronutrientes.
- ◆ Complementación y apoyo alimentario para población vulnerable.
- ◆ Hábitos de vida saludables para todos.
- ◆ Alimentos seguros e inocuos para la población del Distrito Capital.
- ◆ Sisvan para todos los grupos de edad del Distrito Capital.
- ◆ Seguridad alimentaria familiar, rural y urbana.

REPORTE SEMANAL DEL QUINTO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semana Epidemiológica: 17, 18, 19 Y 20

[illegible][illegible]

Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública

